

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS EN MATIÈRE DE NUTRITION AU MALI

Auteurs

Sidibé Keita A¹,
Djire A¹,
Sangaré Y¹,
Dembélé Keita H¹,
Kone K¹,
Terera I¹,
Traoré Guindo M¹,
Belemou B¹,
Keita Y¹,
Sangho F²,
Sangho O³,
Sangho H^{1,3}

Services

1- Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), BP 2821, Bamako, Mali,
2- Direction de la Pharmacie et du Médicament, Mali, BP 5202, Darsalam.
3- Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP), Faculté de Médecine et d'Ondo-Stomatologie (FMOS), BP 1805, Bamako, Mali.

Correspondance

Dr Assa Sidibé Keita
MD, PhD, Directrice générale adjointe du CREDOS, Bamako, Mali.
assasid2010@gmail.com

RESUME

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2012 du Mali, 13% des enfants étaient émâciés. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge en matière de nutrition des enfants âgés de 6 à 59 mois au Mali.

L'étude était transversale, réalisée de juillet à septembre 2012, dans cinq centres de santé communautaires de la commune V du district de Bamako. Elle était basée sur l'observation des pratiques et l'entretien. Nous avons inclus de façon systématique 106 mères / accompagnants d'enfants de 6 à 59 mois répondant aux critères d'inclusion et 10 prestataires de santé de façon raisonnée.

Le matériel de mesure, les médicaments et les produits nutritionnels existaient dans tous les CSCom. Aucun centre ne disposait de matériel de démonstration nutritionnelle, d'Information, d'Éducation et de Communication. La quasi-totalité du personnel avait reçu une formation sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) et moins de la moitié sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Les procédures nationales en matière de nutrition n'étaient pas respectées en totalité par l'ensemble des prestataires.

Nous recommandons la dotation en matériel d'Information, d'Éducation et de Communication pour le changement de comportement ; de démonstration nutritionnelle; la formation continue (PCIME et PCIMA) et la supervision régulière de tous les agents de santé impliqués dans la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë dans les centres de santé communautaires (CSCom) de la commune V.

Mots-clés : Prise en charge nutritionnelle, enfants 6 à 59 mois, Mali.

SUMMARY

According to the 2012 Demographic and Health Survey Mali, 13% of children were wasted.

The goal of this study was to evaluate the quality of nutrition management in children aged from 6 to 59 months in Mali.

It was a cross-sectional study, carried out from July to September, 2012 in five community health centers in the health District V of Bamako. It was based on the observation of practices and interview. We systematically included 106 mothers / caregivers of children aged from 6 to 59 months according to the inclusion criteria and 10 health providers selected in a rational ways.

Measurement tools, medicines and nutritional products existed in all CHCs. All centers did not have any nutritional demonstration materials, Information, Education or Communication. Almost all staff had received training in integrated management of acute malnutrition and less than half received Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). National nutrition procedures were not followed in full by all care providers.

We recommend the provision of health centers in terms of Information hardware staffing, education and communication for behavior change; nutritional demonstration tools ; ongoing training (IMCI) and regular supervision of all health workers involved in the integrated management of acute malnutrition in the community health centers (CHCs) of the health district V in Bamako.

Keywords: Nutrition care management, children 6-59 months, Mali.

INTRODUCTION

La malnutrition est l'un des principaux problèmes de santé publique qui affectent les enfants dans le monde, dans les pays en développement en général et au Mali en particulier. À l'échelle mondiale, on estime que 161,5 millions d'enfants de moins de 5 ans avaient un retard de croissance en 2013. On estime à 3,1 millions le nombre annuel des décès d'enfants imputables à la sous-nutrition, soit 45% de tous les décès d'enfants [Organisation mondiale de la santé Aide-mémoire N°342 Juillet 2015].

En Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants sous-alimentés a augmenté, passant d'environ 27 millions à 32 millions entre 1990 et 2012. Le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance a augmenté d'un tiers de manière alarmante, passant de 44 millions à 58 millions entre 1990 et 2012 sur le même continent [OMD rapport 2014].

