

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire 2021 -2023

TITRE

Thèse N° :..... /

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES D'ENFANTS DE 6-59 MOIS EN MATIERE DE LA NUTRITION DANS LE CSCOM DE KALABAN CORO EN 2023

THESE

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2023 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

M. Sidi Ahmed MAIGA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

- Président :** M. Hamadoun SANGHO, Professeur titulaire
Directeur : M. Oumar SANGHO, Maître de Conférences Agrégé
Co-Directeur : M. Cheick Abou COULIBALY, Maître Assistant
Membre : M. Salia KEITA, Maître Assistant

DEDICACES

Et

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu :

L'omniscient, l'omnipotent, l'omniprésent, l'être par la providence de qui ce monde est gouverné, seigneur des mondes, que ton salut soit sur le prophète Mohamed, le dernier des messagers ainsi que sur sa famille honorable et pure et ses compagnons nobles et élus. Ce travail est le tien. Tu as guidé et surveillé mes pas jusqu'à ce jour, je n'avais aucune idée de ce garçon que je suis devenu aujourd'hui.

ALLAH

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à ma bouche les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-moi, Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

Mon père : Alassane Boncana Maïga

Voilà le jour que tu as attendu avec beaucoup de patience. Tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance. Ce travail est le début de récompense de tes nombreux sacrifices.

Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Que Dieu me permette de m'inspirer de tes vertus en témoignage de ma reconnaissance. Que ce travail t'apporte toute la satisfaction attendue.

Longue vie amen.

A mes mères: Adizatou Maïga, Rokia N'Diaye, Sada Cissé

Peu de mots suffisent pour traduire le lien sacré entre une mère et ses enfants car Vous êtes le témoignage de ma réussite. Votre amour bienveillant, votre dévouement, votre

Rigueur et votre persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité, la dignité. Que Dieu Vous garde encore longtemps auprès de vos très Chers enfants afin que vous puissiez goûter aux fruits de votre dur labeur !

Vous êtes l'exemple vivant du courage. Les mots ne suffiront pas à exprimer Ce que vous êtes et représentez pour nous. Ce travail est le fruit de tant d'années de patience et de sacrifices consentis. Puisse-t-il être le strict minimum de vos attentes.

A mes frères et sœurs : Mariama Maïga, Dr Abdoul Aziz Maïga, Rachida Maïga, Assouma Maïga, Forechata Maïga, Mohamed Maïga, Romeissa Maïga, Djeinam Maïga, Mariama Y Maïga. Votre amour ardent, vos prières m'ont toujours donné le courage. Sachez que votre existence reste et demeure ma détermination dans la vie. Puisse Ce travail, produit dur labeur nous servir de parchemin et nous unir par la grâce de Dieu.

A mes amis et collègues: Modibo Sininta, Mohamed Sininta, Sounkalo Diarra, Jorel Monkam, Annicet Flexy Foka, Abdoulaye Coulibaly.

Vous étiez toujours à mes côtés dans les moments de joie et même d'épreuves. En souvenir des moments passés ensemble; de tout mon cœur.

A All Graphics: Vos apports multiformes pour la réalisation de ce travail ont été sans limites.

A mes beaux frères et belles sœurs: Dr Aboubacrin Maïga, Rakib Abodji,

M. Koumare, Mme Maïga Aminata Maïga et Abdul Wahab Haidara

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Hamadoun SANGHO

- ❖ Professeur titulaire en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- ❖ Ancien Directeur du Centre de Recherches d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;
- ❖ Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) en Santé Publique à la FMOS Chevalier de l'ordre national du Mali

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre Maître et juge

Docteur Salia KEITA

- ❖ Spécialiste en Santé Publique
- ❖ Maître assistant à la FMOS
- ❖ Enseignant au département de santé publique à la FMOS

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable. Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

❖ **A notre Maître et Co-Directeur de Thèse**

Docteur Cheick Abou COULIBALY

- ❖ Masters en medecine communautaire et en sante publique
- ❖ Spécialiste en épidémiologie
- ❖ Maitre-assistant en épidémiologie à la FMOS
- ❖ Agent d'appui technique à l'INSP/DOUSP

Cher maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés.

Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Oumar SANGHO

- ❖ Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie
- ❖ Doctorat en Epidémiologie
- ❖ Diplôme Inter-Universitaire (DIU) EPIVAC
- ❖ Certificat de Promotion de la Santé
- ❖ Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) / FMOS / USTTB
- ❖ Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés. Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

SIGLE ET ABREVIATION

SIGLE ET ABREVIATION

AM	: Allaitement Mixte
AME	: Allaitement Maternelle Exclusif
ASACOKA	: Association de Sante Communautaire de Kalaban – Coro
CAP	: Connaissances Attitude Et Pratiques
CSCOM	: Centre de Sante Communautaire
EDSM	: Enquête Démographique et de Sante du Mali
GSAN	: Groupe de Soutien aux Activités Nutritionnelles
INSTAT	: Institut National de la Statistique
Khi2	: Test de chi-carré
OMS	: Organisation Mondiale de la Sante
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIMA	: Prise en Charge Intégré de la Malnutrition aigue
PD	: Pays en Développement
PSNAN	: Plan Stratégique Nationales pour l’Alimentation et la Nutrition
RDC	: République Démocratique du Congo

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
2	Objectifs	5
2.1	Objectif général	5
2.2	Objectifs spécifiques.....	5
3	Généralités.....	7
3.1	Définition des concepts.....	7
3.2	Les causes de la malnutrition.....	7
	Selon le Plan Stratégique National pour l'alimentation et la Nutrition (PSNAN).	7
3.3	Les aspects cliniques de la malnutrition	9
3.4	Recommandations pour l'alimentation de l'enfant	13
3.5	Les complications de la malnutrition	15
3.6	La prise en charge de la malnutrition	16
4	Méthodologie	23
4.1	Cadre d'étude.....	23
4.2	Période et type d'étude	23
4.3	Population de l'étude	24
4.4	Critères d'inclusion.....	24
4.5	Critères de non inclusion	24
4.6	Échantillonnage	24
4.7	Collecte des données :	25
4.8	Traitement et analyse des données	25
4.9	Considérations éthiques.....	25
5	Résultats	27
6	Commentaires et discussions	46
7	Conclusion et recommandations	51
8	Reference.....	54
9	Annexes.....	58

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Critères d'admission pour la prise en charge de la MAS	16
Tableau II : Quantité d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients	18
Tableau III: Résumé du traitement systématique à donner aux patients souffrant de MAS	21
Tableau IV : Moyenne d'enfants par mères	30
Tableau V : Caractéristiques Socio – démographiques des enfants.....	31
Tableau VI : Les connaissances des mères d'enfants de 6 à 59 mois	33
Tableau VII : Attitudes et pratiques des mères d'enfants de 6 à 59 mois	40

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre opérationnel du PSNAN 9
Figure 2: Les Paramètres Anthropométriques 12

INTRODUCTION

1 Introduction

Selon l'OMS, la malnutrition, est un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu d'un ou de plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques [1].

La période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance (les 1000 premiers jours) sont déterminantes pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra. C'est pourquoi il est nécessaire de s'engager en faveur de la santé du jeune enfant, surtout sur son côté nutritionnel [2]. Cet engagement nutritionnel repose sur l'allaitement précoce dans l'heure qui suit la naissance ; l'allaitement exclusif pendant les six (6) premiers mois de la vie ; et l'introduction à l'âge de 6 mois d'aliments de complément (solides) sains et satisfaisants sous l'angle nutritionnel, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà [1].

Les pratiques alimentaires constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour influence leur morbidité et leur mortalité. Parmi les pratiques alimentaires, celles relatives à l'allaitement maternel et l'introduction d'aliments de complément revêtent une importance particulière au cours des deux premières années de la vie [3].

Dans les pays riches en 2016-2017, le taux d'allaitement maternel des enfants d'un an est le plus faible au Royaume-Uni (0,5 %), en Irlande (2 %) et au, très en-deçà des scores du Japon (60 %), de la Norvège (35 %), de la Finlande (34 %), des Etats-Unis (27 %), de l'Espagne (23 %) ou de l'Allemagne (23 %) ; en France, ce pourcentage n'est que de 9 % [4].

En Afrique de l'Ouest et du Centre, le taux d'allaitement maternel exclusif est plus bas que dans n'importe quelle autre région du monde, seulement 20% des jeunes enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein, avec des taux d'allaitement maternel exclusif aussi bas que 2% au Tchad, 4% en Sierra Leone, et 5% en Côte d'Ivoire. 19% au Burkina Faso, et 7% au Cameroun [5].

Au Mali, selon le rapport final de l'enquête SMART 2021, seulement 40% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. Cependant, contrairement aux recommandations en la matière, on constate que parmi les enfants de moins de 6 mois, 40% reçoivent, en plus du lait maternel, de l'eau seulement et 7% des aliments de complément. En revanche, 3% des enfants de 0-6 mois n'ont jamais été allaités au sein [6].

Selon l'OMS, après les six (6) premiers mois de naissance, âge à partir duquel tous les enfants devraient recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, moins de la moitié sont nourris soit 49% [7].

Dans le monde, 155 millions d'enfants de moins de 5 ans (23 %) présentent un retard de croissance, essentiellement venant de l'Afrique et de l'Asie, 52 millions d'entre eux sont atteints de maigreur extrême et 41 millions sont en surpoids ou sont obèses [8]. On estime à 2,7 millions le nombre annuel des décès d'enfants imputables à la sous-nutrition, soit 45% de tous les décès d'enfants [1].

Malgré d'énormes efforts consentis par le Mali et ses partenaires pour lutter contre la malnutrition, elle demeure un problème de santé publique. Pour combattre ce fléau plusieurs stratégies ont été développées par le gouvernement malien notamment la mise en place des groupes de soutien aux activités nutritionnelles (GSAN) qui font la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et la stratégie

PB mère-enfant au niveau communautaire, la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA), etc. [9].

Cependant la malnutrition est d'ordre comportemental, comme la plupart des problèmes de santé il est donc nécessaire et important de se faire une idée sur le niveau de connaissance, attitude et pratique de la communauté. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui vise à évaluer le niveau de connaissances, attitudes, et pratiques des mères d'enfant moins de 5 ans sur la nutrition des enfants afin de formuler des recommandations pour une meilleure alimentation des enfants.