Selon les données de l'EDSM-V au Mali, le niveau de malnutrition aiguë est élevé : en effet, un peu plus d'un enfant sur dix (13%) est atteint de maigreur : 8% sous la forme modérée et 5% sous la forme sévère [CPS/MS/DNSI et ORC Macro, 2012-2013]. Bien que la prévalence de la malnutrition aiguë soit élevée à tous les âges, on note un pic dans le groupe d'âges 9-11 mois où 22% des enfants sont trop maigres par rapport à leur taille. Selon la même source, 38% des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance et 19% sous la forme sévère [CPS/MS/DNSI et ORC Macro, 2012-2013]. Le Mali, pour garantir l'offre et la qualité des services de nutrition jusqu'au niveau opérationnel, a formé le personnel socio-sanitaire sur : les procédures en matière de nutrition, le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Peu d'études ont été réalisées pour apprécier l'application correcte de ces procédures. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge en matière de nutrition des enfants âgés de 6 à 59 mois dans cinq centres de santé communautaires de la commune V du district de Bamako au Mali.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Site de l'étude

L'étude a été réalisée dans 5 CSCom de la commune V du district de Bamako avec une population de 479969 habitants en 2013. Pour l'offre des soins, la commune V dispose d'un centre de santé de référence (CSRef), dix centres de santé communautaires (CSCom) opérationnels et des structures privées. Le CSCom est le premier niveau de contact délivrant des soins préventifs, curatifs et promotionnels et le CSRef servant de

premier niveau de référence pour les CSCom (soins préventifs, curatifs, promotionnels et spécialisés).

Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive à visée évaluative sur la période de juillet à septembre 2012. Nous nous sommes inspirés du modèle de Donabédian [A Donabédian, 1980] qui définit trois dimensions dans l'évaluation de la qualité des soins à savoir les structures, les procédures et les résultats. Nous avons aussi utilisé le protocole de prise en charge de la malnutrition au Mali [Direction Nationale de la Santé/Division Nutrition, 2011] qui décrit les pratiques recommandées et les ressources en matière de PEC de la malnutrition. Ce document a servi de référentiel pour comparer les pratiques observées aux pratiques recommandées par la PCIMA au Mali.

Population d'étude

La population cible était constituée d'enfants de 6 à 59 mois, les mères /accompagnants d'enfants de 6 à 59 mois et des agents de santé. Nous avons inclus les enfants de 6 à 59 mois reçus en consultation et leurs mères/accompagnants ainsi que le personnel de santé impliqué dans la prise en charge nutritionnelle des enfants qui ont accepté de répondre aux questions.

Les cibles remplissant les critères d'inclusion mais qui n'étaient pas disponibles ou qui n'avaient pas accepté de répondre aux questions n'ont pas été inclus dans l'étude.

Dans chaque CSCom les deux agents impliqués dans la prise en charge des enfants ont été interviewés (10 agents pour les 5 CSCom). Au total, 106 mères/accompagnants d'enfants ont été enquêtés.

Plusieurs techniques d'échantillonnage ont été utilisés : le tirage aléatoire simple de 5 CSCom parmi les 10 de la commune V, le choix raisonné pour les agents de santé car impliqués dans la prise en charge des enfants et le recrutement systématique des mères d'enfants de 6-59 mois répondant aux critères d'inclusion.

Collecte des données

Les variables suivantes ont été définies:

- les caractéristiques socio démographiques des enfants et mères/accompagnants ; des prestataires (sexe, type de qualification, durée dans la structure, formation reçue) ;
- les variables en relation avec la structure : disponibilité des matériels de mesure anthropométrique (pèse bébés, pèse personnes, toise couchée, toise debout, bandes de Shakir, tables de référence) ; matériels spécifiques (abaisse langue, stéthoscope, thermomètre, otoscope, calculatrice, poubelle) et des supports (fiche PCIME, registres et cahier de gestion, registre URENAS et URENAM, fiches de gestion des vivres, de référence/transfert, de suivi individuelles, quantités ATPE, boîte/classer pour les fiches de suivi individuelles et boîtes d'archivage) ; disponibilité des médicaments et intrants de nutrition (farines enrichies, ATPE (Aliment thérapeutique prêt à l'emploi), laits thérapeutiques);
- les variables liées aux procédures de soins : attitudes et pratiques des agents au cours de la consultation (l'accueil de la mère, les motifs de consultation, l'interrogatoire,

la vérification de l'état nutritionnel, la recherche des signes généraux de danger, l'évaluation de l'alimentation de l'enfant, l'examen clinique de l'enfant, l'évaluation des différents problèmes de l'enfant, la classification de l'enfant selon son état nutritionnel, la prescription par rapport à l'état nutritionnel, les rendez-vous de suivi);