OBJECTIFS

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Évaluer la connaissance, les attitudes et les pratiques des mères d'enfants de 6 - 59 mois en matière de nutrition dans le CSCOM de Kalaban Coro en 2023.

2.2 Objectifs spécifiques

- Décrire le niveau de connaissances des mères d'enfants de 6 - 59 mois en matière de nutrition dans le CSCOM de Kalaban Coro en 2023
- Déterminer les attitudes des mères d'enfants de 6 - 59 mois en matière de nutrition dans le CSCOM de Kalaban Coro en 2023.
- Déterminer les pratiques des mères d'enfants de 6 - 59 mois en matière de nutrition dans le CSCOM de Kalaban Coro en 2023.

GENERALITES

3 Généralités

3.1 Définition des concepts

La nutrition

La nutrition est la science consacrée à l'étude des aliments et de leurs valeurs nutritionnelles, des réactions du corps à l'ingestion de nourritures ainsi que les variations de l'alimentation chez l'individu sain et malade [10].

La malnutrition

Selon l'OMS, le terme malnutrition se rapporte à plusieurs maladies, chacune ayant une cause précise liée à une insuffisance d'un ou de plusieurs nutriments et caractérisée par un déséquilibre nutritionnel entre l'approvisionnement en nutriment et en énergie d'une part et des besoins de l'organisme pour assurer la croissance, le maintien de l'état des diverses fonctions d'autre part [11].

L'état de malnutrition chez les enfants et les adultes se caractérise par une large gamme de signes cliniques qui résultent de carences en un ou plusieurs nutriments.

La malnutrition peut se définir comme : "un état dans lequel la fonction physique de l'individu est altérée au point qu'il ne peut plus assurer la bonne exécution des fonctions corporelles comme la croissance, la grossesse, le travail physique, la résistance aux maladies et la guérison [12].

3.2 Les causes de la malnutrition

Selon le Plan Stratégique National pour l'alimentation et la Nutrition (PSNAN).

Le Mali dispose d'un plan de politique en matière d'alimentation et de nutrition ; Il s'agit du Plan National sur l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) 1997 – 2001, qui vient d'être réactualisé en vue de son adoption au niveau national pour

servir de guide en matière de nutrition et alimentation. Ce plan (PSNAN 2004-2008) est défini selon les composantes suivantes :

La Composante 1 se réfère à la disponibilité alimentaire et donc à la capacité du pays à mettre à la disposition des populations de façon permanente les aliments de base ;

La Composante 2 se réfère à l'accessibilité alimentaire et renseigne sur la capacité des ménages à couvrir leurs besoins alimentaires et nutritionnels ;

La Composante 3 se réfère à l'importance de l'éducation et ses relations avec l'état nutritionnel. Les trois premières composantes constituent le pilier de la sécurité alimentaire ;

La Composante 4 traite les parasitoses et contaminations des aliments et de l'eau comme déterminants de la situation nutritionnelle ;

La Composante 5 vise à l'amélioration des pratiques de récupération nutritionnelle des enfants malnutris ;

La Composante 6 se réfère à la promotion nutritionnelle à travers des stratégies préventives d'amélioration des comportements et de pratiques d'alimentation et l'adoption des modes de vie sains ;

La Composante 7 se réfère à la lutte contre les carences en micronutriments (vitamine A, Fer, Iode, Zinc) et l'anémie ;

La Composante 8 se réfère à la prévention et la gestion des urgences alimentaires et nutritionnelles.

Le cadre opérationnel pour une approche pragmatique des interventions en alimentation et nutrition peut se résumer en 8 composantes telles que schématisées ci-dessous :



Figure 1: Cadre opérationnel du PSNAN [13].

Le PSNAN se définit comme un cadre stratégique dont les objectifs et les stratégies des huit composantes sont détaillés. Les activités décrites par stratégie sont données pour faciliter par la suite l'élaboration des plans sectoriels.

3.3 Les aspects cliniques de la malnutrition

Le terme malnutrition a plusieurs aspects cliniques, dont la malnutrition aiguë ou l'émaciation, la malnutrition chronique ou retard de croissance, la malnutrition globale ou l'insuffisance pondérale ainsi que les carences en micro nutriments tels que la vitamine A, fer, iode, zinc et acide folique.

La malnutrition aiguë ou l'émaciation (mesurée par l'indice poids/ taille) est due à un manque d'apport alimentaire entraînant des pertes récentes et rapides de poids avec un amaigrissement extrême. Il n'y a pas de déficit en vitamine, un

apport alimentaire en quatre semaines permet de rétablir une bonne santé. Forme la plus fréquente dans les situations d'urgence et de soudure [14]. Elle traduit une situation conjoncturelle et constitue le meilleur indicateur d'interprétation d'une insécurité alimentaire. Selon la classification de l'OMS, un taux de prévalence de l'émaciation compris entre 5 et 9% est jugé moyen, élevé entre 10 et 14% et très élevé au-delà de 15% [3].

Au Mali, elle touche un enfant sur six (15%) : 9% sous la forme modérée et 6% souffrent de forme sévère [5].

La malnutrition chronique ou retard de croissance (mesurée par l'indice taille/âge) est caractérisée par des enfants rabougris (trop petit pour leurs âges), cet indicateur anthropométrique traduit un problème alimentaire et/ou nutritionnel chronique en particulier pendant la période de développement fœtal. Il traduit une situation structurelle et donc n'est pas influencé par une amélioration conjoncturelle de la situation nutritionnelle des enfants ; il constitue le meilleur indicateur de suivi de l'état nutritionnel des enfants dans une population donnée et traduit le niveau de développement socio-économique de la population. Selon la classification de l'OMS, un taux de prévalence du retard de croissance compris entre 10 et 19% est jugé moyen, élevé entre 20 et 29% et très élevé au-delà de 30% [7]. Elle peut être causée par un déficit chronique in utero, des infections multiples. On constate qu'au Mali, 39% des enfants de 0 à 5 ans souffrent de retard de croissance [6].

La malnutrition globale ou insuffisance pondérale (mesuré par l'indice poids/âge) est un enfant qui a un faible poids. Utilisé en consultation pour le suivi individuel de l'enfant, traduit une malnutrition globale [15].

L'OMS classe ce taux comme, normal s'il est inférieur à 10% ; moyen de 10 à 19% ; élevé à 20% et très élevé s'il est supérieur à 30% [7]. Elle atteint un enfant sur quatre (27%), sur l'ensemble du territoire Malien [6].

En cas d'expression en pourcentage de la médiane (Selon Road To Health RTH)
: [14].

- Si le rapport P/T est ≥ 85 %, état nutritionnel normal
- Si le rapport P/T est compris entre 84 et 80%, il y a risque de malnutrition
- Si le rapport P/T compris entre 79 et 70% malnutrition modérée
- Si le rapport P/T < 70 %, c'est un cas de malnutrition sévère
- Si le rapport P/T < 60 %, malnutrition très grave, la vie de l'enfant est en danger
- Si le rapport P/T > 100 %, c'est l'hypernutrition (obésité)

En cas d'expression en Z score ou écart type (ET) selon l'OMS

- Si le rapport P/T $< - 2$ ET, malnutrition modérée
- Si le rapport P/T $< - 3$ ET, malnutrition sévère
- Si le rapport P/T compris entre $- 2$ et $- 1$ ET, il y a risque de malnutrition
- Si le rapport P/T compris entre $- 1$ et 1 ET, l'état nutritionnel est normal
- Si le rapport P/T compris entre 1 et 2 ET, il y a risque d'obésité
- Si le rapport P/T est $(2$ ET, il y a obésité (hypernutrition)

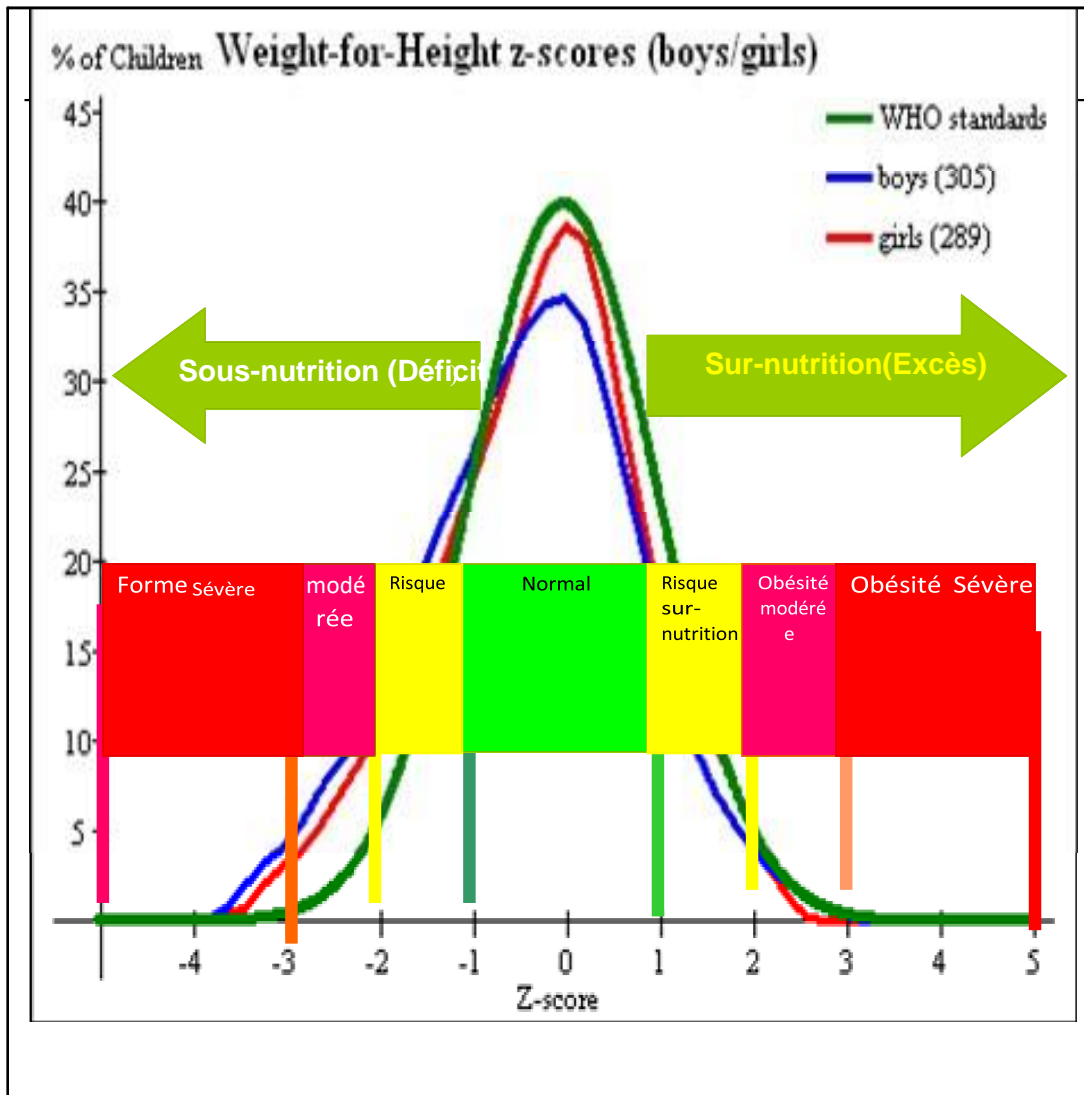


Figure 2: Les Paramètres Anthropométriques [14].

La carence en micro nutriments : Elle résulte d'une insuffisance des réserves et des taux circulant dans le sang en micro nutriments pour maintenir la croissance, la santé et le développement. Les micro nutriments sont des substances dont l'organisme a besoin en petite quantité pour maintenir la santé. Exemple : Sels minéraux, vitamines. Leurs carences ne sont toujours pas visibles et ne traduisent toujours pas l'insuffisance pondérale, la malnutrition chronique ou l'émaciation.

Les carences en vitamine A, fer, iode

Ce sont les plus fréquents dans le monde. Mais les carences en zinc et en acide folique peuvent causer de sérieux dommages pour la santé. Par exemple, il a été démontré qu'une supplémentation en zinc a permis de réduire la durée et la sévérité de la diarrhée, de réduire la malnutrition chronique et les complications de la grossesse [12]. La carence en acide folique représente un risque de morbidité et de mortalité maternelle et un faible poids à la naissance [12].

3.4 Recommandations pour l'alimentation de l'enfant

3.4.1 Recommandation pour les enfants de 0 à 6 mois

- Allaiter aussi souvent et aussi longtemps que possible de jour comme de nuit ;
- Allaiter au moins 8 fois en 24 heures ;
- Eviter de donner eau, tisane, décoction de plantes ou tout autre liquide à l'enfant
- Vider un sein avant de passer à l'autre à chaque tétée (au cours de la même tétée, donner un seul sein jusqu'à ce qu'il se vide puis passer à l'autre sein si l'enfant n'est pas rassasié sinon à la prochaine tétée commencer par le sein qui n'avait pas été tété).

3.4.2 Recommandation pour les enfants de 7 à 11 mois

- Allaiter au sein aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant le réclame au cours de chaque tétée.
 - Vider un sein avant de passer à l'autre sein à chaque tétée ;
 - Donner en complément du sein des rations adéquates de :
 - Bouillie (de riz, de mil, de maïs ou de blé) enrichie avec du lait ou de la poudre d'arachide ou du beurre de karité ou de la pâte d'arachide.
 - Soupe de viande ou de poisson avec légumes écrasés (courge, citrouille, patate, carotte, pomme de terre, tomate, feuilles vertes...).
- Ou des ingrédients du plat familial écrasés (légumes, viande, poisson...).

- Fruits de raisins murs, écrasés ou en jus (orange, mangue, melon, papaye...).

3.4.3 Recommandation pour les enfants de 12 à 24 mois

- Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame ;
- Donner les rations adéquates de :
- Plat familial incluant tous les éléments 3 fois par jour.
- Gouter 2 fois par jours entre les principaux repas : bouillie enrichie, beignets, autres fritures (patate, plantain, pomme de terre...) fruits de saisons murs tels : orange, mangue, banane, melon... Ou les aliments du repas familial 5 fois par jour.
- Surveiller l'enfant quand il mange.

3.4.4 Recommandation pour les enfants de plus de 24 mois

- Donner des aliments du repas familial en 3 repas quotidiens. En outre deux fois par jour,
- Donner des aliments nutritifs entre les repas comme :
- La bouillie enrichie.
- Les beignets (Riz, haricots, mil, blé...).
- Autres fritures (Patate, pomme de terre, plantain...).
- Fruits de saison murs (orange, mangue, banane, melon, papaye...).
- Servir l'enfant dans un bol individuel et surveiller quand il mange.

3.4.5 Recommandation pour l'alimentation d'un enfant avec diarrhée persistante

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et le plus longtemps jour et nuit.
- Si l'enfant consomme un autre lait :
- Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein, ou

- Remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés tels que le lait caillé, les yaourts, ou
- Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides tels que bouillie de riz, poudre de pain de singe délayée dans l'eau ou d'autres aliments très nutritifs tels que la viande du poisson ou des œufs.
- Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation selon son âge.

3.5 Les complications de la malnutrition [16]

Les complications de la malnutrition sont :

- Vomissement sévère ;
- Pneumonie ;
- L'hypoglycémie ;
 - Diarrhée et déshydratation basée sur les antécédents du patient et un changement récent d'apparence ;
- Lésions cutanées ouvertes ;
- Hypothermie $< 35,5^{\circ}\text{C}$ (rectal) ou $< 35^{\circ}\text{C}$ (axillaire) ;
- Fièvre $> 39^{\circ}\text{C}$ (rectal) ou $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (axillaire) ;
- Pâleur extrême (anémie sévère) ;
- Faible, apathique ou inconscient ;
- Convulsions ;
- Carence clinique en vitamine A. Toutes ces complications peuvent entraîner le décès de l'enfant. Elles constituent en effet les principales causes de mortalité dans les services de récupération nutritionnelle

3.6 La prise en charge de la malnutrition

3.6.1 Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à l'URENI Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë Sévère [16]

Tableau I : Critères d'admission pour la prise en charge de la MAS [16]

AGE	CRITERES D'ADMISSION
Moins de 6 mois	Se référer à la section : Nourrissons < 6 mois et < 3 kg avec accompagnante en annexe 20
6 mois à 12 ans	P/T < -3 z-score ou PB < 115 mm ou Présence d'œdèmes bilatéraux (Degré, ++, +++)
12 à 18 ans	P/T < 70% NCHS ou Présence d'œdèmes bilatéraux
Adultes	PB < 180 mm avec perte de poids récente ou Indice de Masse Corporelle (IMC) < 16 avec perte de poids récente ou Présence d'œdèmes bilatéraux (à moins qu'il y ait une autre cause flagrante)

Tous les patients qui remplissent au moins un des critères du tableau ci-dessus souffrent d'une MAS.

Les principes de Prise En Charge (PEC) de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS), quel que soit le type de programme, comprend trois phases (Phase Aiguë ou Phase 1, Phase de Transition, Phase 2) :

❖ La Phase Aiguë ou Phase 1

Les patients anorexiques avec ou sans complications médicales majeures sont admis en structure hospitalière (URENI) durant la phase aiguë du traitement.

Le produit thérapeutique utilisé durant cette phase – le F75 – permet d'amorcer le rétablissement des fonctions métaboliques et rétablir l'équilibre nutritionnel électrolytique. Un gain de poids rapide à ce stade est dangereux, c'est pourquoi le F75 est formulé de façon à ce que les patients ne prennent pas de poids durant cette période.

❖ La Phase de Transition

La phase de transition est introduite pour éviter au patient de prendre une trop grande quantité de nourriture brutalement avant que ses fonctions physiologiques ne soient restaurées. En effet, cela peut être dangereux et conduire à un déséquilibre électrolytique et au « syndrome de rénutrition ». Durant cette phase, les patients commencent à prendre du poids avec l'introduction du F100 ou d'ATPE, ce qui augmente de 30% l'apport énergétique du patient et son gain de poids doit atteindre environ 6g/kg/jour. La quantité énergétique et le gain de poids attendus sont moins élevés qu'en Phase de réhabilitation.

Transfert vers l'URENAS (exceptionnellement en URENI)

Dès que les patients ont un bon appétit et ne présentent plus de complications médicales majeures, ils reçoivent des ATPE et sont transférés vers l'URENAS. Ces produits sont faits pour favoriser un gain de poids rapide (à raison de 8 g/kg/jour et plus). Les tables par classe de poids peuvent être utilisées quel que soit le poids et l'âge des patients.

3.6.2 Traitement nutritionnel

- Sensibiliser la mère sur l'importance de l'allaitement maternel et sur le fait que l'enfant doit toujours être allaité et à la demande avant qu'on lui donne des ATPE;
- Expliquer à la personne en charge comment donner les ATPE à domicile
Quantité à donner : Les ATPE peuvent être conservés en toute sécurité pendant

plusieurs jours après ouverture de l'emballage à condition d'être protégés des insectes et rongeurs.

Tableau II : Quantité d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients [16]

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE – PATE		ATPE – SACHETS (92G)		BP100®	
	GRAMMES PAR JOUR	GRAMMES PAR SEMAINE	SACHETS PAR JOUR	SACHETS PAR SEMAINE	BARRES PAR JOUR	BARRES PAR SEMAINE
3.0-3.4	105	750	1 ¼	8	2	14
3.5-4.9	130	900	1 ½	10	2 ½	17 ½
5.0-6.9	200	1400	2	15	4	28
7.0-9.9	260	1800	3	20	5	35
10.0-14.9	400	2800	4	30	7	49
15.0-19.9	450	3200	5	35	9	63
20.0-29.9	500	3500	6	40	10	70
30.0-39.9	650	4500	7	50	12	84
40-60	700	5000	8	55	14	98

3.6.3 Traitement médical systématique [16]

Aucun autre nutriment ne doit être donné

Les ATPE contiennent déjà tous les nutriments requis pour traiter le patient malnutri.

a. Traitement médicamenteux

❖ Antibiothérapie systématique

Les antibiotiques doivent être donnés aux patients souffrant de MAS systématiquement, même si le patient ne présente pas de signes cliniques d'infections généralisées. Ceci n'est pas un traitement prophylactique. En fait, même si les signes cliniques d'infection sont absents, elles doivent toujours être traitées à l'aveugle.

Le traitement devrait être basé sur l'amoxicilline par voie orale (si l'amoxicilline n'est pas disponible, utiliser de l'ampicilline par voie orale).