- les variables en rapport avec les résultats des soins : devenir des enfants malnutris, opinions des mères sur les prestations reçues.

Les techniques de collecte utilisées étaient : l'observation, l'entretien. Quatre outils ont été utilisés pour la collecte des données : une grille d'observation des agents ; une grille d'observation du matériel, des médicaments, des intrants et des supports ; un guide d'entretien pour les mères /accompagnants et un guide d'entretien pour le personnel.

Nous avons formé les enquêteurs puis procédé au test des outils utilisés afin de minimiser les biais de collecte.

Analyse des données

Les données ont été traitées et analysées à partir du logiciel SPSS version 17.3. Nous avons procédé à une analyse descriptive des résultats à partir du calcul des proportions.

Aspects éthiques

Des autorisations des responsables sanitaires au niveau de la commune ont été obtenues. Nous avons obtenu également le consentement libre et éclairé des enquêtés après une explication claire et précise des objectifs et du déroulement de l'enquête. La collecte, la saisie et le traitement des données ont été faits en respectant l'anonymat.

RÉSULTATS

Caractéristiques des enquêtés

√ *Caractéristiques sociodémographiques des mères et enfants*

Les entretiens ont concerné 106 mères/accompagnants et 10 prestataires. Il y a (90,6%) des enfants qui avaient l'âge compris entre 6 et 19 mois et (53,8%) étaient du sexe féminin. Parmi les mères/accompagnants, 56,6% n'avaient aucune instruction, 88,8% étaient mariés, et 65,2% étaient des ménagères.

√ *Caractéristiques du personnel impliqué dans la prise en charge des enfants sur le plan nutritionnel*

Les 10 agents (7 hommes et trois femmes) étaient repartis comme suit : 1 médecin, 6 techniciens supérieurs de santé (TSS), 3 aides-soignantes. La durée d'exercice dans la structure était de 1 à 6 ans pour 6 agents et de 7 à 13 ans pour 4.

La structure: matériel, médicaments, intrants de nutrition, personnel impliqué dans la prise en charge des enfants sur le plan nutritionnel

√ *Matériels : étaient disponibles dans tous les CSCom,*

les pèse-bébés, les pèse-personnes, le livret de tableau poids pour taille, les rubans gradués, les bandes de Shakir et les toises couchée et debout.

√ **Médicaments**

Les médicaments suivants étaient disponibles dans tous les CSCom : Vitamine A, Multi vitamines, Fer/acide folique, Mébendazole /Albendazole, Praziquantel, Métronidazole, Sulfadoxine Pyriméthamine, Zinc, Amoxicilline.

√ **Intrants de nutrition**

Les farines enrichies et l'ATPE étaient disponibles dans tous les CSCom.

Aucun des 5 CSCom ne disposait ni de matériels de démonstration nutritionnelle (les ustensiles de cuisine : marmites avec couvercle, écumoire, cuillère à soupe, cuillère à café, couteau, bol, gobelet, assiette, bassine, fourneau ou réchaud, louche, tamis, tasse, seaux) ni de matériels d'Information, d'Education et de Communication (affiches, cartes conseils, boîtes à images, dépliants).