❖ **Traitement anti paludique**

Pour tout patient admis à l'URENI, si TDR ou GE positif:

✓ donner l'artéméther-luméfantrine 20/120 En cas de Paludisme grave, donner :

l'artesun 60mg injectable en IM ou IV en première intention ou Artéméther injectable en IM si artesun 60mg non disponible prendre le relais avec l'artemether lumefantrime 20/120, dès que le patient est capable d'avaler ;Remarque : Les combinaisons contenant de l'amodiaquine sont supposées toxiques pour le patient souffrant de la MAS et doivent être évitées jusqu'à ce que leur innocuité soit confirmée pour ce groupe spécifique.

Ne jamais donner de QUININE par voie orale ou en perfusion à un patient souffrant de MAS dans les 2 premières semaines de traitement : la quinine induit souvent des hypotensions prolongées et dangereuses, des hypoglycémies, arythmies et arrêts cardiaques. Il y a peu de différence entre la dose thérapeutique et toxique.

Les Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'action (MILD) doivent toujours être utilisées systématiquement pendant toute la durée du séjour.

❖ **Vaccination contre la rougeole**

Vacciner tous les enfants à partir de 9 mois SANS CARTE de vaccination rougeole à l'admission (une seconde dose de vaccin doit être faite à la 4^{ème} semaine en URENAS uniquement pour ces enfants qui ont été vaccinés à l'URENI). Ces informations seront portées sur les fiches de transfert au moment

du transfert de ces enfants vers l'URENAS.

b. Médicaments donnés uniquement selon les circonstances spécifiques

❖ **Vitamine A**

Il y a suffisamment de vitamine A dans le F75, F100 et ATPE pour corriger les carences légères en vitamine A ; des doses élevées de vitamine A ne doivent pas être données chez les enfants ne présentant pas de signes de déficiences et peuvent être dangereuses. Donner une dose de vitamine A uniquement selon les circonstances suivantes :

- ✓ Lorsque l'enfant souffre de n'importe quel signe de carences en vitamine A : ceci inclut toute infection oculaire, comme par exemple, les conjonctivites ;
- ✓ Les enfants de plus de 9 mois, dans les cas d'EPIDEMIE de ROUGEOLE si l'enfant n'a pas été vacciné contre la rougeole.

❖ **Acide Folique**

- ✓ Il y a suffisamment d'acide folique dans le F75, F100 et l'ATPE pour le traitement de carences légères en acide folique ;
- ✓ S'il y a une anémie clinique, donner une dose unique d'acide folique (5mg) le jour de l'admission.

❖ **Anti-helminthes**

Donner le traitement déparasitant à la phase 2 ou à l'URENAS.

Tableau III: Résumé du traitement systématique à donner aux patients souffrant de MAS [16]

Traitement systématique	Admission direct URENI (phase aiguë)
Antibiotiques	Chaque jour durant la Phase Aiguë + 4 jours en Phase de Transition ou jusqu'au transfert en URENAS (pas moins de 7 jours)
Traitement antipaludéen	artéméther-luméfantrine
Vaccination Rougeole (à partir de 9 mois)	1 vaccination à l'admission si ABSENCE de CARTE (une 2ème dose sera donnée 4 semaines après la première dose).

3.6.4 Surveillance

Prendre le poids chaque jour et tracer la courbe sur la fiche de suivi ; Evaluer le degré d'œdèmes (0, +, ++, +++) cliniquement chaque jour ; Prendre la température deux fois par jour ;

Evaluer les signes cliniques standards (selles, vomissements, déshydratation, toux, respiration et taille du foie) ;

Prendre le PB chaque semaine ;

Noter toute information concernant les absences, vomissements ou refus de prendre les repas, la mise en place de SNG, de perfusion IV ou transfusion, les examens de laboratoire s'il y en a et leurs résultats. La fiche de suivi doit rassembler toutes ces informations sur une base quotidienne aux emplacements réservés à cet effet.

METHODOLOGIE

4 Méthodologie

4.1 Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée dans le CSCOM de Kalaban Coro (ASACOKA).

Kalaban Coro est l'une des 37 communes du Cercle de Kati dans la région de Koulikoro (2ième région du Mali). Elle est en partie considérée comme une banlieue de Bamako. La ville est située sur la rive sud du fleuve Niger et est une commune en croissance rapide avec une population de 166 722 habitants en 2021, ce qui en fait la troisième ville la plus peuplée du pays. [10]

La Commune est limitée au nord par le District de Bamako ; au sud par la Commune de Sanankoroba ; à l'est par la commune de Mountougoula ; à l'ouest par la commune du Mandé ; et au nord-est par la commune de Banguinéda. Elle couvre une superficie de 219.75 km² et est composé de douze villages : Diatoula, Guana, Kabala, Kalaban Coro, Kouralé, Missala, Missalabougou, N'golobougou, Niamana, Sabalibougou, Sirakoroméguetana et Tabacoro.

La commune de Kalaban Coro dispose de huit (08) structures sanitaires dont sept (7) à caractère communautaire (CSCOM) un CSREF et d'autres structures privées (infirmeries, cabinets médicaux, cliniques).

Le CSCOM de Kalaban Coro (ASACOKO) comporte 4 grandes unités dont :

- Le dispensaire composé de 4 sous-unités : la maternité, le service de soins, les activités et la garde ;
- Le laboratoire ;
- La pharmacie ;
- L'échographie.

4.2 Période et type d'étude

Nous avons effectué une étude transversale prospective dont la collecte s'est déroulée sur une période de 02 mois allant de Novembre à Décembre 2022

4.3 Population de l'étude

La population de cette étude était constituée des enfants de 6 - 59 mois et leurs mères venus en consultation au CSCOM de Kalaban Coro (ASACOKA).

4.4 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- ✓ Les enfants de 6 - 59 mois résidant à Kalaban Coro.
- ✓ Les mères résidant à Kalaban Coro et ayant un enfant dont l'âge est compris entre 6 - 59 mois.

4.5 Critères de non inclusion

Ne seront pas inclus dans l'étude :

- ✓ Les mères d'enfants de 6 - 59 mois résidant à Kalaban Coro mais absentes au moment de l'enquête.
- ✓ Les mères d'enfants de 6 - 59 mois ne voulant pas faire partie de l'étude.
- ✓ Les enfants de 6 - 59 mois résidant à Kalaban Coro mais absents au moment de l'enquête.

4.6 Échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage aléatoire de toutes les mères et tous les enfants de 6 à 59 mois admis à l'ASACOKA pendant la période d'étude.

4.7 Collecte des données

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête préétablies.

Les variables suivantes étaient collectées :

- Les données sociodémographiques : âge, ethnie, profession, résidence, statut matrimonial, le régime matrimonial, et le niveau d'instruction ;
- Le nombre d'enfants disposant chaque mère ;
- Les mesures anthropométriques des enfants ;
- La connaissance et attitude des mères en matière de nutrition ;
- La pratique des mères en matière de nutrition

4.8 Traitement et analyse des données

Le traitement et la saisie des données ont été réalisés avec les logiciels Microsoft office 2016 (Excel) et SPSS version 22.

Le test de chi carré (Khi 2) a été utilisé pour la comparaison des variables, avec un seuil de significativité si $P < 0,05$.

4.9 Considérations éthiques

Avant le démarrage des activités nous avons demandé l'accord des autorités du CSCOM de Kalaban Coro. Le consentement libre et éclairé de façon verbale des mères d'enfants a été demandé pour pouvoir mener notre étude. L'accent a été mis sur la liberté des mères d'enfants de participer ou d'arrêter leur participation à tout moment de l'étude sans préjudice pour elles-mêmes. La confidentialité et l'anonymat des participantes ont été respectés.

RESULTATS

5 Résultats

Notre Etude s'est déroulée au CSCOM de Kalaban Coro et a porté sur 129 femmes et leurs enfants âgées de 06 à 59 mois

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des mères

Tableau 5 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur tranche d'âge

Tranche d'âge Mère	n	%
[15 - 25]	31	24,0
[26 - 35]	96	74,4
[36 - 45]	2	1,6
Total	129	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 26 et 35 ans avec 74,4%, avec une moyenne de 27,95+/- 3,53, un minimum de 20 ans et un maximum de 36 ans.

Tableau 6 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	n	%
Divorcée	2	1,6
Mariée	126	97,7
Veuve	1	0,8
Total	129	100,0

Les mariées étaient majoritaires avec un taux de 97,7% des cas.

Tableau 7 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	n	%
Monogamie	4	3,17
Polygamie	122	96,83
Total	126	100,00

La plupart des femmes étaient dans un foyer polygame avec un taux de 96,83% des cas.

Tableau 8 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	n	%
Non Scolarisées	25	19,4
Ecole Coranique traditionnelle	14	10,9
Fondamental 1er cycle	37	28,7
Fondamental 2er cycle	46	35,7
Secondaire	5	3,9
Supérieure	2	1,6
Total	129	100,0

Les femmes avec un niveau d'instruction de Fondamental 2er cycle étaient les plus fréquentes avec 35,7% des cas.

Tableau 9 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la profession

Profession	n	%
Autres	3	2,3
Coiffeuse	11	8,5
Commerçante	8	6,2
Élève	5	3,9
Ménagère	102	79,1
Total	129	100,0

Tableau X : Moyenne d'enfants par mères

Tableau 1 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du nombre d'enfants nés vivants

Nombre d'enfants nés vivants	n	%
1	10	7,8
2	35	27,1
3	57	44,2
4	20	15,5
5	6	4,7
6	1	0,8
Total	129	100,0

Les femmes avec 3 enfant nés vivant étaient les plus représentés avec 44,2% des cas.

Tableau 2 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant vivant	n	%
1	11	8,5
2	37	28,7
3	54	41,9
4	24	18,6
5	3	2,3
Total	129	100,0

Les femmes avec 3 enfant vivant étaient les plus représentés avec 41,9% des cas.

Tableau 3 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du nombre d'enfant de moins de 5 ans

Nombre d'enfant de moins de 5ans	n	%
1	106	82,2
2	22	17,1
3	1	0,8
Total	129	100,0

82,2% de notre échantillon avaient 1 seulement 1 enfant de moins de 5 ans.

Tableau 4 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la grossesse

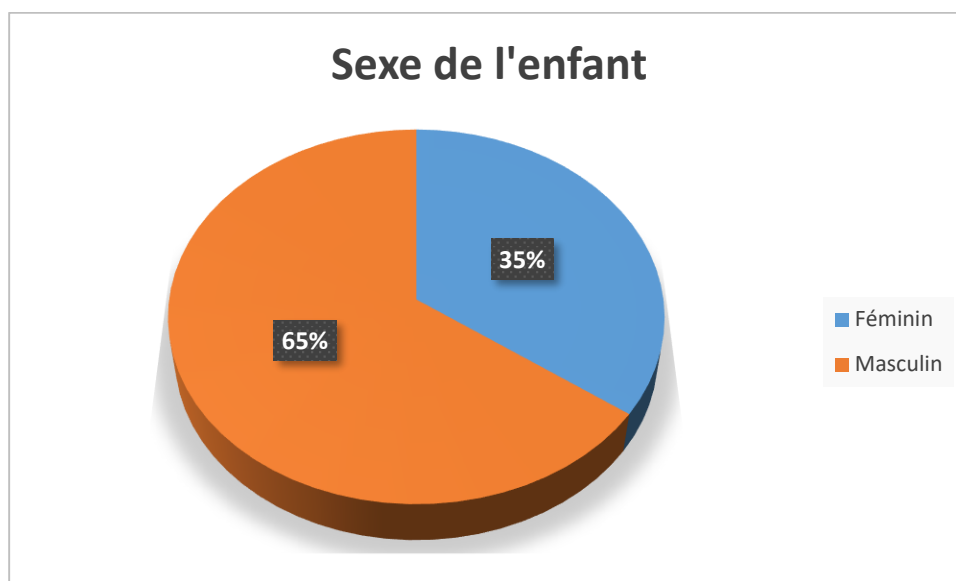
Enceinte	n	%
Non	113	87,6
Oui	16	12,4
Total	129	100,0

Les femmes non enceintes étaient les plus représentées avec 87,6% des cas.

Tableau XI : Caractéristiques Socio – démographiques des enfants

Tableau 1 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe de l'enfant

Sexe de l'enfant	n	%
Féminin	45	34,9
Masculin	84	65,1
Total	129	100,0



Le sexe Masculin prédominait avec 65,1% des cas.

Tableau 12 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'âge de l'enfant

Age Enfant (mois)	n	%
[6 - 12]	4	3,1
[13 - 24]	15	11,6
[25 - 36]	95	73,6
[37 - 48]	14	10,9
[49 - 59]	1	0,8
Total	129	100,0

Les enfants dans la tranche d'âge de [25 – 36] étaient les plus fréquente avec 73,6% des cas.

Tableau 3 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'intervalle inter génésique en année

Intervalle inter génésique (années)	n	%
1	117	90,7
2	11	8,5
4	1	0,8
Total	128	100,0

90% des femmes avaient une intervalle inter génésique de 1 an.

Tableau4: Répartition des mères d'enfants de 6   59 mois en fonction de la vaccination au penta 3

La vaccination penta 3	n	%
Faite carnet	115	89,1
Faite selon la mère	13	10,1
Pas faite selon la mère	1	0,8
Total	129	100,0

La vaccination au penta 3 avait été effectuée chez 89,1% des enfants.

Tableau XIII : Les connaissances des mères d'enfants de 6   59 mois

Tableau 1 : Répartition des mères d'enfants de 6   59 mois en fonction de la VAR

VAR	n	%
Faite carnet	115	89,1
Faite selon la mère	13	10,1
Pas faite selon la mère	1	0,8
Total	129	100,0

Les enfants chez qui la VAR a été effectuée étaient les plus représentées avec 89,1 des cas.

Tableau 2 : Répartition des mères de 6 à 59 mois en fonction des suppléments en vitamine A

Supplémentation en vitamine A	n	%
Oui Carnet	114	88,4
Oui selon la mère	13	10,1
Supplémentation non faite	2	1,6
Total	129	100,0

Les enfants ayant reçu une supplémentation en vitamine A étaient les plus fréquents et représentaient 88,4% des cas.

Tableau 3 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de maladie récente de l'enfant

Enfant malade dans les deux dernières semaines	n	%
Non	66	51,2
Oui	63	48,8
Total	129	100,0

51,2 des enfants n'étaient pas tomber malades au cours des deux dernières semaines avant l'enquête.

Tableau 4 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la maladie contractée récemment

La maladie contractée dans les deux dernières semaines	n	%
Diarrhées	16	25,40
Paludisme	47	74,60
Total	63	100,00

Parmi les maladies contractées dans les deux dernières semaines avant l'enquête, le paludisme prédominait avec 74,60% des cas.

Tableau 5 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la présence d'œdèmes des membres

Œdèmes bilatéraux des membres inférieurs	n	%
Non	127	98,4
Oui	2	1,6
Total	129	100,0

L'œdème bilatéraux était absent chez 98,4% des enfants.

Tableau 6 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance de la définition de la malnutrition

Définition trouvée	n	%
Non	121	93,8
Oui	8	6,2
Total	129	100,0

93,8% des femmes n'avaient pas trouvé la définition de la malnutrition.

Tableau 7 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur premier recours en cas de malnutrition

1er recours en cas de malnutrition	n	%
Aller au cscom ou csref ou à l'hôpital	125	96,9
Automédication	3	2,3
Voir un traditherapeute (guérisseur traditionnel)	1	0,8
Total	129	100,0

Parmi les premiers recours en cas de malnutrition selon les femmes, se rendre dans un centre de sante prédominait avec 96,9% des cas.

Tableau 8 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la quantité de leur alimentation pendant la grossesse

L'alimentation pendant la grossesse en termes de quantité	n	%
Plus importante	128	99,2
Plus réduite	1	0,8
Total	129	100,0

La quantité de l'alimentation était plus importante chez 99,2 des femmes pendant la grossesse.

Tableau 9 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance de la relation entre mauvaise eau et les maladies

Connaissance de la relation entre la mauvaise qualité de l'eau de boisson et les maladies	n	%
Non	2	1,6
Oui	127	98,4
Total	129	100,0

98,4% des femmes avaient connaissance de la relation entre la mauvaise qualité de l'eau de boisson et les maladies.

Tableau 10 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'intervalle de temps pour le premier sein à l'enfant

Temps	n	%
15 à 30 mn	68	52,7
30mn à 1h	37	28,7
1h à 24h	24	18,6
Total	129	100,0

L'intervalle 15 à 30 min représentait 52,7% des cas.

Tableau 11 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du nombre de mois en allaitement exclusive

Nombre de mois	n	%
Après 6 mois	77	59,7
Avant 6 mois	5	3,9
Jusqu'à 6 mois révolus	47	36,4
Total	129	100,0

L'allaitement exclusive jusqu'à après 6 mois représentait 59,7% des cas.

Tableau 12 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'âge pour donner l'eau à l'enfant

Age	n	%
Après 6 mois	9	7,0
Avant 4 mois	8	6,2
Entre 4 et 6 mois	112	86,8
Total	129	100,0

L'intervalle 4 à 6 mois était la plus représentée avec 86,8% des cas.

Tableau 13 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la limite d'âge de l'enfant en allaitement exclusive

Intervalle âge ? (En mois)	n	%
[6-12]	2	1,55
[13-24]	124	96,12
[25-36]	3	2,33
Total	129	100,00

L'intervalle 13 à 24 mois était majoritaire avec 96,12% des cas.

Tableau 14 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance des causes de diarrhée

Connaissance des Causes de diarrhée ?	N	%
Oui	129	100,0

Tableau 15 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance sur l'âge de sevrage

Age de sevrage (en mois)	n	%
[12-24]	121	93,80%
[25-36]	2	1,55%
Total	123	95,35%

Dans 93,80% des cas, l'âge de sevrage était compris entre 12 et 24 mois.

Tableau 16 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur mode d'arrêt de l'allaitement

Mode d'arrêt allaitement	n	%
Brusquement	52	42,28
Progressivement	71	57,72
Total	123	100,00

Dans 57,72% des cas, l'allaitement était arrêté de façon progressive.

Tableau 17 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance sur le temps avant d'associer d'autres aliments au sein

Temps en mois	n	%
Après 6 mois	92	71,3
Avant 6 mois	7	5,4

**CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE DES MÈRES D'ENFANT DE 6-59 MOIS EN
MATIÈRE DE LA NUTRITION DANS LE CSCOM DE KALABAN CORO(ASACOKA)**

Jusqu'à 6 mois révolus	30	23,3
Total	129	100,0

71,3% des femmes commençaient à associer d'autres aliments au sein qu'après 6 mois.

Tableau 18 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction du nombre des avant l'introduction de différents *aliments*

Moment d'introduction (en mois)	Lait		Bouillie		Légumes-Fruits		Viande-poissons		Œufs	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4	4	3,1	6	4,7	3	2,3	3	2,3	3	2,3
5	1	0,8	0	0	1	0,8	1	0,8	1	0,8
6	34	26,4	33	25,6	35	27,1	35	27,1	35	27,1
7	53	41,1	51	39,5	47	36,4	47	36,4	47	36,4
8	37	28,7	39	30,2	43	33,3	43	33,3	43	33,3
Total	129	100,0	129	100,0	129	100,0	129	100,0	129	100,0

Tableau 19 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de la disposition de dispositif de lavage des mains

Dispositif de lavage des mains	n	%
Non	103	79,8
Oui	26	20,2
Total	129	100,0

79,8% des femmes n'avaient pas de dispositif de lavage des mains

Tableau XIV : Attitudes et pratiques des mères d'enfants de 6 à 59 mois

Tableau 1 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction des aliments donnés à l'enfant dans les derniers 24H

Les aliments donnés à l'enfant les derniers 24H	n	%
Féculents	109	84,50
Légumineuses	128	99,22
Lait et produits laitiers	127	98,45
Œufs	125	96,90
Protéines animales	117	90,70
Légumes et tubercules riches en vitamine A	118	91,47
Légumes et feuilles vert foncé	67	51,94
Abats	17	13,18
Autres	0	0,00

Les aliments les plus représentés étaient entre autres les légumes, lait, œuf, protéines animales, féculents avec respectivement 99,22%, 98,45%, 96,90%, 91,47%, 84,50%.

Tableau 2 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur avis sur les avantages de l'allaitement *exclusive*

Les avantages de l'allaitement Exclusive	n	%
Bonne santé de l'enfant (protection contre les maladies)	129	100,00
Espacement des grossesses	41	31,78
Ne sais pas	0	0,00
Autres à préciser	0	0,00

Tableau 3 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur avis sur les premiers laits

Avis sur les premiers Laits	n	%
Mauvais Lait	127	98,45
Il est amer	19	14,73
Il est sale	119	92,25
Il rend malade	111	86,05
Il ne favorise pas la croissance du bébé	81	62,79
La coutume interdit de donner au bébé	108	83,72
Ne sais pas	0	0,00
Autres	0	0,00

98,45% des femmes pensaient que les premiers laits étaient des mauvais lait, 92,25% que c'étaient sale.