√ **Personnel impliqué dans la prise en charge des enfants sur le plan nutritionnel**

La prise en charge des enfants était assurée par 10 agents de santé. Parmi eux, 9 avaient reçu une formation sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA), 8 sur le programme élargi de vaccination (PEV), 6 sur la prévention de la transmission mère/enfant du VIH (PTME) et 4 sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Procédures de prise en charge des enfants en matière de nutrition

√ **Tenue des séances IEC : les séances IEC étaient réalisées dans tous les CSCom sans matériel et aucun centre ne faisait les démonstrations nutritionnelles.**

√ **Accueil, motifs de consultation et mode de vérification de l'état nutritionnel**

A l'accueil, toutes les mères/accompagnants (100%) avaient bénéficié d'une salutation et 89,6% avaient été invitées à s'asseoir. Les motifs de consultation ont été demandés chez 100% des mères/accompagnants. L'âge a été recherché chez tous les enfants. Le poids et la taille ont été mesurés chez tous les enfants (100%). L'état nutritionnel a été vérifié chez tous les enfants et le livret de tableau poids pour la taille utilisé chez 95,3% (Tableau I).

√ **Recherche des signes généraux de danger**

La recherche de signes généraux de danger a été réalisée avec insistance sur 2 éléments : «l'enfant vomit tout ce qu'il consomme?» (49,0%) et «Capable de boire ou de prendre le sein?» (46,2%). Chez (99,1%) des enfants, l'agent de santé n'a pas vérifié si l'enfant était léthargique ou inconscient. La notion de convulsion a été recherchée pour 60,4% (Tableau I).

√ **Evaluation des différents problèmes**

Pour l'évaluation des différents problèmes, les agents de santé ont recherché la fièvre chez 74,5% des enfants, la diarrhée chez 26,4%, 18,9% pour la toux et vérifié la prise de vitamine A (85%) ainsi que l'état vaccinal (79,2%) (Tableau I).

√ **Recherche des signes de marasme, de kwashiorkor et d'anémie**

Les signes du marasme et du kwashiorkor ont été recherchés chez tous les enfants présentant une malnutrition aiguë. Pour les signes d'anémie, la pâleur conjonctivale a été recherchée chez 50% des enfants et la pâleur palmaire chez 19,8% (Tableau I).

√ **Classement de l'état nutritionnel**

L'agent de santé a classé l'état nutritionnel et déterminé les formes de malnutrition chez tous les enfants (100%) (Tableau I).

√ **Prescription par rapport à l'état nutritionnel**

Lors de la PEC des enfants souffrant de malnutrition sévère, 90,1% ont reçu de la vitamine A + ATPE et chez ceux souffrants de malnutrition aiguë modérée, le «Misola» (une farine enrichie) était systématiquement donné à tous les enfants ainsi que des conseils pour le «retour immédiat» en cas de problèmes et le «retour pour le suivi» (Tableau I).

Tableau I : Observation des procédures au cours de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois en matière de nutrition

Procédures	Oui (%)	Non (%)
Accueil		
Salutation conforme aux normes (n=106)	106 (100)	0 (0)
Invite à s'asseoir (n=106)	95 (89,6)	11 (10,4)
Recherche âge (n=106)	106 (100)	0 (0)
Vérification de l'état nutritionnel (n=106)		
Utilisation du livret (n=106)	101 (95,3)	5 (4,7)
Bande de Shakir (n=106)	79 (74,5%)	55 (25,5)
Courbe de poids/âge	9 (8,5)	97 (91,5)
Recherche de signes généraux de danger		
Enfant vomit tout ce qu'il consomme (n=106)	52 (49)	54 (51)
Capable de boire ou de prendre le sein (n=106)	49 (46,2)	57 (53,8)
Vérifier si l'enfant était léthargique (n=106)	1 (0,9)	105 (99,1)
Recherche de convulsions (n=106)	42 (39,6)	64 (60,4)
Evaluation des différents problèmes		
Recherche de fièvre (n=106)	79 (74,5)	27 (25,5)
Recherche de diarrhée (n=106)	28 (26,4)	78 (73,6)
Recherche de toux (n=106)	20 (18,9)	86 (81,1)
Recherche de la prise de la vitamine A (n=106)	90 (85)	16 (15)
Vérification de l'état vaccinal (n=106)	84 (79,2)	22 (20,8)
Recherche de signes de marasme (n=38)	38 (100)	0 (0)
Recherche de signes d'anémie		
Pâleur conjonctivale (n=106)	53 (50)	53 (50)
Pâleur palmaire (n=106)	21 (19,8)	85 (80,2)
Classement de l'état nutritionnel (n=106)	106 (100)	0 (0)
Prescriptions/Conseils		
Prescription de vitamine A et ATPE chez malnutris sévère (n=40)	36 (90,1)	4 (9,9)
Misola aux malnutris aiguës modérés (n=49)	49 (100)	0 (0)
Conseils pour le retour immédiat en cas de problèmes et le retour pour le suivi (n=49)	49 (100)	0 (0)

Résultats des soins

√ *Devenir des cas de malnutris aigus*

Au bout de 6 semaines de suivi des cas de malnutrition aiguë reçus, nous avons enregistré 79,6% de guérison chez les malnutris aigus modérés avec 20,4% d'abandon ; 55% de guérison chez les malnutris aigus sévères avec 37,5% d'abandon et 7,5% transférés au centre de santé de référence. Aucun cas de décès n'a été observé (Tableau II).

Tableau II : Répartition des cas de malnutrition aiguë sévère selon le devenir

Devenir des cas de malnutrition aiguë sévère	Effectifs	%
Guéri	22	55,0
Abandon	15	37,5
Transféré au CSRef	3	7,5
Total	40	100

√ *Opinions des mères/accompagnants*

Les mères/accompagnants ont déclaré être satisfaites : de l'accueil (98,1%), de l'explication reçue sur l'ordonnance (95,3%), des conseils donnés par l'agent (87,7%), de l'information du diagnostic et de la date du rendez-vous pour le suivi (84,0%).

DISCUSSION

Nous avons évalué la qualité de la prise en charge en matière de nutrition des enfants âgés de 6 à 59 mois dans cinq CSCOM de la commune V du district de Bamako. Nous avons comparé l'existant aux normes de la PCIMA en vigueur au Mali.

Structures: matériel, médicaments, intrants de nutrition, personnel impliqué dans la prise en charge des enfants sur le plan nutritionnel

√ *Matériel, médicaments et intrants de nutrition*

Au cours de notre étude, le matériel anthropométrique (le matériel de mesure du poids, le matériel de mesure de la taille et du périmètre brachial, le livret de tableau P/T) utilisé dans la PECIMA était disponible dans tous les CSCOM. Sangho et al ont trouvé un résultat avec une grande disponibilité (98%) de matériels de mesure anthropométrique [H. Sangho et al, 2008]. Ceci peut expliquer l'utilisation du livret de tableau P/T (poids pour la taille) chez 95,3% des enfants pour apprécier l'état nutritionnel.

Le matériel IEC n'était disponible dans aucun CSCOM. Le même constat a été fait par Sangho et al [H. Sangho et al, 2008]. Par contre, une étude réalisée au Bénin a trouvé que le matériel IEC était disponible dans 89,5% des centres [Testa J et al, 2008].

Si notre étude a trouvé une non disponibilité du matériel de démonstration nutritionnelle, pour Sangho et al, il était disponible en quantité suffisante [H. Sangho et al, 2008].

Les intrants de nutrition (farines enrichies) étaient disponibles dans tous les centres contrairement à Sangho et al qui avaient trouvé que les farines enrichies n'étaient pas disponibles [H. Sangho et al, 2008].

√ **Personnel impliqué dans la prise en charge des enfants**

Les agents de santé assurant la prise en charge des enfants en matière de nutrition étaient composés d'un médecin, de 6 techniciens supérieurs de santé, trois aides-soignantes. La quasi-totalité des agents (9/10) avaient reçu une formation sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) et moins de la moitié (4/10) sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Sidibé et al avaient trouvé que 78 % des agents étaient formés en PCIME et 11% en nutrition [T. Sidibé, et al, (2007)]. Selon une autre étude réalisée au Mali, la prise en charge des enfants en matière de nutrition était assurée par quatre médecins (dont un pédiatre et trois généralistes), quatre TSS et deux faisant fonctions d'internes. Ces quatre médecins et un TSS étaient formés en Politiques, Normes et Procédures (PNP), PCIME, nutrition, IEC, PTME, gestion de la lactation [H. Sangho et al, 2008].