Tableau4: Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur CAT devant un enfant malade

CAT Enfant Malade	n	%
Augmenter son apport quotidien	129	100,00
Augmenter le nombre de repas	127	98,45
Diminuer la quantité de repas	7	5,43
Varier son alimentation	128	99,22
Ne rien donner	0	0,00
Ne sais pas	0	0,00
Autres à préciser	0	0,00

100% femme optent pour une augmentation des apports en cas de maladie de leur enfant.

Tableau 5 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance sur les causes de la diarrhée

Causes de la diarrhée	n	%
Le manque d'hygiène	128	99,22%
La consommation d'aliments souillés	128	99,22%
La consommation d'eaux non potables	129	100,00%
Autres à préciser	0	0,00%

La consommation d'eaux non potables revenait comme réponses chez 1005 des femmes, suivie par le manque d'hygiène et la consommation d'aliments souillés avec chacun 99,22% des cas.

Tableau 6 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur connaissance sur les causes de la malnutrition

Les causes de la malnutrition	n	%
Insuffisance d'aliments riches en micronutriments	129	100,00%
Alimentation pas assez diversifiée	129	100,00%
Manque de moyens financiers pour acheter les aliments	119	92,25%
Méconnaissances des recettes nutritionnelles pour enfants	100	77,52%
Maladie	110	85,27%
Sevrage précoce	65	50,39%
Ne sais pas	0	0,00%
Autres à préciser	0	0,00%

L'insuffisance d'aliments riches en micronutriments et l'alimentation non diversifiée revenaient comme causes de la malnutrition chez 100% des femmes.

Tableau 7 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction des liquides et aliment donnée à l'enfant

Les liquides et Aliment donnée à l'enfant	n	%
Lait (autre que le lait maternel)	129	100,00
L'eau	126	97,67
Liquide sucré	114	88,37

Jus de fruit	129	100,00
Thé	4	3,10
Tisane	71	55,04
Autres à préciser	0	0,00

Dans 100% des cas, le lait et jus de fruit étaient données à l'enfant. L'eau et liquide sucre dans respectivement 97,67% et 88,37%.

Tableau 8 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur avis sur les qualités d'une bonne eau

Les Qualités d'une bonne eau	n	%
Propre	129	100,00
Inodore	127	98,45
Incolore	126	97,67
Claire	126	97,67
Autres	0	0,00

Propre, indolore, incolore et claire étaient cités comme qualités d'une bonne eau dans respectivement 100%, 98,45% et 97,67% des cas.

Tableau 9 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leur raison d'arrêt de l'allaitement

Raison	n	%
Trop de travail à faire, trop occupée ou fatiguée	13	10,08
Le bébé était assez grand et n'en avait plus besoin	117	90,70
On m'a déconseillée	106	82,17
De nouveau enceinte	5	3,88
Autres à préciser	0	0,00

Les raisons les plus citées étaient le poids du bébé et le conseil de l'entourage avec respectivement 90,70% et 82,17% des cas.

Tableau 10 : Répartition des mères d'enfants de 6 à 59 mois en fonction de leurs connaissances sur les signes de la malnutrition

Les signes de la malnutrition	n	%
Amaigrissement (perte de poids)	129	100,00
Changement de comportement (tristesse)	118	91,47
Décoloration des cheveux	128	99,22
Manque d'appétit	120	93,02
Ballonnement abdominal	123	95,35
Gonflements des pieds et des mains (œdèmes des membres)	31	24,03%
Ne sais pas	0	0,00%
Autres signes à préciser	0	0,00%

L'amaigrissement revenait dans 100% des cas comme signes de malnutrition.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6-Commentaires et discussions

Notre étude s'est déroulée au CSCOM de Kalaban Coro et a porté sur 129 femmes et leurs enfants âgés de 6 à 59 mois. L'objectif était de donner :

✓ Caractéristiques des mères

Dans notre étude, la tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus représentée (74,4%) ce qui est similaire à celui de Mavuta et al en 2017 en RDC à Lubumbashi avec une prédominance dans la tranche d'âge des 20 à 25 ans avec 26% [17]. Mais en désaccord avec celui de l'EDSM 2018 qui a trouvé une prédominance dans la tranche des 15-24 ans avec 38% [18].

un nombre peu important des femmes étaient non scolarisées 19,4%, ce taux est proche de celui de Mavuta et al en 2017 en république démocratique de Congo (RDC) à Lubumbashi qui trouve un taux des femmes non scolarisées de 24% [17]. Cependant, il reste largement inférieur à celui de l'EDSM (Enquête Démographique et de Santé du Mali) 2018 qui trouve 65% des femmes non scolarisées [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par la connaissance de l'importance de la scolarisation des filles par la société et le milieu d'étude (urbain). Les femmes mariées représentaient 97,7%. Ce résultat est similaire à ceux de Diallo AM qui avait trouvée 97% de femmes mariées et l'EDSM 2018 avec 81% de femmes mariées. Les ménagères représentent 79,1%, ce résultat est différent de ceux de Diallo AM et TOGO EA qui avaient trouvé respectivement 88% et 68% de femmes ménagères [18-20].

✓ Caractéristiques des enfants

Notre étude a concerné un échantillon d'enfants de 6 – 59 mois au nombre de 129 ayant fait l'objet de mensurations anthropométriques.

Une prédominance masculine (sex-ratio de 1,86) a été observée dans notre étude contrairement dans celles de Diallo AM en 2020 qui a obtenu une prédominance pour le sexe féminin avec 52,7% de sexe féminin [19] .

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la fluctuation d'échantillonnage. Selon la mentalité malienne, elle pourrait être liée aux prédispositions génétiques rendant le petit garçon plus susceptible aux infections. Les enfants de 25 à 36 mois étaient plus représentés avec 73,6% ; l'âge moyen était de 29,14 mois \pm 7,12. Ces résultats sont semblables à ceux de Mavuta et al en 2017 en RDC à Lubumbashi. Diallo AM et Koné en 2020 et al en 2017 dans la commune de Zangaradougou à Sikasso quant à eux, trouvent une prédominance du sexe féminin respectivement 52,7 et 51,7%, une prédominance de la tranche d'âge de 0 à 5-6 mois avec respectivement 38,7% et 51,7% [19].

✓ **Connaissances et pratiques des mères sur l'alimentation des enfants**

Connaissance des mères face à la malnutrition

Parmi les mères interrogées, 100% ont cité l'amaigrissement comme étant le principal signe de la malnutrition et pensent que la malnutrition est due plutôt à une insuffisance d'aliments riches en micronutriments. Dans notre étude, 93,8% des mères n'ont pas pu définir la malnutrition. Cette situation pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la sensibilisation sur la malnutrition que ça soit à la radio, à la télé ou par d'autre moyen de communication. Les 59,7% des mères estiment que l'allaitement maternel exclusif doit être poursuivi au-delà de 6 mois, tandis que les 31,5% d'entre elles pensent qu'il faut déjà diversifier l'alimentation de l'enfant avant 6 mois car la majorité des femmes ont un niveau fondamental. La pratique de l'allaitement maternel mixte (AMM) permet de réduire la mortalité infantile et améliore la santé de la mère. Cette pratique permet aussi de lutter

contre la pauvreté, car elle réalise des économies considérables en dépenses de santé dans les ménages, voire dans la société [21].

Pour 93,8% des mères, le sevrage doit s'effectuer avant 24 mois, car elles trouvent que le lait maternel ne joue plus un grand rôle dans l'alimentation de leur enfant. Cette connaissance erronée des mères pourrait s'expliquer par un manque de sensibilisation sur les avantages de l'allaitement maternel.

✓ **Les attitudes et pratiques des mères face à la malnutrition**

Nous avons constaté que seulement 0,8% des enfants sont traités traditionnellement en premier lieu en cas de maladie tandis que 2,3% des mères choisissent l'automédication au premier plan et 96,9% ont pour premier recours les Centres de santé (CSCom, CSRef). Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les Centre de Sante comme les CSCom sont moins couteux que les autres structures de santé (cliniques, cabinets etc.), ils sont également plus proches de la population.

Dans notre étude 59,7% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. Notre résultat est supérieur à celui d'EDSM VI [18] avec 40% pour l'AME. L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre les infections. De plus, il constitue une source idéale d'éléments nutritifs. L'allaitement maternel exclusif est économique et sûr. Cependant, de nombreuses mères cessent d'allaiter précocement et, sont souvent obligées de passer à d'autres formes de préparations alimentaires, qui peuvent ralentir la croissance et le développement si les conditions d'hygiène ne sont pas respectées[22]. L'allaitement maternel permet un bon développement cognitif et sensoriel de l'enfant et le protège contre les maladies infectieuses et chroniques. Il réduit aussi la mortalité due aux maladies de l'enfance comme la diarrhée et la pneumonie [23].

Nous avons trouvé dans notre étude que la plus grande majorité des enfants bénéficient d'une alimentation diversifiée à base des céréales (riz, blé, mil etc.), de viande (poisson, volailles etc.) et du lait et dérivés à partir de 6 mois. Après l'âge de 6 mois, le lait maternel n'est plus suffisant pour couvrir les besoins nutritionnels d'un enfant. Par conséquent, des aliments de complément adaptés doivent donc être introduits dans l'alimentation de l'enfant tout en continuant d'allaiter jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus. Cette période de transition entre l'allaitement exclusif et une alimentation diversifiée familiale a lieu à un moment où les enfants sont les plus vulnérables à la malnutrition et il est donc important qu'ils reçoivent, pendant cette période, des aliments solides [18].

Dans notre étude, 42,28% des enfants ont été sevrés de manière brusque. Le sevrage brutal est une expérience traumatisante pour l'enfant, car il n'est point psychologiquement préparé, et est souvent cause de malnutrition.

La majorité des enfants sevrés étaient dans la tranche d'âge de 12 à 24 mois avec 93,80% semblables aux résultats de TOGO EA dont la tranche d'âge majoritaire était de 13 à 24 mois [20]. Les raisons évoquées par leurs mères par rapport au sevrage précoce sont, la grossesse en cours ; le refus spontané de téter et le manque de temps. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'âge des mères, leur niveau d'instruction qui était primaire dans 28,7% et 19,4% des mères n'étant pas scolarisées ; toutes choses susceptibles de rendre difficile la bonne application du processus de sevrage.

✓ **Limites de l'étude**

- Les insuffisances dans la prise des mesures anthropométriques
- Etude faite sur une population cible ,ceux qui ne permet pas d'évaluer l'état nutritionnel réel de la population

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 Conclusion et recommandations

6.1 Conclusion

Notre étude, portant sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des mères en matière d'alimentation de l'enfant, a montré que les mères ont une assez bonne connaissance sur l'alimentation de l'enfant. Les pratiques alimentaires concernant l'allaitement précoce, l'allaitement maternel exclusif, l'introduction des aliments et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans restent insuffisantes et influencées négativement par l'attachement des mères aux pratiques coutumières. La situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois était préoccupante d'où la nécessité de développer des actions de sensibilisation intégrée dans un programme multidisciplinaire et multisectoriel à long terme pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations.

6.2 Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations suivantes :

Aux autorités

- ✓ Encourager la scolarité des enfants en particulier des filles.
- ✓ Agrandir le bâtiment de l'unité d'URENI pour une prise en charge adéquate des enfants.

Aux agents de santé

- ✓ Informer et sensibiliser la population sur les avantages de la pratique de l'allaitement maternel immédiat à la naissance, l'allaitement maternel exclusif et sur la diversification alimentaire des enfants
- ✓ Informer et sensibiliser la population en matière d'hygiène et assainissement
- ✓ Renforcer le système de suivi régulier de la situation nutritionnelle des enfants.

Aux mères d'enfants

- ✓ Adhérer à la bonne pratique nutritionnelle
- ✓ Eviter les retards de consultation et les automédications.

REFERENCES

7 Reference

1. OMS. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 16 février 2018 [en ligne], consulté en novembre 2022 sur www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/infant-and-young-child-feeding
2. Santé Publique France. Les 1000 premiers jours – 2022. [Internet]. [Cité 5 janv. 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>.
3. Sibetcheu D, Fomo M.A, Libite P.R et Jazet E. Allaitement maternel et état nutritionnel des enfants et des femmes au Cameroun en 2015, pages 279-209
4. SihemT, HananeB, Smahi M.C. Allaitement maternel exclusif en Algérie. Thèse de médecine-université Bekr Belkaid-Tlemcen 2016-2017, 45p
5. Sokol E, Aguayo V, Clark D. PROTEGER L'ALLAITEMENT MATERNEL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE. 2007;44p.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT). ENQUÊTE NUTRITIONNELLE ANTHROPOMETRIQUE ET DE MORTALITE RETROSPECTIVE EN DECEMBRE 2021. 11e EDITION AU MALI [Internet]. 2021 déc.164p. .
7. OMS | L'allaitement maternel pour sauver des vies [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/fr/index.html.
8. Guarric A. La malnutrition n'épargne plus aucun pays dans le monde. 04 novembre 2017 à 16h44 ; consulté en novembre 2022 sur www.lemonde.fr/planete/article/2017/11/04/la-malnutrition-n-epargne-plusaucun-pays-dans-le-monde_5210018_3244.html).

9. Ministère de la santé du Mali. Enquête nationale nutritionnelle SMART Septembre 2018 ; 120p.
10. IKNANE AA. Eléments de base en nutrition-Mali. 2002 ;(1):59-77. .
11. OMS La prise en charge de la malnutrition sévère, manuel à usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement OMS 2000, 32p.
12. CREDOS. Rapport de l'évaluation de l'état nutritionnel des mères séropositives et enfants nés de mères séropositives sur les sites de PTME du VIH à Bamako CREDOS, juillet 2006, 28p. .
13. AG IKNANE A, DIARRA M, OUATTARA F et al, Les interventions en nutrition vol.2, 2008, 311p. .
14. AG IKNANE A, DIARRA M, OUATTARA F et al. Enquête de base sur la sécurité alimentaire et la nutrition, INRSP/SAP, Août 2007, 63p.
15. Ag Iknane. A, Diarra. M, Ouattara. F, Bah. R, Touré. A et al. Les interventions en nutrition vol. 2; INRSP; 2008, 311p. .
16. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère 2017, p238. .
17. Mavuta CZ, Imani WL, Stephanie L. Ngimbi SL, Ngoie NL, Tshiswaka SM, Luboya EK, et al. Pratiques alimentaires des nourrisson : Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'une commune urbaine de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2018; 2(2): 109-116. 9p. .
18. Ministère de la santé, INSTAT, CPS/SSDSPF, INFO-STAT. Cinquième enquête démographique et de santé du Mali 2012-2013, 577p.
19. Diallo AM. Connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'alimentation des enfants de 0 à 23 mois et leur statut nutritionnel à la

- pédiatrie/URENI du CSRéf de Niafunké de décembre 2018 au février 2019. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020 [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4524>.
20. Togo EA. Connaissances attitudes et pratiques des mères d'enfants de 6 à 59 mois face à la malnutrition au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2023 [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6112>.
21. Niveau d'instruction de la mère nourrice et type d'alimentation du nourrisson dans le district d'Abidjan (Côte d'Ivoire) [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <http://revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/187/106>.
22. AG IKNANE A1, SOMBIE C2, KAMIAN K3, DIAWARA F4 et AL Pratiques des mères en matière de santé - nutrition des enfants de moins de 5 ans à Sikasso au Mali en 2010 revue 195-205-1-PB p94.
23. Baoua, D. B., Garba, M., Moussa, M. M., Moussa, N. N., & Kamaye, M. (2020). Evaluation De La Prise En Charge De La Malnutrition Aigüe Sévère Dans Le Service De CRENI Du Centre Hospitalier Régional (CHR) De Niamey .European Scientific Journal, ESJ, 16(24), 233. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n24p233>.

ANNEXES

8 Annexes

FICHE D'ENQUETTE

Numéro de l'enquêteur /__/

Numéro de l'équipe /__/

Numéro de la mère /__/ /__/ /__/ /__/ Numéro de l'enfant /__/ /__/ /__/ /__/

Date de l'enquête /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/

Section 1 Identification de l'enquêtée

Q1 Nom et Prénoms _____

Q2 Quel âge avez-vous ?(en années) /__/ __/

Q3 Quel est votre statut matrimonial ? /__/

1= Célibataire

2= Mariée (si mariée poser Q4)

3= Divorcée

4= veuve

Q4 Quel est votre régime matrimonial ? (si mariée) /__/

1= monogamie

2= polygamie

Q5 Quel est votre niveau d'instruction ? /__/

1= aucun

2= fondamental 1^{er} cycle

3= fondamental 2^e cycle

4= secondaire

5= supérieure

6=école coranique traditionnelle

Q6 Pouvez-vous lire un message simple en français ? /__/_/

1= oui

2= non

Q7 Quelle est votre profession ? /__/_/

1= ménagère

2= commerçante

3= coiffeuse

4= élève

5= autres _____

Q8 Combien d'enfants nés vivants avez-vous eu ? /__/_/_/

Q9 Parmi ces enfants, combien sont en vie aujourd'hui ? /__/_/_/

Q10 Parmi ces enfants combien ont moins de 5 ans ? /__/_/_/

Q11 Enceinte ? /__/_/

1= oui

2= Non

Section2. Identification de l'enfant

Q12 Noms et prénoms _____

Q13 Sexe de l'enfant ? /__/_/

1= masculin

2= féminin

Q14 Age (mois) /__/_/_/

Q15 Rang dans la fratrie /__/_/_/

Q16 Intervalle inter génésique (années) /__/_/_/ ou (en mois) /__/_/_/

Section 3 Etat de santé et mesures anthropométriques

Etat de santé

Q17 La vaccination penta 3 /__/

1= faite carnet

2= faite selon la mère

3= pas faite carnet

4= pas faite selon la mère

Q18 VAR /__/

1= faite carnet

2= faite selon la mère

3= pas faite carnet

4= pas faite selon la mère

Q19 Supplémentation en vitamine A /__/

1= Oui carnet

2= Oui selon la mère

3= Supplémentation non faite

Q20 L'enfant a-t-il été malade dans les deux dernières semaines /__/

1= Oui

2= Non

Q21 Si oui, Quelle est la maladie contractée dans les deux dernières semaines/__/

1= paludisme

2= parasitose

3= diarrhées

4= infection respiratoire aigue

5= autres _____

Les mesures anthropométriques

Q22 Poids en kg /__/__/./__/__/__/

Q23 Taille en cm /__/__/__/./__/__/

Q24 Périmètre brachial /__/__/__/

Q25 Œdèmes bilatéraux des membres inférieurs /__/

1= oui

2= non

Section4 : Evaluation des connaissances sur la malnutrition

Q26 Qu'est-ce que la malnutrition /__/

1= Oui (selon la présence de mots clés)

2= Non

Q27 Qu'est ce qui provoque la malnutrition ? (encercler bonnes réponses)

1= Insuffisance d'aliments riches en micronutriments

2= Alimentation pas assez diversifiée

3= Manque de moyens financiers pour acheter les aliments

4= Méconnaissances des recettes nutritionnelles pour enfants

5= Maladie

6= Sevrage précoce

7= Ne sais pas

8= Autres à préciser _____

Q28 Citez-moi les signes de malnutrition (encercler bonnes réponses)

1= Amaigrissement (perte de poids)

2= Changement de comportement (tristesse)

3= Décoloration des cheveux

4= Manque d'appétit

5= Ballonnement abdominal

6= Gonflements des pieds et des mains (œdèmes des membres)

7= Ne sais pas

8= Autres _____

Q29 Quel est votre 1^{er} recours en cas de malnutrition ? / __/

1= Aller au cscocom ou csref ou à l'hôpital

2= Voir un tradithérapeute (guérisseur traditionnel)

3= Automédication

4= Autres _____

Section 5 Evaluation des connaissances en nutrition

L'alimentation de la femme enceinte

Q30 Selon vous comment doit être l'alimentation pendant la grossesse en terme de quantité /___/

1= plus réduite

2= identique

3= plus importante

4= ne sais pas

Q31 Quels types d'aliments la femme enceinte doit manger par jour ?
(encerclez)

Q32 Quels aliments la femme enceinte ne doit pas manger ?

Q32.1 Pourquoi ?