Procédures de prise en charge des enfants en matière de nutrition

√ **Tenue des séances IEC** : la réalisation des séances IEC sans matériels visuels et la non réalisation des démonstrations nutritionnelles au niveau des CSCCom dans notre étude ne favorisent pas l'amélioration des pratiques alimentaires chez les mères, le renforcement de la capacité des mamans à préparer des repas équilibrés, la promotion des aliments locaux. Testa et al au Bénin avaient trouvé que les séances d'IEC étaient programmées dans 74% des centres conformément aux procédures [Testa J et al, 2008].

√ **Accueil et mode de vérification de l'état nutritionnel**

Pour toutes les femmes, les salutations étaient conformes aux normes. Un bon accueil est toujours rassurant et peut constituer un facteur favorisant la communication et la continuité des soins. Le livret de tableau P /T (poids pour la taille) était utilisé chez 95,3% des enfants pour la vérification de l'état nutritionnel. Dans une étude réalisée par Sangho et al [Sangho H et al, 2008], l'état nutritionnel a été vérifié chez tous les enfants ; le personnel avait utilisé le livret de tableau P /T dans 100% des cas.

Ces pratiques du personnel sont recommandées par les procédures en vigueur au Mali et surtout parce qu'il a reçu la formation en PCIMA.

√ **Recherche des signes généraux de danger**

Les signes généraux de danger ont été faiblement recherchés et le personnel a insisté surtout sur deux signes : «l'enfant vomit tout ce qu'il consomme ? » (49,0%) et «Capable de boire ou de prendre le sein ? » (46,2%). Chez la quasi-totalité (99,1%) des enfants, les agents ne vérifiaient pas si l'enfant était léthargique ou inconscient et chez plus de la moitié (60,4%) ils ne recherchaient pas si l'enfant avait eu des convulsions. Ces pratiques à risque exposent les enfants malnutris à des complications graves. On doit former le personnel en insistant sur la recherche systématique des signes de danger chez tous les enfants, le suivre et l'évaluer périodiquement en vue d'un changement de comportement face aux signes de danger.

La même insuffisance a été rapportée par une étude réalisée au Bénin où les signes de gravité étaient recherchés chez seulement 25% des cas et la recherche de maladies intercurrentes (IRA, diarrhée, fièvre...) n'était réalisée que dans 40% des cas [Testa J et al, 2008].

√ **Recherche des signes de marasme, de kwashiorkor et d'anémie**

Les signes de kwashiorkor et de marasme ont été recherchés chez tous les enfants

ayant une malnutrition aiguë sévère. La pâleur conjonctivale et palmaire comme signes d'anémie ont été recherchés respectivement chez (50%) et (19,8%) des enfants. Sangho et al ont rapporté que la pâleur a été recherchée chez tous les enfants ainsi que les signes de marasme et de kwashiorkor Sangho [Sangho H et al, 2008]. Ceci pourrait s'expliquer par une négligence chez le personnel dont 9/10 avaient reçu une formation sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA). L'anémie étant très grave chez les enfants malnutris, il faut renforcer le suivi et la sensibilisation du personnel.

√ **Classement de l'état nutritionnel**

L'étude a révélé que les agents de santé procèdent à la classification et la détermination des formes de malnutrition chez tous les enfants. Ce qui constitue une bonne pratique pour une meilleure prise en charge de la malnutrition.

Résultats des soins

√ Devenir des enfants suivis

Le taux de guérison était de 79,6% chez les malnutris aigus modérés avec 20,4% d'abandon ; 55% de guérison chez les malnutris aigus sévères avec 37,5% d'abandon. Aucun cas de décès n'a été observé. Nos résultats apparaissent nettement différents de ceux observés par Sangho et al qui avaient enregistré 34,5% de taux de guérison, 57,5% d'abandon et 10,5% de décès [Sangho H, 2008]. Une étude réalisée par la croix rouge à Barouéli au Mali en 2010 a trouvé un taux de guérison de 40,5% chez les malnutris modérés ; 48% chez les malnutris sévères [Croix-Rouge Internationale, 2010]. En 2009, Sonde I, dans son étude, rapportait un taux de guérison de 71,3% chez les malnutris aigus sévères, au CREN de Tenghin [Sonde I, 2009]. Les différences observées pourraient s'expliquer par le délai de suivi qui était de 6 semaines dans notre étude.

√ Opinion des mères sur la Prise En Charge

La grande majorité des mères/accompagnants (98,1%) étaient satisfaites de l'accueil. Dans une étude réalisée au Bénin, une majorité des mères étaient également satisfaites de leurs visites dans les centres [Testa J, 2008]. Ceci peut améliorer la fréquentation des services.

Limite de l'étude

Il s'agit d'une enquête d'observation, ce qui peut entraîner des modifications au niveau du comportement des agents de santé. Les déclarations des femmes lors des entretiens ont pu être influencées par d'autres facteurs ou la peur. En dehors de ces limites, les résultats présentent globalement un intérêt pour la commune V et constituent une base de données qu'on pourrait utiliser pour améliorer la prise en charge des enfants malnutris au CSRef de la commune V.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous constatons que les procédures relatives à la prise en charge des enfants en matière de nutrition n'étaient pas respectées en totalité par les prestataires, entraînant ainsi des pratiques à risque qui exposent les enfants à des complications graves et mettent en danger leur vie. Afin d'assurer une prise en charge de qualité des enfants de

6-59 mois dans les CCom, nous recommandons la dotation en matériel d'Information, d'Education et de Communication pour le changement de comportement ; de démonstration nutritionnelle ; la sensibilisation, la formation continue (PCIME et PCIMA), la supervision formative, le suivi régulier et l'évaluation périodique de tous les agents de santé impliqués dans la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë dans les CCom de la commune V. Une étude d'évaluation de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois à l'échelle de la commune mérite d'être initiée.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les autorités sanitaires pour la réalisation de cette étude. Nos remerciements s'adressent également au personnel de santé et aux mères pour leur disponibilité.

RÉFÉRENCES

- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. (2012-2013). Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
- Croix-Rouge Internationale, Croix Rouge Malienne (2010). Projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë à Barouéli.
- Direction Nationale de la Santé/Division Nutrition. (2011). Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali (PCIMA)
- Fokui JV (2007). Malnutrition à l'Unité de soins nutritionnels pédiatriques de l'hôpital Régional de GAO (Mali). 29 p. Th. Méd., Bamako, 83.
- Konan YE, Aké O, Koffi K (2007). Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois, déplacés des zones de guerre à Yamoussoukro - Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire* ; 54 (12) : 625-30.
- Nations Unies (2014). Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport OMD.
- Organisation mondiale de la santé (2015). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Aide-mémoire N°342 Juillet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>
- Sangho H, Crouma K, Kone I et al. (2008) Prise en charge des enfants en matière de nutrition dans un centre de santé de Référence de Bamako (mali). *Guinée Médicale*; n° 60 avril - juin: p 37.
- Sangho H, Doumbia A et Samake A. (2013) Prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de 6 à 59 mois dans le district sanitaire de Barouéli. *Mali Santé Publique* ; n° 001, tome III. 76-79p
- Sidibé T, Sangho H, Sylla Traoré M et al. (2007) Évaluation de la prise en charge des enfants en matière de nutrition au Mali. *Journal de pédiatrie et de puériculture* ; 20 : 19-24.
- Sonde I. (2009) Analyse de la prise en charge des enfants en malnutrition au centre de récupération nutritionnelle (CREN) de Tenghin. Mémoire : santé publique. Louvain : Université Catholique de Louvain ; 2009. Disponible sur : [http://www.memoireonline.com/10/10/4055/m_Analyse-de-la-prise-en-charge-des-enfants-en-malnutrition-au-centre-de-recuperation-nutritionnelle-0.html].
- Testa J, Sinnaeve O, Ibrahim Y et al. (2008) Evaluation de la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition infantile à Cotonou, Bénin. *Médecine Tropicale* ; 68 : 45-50