Connaissances des mères par rapport à la relation qualité de l'eau de boisson et maladie

Q33 Pour vous quelles sont les qualités d'une bonne eau de boisson (eau potable) (encercler bonnes réponses)

1= propre

2= inodore

3= incolore

4= claire

5= autres _____

Q34 Connaissez-vous la relation entre la mauvaise qualité de l'eau de boisson et les maladies /___/

1= Oui

2= Non -----» si non passer à Q35

Q34.1 Si oui, citer les maladies qui en découlent (encercler bonnes réponses)

1= Parasitoses

2= Diarrhées

3= Douleurs abdominales

4= Autres_____

L'alimentation de l'enfant

Q35 Selon vous, dans quel intervalle du temps la maman doit donner le sein à son enfant après l'accouchement(en minutes) /___/ (associer Q47)

1= 15 à 30 mn

2= 30mn à 1h

3= 1h à 24h

4= Un jour après

Q36 Que pensez-vous du colostrum (lait qui coule les 48 premières heures après l'accouchement) (encercler bonnes réponses)

1= mauvais lait

2= il est amer

3= il est sale

4= il rend malade

5= il ne favorise pas la croissance du bébé

6= la coutume interdit de donner au bébé

7= ne sais pas

8= autres_____

L'alimentation de l'enfant malade

Q37 Si votre enfant est malade (diarrhée, paludisme, toux,...) que ferrez vous pour son alimentation ? (encercler bonnes réponses)

- 1= augmenter son apport quotidien
- 2= augmenter le nombre de repas
- 3= diminuer la quantité de repas
- 4= varier son alimentation
- 5= ne rien donner
- 6= je ne sais pas
- 7= autres à préciser _____

L'allaitement exclusif

Q38 Pendant combien de mois doit on donner uniquement le sein au bébé ? /___/

- 1= avant 6 mois
- 2= jusqu'à 6 mois révolus
- 3= après 6 mois
- 4= ne sais pas
- 5= autres à préciser _____

Q39 Pouvez vous citer les avantages de l'allaitement exclusif ? (encercler bonnes réponses)

- 1= bonne sante de l'enfant (protection contre les maladies)
 - 2= espacement des grossesses
 - 3= ne sais pas
 - 4= autres à préciser _____
-

Q40 Selon vous, a quel âge doit on donner l'eau à l'enfant ? /__/

1= à la naissance

2= avant 4 mois

3= entre 4 et 6 mois

4= après 6 mois

5= ne sait pas

Q40.1 Pourrez-vous nous donner votre source d'information /__/

1= agent de sante (si agent de sante préciser son profil)

2= radio

3= télé

4= pairs éducateurs

5= autres à préciser_____

L'introduction de l'alimentation de complément

Q41 Selon vous comment doit être l'alimentation de complément d'un enfant ?

(Encercler bonnes réponses)

1= variée

2= fréquente durant la journée

3= liquide au début puis consistante d'une manière progressive

4= ne sait pas

5= autres _____

Q42 Selon vous, la mère doit continuer à allaiter son bébé jusqu' à quel âge ?(en mois) /__/ __/

Q42.1 Pourrez vous nous donner votre source d'information / __/

1= agent de sante (si agent de sante préciser son profil) _____

2= radio

3= télé

4= pairs éducateurs

5= autres à préciser _____

Lavage des mains au savon et à l'eau

Q43 Quelle est l'utilité du lavage des mains au savon et à l'eau à votre avis ?
(encercler bonnes réponses)

1= Prévenir les maladies

2= Se rendre propre

3= Ne sais pas

4= Autres à préciser _____

Q44 À quelles circonstances doit-on se laver les mains au savon ? (encercler
bonnes réponses) et (associer Q57)

1= Avant de manger

2= Apres avoir utilisé les latrines

3= Avant de cuisiner

4= Avant de donner le sein au bébé ou de donner à manger aux enfants

5= Apres avoir touché les animaux

6= Apres avoir transporté une personne malade

7= Pas de moment précis, quand elles sont sales

8= Ne sait pas

9= Autres à préciser_____

Connaissances des mères par rapport aux causes de diarrhée

Q45 Connaissez-vous les causes de diarrhée ? /___/

1= Oui 2= Non

Q45.1 Si oui, citez-en (encercler bonnes réponses)

1= le manque d'hygiène

2= la consommation d'aliments souillés

3= la consommation d'eaux non potables

4= autres à préciser_____

Section 6 Attitudes et pratiques sur la nutrition

L'alimentation de l'enfant

Q46 Avez-vous allaité votre enfant ? /___/

1= oui 2= non

Q47 Combien de temps après la naissance avez-vous mis votre bébé au sein ? /___/

1= aussitôt après la naissance (0-30min)

2= 1h à 24h après la naissance

3= un jour après la naissance

4= ne sais pas.

Q48 Quelle était la constitution de l'alimentation de votre enfant les trois premiers jours de sa naissance ? (encercler bonnes réponses)

1= allaitement

2= l'eau

3= sérum physiologique

4= autres à préciser_____

Q48.1 pourquoi ?_____

Q49 A quel âge avez-vous arrêté l'allaitement ?(en mois) / __/ __/

Q50 Pourquoi avez-vous arrêté l'allaitement chez votre enfant ? / __/

1=Trop de travail à faire, trop occupée ou fatiguée

2= Le bébé était assez grand et n'en avait plus besoin

3= On m'a déconseillée

4= De nouveau enceinte

5= Autres à préciser_____

Q51 Comment avez-vous arrêté l'allaitement ? / __/

1= Brusquement

2= Progressivement

3= Autres _____

L'allaitement exclusif et aliments complémentaires

Q52 A partir de quel mois allez vous associer au sein des aliments complémentaires ? / __/ __/

1= Avant 6 mois

2= jusqu' à 6 mois révolus

3= Apres 6 mois

4= Ne sait pas

« Si la durée de l'allaitement exclusif est inférieure à 6 mois. Poser les questions Q53 et Q54 Q55 Si supérieure à 6 moisQ55

Q53 Quels sont les liquides et les autres aliments que vous allez donner à votre enfant ? (encercler bonnes réponses)

1= Lait (autre que le lait maternel)

2= L'eau

3= Liquide sucré

4= Jus de fruit

5= Thé

6= Tisane

7= Autres à préciser_____

Q54 Quelles sont les raisons qui vous motivent à donner des aliments autres que le lait maternel à votre enfant avant 6 mois ? (encercler bonnes réponses)

1= Lait maternel insuffisant

2= La mère ou l'enfant est malade

3= La mère est de nouveau enceinte

4= Si on ne donne pas d'eau l'enfant va mourir

5= Autre à préciser_____

Q55 citer nous ces aliments complémentaires et leur moment d'introduction(en mois)

1= Lait artificiel

2= Bouillie (céréales)

3= Légumes, fruits

4= Viande, poissons

5= Œufs

6= Autres _____

L'alimentation de l'enfant malade

Q56 Nous nous intéressons à tout ce que l'enfant a mangé ou bu dans la journée d'hier, entre le moment de son réveil hier matin et celui de son réveil ce matin ?
Qu'avez-vous donné à votre enfant (24 heures) ? (encercler les bonnes réponses)

Entre 6 et 23 mois	Entre 24 et 59 mois
féculents	Féculents
légumineuses	Légumineuses
Lait et produits laitiers	Lait et produits laitiers
œufs	Œufs
Protéines animales	Protéines animales viandes
Autres fruits	Autres fruits et légumes
Produits riches en vitamine A	Légumes et tubercules riches en
	vitamine A
	Légumes et feuilles vertes foncées
	Abats

Les règles d'hygiène : lavage des mains

Q57 les circonstances de lavage systématique des mains au savon (encercler bonnes réponses)

- 1= Avant de manger
- 2= Apres avoir utilisé les latrines
- 3= Avant de cuisiner
- 4= Avant de donner le sein au bébé ou de donner à manger aux enfants
- 5= Apres avoir touché les animaux

6= Apres avoir transporté une personne malade

7= Pas de moment précis, quand elles sont sales

8= Ne sait pas

9= Autres à préciser _____

Q58 Avez-vous un dispositif de lavage des mains ? /_/_/

1 Oui

2 non

Q58.1 Si oui, quelles sont les circonstances
d'utilisation de ce dispositif

? _____

Q58.2 Mode d'acquisition du dispositif /_/_/

1= achat

2= don

3= autres _____

Q59 Est ce que lors des repas les mains se lavent dans la même tasse ? /_/_/

1= oui

2= non

Q60 les membres du ménage partagent ils le même savon ? /_/_/

1= oui

2= non

Q60.1 Si oui, le type de savon utilisé ? /_/_/

9 Fiche signalétique

Nom : MAIGA

Prénom : Sidi Ahmed

Pays d'origine : MALI

Titre : Connaissances attitudes et pratiques des mères d'enfants de 6 à 59 mois en matière de la nutrition dans le centre de santé communautaire de Kalaban coro (ASACOKA).

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2022- 2023

Ville de Soutenance : BAMAKO

Secteur d'Intérêt : pédiatrie

Tel : 00 (223) 76634692

RESUME :

Objectif : L'objectif de notre étude est d'évaluer la connaissance, les attitudes et les pratiques des mères d'enfants de 6 - 59 mois en matière de nutrition dans le CSCOM de Kalaban Coro en 2022.

Méthodes : Une étude transversale à collecte prospective au niveau du centre de santé communautaire de Kalaban coro (ASACOKA) a permis d'inclure tous les enfants âgés de 6 à 59 mois résidant à Kalaban Coro, les mères résidant à Kalaban Coro et ayant un enfant dont l'âge est compris entre 6 - 59 mois pendant la période d'étude allant de novembre 2022 au décembre 2022. Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, connaissances, attitudes et pratiques ont été compilées et analysées.

Résultats : Durant la période d'étude 129 enfants âgés de 6 à 59 mois ont été inclus ; dont une prédominance masculine soit 65,1% avec un sex-ratio 1,86. La tranche d'âge de 25 à 36 mois était la plus touchée avec 73,6%. Dans notre étude

59,7 % des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. Le niveau d'instruction des mères, 80,6% avaient reçu une instruction dans notre étude. 0,8% des enfants sont traités traditionnellement en premier lieu en cas de maladie tandis que 2,3% des mères choisissent l'automédication au premier plan et 96,9% ont pour premier recours les Centres de santé (CSCom, CSRef).

Mots clés : mères d'enfant, nutrition, ASACOKA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE