

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'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique

Option :

Année Universitaire 2015 - 2016

Contribution des coupons alimentaires à l'observance de traitement des enfants de moins de cinq ans admis en Unité de récupération et d'Education nutritionnelle intensive (URENI) de quatre districts sanitaires de Koulikoro, Mali

Présenté et soutenu le

Par : Dr COULIBALY Fanta épouse SILIMANA

Président :
Membre :
Directeur : Pr AKORY Ag IKNANE
Co-directeur :
Sponsor : Programme Alimentaire Mondial Mali

Remerciement

Mes sincères remerciements vont à :

La Direction du DERSP / FMOS/FAPH pour l'organisation du Master en Sante Publique ;

Tous les Enseignants du Master SP ;

Le Décanat de la FMOS ;

La Direction Régionale de la Sante de Koulikoro DRS Koulikoro ;

Le Programme Alimentaire Mondial bureau du Mali pour nous avoir accepté comme stagiaire et pour le financement de l'étude ;

AMCP/ALIMA bureau du Mali et tout son personnel pour leur disponibilité et leur collaboration ;

Tout le personnel du sous bureau Koulikoro, des sections nutrition, ICT, de M E et finance de PAM Mali ;

Nos encadreurs pour l'accompagnement sans faille ;

Toutes les personnes avec qui nous avons travaillé au cours de ce stage sans lesquelles ce document n'aurait pu être;

Tous les personnels des districts sanitaires de Fana, Dioila, Kangaba et Ouelessebougou pour leur disponibilité et la bonne collaboration ;

Toute ma famille en particulier mon époux pour son soutien indéfectible tout au long du Master

Mes enfants pour leur compréhension et leur soutien ;

Tous les Masteriens de cette quatrième promotion pour la bonne entente et le soutien mutuel ;

Tous les parents, amis et collaborateurs pour tout le soutien.

Liste des sigles et abréviation

- ALIMA : The Alliance for International Medical Actions
- AMCP : Alliance Mondiale Contre le Paludisme
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- FAO : Fond des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
- IP : Insuffisance Pondérale
- MAG : Malnutrition Aigüe Globale
- MAS : Malnutrition Aigüe Sévère
- MC : Malnutrition Chronique
- MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples
- ODD : Objectifs de Développement Durable
- OMD : Objectifs du millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- P/A : Poids /Age
- P/T : Poids / Taille
- PAM : Programme Alimentaire Mondiale
- PB : Périmètre Brachial
- PCIMA : Prise en Charge Intégrée de la malnutrition Aigüe
- RC : Retard de Croissance
- SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
- T/A : Taille /Age
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- URENAM : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire modéré
- URENAS : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire Sévère
- URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

Sommaire

1	INTRODUCTION-ENONCÉ DU PROBLÈME	1
2	QUESTION DE RECHERCHE.....	3
3	OBJECTIFS.....	3
3.1	OBJECTIF GENERAL	3
3.2	OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	3
4	REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
4.1	DEFINITION DES CONCEPTS.....	4
4.2	EPIDEMIOLOGIE.....	7
4.3	CAUSES DE LA MALNUTRITION	9
4.4	CONSEQUENCES DE LA MALNUTRITION (1).....	13
4.5	PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE	13
4.5.1	Au niveau de la communauté : Aspect communautaire de la PECIMA.....	13
4.5.2	Au niveau des centres de santé	14
4.5.3	Les critères d'admission des enfants à l'URENI ou à l'URENAS sont résumés dans le tableau ci-dessous.	14
4.5.4	Principe de la prise en charge à L'URENI.....	16
4.5.5	Structures et organisations	16
4.5.6	Organisation	17
4.5.7	Activités	18
4.5.8	Materiel	20
4.5.9	Traitements systématiques en URENI	20
4.5.10	Divers	21
5	MÉTHODOLOGIE.....	22
5.1	CADRE D'ETUDE ;.....	22
5.2	LE PROJET D'ASSISTANCE ALIMENTAIRE AUX ACCOMPAGNANTS DES ENFANTS ADMIS EN URENI ET PEDIATRIE DES DISTRICTS SANITAIRE DE KOULIKORO. COUPONS REPAS POUR LES ACCOMPAGNANTS DES ENFANTS.	23
5.3	TYPE D'ETUDE :.....	27
5.4	PERIODE D'ETUDE	27
5.5	POPULATION D'ETUDE.....	27
5.5.1	Critères d'inclusion.....	27
5.5.2	Critères de non inclusion	27

5.6 COLLECTE DES DONNEES :	28
5.6.1 Période de collecte	28
5.6.2 Technique de collecte:	28
5.6.3 Outils de collecte :	28
5.7 DEROULEMENT DE L'ENQUETE	28
5.8 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	29
5.9 CONSIDERATIONS ETHIQUES :	29
6 RÉSULTATS	30
6.6 RESULTATS QUANTITATIFS	30
6.7 RESULTATS QUALITATIFS	36
7 COMMENTAIRE ET DISCUSSION	40
8 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
9 ANNEXES	I

Liste des tableaux

Tableau I: Valeurs seuils de l'indice Poids pour Taille (P/T), Taille pour Age (T/A) et Poids pour Age (P/A) selon les normes OMS 2006, en z-score.	5
Tableau III: Situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois selon les enquêtes MICS et L'EDSV du Mali (4, 14, 15)	8
Tableau IV: Evolution des taux des différents types de malnutrition de 2011 à 2016 selon les enquêtes SMART (5-10)	8
Tableau V: Importance en termes de santé publique de la Prévalence des différents types de malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois.	9
Tableau VII: Les critères d'admission des enfants à l'URENI ou à l'URENAS	15
Tableau VIII: Cadre logique du projet	25
Tableau IX: Répartition des admissions, guérisons, décès et abandons par période de projet.	30

Tableau X: Répartition des admissions, guérisons, décès et abandons par période de projet pour les 4district sanitaires	30
Tableau XI:les indicateurs de performance des 4 districts sanitaires pendant la période d'étude.	31
Tableau XII: Répartition des indicateurs de performance par période de projet	31
Tableau XIII: Répartition du taux de guérison des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet.....	32
Tableau XIV: Répartition du taux de décès des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet	32
Tableau XV:Répartition du taux d'abandon des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet	32
Tableau XVI: Répartition des indicateurs de performance de Dioila par période de projet	33
Tableau XVII:: Répartition des indicateurs de performance de Dioila par période de projet .	33
Tableau XVIII: Répartition des indicateurs de performance de Kangaba par période de projet	34
Tableau XIX: Répartition des indicateurs de performance d'Ouelessebougou par période de projet.....	34
Tableau XX: Niveau de satisfaction des accompagnants.....	36

Liste des figures

Figure 1:Causes de la malnutrition(16)	12
Figure 2: carte sanitaire de la région de Koulikoro (17)	22
Figure 3:Plan d'opération du projet Septembre à Décembre 2013	26

Résumé

Au Mali, la malnutrition aigüe demeure un problème de santé publique sérieuse chez les enfants de moins de cinq ans avec une prévalence nationale de 12,7%. Koulikoro est l'une des régions les plus touchées. Les coupons alimentaires aux accompagnants ont été mis en place pour assurer la restauration aux accompagnants. Notre étude a pour but d'évaluer leur contribution à l'observance de traitement des enfants.

Une étude transversale descriptive a été menée au sein de quatre districts sanitaires à savoir Fana, Dioila, Kangaba et Ouelessebouyou. Pour collecter les données, nous avons exploité les rapports d'activité, interrogé 60 accompagnants et réalisé 9 focus group.

Nos indicateurs de performance étaient le taux de guérison 92,79% avant le projet, 95,02% pendant soit une augmentation de 88%, le taux de décès 5,46% avant, 4,15% pendant soit une diminution de 40%, le taux d'abandon 1,73% avant, 0,79% pendant soit une diminution de 16%. Tous les districts sanitaires ont vu leurs indicateurs s'améliorer pendant le projet à l'exception de Kangaba. Les principales raisons de l'abandon ont été le long séjour hospitalier, les événements en familles, les travaux champêtres. Les accompagnants et ex bénéficiaires trouvaient le projet très avantageux et se disaient satisfaits.

Le cas de Kangaba pose la problématique de pérennisation des projets de santé après le retrait du bailleur de fond. D'autres études seraient nécessaires pour montrer le lien entre le projet et l'amélioration des indicateurs.

Mots clés : Malnutrition aigüe, enfant de moins de 5ans, accompagnant, coupons alimentaires, indicateurs de performance, district sanitaire.

Abstract

In Mali, acute malnutrition remains a serious public health problem among children of less than five years with a national prevalence of 12.7%. Koulikoro is one of the most affected regions. The food coupons system for accompanying persons has been set up to ensure the catering for that persons. Our study aims to evaluate its contribution to children treatment process.

A descriptive cross-sectional study was carried out in four health districts knowing Fana, Dioila, Kangaba and Ouelessebouyou. For data collecting, we used the activities reports, interviewed of 60 accompanying persons and carried out of 9 focus groups. As results, our performance indicators were the recovery rate 92.79% before the project, 95.02% during with an increase of 88%, the death rate 5.46% before, 4.15% during the project with a decrease of 40%, the give up rate 1.73% before, 0.79% during the project with a decrease of 16%. All health districts have seen their indicators improve during the project with the exception of Kangaba. The main reasons for that dropout were the long hospital stay, the events in families, and the rural work. The accompanying and the former beneficiaries found the project very advantageous and said they were satisfied. The case of Kangaba raises the question of the sustainability of health projects after the end of the project funding by the donor. Further studies would be needed to show the link between the project and the improvement of the indicators.

Key words: Acute malnutrition, child under 5 years, accompanying, food stamps, performance indicators, health district.

1 Introduction-Enoncé du problème

La malnutrition désigne un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments. L'apport alimentaire anormal peut provenir d'une nourriture en quantité inadaptée au besoin (apport calorique insuffisant ou, au contraire, excessif) ou de mauvaise qualité (carences nutritionnelles ou excès de graisses); d'autres facteurs, notamment psychologiques et pathologiques, interviennent également (1).

Une bonne alimentation est essentielle pour assurer la croissance saine des enfants et la résistance de la population aux différentes maladies. Pendant la petite enfance, une alimentation adéquate permet également d'assurer un développement moteur et cognitif adéquat(1) . En outre, la croissance économique d'un pays est entre autre dépendant des populations bien-nourries, capables d'apprendre de nouvelles compétences et contribuer à la dynamique de développement de leurs communautés(2). La malnutrition, surtout pendant la petite enfance, affecte les fonctions vitales notamment cognitives et contribue dans une mesure non négligeable à l'installation de la pauvreté à travers des obstacles liés à une faible capacité d'apprentissage et de production. De plus, il est estimé plus qu'un tiers de décès des enfants de moins de cinq ans sont attribuables directement ou indirectement à la malnutrition(2) .

La nutrition est de plus en plus reconnue comme un pilier de base pour le développement social et économique des communautés et d'un pays (3). Les efforts visant à réduire la malnutrition et la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants sont essentiels pour contribuer à atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) (3).

Les économistes ont démontré que l'élimination de la malnutrition chez les jeunes enfants a des avantages multiples. Elle permet de relever le niveau du produit national brut, de prévenir de plus d'1/3 les décès chez les enfants par an, d'améliorer le niveau d'étude d'au moins un an, d'augmenter les salaires de 5 - 50%, de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté (3). La malnutrition aiguë est un problème de santé publique dévastateur aux proportions épidémiques. A travers le monde quelques 50 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë dont 19 millions le type sévère (4). Plus de la moitié des cas vivent en Asie (68%) et plus d'un quart en Afrique (28%) (4).

Au Mali, La situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans selon l'EDSV(5) donne une prévalence nationale de 12,7% pour la Malnutrition Aiguë (MA) dont 5,1% de forme sévère (MAS) correspondant à une situation nutritionnelle sérieuse et

précaire selon l'OMS (5). Pour la région de Koulikoro, les enquêtes nationales SMART(6–11) montrent une évolution en dents de scie des prévalences de la malnutrition aigüe de 2011 à 2016 allant de 8,6 à 13,7 % et correspondant à des situations nutritionnelles précaire et sérieuse.

Soucieux de la situation des enfants du Mali, plusieurs agences onusiennes notamment l'UNICEF, le PAM, l'OMS, la FAO en collaboration avec différents partenaires, appuient le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dans sa lutte contre la malnutrition et ses efforts d'amélioration de la santé de la population en vue de la réduction sensible de la mortalité. C'est dans ce contexte que la politique nationale de nutrition, le protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe (PCIMA) ont été élaborés et les enquêtes nutritionnelles nationales de type SMART mis en place.

Ainsi, les Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire Modérée (URENAM), Ambulatoire Sévère URENAS et en soins Intensifs (URENI) ont vu le jour au Mali. Logées dans les Centres de Santé de Référence, les URENIs sont dotées d'un plateau technique adéquat et du personnel qualifié pour la prise en charge des complications associées à la malnutrition aigüe sévère.

La politique de nutrition garantit la prise en charge gratuite des enfants de moins de cinq ans sur toute l'étendue du territoire national mais ne prévoit pas de disposition pour la restauration des accompagnants d'enfants hospitalisés en URENI. La présence et l'adhésion des accompagnants étant indispensables pour l'observance du traitement et la guérison des enfants de moins de 5 ans hospitalisés. Devant cette problématique, le partenaire AMCP/ALIMA et PAM Mali ont mis en place le projet de coupons alimentaires dans le but d'avoir l'adhésion des accompagnants à la prise en charge médico- nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans hospitalisés en URENI et pédiatrie. Trois coupons alimentaires remis à chaque accompagnant leur donnent droit à trois repas quotidiens durant tout le séjour hospitalier de l'enfant. Ce projet financé par PAM Mali couvre la période de 2013 à 2016 et concerne six districts sanitaires de Koulikoro à savoir Koulikoro, Kolokani, Kangaba, Fana, Dioila et Ouelessebougou.

Après trois ans d'exécution du projet, notre étude se propose d'analyser la contribution des coupons alimentaires à l'observance de traitement des enfants de moins de cinq ans souffrant de MAS avec complications.

2 Question de recherche

Quelle est la contribution des coupons alimentaires à l'observance de traitement des enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aigüe sévère compliquée dans quatre districts sanitaires de Koulikoro ?

3 Objectifs

3.1 Objectif général

Evaluer la contribution des coupons alimentaires à l'observance de traitement des enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aigüe sévère compliquée dans quatre districts sanitaires de Koulikoro.

3.2 Objectifs spécifiques

1. Comparer les indicateurs de performances des URENIs avant et pendant la mise en œuvre des coupons alimentaires dans les districts sanitaires ;
2. Comparer les indicateurs de performances des URENIs à l'intérieur de chaque district sanitaire;
3. Identifier les causes de l'abandon de traitement des enfants de moins de 5 ans admis en URENI et pédiatrie;
4. Explorer la perception des accompagnants et ex-accompagnants sur les coupons alimentaires dans les districts sanitaires de Koulikoro ;
5. Déterminer le niveau de satisfaction des accompagnants et ex-accompagnants.

4 Revue de la littérature

4.1 Définition des concepts

4.1.1 La nutrition

La nutrition peut être définie comme la science qui traite de la composition des substances alimentaires et des phénomènes biologiques par lesquels l'organisme humain tire des aliments les substances nutritives dont il a besoin et les utilise pour son maintien en vie, sa croissance et son développement. C'est aussi l'ensemble des processus de transformation et d'assimilation des aliments dans l'organisme.(1)

La nutrition est un aspect important du développement économique et le bien être nutritionnel est nécessaire pour avoir une population en bonne santé et jouissant de toutes ses capacités de production. La prise en compte de la nutrition dans les programmes nationaux de réduction de la pauvreté et du développement en général augmenterait fortement les possibilités de succès des efforts qui sont engagés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)(1).

4.1.2 La malnutrition

La malnutrition désigne un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments. L'apport alimentaire anormal peut provenir d'une nourriture en quantité inadaptée au besoin (apport calorique insuffisant ou, au contraire, excessif) ou de mauvaise qualité (carences nutritionnelles ou excès de graisses...); d'autres facteurs, notamment psychologiques et pathologiques, interviennent également (1). Elle se classe en malnutritions aiguë, chronique et insuffisance pondérale. La malnutrition aiguë quant à elle se subdivise en malnutrition aiguë sévère et modérée. La malnutrition aiguë sévère se définit par un très faible rapport poids/taille (score z inférieur à -3 écarts réduits par rapport à la valeur médiane de référence de l'OMS), par une émaciation visible et sévère ou par la présence d'un œdème nutritionnel. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, une circonférence du bras inférieure à 115 mm est également une indication.(12)

Tableau I: Valeurs seuils de l'indice Poids pour Taille (P/T), Taille pour Age (T/A) et Poids pour Age (P/A) selon les normes OMS 2006, en z-score.

Catégorie	Malnutrition Aigüe (Poids/taille)	Malnutrition chronique (taille/âge)	Insuffisance Pondérale (poids/âge)
Globale	<-2 z-score et/ou œdèmes	<-2 z-score	<-2 z-score
Modérée	<-2 z-score et \geq -3 z-score	<-2 z-score et \geq -3 z-score	<-2 z-score et \geq -3 z-score
Sévère	<-3 z-score et/ou œdèmes	<-3 z-score	<-3 z-score

4.1.3 Définition opérationnelle des concepts

« Accompagnants d'enfants »

Les accompagnants sont des personnes (parents ou tuteurs) qui restent au chevet de l'enfant pour l'assister pendant son séjour hospitalier.

« **Observance de traitement** » représente la somme des guéris et traités avec succès.

« **Non observance de traitement** » correspond à l'abandon de traitement

« Guéri »

« Guéri » est défini comme un patient atteignant les critères de sortie (13).

« **Traité avec succès** » Ce terme est utilisé pour

- les patients de l'URENI qui ont fini le traitement des Phases Aiguë et de Transition avec succès et sont transférés vers l'URENAS pour continuer leur traitement,
- pour les nourrissons de moins de 6 mois, déchargés en prenant du poids tout en étant exclusivement allaité.

Pour plus de clarté : lorsqu'un patient sort de l'URENI pour être transféré à l'URENAS et donc continuer son traitement, il est toujours dans le programme mais n'a pas encore atteint les critères de sortie, il n'est pas encore guéri. Cependant l'URENI a fait passer le patient de la Phase Aiguë à la Phase de Transition puis à la Phase de Réhabilitation en URENAS : l'URENI a bien rempli son rôle pour l'avoir « traité avec succès ».

« Décédé » ou « Décès »

« Décédé » ou « décès » est défini comme un patient qui meurt durant son séjour dans le programme URENI/URENAS/URENAM après avoir reçu son Numéro-MAS ou numéro MAM.

« Abandon »

Un « abandon » est défini comme un patient absent pendant deux pesées consécutives (14 jours en URENAS, 2 rendez-vous à l'URENAM et 2 jours en URENI).

« Transfert Médical »

Un « transfert médical » est défini comme un patient qui a une maladie grave sous-jacente, dont le traitement (ou les tests diagnostiques) dépasse les compétences de l'URENI. Il est alors répertorié comme un patient qui quitte le programme PCIMA pour être pris en charge par une autre structure médicale.

« Sortie » « Déchargé »

« Sortie » ou « Déchargé » est définie comme un patient quittant une URENI/ URENAS /URENAM ou quittant totalement le programme PCIMA. Ceci est la somme des patients guéris/traités avec succès, décédés, ayant abandonné, référés (y compris les cas référés médicalement) et transférés.

« Durée de séjour »

La durée de séjour est définie comme le temps qui s'écoule de la date d'admission à la date où le patient atteint avec succès son statut de patient « guéri » (en URENAS) ou « traité avec succès » (URENI) ; il ne s'agit pas de la durée physique de sortie du programme ou de la structure. (13)

« Les indicateurs » les différents indicateurs en URENI sont : taux de guéris, de létalité, d'abandon, gain de poids moyens, durée moyenne de séjour.

Tableau II: Indicateurs de performance et valeurs seuils (13)

URENI/URENAS	Valeurs Acceptables	Valeurs d'Alarme
Taux de guéris	> 75%	< 50%
Taux de létalité	< 10%	> 15%
Taux d'abandons	< 15%	> 25%
Gain de poids moyen	> 8g/kg/jour	< 8g/kg/jour
Durée de séjour	< 4 semaines	> 6 semaines

Méthode de calcul pour les taux de performance

Taux de guérison = total guéri /total sortie (Guéris + Abandons + décès) X100

Taux d'abandon = total abandons/ total sortie (Guéris + Abandons + décès) X100

Taux de décès =total décès/ total sortie (Guéris + Abandons + décès) X100

4.2 Epidémiologie

À l'échelle mondiale, près de 20 millions d'enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère(4). La plupart d'entre eux vivent en Asie du Sud et en Afrique Subsaharienne. La malnutrition aiguë sévère contribue chaque année au décès d'un million d'enfants(4).

Dans le monde(4)

À l'échelle mondiale en 2015, 146 millions d'enfant de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique. Près de 42 Millions souffraient d'obésité, soit une augmentation de 11 millions par rapport aux 15 dernières années. La MAS touche 50 millions d'enfant de moins de 5 ans. Plus de la moitié de ces cas vivent en Asie (68%) et plus d'un quart en Afrique (28%).

En Asie(4)

Environ 50 millions des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë dont 12 Millions sous la forme sévère. Le retard de croissance affecte 133,6 millions d'enfant en 2015 contre 88 millions en 2000 soit une diminution de 34%. L'obésité a augmenté de 41% de 2000 à 2015

En Afrique (4)

La malnutrition aiguë touche 14 millions d'enfant de moins de 5 ans dont 4,3 millions sous la forme sévère. Le retard de croissance affecte 58,5 millions d'enfant en 2015 contre 50,4 millions en 2000 soit une augmentation de 16%. l'obésité a augmenté de 56% de 2000 à 2015(4)

Au Mali

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans sont décrites dans le tableau III et IV.

Tableau III: Situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois selon les enquêtes MICS et L'EDSV du Mali (4, 14, 15)

Types de malnutrition	Enquête en %	MICS 2010	EDS V 2013 %	Enquête MICS 2015 %
MAG	9		12,7	13,5
MAS	2		5,1	3,4
MC/RC	28		38,3	30,4
IP	19		25,5	25

Ce tableau montre une augmentation du taux de malnutrition aigüe de 2010 à 2015 avec une légère baisse de la forme sévère en 2015. Par contre, on note une amélioration de la MC et un taux stationnaire de L'IP en 2015

Tableau IV: Evolution des taux des différents types de malnutrition de 2011 à 2016 selon les enquêtes SMART(6–11).

Types de malnutrition	SMART 2011	SMART 2012	SMART 2013	SMART 2014	SMART 2015	SMART 2016
MAG	10,9	8,9	8,6	13,3	12,4	10,7
MAS	2,2	2,3	1,9	2,9	2,8	2,1
MC/RC	27	29,1	27,5	28,1	29,3	26,2
IP	20,2	20	16,9	24,2	24,2	20,1

Tableau V:Importance en termes de santé publique de la Prévalence des différents types de malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois (13)

Malnutrition aiguë	Malnutrition chronique	Insuffisance pondérale	Prévalence	Situation nutritionnelle
< 5 %	< 20 %	< 10 %	Faible	Acceptable
5 à 9 %	20 à 29 %	10 à 19 %	Modérée	Précaire
10 à 14 %	30 à 39 %	20 à 29 %	Elevée	Sérieuse
15% et +	40% et +	30% et +	Très élevée	Critique

Au Mali, la situation nutritionnelle des enfants de 6-59mois demeure toujours un problème de santé publique sérieux pour la malnutrition aigue et l'insuffisance pondérale avec des prévalences élevées (10,7% et 20,1%). La malnutrition chronique avec sa prévalence modérée présente une situation nutritionnelle précaire.

Dans la région de Koulikoro

La malnutrition aigue affecte 10,6% des enfants de 6-59 mois dont 1,5% sous la forme sévère (11). Cette prévalence élevée selon l'OMS correspond à une situation nutritionnelle sérieuse. Environ 22% souffrent de malnutrition chronique dont 5,8% sous la forme sévère, Quant à l'insuffisance pondérale, elle touche 17,2% des enfants de 6-59 mois dont 4,2% sous la forme sévère (11). Ces deux dernières présentent une prévalence élevée avec une situation nutritionnelle précaire.

4.3 Causes de la malnutrition

La malnutrition résulte tout autant d'une alimentation inadéquate que de maladies. Une alimentation inadaptée est le résultat d'un manque de nourriture au niveau du ménage, de pratiques alimentaires inadaptées ou des deux à la fois(1). Par pratiques alimentaires, on entend non seulement la qualité et la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi les étapes de leur introduction. Les mauvaises conditions sanitaires augmentent chez les jeunes enfants le risque de contracter des maladies, en particulier, les maladies diarrhéiques qui affectent à leur tour l'état nutritionnel de l'enfant. Une alimentation inadaptée et un environnement sanitaire inadéquat sont le reflet de mauvaises conditions socio-économiques(1). Les causes de la malnutrition et le domaine d'expertise à mettre en jeu varient certes selon les circonstances, néanmoins, six facteurs de malnutrition sont

particulièrement importants, même si aucun d'eux n'est à lui seul la cause de la malnutrition, ni le seul secteur à être concerné par les stratégies nutritionnelles. Ces six facteurs sont les six «P»(14):

- **Production**, essentiellement agricole et alimentaire;
- **Préservation** ou conservation des aliments pour éviter le gaspillage et les pertes et apporter une valeur ajoutée aux aliments grâce à la transformation;
- **Population**, qui a trait aussi bien à l'espacement des naissances au sein d'une famille qu'à la densité de population dans une région ou dans un pays;
- **Pauvreté**, qui ramène aux causes économiques de la malnutrition;
- **Politique**, car l'idéologie, les choix et les actions politiques influencent la nutrition;
- **Pathologie**, qui est le terme médical pour maladie, car les maladies, en particulier les infections nuisent à l'état nutritionnel. Ainsi les causes de la malnutrition sont classées en (15):

1. Causes immédiates

Les deux principales sont l'inadéquation de la ration alimentaire et la maladie. Leur interaction tend à créer un cercle vicieux: l'enfant malnutri résiste moins bien à la maladie, il tombe malade, et de ce fait la malnutrition empire.

2. Causes sous-jacentes

Elles se classent en trois groupes, aboutissant à l'inadéquation de la ration alimentaire et à la maladie: l'insécurité alimentaire des ménages, l'insuffisance des services de santé et d'assainissement, et la mauvaise qualité des soins apportés aux enfants et aux femmes.

La sécurité alimentaire des ménages

Elle se définit comme un accès durable à des denrées alimentaires quantitativement et qualitativement suffisantes pour assurer à tous les membres de la famille une ration adéquate et une vie saine. La sécurité alimentaire des ménages dépend de l'accès aux vivres, à distinguer de la disponibilité des vivres. Même si le marché regorge de produits, une famille trop pauvre pour les acheter ne jouit pas de la sécurité alimentaire.

Services de santé, eau potable et assainissement

Des services de santé de bonne qualité, pour un prix raisonnable, sont essentiels au maintien de la santé. Pourtant, dans 35 des pays les plus pauvres, entre 30 et 50% de la population n'ont aucun moyen d'arriver jusqu'à un quelconque service de santé.

Le manque d'accès à l'eau potable et à un assainissement efficace, l'insalubrité dans et autour des maisons favorisent la propagation des maladies infectieuses. Les pratiques de soins

Prendre soin d'un enfant, c'est le nourrir, l'éduquer, le guider. Cette charge incombe à l'ensemble de la famille, et à la communauté. Les pratiques les plus critiques à cet égard concernent les domaines suivants: Alimentation: le lait de sa mère est le meilleur aliment pour le bébé, qu'il protège de l'infection. Mais à partir de six mois, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires, car le lait maternel ne satisfait plus tous ses besoins nutritionnels.

Pendant cette période d'alimentation complémentaire – de l'âge de six mois environ jusqu'à 18 mois – l'enfant doit avoir au moins quatre fois par jour un repas riche en énergie et en nutriments, et facile à digérer.

Protection de la santé des enfants: les enfants doivent recevoir des soins de santé essentiels au bon moment. Il y a un calendrier précis à respecter pour les vaccinations. Il faut offrir aux communautés une information sanitaire correcte, et aider les familles à rechercher en temps opportun des soins de santé appropriés.

Soutien émotionnel et stimulation cognitive pour les enfants: pour se développer au mieux, les enfants ont besoin de trouver dans leur entourage (parents ou autres) un soutien émotionnel et une stimulation cognitive. Des études ont montré que les enfants malnutris soumis à une stimulation verbale et cognitive ont des taux de croissance supérieurs à ceux qui n'en bénéficient pas.

Soins et soutien pour les mères: l'inégalité dans la division du travail et des ressources au sein des familles et des communautés, toujours favorable aux hommes, met en danger le bien-être des enfants comme celui des femmes. Les plus importantes des mesures dont doivent bénéficier les femmes enceintes ou allaitantes sont de leur apporter des quantités supplémentaires d'aliments de bonne qualité, de leur épargner les travaux pénibles, de leur laisser du temps pour se reposer, et de leur assurer de bons soins pré- et postnataux.

3. Causes fondamentales

Tous les efforts des familles pour assurer une bonne nutrition peuvent être battus en brèche par des facteurs politiques, juridiques et culturels, comme le degré auquel les droits des femmes et des jeunes filles sont protégés par la loi et la coutume; le système politique et économique déterminant la distribution du revenu et des avoirs; enfin, les idéologies et les politiques gouvernant les secteurs sociaux.

Quand la pauvreté et le sous-développement sont solidement implantés, il faut pour les vaincre des ressources et des apports que peu de pays en développement peuvent mobiliser. Pour s'attaquer avec quelques chances de succès aux causes fondamentales de la malnutrition, il faut disposer de ressources plus importantes et mieux ciblées, et améliorer la collaboration, la participation et le dialogue au sein des administrations nationales ainsi qu'entre les gouvernements et tous les partenaires du développement, y compris les donateurs, les institutions du système des Nations Unies, les ONG et les investisseurs. Mais surtout, il faut réserver un rôle important aux pauvres eux-mêmes(15).

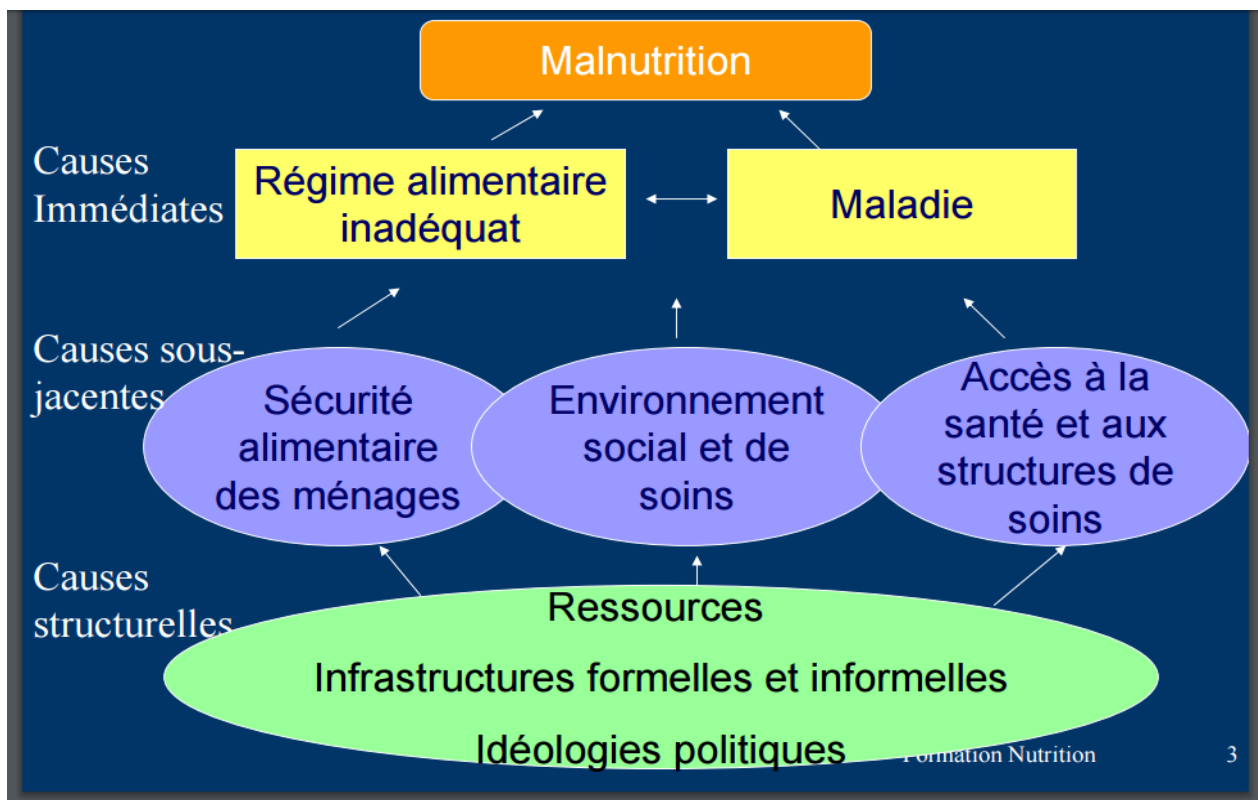


Figure 1: Causes de la malnutrition(16)

4.4 Conséquences de la malnutrition (1)

La malnutrition est un obstacle au développement humain. Elle réduit les capacités de développement économique des pays pour des générations. La malnutrition, aggravée par la carence en vitamine et en micro-nutriments, est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté car la malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie du pays. La plus importante conséquence de la malnutrition est l'accroissement de la morbidité et de la mortalité surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes. L'aggravation du risque de maladie et un développement cognitif plus lent affectent également le niveau d'instruction. À l'âge adulte, l'accumulation des effets à long terme de la malnutrition réduit la productivité et augmente l'absentéisme sur le lieu de travail. Ces deux facteurs conjugués diminuent le revenu potentiel des individus durant leur vie et leur contribution à la création de richesse. En effet, des recherches ont démontré que la malnutrition est associée à la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans. Ceci signifie qu'au Mali, un enfant meurt toutes les dix minutes à cause de la malnutrition. La malnutrition freine également la croissance économique et perpétue la pauvreté par le jeu de plusieurs facteurs(14): les pertes de vie humaines; les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique; les pertes dues à la mauvaise fonction.

4.5 Prise En Charge de la malnutrition aigue

Au Mali, l'organisation de la prise en charge de la MAS est définie dans le document du protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue (PCIMA). Ce protocole fournit une gamme de services et d'activités à chaque niveau.

4.5.1 Au niveau de la communauté : Aspect communautaire de la PECIMA

La mise en œuvre du programme communautaire est planifiée par le niveau national (DNS) à travers la Division Nutritionnelle (DN) ainsi que par le niveau régional (DRS) à travers le point focal nutrition régional. Les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les relais ou volontaires communautaires mènent le dépistage actif et les activités de sensibilisation sur la PECIMA. Ce dépistage consiste à :

- faire une recherche active des cas de malnutrition aigue en utilisant le PB et en vérifiant la présence d'œdèmes bilatéraux,
- référer ces cas vers les centres de santé pour traitement
- suivre à domicile les cas d'abandon et

- Promouvoir les bonnes pratiques par la communication pour le changement social et de comportement, les normes sociales et les conseils pratiques.

4.5.2 Au niveau des centres de santé

Le dépistage passif se fait par les agents de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, sage femmes, etc.) dans toutes les structures de santé. Il consiste à :

- dépister tous les enfants en utilisant l'indice P/T, le PB et rechercher systématiquement les œdèmes bilatéraux à tous les points de contact.
- référer les patients vers la personne spécifiquement formée au traitement de la MAS/MAM.

Il existe des Unités de Récupération Nutritionnelle en Ambulatoire Sévère URENAS et Unité de Récupération Nutritionnelle en Ambulatoire Modéré (URENAM) qui mènent des activités de dépistage passif de la malnutrition. Les cas sévères avec complication sont référés vers les URENI qui se trouvent uniquement au niveau des Centres de Santé de Référence du district.

4.5.3 Les critères d'admission des enfants à l'URENI ou à l'URENAS sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Classe d'âge

Pour l'URENI : <6 mois, 6-59 mois, > 59 mois ;

Pour l'URENAS : 6-59 mois, > 59 mois.

Pour l'URENAM : 6-59 mois, > 59 mois et les femmes enceintes et femmes allaitants.

Tableau VI: Les critères d'admission des enfants à l'URENI ou à l'URENAS

Facteurs	Prise en charge en URENI	Prise en charge en URENAS
Choix de l'accompagnant (à tout moment de la prise en charge)	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être transféré vers une URENI. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être transféré vers une URENAS. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.
Appétit	Echec du test de l'appétit (faible)	Test de l'appétit bon
Œdèmes bilatéraux	Œdèmes bilatéraux (+, ++ et +++) Les formes mixtes : kwashiorkor-marasmes (P/T<-3 z-score et œdèmes bilatéraux)	
Peau	Lésions cutanées ouvertes	Pas de lésions cutanées ouvertes
Complications médicales	Toutes maladies graves, selon les critères PCIME – infection respiratoire aiguë, anémie sévère ; signes cliniques de carence en vitamine A, déshydratation, fièvre, léthargie – rougeole etc.	Pas de complications médicales
Candidose	Présence de candidose sévère ou autres signes d'immunodéficience sévère	Absence de candidose sévère
Accompagnant	Accompagnant incapable ou refusant une prise en charge en URENAS	Environnement à domicile correct et accompagnant prêt à une prise en charge en ambulatoire

4.5.4 Principe de la prise en charge à L'URENI

Les principes de Prise En Charge (PEC) de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) comprennent trois phases (Phase Aiguë ou Phase 1, Phase de Transition et 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 ceci 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. Ceci peut augmenter de 30 % l'apport énergétique du patient et son gain de poids doit atteindre environ 6 g/kg/jour. La quantité énergétique et le gain de poids attendu sont moins élevés qu'en Phase de Réhabilitation (phase 2).

◆ Phase 2 ou phase de réhabilitation à URENAS (exceptionnellement à 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).

Tout le personnel est formé avant de prendre en charge les cas de MAS : médecins, infirmiers, aides soignants, matrones. Le personnel de l'URENI, des consultations externes et du service d'urgence bénéficient de formation continue et de supervisions régulières sur le triage, la prise en charge de la phase aiguë (phase 1) avec le traitement systématique (nutritionnel et médical), les complications et la phase de transition.

4.5.5 Structures et organisations

◆ Les types de structure

Les patients hospitalisés ont, soit un appétit insuffisant traduisant une malnutrition métabolique sévère, soit une complication médicale cliniquement visible. Ils nécessitent d'être pris en charge dans l'URENI la plus proche (pour diminuer les problèmes liés au transport). Ils représentent environ 5 à 20% des patients identifiés pour MAS par dépistage

actif. Il faut ajouter à cela les patients se rendant à l'hôpital pour d'autres motifs d'hospitalisation et souffrant de MAS. Dans les situations d'urgence, lorsqu'un nombre important de patients doit être hospitalisé, une structure spécialement réservée à leur traitement doit être érigée (soit une maison, tente, salle de classe, etc.) afin d'accommoder au mieux la charge de travail supplémentaire ; cette structure doit être, dans la mesure du possible, le plus prêt possible de l'hôpital.

Il y a différentes possibilités :

- En hospitalisation 24h/24

Les patients reçoivent 6 repas par 24h. Les 6 repas doivent être donnés dans la journée et le dernier repas au plus tard à 22 heures.

Huit repas par 24 h couplés avec une surveillance médicale complète et le traitement des complications sont indispensables pour les patients : très malades, ou souffrant d'une « diarrhée de renutrition », ou qui ne se sont pas alimentés durant la journée.

- En Centre de Jour

Les Patients peuvent aussi être traités en Centre de Jour. Ils reçoivent un traitement nutritionnel basé sur 5 à 6 repas par jour.

Ils peuvent être hébergés soit dans une pièce de la structure de santé « *centre résidentiel de jour* », soit par une famille ou des amis à proximité du centre « *centre de jour non résidentiel* ».

Dès que l'appétit reprend, tous les patients doivent continuer leur traitement en ambulatoire (URENAS) après accord de l'accompagnant et lorsqu'un programme ambulatoire existe. Dans certains cas exceptionnels, ils peuvent terminer (phase 2) leur traitement en structure hospitalière de 24h ou en centre de jour.

4.5.6 Organisation

L'Unité de Nutrition « URENI » nécessite les éléments suivants :

Un espace permettant : la prise des mesures anthropométriques, l'examen clinique des patients, la préparation du lait thérapeutique (F75) et des médicaments à préparer et à distribuer ;

Une salle d'eau avec toilettes et douches, un emplacement pour que les accompagnants puissent faire la cuisine (et prendre les repas si possible), une pièce pour stocker les médicaments et les produits thérapeutiques (F75 / F100 / ATPE) ;

Une pièce ou section séparée des autres patients : il faut éviter de mélanger les patients souffrant de MAS avec les autres patients ;

Les lits d'adultes ou matelas à même le sol qui permettent aux mères de dormir avec leur enfant (et de se reposer) et par conséquent d'éviter ou de réduire les hypothermies, le stress émotionnel et l'interruption de l'allaitement. Chaque lit doit être équipé d'une moustiquaire imprégnée.

4.5.7 Activités

◆ Prérequis

Tout le personnel doit être formé avant de prendre en charge les cas de MAS : médecins, infirmiers, aides soignants, matrones etc. Le personnel de l'URENI, des consultations externes et du service d'urgence doivent bénéficier de formation continue et de supervisions régulières. Ceci comprend : le triage, la prise en charge de la phase aiguë (phase 1) avec le traitement systématique (nutritionnel et médical), les complications et la phase de transition. **La rotation du personnel soignant doit être minimisée** et le changement de personnel réduit à une personne à la fois ; les aides soignants doivent être assignés au service et non redéployés régulièrement dans d'autres services. **Tout personnel nouvellement arrivé dans un service doit être formé à la prise en charge de la MAS**

◆ Médecin (Docteur)

Sa responsabilité est de soutenir le personnel soignant et plus spécifiquement l'infirmier, de se concentrer sur les patients ne répondant pas au traitement standard et dont le diagnostic est difficile, ainsi que sur ceux souffrant de complications.

Le médecin/infirmier en charge des patients souffrant de MAS doit assister aux réunions mensuelles de coordination organisées par le PFN ; il doit s'instaurer une relation de confiance entre les équipes URENAS et URENI.

◆ Infirmier (IDE)

Pré-requis

L'infirmier ou l'aide-soignant doit être formé sur les complications, le traitement nutritionnel et médical.

Activités

Pour une nouvelle admission

Appliquer la procédure de triage :

Admettre le patient MAS avec complication(s) ou mauvais appétit à l'URENI.

Transférer ceux qui ont un appétit bon ou modéré vers le CRENAS.

Pour un transfert interne de l'URENAS

Enregistrer le patient en utilisant le Numéro-MAS donné à l'URENAS ; si le patient MAS est référé par d'autres structures de santé ou Service d'Urgence, le Numéro-Mas est donné par l'URENI. Les détails sont notés dans le registre et la fiche de suivi URENI ; la fiche de transfert doit être attachée à la fiche de suivi URENI

Demander au médecin en charge *d'examiner* le patient dès que possible, mais ne retarder en aucun cas sa prise en charge, commencer tout de suite le traitement selon le protocole ;

Avertir l'URENAS de l'arrivée du patient et, si besoin, discuter de points qui ne sont pas mentionnés sur la fiche de transfert ;

Commencer **le traitement de la Phase Aiguë (Phase 1) et traiter les complications selon le protocole.**

Transférer Vers l'URENAS

Dès que les conditions du patient le permettent, le faire passer en **Phase de Transition** et préparer son transfert à l'URENAS.

En général,

Former et superviser les Aides Soignants (AS) afin d'assurer un travail précis et de qualité ;

Assurer la mise en œuvre de tout traitement Intra Veineux (IV) et de la prise en charge de patients sous traitements spécifiques.

◆ **Aides-soignants (AS)**

Il/elles sont en charge de donner les "soins" aux patients. Il/elles doivent :

Peser, mesurer les patients selon le protocole ;

Préparer et distribuer les repas et les médicaments per os ;

Evaluer les signes cliniques et remplir la fiche de suivi CRENI avec les informations de routine (l'accompagnant ne doit jamais être en charge de calculer et mesurer la quantité de F75 à donner et sa reconstitution).

◆ **Point Focal Nutrition (PFN)**

La supervision de l'URENI doit inclure :

Une visite au service d'urgence et une évaluation des procédures utilisées afin d'identifier, traiter et transférer les patients MAS vers l'équipe soignante et l'URENI, structure spécifiquement destinée à prendre en charge les patients MAS.

Accompagné du médecin en charge de l'URENI, il/elle doit régulièrement évaluer la prise en charge des patients MAS avec complications.

4.5.8 **Materiel**

◆ Enregistrement

- **La fiche de suivi_URENI** est le premier outil utilisé pour le traitement des patients en URENI. D'autres formats de fiches de suivi ne devraient pas être utilisés ;

Médecin, infirmiers, aide infirmiers et/ou aides-soignants doivent utiliser la même fiche de suivi URENI; Chacun doit répertorier les informations recueillies auprès du malade **sur la même fiche** suivant leur fonction, et non sur des fiches différentes ;

- **Le registre de l'URENI**
- **La fiche de surveillance intensive journalière**: est utilisée pour les patients avec complications qui ont besoin de soins intensifs durant la Phase Aiguë (Phase 1) et le traitement des complications (choc, déshydratation, hypothermie, etc.).

4.5.9 **Traitements systématiques en URENI**

◆ Traitement nutritionnel

Sachets de

- F75 (sachet de 102,5g ou 410g)
- ATPE (sachet de 92 g)
- F100 (sachet de 114 ou 456 g)
- RéSoMal (84 g) destiné pour la prise en charge de la déshydratation

◆ Traitement médical

Médicaments de routine :

- amoxicilline
- gentamicine
- Ceftriaxone
- fluconazole

- mébendazole/albendazole
- vitamine A
- acide folique
- co-artem.
- La vaccination anti rougeole

Des médicaments spécifiques

Les médicaments spécifiques sont donnés en fonction des types de complications.

4.5.10 Divers

- ◆ Matériels anthropométriques : Périmètre Brachial : Bande de Shakir (PB), toises, balance (précision au 10 ou 20 g près) pour les moins de 8kg et une autre (type Salter) pour les plus de 8 kg avec bassine, tare. Ce matériel doit être présent au niveau de la consultation externe/service d'urgence et de l'URENI ;
- ◆ Sonde Naso-Gastrique (SNG) pour enfants (5 – 8 CH).
- ◆ Burette pour perfusion ;
- ◆ Fiches plastifiées : Table P/T enfant et adolescent, table IMC, table sur la quantité de F75 par classe de poids et repas, affiches sur le triage, le traitement standard, la prise en charge des complications les plus fréquentes.
- ◆ Matériel nécessaire pour l'examen clinique (stéthoscope, otoscope, abaisses langues, etc.), thermomètres, calculatrice, etc.
- ◆ Fiches : fiche de Surveillance Intensives, fiche de transfert interne, rapports Mensuels.
- ◆ Liste des URENAS : noms et numéro de téléphone de la personne en charge, jours de consultation URENAS, temps de parcours depuis l'URENI et nombre de km et le coût.
- ◆ Copie du protocole national.
- ◆ Tableau à feuilles mobiles ("Flip charts") et matériels nécessaires pour les séances d'éducation.
- ◆ Eau et savon, eau de javel, jouets pour les enfants.
- ◆ Lits adultes – moustiquaires – couvertures – thermomètre atmosphérique avec température minimale et maximale – matériel pour eau potable à disposition et eau pour lavage de mains – toilette – douche – coin cuisine et repas pour les mères.

5 Méthodologie

5.1 Cadre d'étude ;

Notre étude s'est déroulée dans quatre districts sanitaires de la région de Koulikoro bénéficiaires du projet d'assistance alimentaire aux accompagnants à savoir Fana, Dioila, Ouelessebougu, et Kangaba.

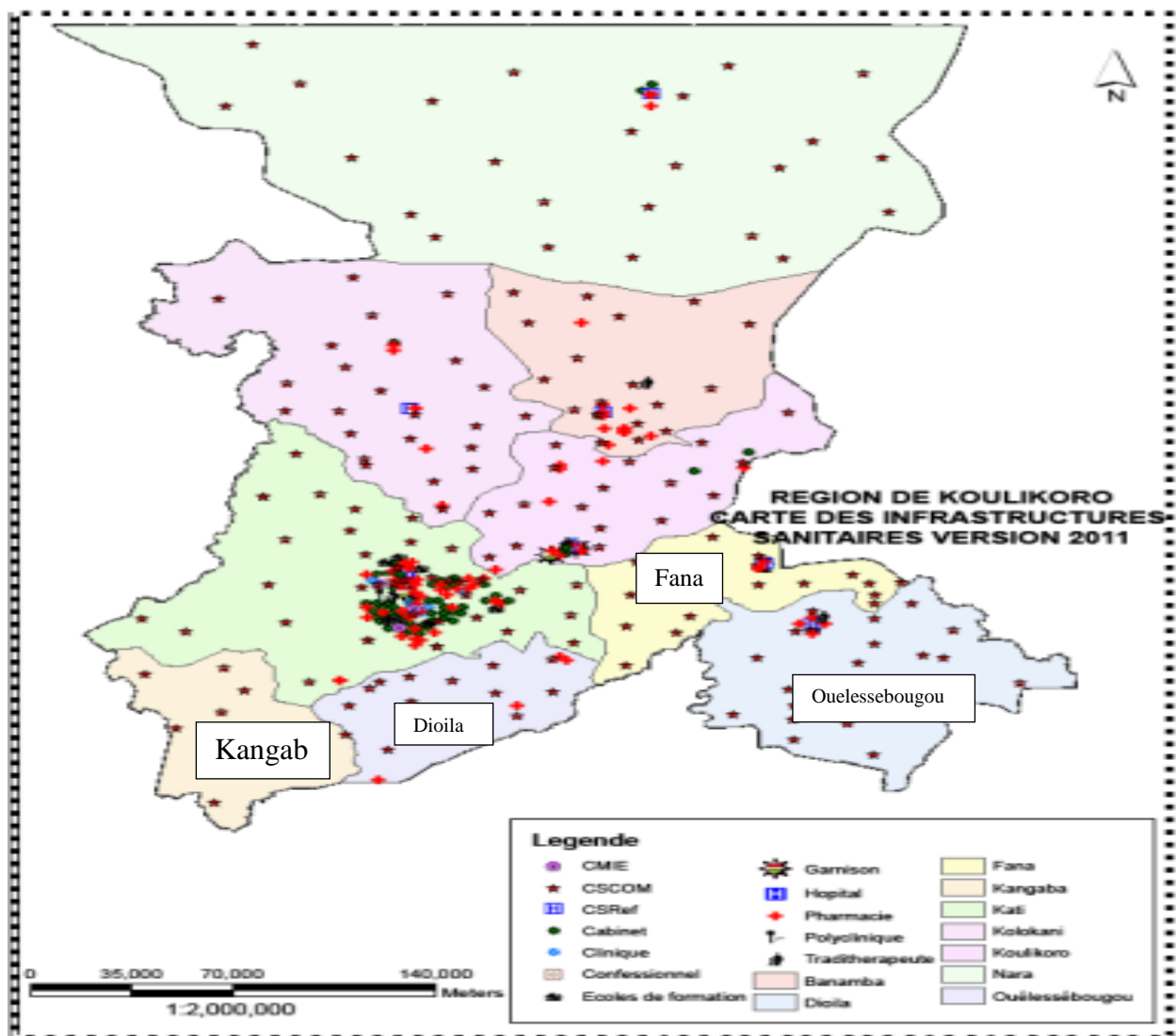


Figure 2: carte sanitaire de la région de Koulikoro (16)

5.2 Le projet d'assistance alimentaire aux accompagnants des enfants admis en URENI et pédiatrie des districts sanitaire de Koulikoro. Coupons repas pour les accompagnants des enfants.

Description du projet

◆ Historique

Le Programme Alimentaire Mondial, est un programme subsidiaire commun autonome de l'Organisation des Nations Unies et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture qui a son siège à Rome (Italie) à travers son bureau du pays pour le Mali

ALIMA/AMCP : « The Alliance for International Medical Action et Alliance Mondiale Contre le Paludisme » est une organisation non gouvernementale à but non lucratif, sans affiliation politique et partenaire coopérant du Mali.

MSF Médecin Sans Frontière et **ECHO SUD** sont des partenaires techniques du Mali opérant dans la région de Koulikoro.

Les ONG MSF et AMCP/ALIMA opèrent dans la région de Koulikoro dans le domaine de la lutte contre le paludisme depuis 2011. Lors de leurs activités, l'ONG MSF constate que la malnutrition constitue également un problème de santé publique dans le cercle de Kangaba. Selon le rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic de la malnutrition chez les enfants fréquentant les CSCOMs de Kangaba (17), 3% des enfants âgés de 6 à 59 mois fréquentant les CSCOM étaient touchés par la malnutrition aiguë sévère (MAS) entre le 24/11/10 et le 17/01/11. Pour ces raisons, ALIMA et l'AMCP en coordination avec l'UNICEF, ECHO et le Ministère de la santé a décidé d'inscrire un volet de prise en charge gratuite de la malnutrition et des soins hospitaliers pour les enfants de 6 à 59 mois atteints de MAS. L'objectif de ce programme était d'améliorer la prise en charge de la malnutrition sévère de même que la prise en charge hospitalière pédiatrique chez l'enfant de moins 5 ans.

Ainsi, en 2013, ALIMA/AMCP poursuivent et étendent les activités de prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de MAS ainsi que des pathologies ayant une interaction avec la malnutrition dans cette région. L'adhésion des parents était déterminante pour atteindre les objectifs de ce programme.

Les enfants admis dans les URENI et dans les pédiatries sont généralement accompagnés par un parent qui devrait rester à leur cotés pendant toute la durée de leur traitement. Ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour se nourrir correctement pendant la durée de traitement de l'enfant, les accompagnants seraient amenés à abandonner les centres bien avant la fin du traitement. (18) Ainsi, AMCP/ALIMA a mis en place un projet d'amélioration de la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, dans six districts de la région de Koulikoro au Mali (Kangaba, Kolokani, Ouélessébougou, Dioïla, Koulikoro et Fana). Elle propose de collaborer avec le PAM pour renforcer l'adhésion des accompagnants et des acteurs locaux dans le cadre de son projet. Ce projet est cofinancé par l'UNICEF et ECHO pour la prise en charge medico-nutritionnelle et PAM Mali pour les repas des accompagnants. Le financement des repas des accompagnants des enfants de moins de 5 ans au sein des CSREF permettra de soulager la charge économique, familiale et psychologique, consécutive à la perte temporaire d'une ressource importante au sein de la famille. Le projet a démarré le 15 Septembre 2013 par le district sanitaire de Kangaba ; mais depuis 2011, ce district a eu à abriter la phase pilote du projet qui a duré presque trois années (2011, 2012 et 2013 (de Janvier à Septembre)).

◆ **Les bénéficiaires :**

Les bénéficiaires du projet sont les accompagnants des enfants de moins de 5 ans admis en URENI et en Pédiatries pour MAS ou pour d'autres pathologies ayant une interaction avec la malnutrition. Les districts de Kangaba, Koulikoro, Kolokani, Ouélessébougou, Dioila et Fana bénéficient du projet. Le projet prend en charge un accompagnant par enfant admis.

◆ **L'exécution du projet**

L'AMCP/ALIMA est chargé de la mise en œuvre du projet.

◆ **Le financement du projet**

Le Programme Alimentaire Mondiale PAM à travers le bureau national du Mali est chargé du financement du projet.

◆ Cadre logique du projet

Tableau VII: Cadre logique du projet

Titre de L'action	Renforcement de l'adhésion des accompagnants et des acteurs locaux dans le programme de prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans la région de Koulikoro, Mali		
Objectif principal	Renforcer l'adhésion et la participation des accompagnants ainsi que des acteurs de la chaîne alimentaire locale dans le programme de prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans dans la région de Koulikoro		
	Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	Sources de vérifications
Objectifs spécifiques			
OS 1	# repas des accompagnants des enfants de moins de 5 ans hospitalisés (MAS avec complications et des pathologies ayant une interaction avec la malnutrition)	8 168 repas	Registre des admissions Suivi des coupons de distribution
O 2	% des repas des accompagnants sont préparés localement au sein des CSREF du programme ALIMA/AMCP dans la région de Koulikoro.	100%	Justificatifs de prestations
Résultats immédiats			
R1	# menus locaux/jour servis aux accompagnants des enfants de moins de 5 ans au sein des CSREF	3 repas	Registre des admissions Justificatifs de prestations
Résultats intermédiaires			
R1	% d'enfants de 6 à 59 mois atteint de MAS avec complications abandonnant le programme de prise en charge	< 15%	Données statistiques Registre des CSREF
R2	% des cas de pathologies ayant une interaction avec la malnutrition des enfants de moins de 5 ans sont pris en charge	100%	Données statistiques Registre des CSREF
Résultats finaux			
R1	% de mortalité du programme de prise en charge des cas de MAS avec complications des enfants de 6 à 59 mois	< 5%	Données statistiques Registre des CSREF
R2	% de mortalité du programme de prise en charge des pathologies ayant une interaction avec la malnutrition des enfants de moins de 5 ans	< 5%	Données statistiques Registre des CSREF
Activités	A.1. Prise en charge hospitalière des cas de MAS et des pathologies ayant une interaction avec la malnutrition des différentes zones d'intervention		
	A.2. Inclusion des accompagnants dans la prise en charge médicale des enfants de moins de 5 ans des CSREF des différentes zones d'intervention par la prise en charge de leurs repas et par le partage des informations sanitaires relatives à leur enfant		
	A.3. Renforcement du suivi des cas de guérisons, des abandons et des décès dans les services pédiatriques des CSREF (dont l'URENI)		

◆ Plan d'opération du projet **Septembre à Décembre 2013**

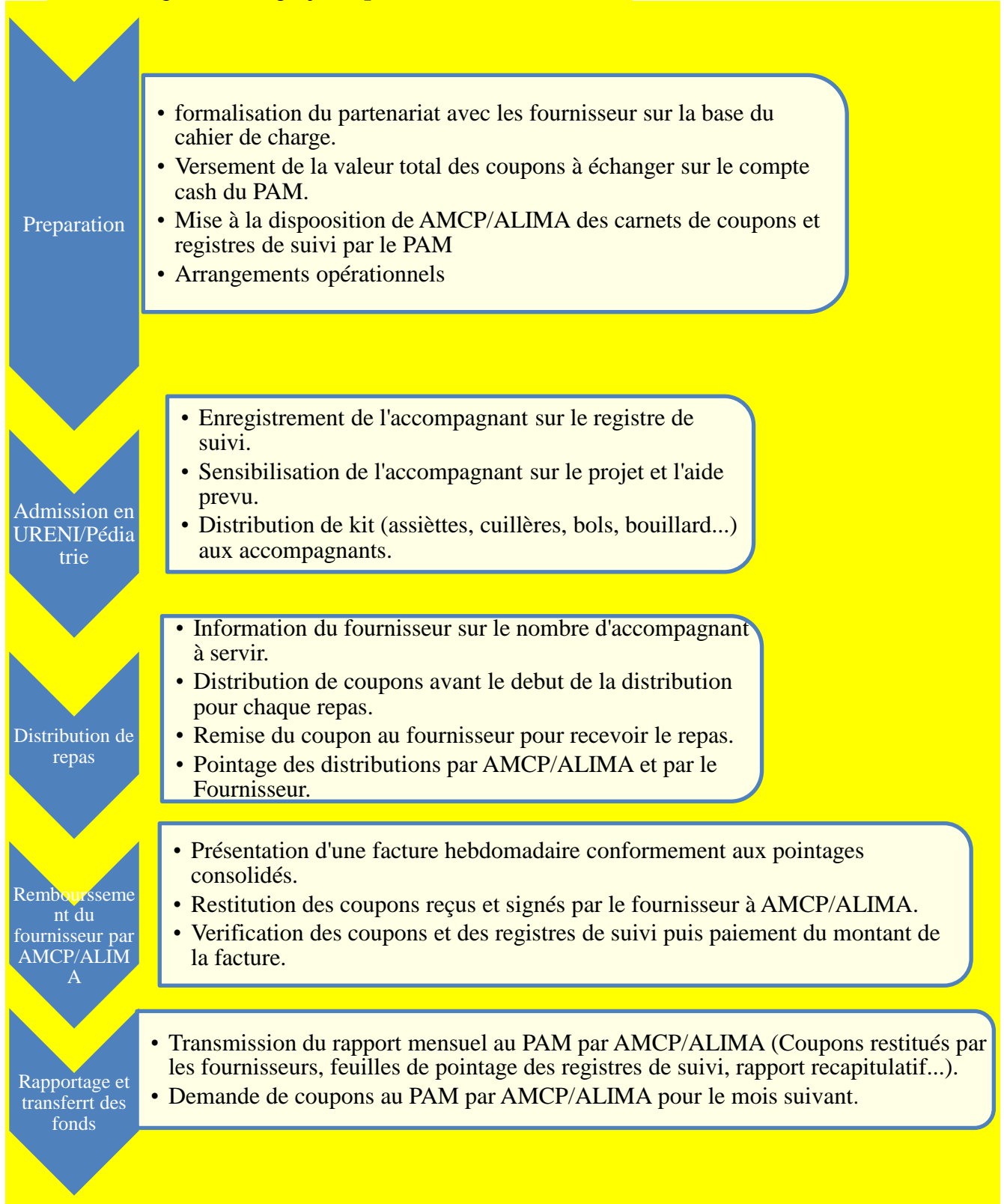


Figure 3: Plan d'opération du projet Septembre à Décembre 2013

5.3 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive .L'étude comprend deux volets: un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Le volet quantitatif a concerné la collecte et l'analyse des indicateurs de performance de la nutrition des quatres districts sanitaires concernés ainsi que l'entretien individuel avec les accompagnants d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés en URENI et pédiatrie. L'aspect qualitatif est en rapport avec l'entretien de groupe (focus group) avec les ex-bénéficiaires du projet

5.4 Période d'étude

L'étude s'est portée sur les données de 2011 à 2016 (six ans), soit les trois ans d'exécution du projet (2013-2016) et les trois années avant le début du projet.

5.5 Population d'étude

La population d'étude était constituée de :

- rapports d'activités des quatre districts sanitaires concernés de Koulikoro
- accompagnants d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés en URENI et pédiatrie des quatres districts sanitaires de Koulikoro ;
- Ex- accompagnants ou ex-bénéficiaires du projet au niveau des villages

5.5.1 Critères d'inclusion

Seront inclus dans l'étude :

- Tous les rapports d'activité de 2011 à 2016 inclus
- Tous les accompagnants d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés en URENI et pédiatrie des districts sanitaires concernés (bénéficiaires) pendant la période de collecte des données et qui donnent leur consentement pour l'étude.
- Des ex-bénéficiaires du projet au niveau des villages qui acceptent participer au focus group

5.5.2 Critères de non inclusion

- Tous les rapports d'activité incomplets et inexploitable
- Tous les accompagnants d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés en URENI et pédiatrie des districts sanitaires concernés (bénéficiaires) pendant la période de collecte des données qui ne donnent pas leur consentement pour l'étude.

- Des ex-bénéficiaires du projet au niveau des villages qui refusent de participer au focus group

5.6 Collecte des données :

5.6.1 Période de collecte

La collecte des données s'est déroulée du

- 13 au 15 Décembre pour le district sanitaire de Fana,
- 15 au 17 Décembre pour Dioila,
- 4 au 7 Janvier pour Kangaba
- 8 au 11 Janvier pour Ouelessebougou.

5.6.2 Technique de collecte:

Pour collecter les données, nous avons utilisé les techniques suivantes :

- Recherche documentaire: rapports d'activité, bases des données informatiques
- Face à face : entretien individuel avec les accompagnants,
- Enregistrement sonore et transcription (focus group)

5.6.3 Outils de collecte :

Questionnaires numérisés sur tablette : pour l'entretien individuel

Fichiers Excel pour collecter les indicateurs de performance des districts sanitaires.

Guide d'entretien et dictaphone pour le focus group

5.7 Déroulement de l'enquête

L'équipe était constituée de sociologue et médecin. Elle disposait des questionnaires pour l'entretien individuel, du guide d'entretien et un dictaphone pour l'enregistrement des focus group. Les enquêteurs ont été formés pour harmoniser la compréhension des supports de collecte et traduire certains termes en langue locale bambara. Les responsabilités ont été définies pour chaque membre de l'équipe. Les supports logistiques ont été fournis par le Programme Alimentaire Mondial PAM Mali. Les questionnaires ont été prétestés au district sanitaire de Koulikoro.

Nous avons collecté les informations dans les bases de données du Système Locale d'Information Sanitaire SLIS et dans celles de l'ONG AMCP/ALIMA. Tous les accompagnants des enfants hospitalisés en URENI et pédiatrie lors de la période de collecte ont été interrogés après avoir eu leur consentement éclairé.

Pour les focus group, nous avons choisi deux villages par district sanitaires selon le nombre d'ex-bénéficiaires de ces villages. L'agent de sante du CSCOM était chargé d'identifier les ex-bénéficiaires à travers ses registres d'admission et de suivi des enfants. Ils étaient ensuite informés de l'arrivée de l'équipe de même que le chef du village et ses conseillers. Le focus était mené par deux enquêteurs ; un enquêteur était chargé de l'animation et un deuxième faisait l'enregistrement.

5.8 Traitement et analyse des données

Nous avons procédé à l'envoi des données de l'entretien individuel sur le serveur ODK et à la saisie des indicateurs sur le logiciel Excel. Pour le focus group, nous avons transcrit et traduit les discours enregistrés, puis effectué une analyse du contenu. Nous avons utilisé le canevas d'analyse du focus group. L'analyse a consisté à faire ressortir les thèmes, les expressions, les mots clés, les prises de position et les arguments invoqués pour les justifier.

5.9 Considérations éthiques :

Au préalable une lettre d'information du DER SP a été adressée à la Directrice Régionale de la Santé de Koulikoro, aux médecins chef des districts sanitaires concernés et aux médecins responsables de zone de l'AMCP/ALIMA.

Le consentement libre et éclairé était demandé verbalement aux enquêtés.

L'administration des outils était conditionnée à l'obtention du consentement verbal libre et éclairé des enquêtés.

6 Résultats

Nos résultats ont été classés par aspect quantitatif ou qualitatif et par objectif.

6.1 Résultats quantitatifs

◆ Indicateurs de performances des URENIs avant et pendant l'utilisation des coupons alimentaires (avant et pendant le projet)

Tableau VIII: Répartition des admissions, guérisons, décès et abandons par période de projet.

	Avant		Pendant		Total
	N	Somme	N	Somme	
Admission	10	3627	12	6820	10447
Guérison	10	3258	12	6127	9385
Décès	10	192	12	268	460
Abandon	10	61	12	51	112

De janvier 2011 à Décembre 2016, notre étude a enregistré 10447 admissions en URENI pour MAS compliquées, 9387 guérisons, 460 décès et 112 abandons.

Tableau IX: Répartition des admissions, guérisons, décès et abandons par période de projet pour les 4district sanitaires

	Avant		pendant		Variation relative
	N	Moyenne	N	Moyenne	
Admission	3627	362,7	6820	568,33	0,88
Guérison	3258	325,8	6127	510,58	0,88
Décès	192	19,2	268	22,33	0,40
Abandon	61	6,1	51	4,25	0,16

Ce tableau nous montre une augmentation des admissions de 88%, des guérisons de 88% et des décès de 40% pendant le projet. Par contre une diminution de l'abandon de 16% est constatée pendant le projet pour les 4districts sanitaires.

Tableau X: les indicateurs de performance des 4 districts sanitaires pendant la période d'étude.

variables	Nombre (N)	Indicateurs de performance %
Guérison	9385	94,25
Décès	460	4,61
Abandon	112	1,12

Ce tableau montre un taux de guérison de 94,25%, un taux de décès de 4,61% et un taux d'abandon de 1,12% pendant la période d'étude.

Tableau XI: Répartition des indicateurs de performance par période de projet

Variables	Avant		Pendant		Variation Relative
	N	Indicateurs	N	Indicateurs	
Guérison	3258	92,79	6127	95,02	0,88
Décès	192	5,46	268	4,15	0,40
Abandon	61	1,73	51	0,79	0,16

Ce tableau montre une amélioration des indicateurs de performance pendant le projet en termes d'augmentation du taux de guérison de 88% et de diminution des taux de décès de 40% et d'abandon de 16%.

Tableau XII: Répartition du taux de guérison des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet.

Taux de guérison	Fana	Dioila	Kangaba	Ouelessebougou
Avant	93,08%	92,52%	94,76%	89,58%
Pendant	96,90%	94,90%	91,12%	96,58%
Variation relative	4%	3%	4%	8%

Ce tableau montre une légère augmentation des taux de guérison pendant le projet de 4% à Fana, 3% à Dioila et 8% à Ouelessebougou. Par contre à Kangaba, nous notons une diminution de 4%.

Tableau XIII: Répartition du taux de décès des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet

Taux de décès	Fana	Dioila	Kangaba	Ouelessebougou
Avant	6,09%	5,77%	4,31%	6,22%
Pendant	2,79%	4,85%	6,29%	3,49%
Variation relative	0,54	0,16	0,46	0,44

Ce tableau montre une diminution des taux de décès pendant le projet de 54% à Fana, 16% à Dioila, 44% à Ouelessebougou. Par contre le district de Kangaba montre une augmentation de 46%.

Tableau XIV: Répartition du taux d'abandon des enfants de 6 à 59 mois par district sanitaire et par période du projet

Taux d'abandon%	Fana	Dioila	Kangaba	Ouelessebougou
Avant	0,85	1,70	0,91	4,19
Pendant	0,31	0,26	2,59	1,12
Variation relative	64%	85%	185%	73%

Ce tableau montre une diminution des taux d'abandon de 64% à Fana, 85% à Dioila, 73% à Ouelessebougou. Par contre le district de Kangaba montre une augmentation de 185%.

◆ Comparaison des indicateurs de performances des URENIs à l'intérieur des districts sanitaires

Tableau XV: Répartition des indicateurs de performance de Dioila par période de projet

Fana	Taux avant		Taux pendant		Variation
	Avant	%	Pendant	pendant%	relative%
Guérison	673	93,08	1564	96,90	4
Décès	44	6,09	45	2,79	54,21
Abandon	6	0,85	5	0,31	63,55

Ce tableau montre une amélioration de tous les indicateurs de Fana pendant la période/ du projet. Une augmentation du taux de guérison de 4 %, une diminution du taux de décès de 54,21% et une baisse du taux d'abandon 63,55%.

Tableau XVI:: Répartition des indicateurs de performance de Dioila par période de projet

Dioila	Avant	Taux avant		Taux pendant		Variation
			%	Pendant	Taux pendant	relative
Guérison	978	92,52	2213	94,90	2,56	
Décès	61	5,77	113	4,85	16,03	
Abandon	18	1,70	6	0,26	84,89	

Ce tableau montre une amélioration de tous les indicateurs de Dioila pendant la période/ du projet. Une augmentation du taux de guérison de 2,56 %, une diminution du taux de décès de 16,03% et une baisse du taux d'abandon de 84,89 %.

Tableau XVII: Répartition des indicateurs de performance de Kangaba par période de projet

Kangaba	Avant	Taux avant	Pendant	Taux pendant	Variation relative%
Guérison	1031	94,76	739	91,12	4
Décès	47	4,32	51	6,29	46
Abandon	10	0,92	21	2,59	185

Ce tableau montre une détérioration de tous les indicateurs de Kangaba pendant le projet. Une diminution du taux de guérison de 4%, une augmentation des taux de décès de 46% et d'abandon de 185%.

Tableau XVIII: Répartition des indicateurs de performance d'Ouelessebougou par période de projet.

Ouelessebougou	Avant	Taux avant	Pendant	Taux pendant	Variation relative%
Guérison	576	89,58	1611	95,38	6
Décès	40	6,22	59	3,49	44
Abandon	27	4,20	19	1,12	73

Ce tableau montre une amélioration de tous les indicateurs d'Ouelessebougou pendant la période du projet. Une augmentation du taux de guérison de 6%, une diminution du taux de décès de 44 % et une baisse du taux d'abandon 73 %.

◆ **Raisons d'abandon de traitement des enfants de moins de 5 ans admis en URENI.**

Selon les rapports d'activité

Les raisons de l'abandon de traitement ont été entre autres : le décès en famille, le mariage en famille, la maladie ou l'absence de la mère, l'orpaillage, le refus de suivre le protocole, les travaux champêtres, la fête au village.

Selon l'entretien individuel des accompagnants

Caractéristiques socio-économiques des accompagnants interrogés

La totalité des accompagnants était des femmes, majoritairement bambara (53%). Elles étaient mariées dans 93% et non instruites dans 82% des cas. Les enfants étaient accompagnés de leur mère dans 88% des cas, de leur grand-mère ou nièce dans 12% des cas.

La question relative aux raisons de l'abandon de traitement selon les accompagnantes avait été répondue par seulement 17% d'entre elles. La nostalgie a été évoquée par 5%, les autres raisons soulignées dans l'ordre de 1,7% chacune ont été : la dispute avec les agents de santé, l'incompréhension de l'enjeu du traitement de l'enfant par l'accompagnant, la longue distance, la mauvaise volonté de l'accompagnant, le long séjour en milieu de soins, le manque d'amélioration de l'état de l'enfant, l'arrêt de la restauration gratuite pour les accompagnants.

◆ **Perception des accompagnants sur les coupons alimentaires dans les districts sanitaires de Koulikoro.**

Selon l'entretien individuel avec les accompagnants

A la question avantages et inconvénients du projet, la totalité des accompagnantes trouvent que le projet est avantageux. Les avantages cités ont été les soins hébergement et restauration gratuits, l'accueil chaleureux, la disponibilité du personnel, l'éducation, le kit d'hygiène, la prise en charge des frais de médicaux des pauvres, les visites nocturnes régulières, les bonnes conditions d'hospitalisation. S'agissant des inconvénients, sur 60 accompagnantes, la moitié pense que le projet n'a aucun inconvénient. Par contre une minorité des accompagnants soit 0,05% citent les inconvénients ou difficultés suivants : beaucoup de malade pour les lits d'admission, l'incompréhension de l'hygiène au niveau des mères (certaines accompagnantes ont du mal à respecter les mesures d'hygiènes conseillées), le long séjour sans voir sa famille.

◆ Niveau de satisfaction des accompagnants.

Selon l'entretien individuel

Tableau XIX: Niveau de satisfaction des accompagnants

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Peu satisfait	4	6,77
Assez satisfait	5	8,33
Très satisfait	51	85,00
Total	60	100,00

La totalité des accompagnantes était satisfaite du projet. Le degré de satisfaction va de très satisfait (85%) à peu satisfait (7%).

6.2 Résultats qualitatifs

◆ Raisons d'abandon de traitement des enfants de moins de 5 ans admis en URENI.

L'entretien de groupe avec les ex-bénéficiaires: focus group

A la question de savoir pourquoi certaines personnes abandonnent le traitement pourtant gratuit pour rentrer au village, à Kangaba, cette question a surpris beaucoup de femmes car elles affirment n'avoir jamais été témoin des cas d'abandon. Par contre à Ouelessebougou, Dioila et Fana les femmes avaient été témoins des cas d'abandon et même de fuites, généralement, vers le crépuscule ou à l'aube. Parmi les principales raisons figure :

la longue durée de séjour au centre comme l'atteste cette accompagnante de N'TEKELE à Ouelessebougou « *En voyant leur liberté restreinte dans les centres de santé, Certaines accompagnantes sont frustrées par un long séjour et donc pressées de rentrer à la maison. si cela tarde à se faire, elles abandonnent le traitement* » ;

Le manque de confiance au traitement médical affirme une accompagnante d'Ouelessebougou en ces termes « *le fait de ne pas faire confiance à la médecine moderne amène certaines femmes à abandonner le traitement de leur enfant pour aller voir les radiothérapeutes* » ;

La comparaison atteste une accompagnante de Dioila en ces termes « *si une femme constate la libération d'un enfant qui a été admis après le sien, cela peut la pousser à abandonner le traitement* » ;

La fausse impression de guérison de l'enfant, affirme une accompagnante de N'Tekelé dans le district sanitaire de Ouelessebougou « *Certaines accompagnantes arrivent au centre de santé avec un enfant très mal en point. Si ce dernier commence à se sentir mieux après quelque jour de traitement, l'accompagnante cherche à rentrer à la maison croyant son enfant guéri. Si toute fois le personnel soignant ne la libère pas elle abandonne le traitement et rentre au village* » ;

La jalousie, affirme une accompagnante en ces termes « *les femmes vivant dans un foyer polygame ne supportent pas de voir les coépouses auprès du mari sans elle* » ;

La crainte que le conjoint ne prenne une deuxième femme, affirment d'autres accompagnantes en ces termes « *Les femmes craignent que leurs maris ne profitent du long séjour au centre pour se remarier* » ;

Les évènements en famille ou au village (décès, mariage, baptême fête et cérémonie traditionnelles du village) ;

Le désintérêt de la femme pour la santé de son enfants, affirme une accompagnante de SANKANA à Ouelessebougou en ces termes « *Il n'y'a aucune autre raison à l'abandon de traitement en dehors que la mère ne s'intéresse pas à la santé de son enfant* ».

Synthèse

Les ex-bénéficiaires ont évoqué le long séjour hospitalier, les évènements en famille ou au village (entre autre mariage, baptême, fête, décès), le manque de confiance au traitement médical, la fausse impression que l'enfant est guéri, la jalousie et le désintérêt de la femme pour la santé de son enfant.

❖ **Perception des ex-accompagnants sur les coupons alimentaires dans les districts sanitaires de Koulikoro.**

L'entretien de groupe avec les ex- bénéficiaires : focus group

A la question « Que pensez-vous du projet ? Avantages et inconvénients, une ex-bénéficiaire tient ces propos « *Les gens sont généralement pauvres en milieu rural. Dans ce contexte, un projet qui se donne pour mission la prise en charge gratuite des enfants quel qu'en soit la maladie et la durée du traitement, cela est salutaire. Le grand avantage de ce projet est que les pauvres peuvent avoir accès aux soins de santé ainsi sauver la vie de beaucoup d'enfants et donner de l'espoir à beaucoup de parents* »

Selon les ex-bénéficiaires de YOLA dans le district sanitaire de Fana « *Ce projet n'a que des avantages et pas d'inconvénients à cause de la gratuité des soins de l'enfant, de la gratuite des repas et de l'accueil chaleureux du personnel* » ; « *mon séjour au centre a apporté une grande amélioration chez mon enfant. Je mangeais à satiété et l'enfant était correctement traité. Le jour de mon départ, j'étais également contente parce que je n'avais pas dépensé de l'argent* » ; « *Le personnel nous accueille bien et nous respecte, il nous aide et soigne nos enfants. Ceci est l'un des grands avantages du projet* » ;

« *Ce projet a été une opportunité pour que nos enfants soient en bonne santé. Beaucoup de maladie des enfants ont tendance à disparaître. Personnellement, quand j'amenaient mon enfant j'avais perdu tout espoir, mais il a survécu grâce à ce projet. J'ai reçu le kit d'hygiène à notre admission au centre* » ; « *A mon avis cela a considérablement réduit les maladies et la mortalité des enfants, surtout la malnutrition, une fois que vous arrivez avec votre enfant malnutri au centre c'est comme un miracle ; en quelques jours le personnel de santé le remet sur pied* » ; « *Avant le projet, les gens avaient peur des centres de santé à cause des frais médicaux, actuellement grâce à la gratuité des soins, les enfants souffrent moins, leur mortalité a diminué* » ; « *Ce projet a considérablement diminué les maladies et la mortalité des enfants dans le village* » ; « *Grâce à ce projet nos enfants se sentent mieux dans le village les parents également n'ont pas de soucis à se faire concernant les dépenses* ».

Synthèse

L'ensemble des ex-bénéficiaires trouvent que le projet est avantageux car il permet aux pauvres d'accéder aux soins de santé. Les avantages évoqués ont été la prise en charge gratuite des enfants, la restauration gratuite pour les accompagnants des enfants, le kit d'hygiène donné aux accompagnantes, l'éducation nutritionnelle reçue au centre, l'amélioration de la santé des enfants et la réduction de leur mortalité.

A la question **de la pérennisation du projet en cas de retrait du bailleur**, certaines femmes tiennent ces propos « *Le retrait du bailleur nous ramènera à la case de départ car nous n'avons pas les moyens de faire ce que ce projet est en train de faire* » ; « *Il fut un moment où les décès d'enfant étaient très fréquents dans les villages. Le personnel de santé avait formé les relais et les mamans à identifier les signes de malnutrition. Lorsqu'on referait les mamans vers le centre de santé, elles refusaient de s'y rendre parce qu'elles avaient peur des frais de prise en charge, ce qui entraînait beaucoup de décès d'enfant. Il y a quatre ans*

de cela nous avons connu plus de 16 décès d'enfants par suite de malnutrition ». Par contre, d'autres femmes proposent :

La cotisation des villageois comme atteste cette accompagnante de Kéla à Kangaba « *Les villages doivent cotiser pour prendre en charge les cas d'admissions* »

La prise en charge de la nutrition dans le budget régional « *Le conseil de cercle ou l'assemblée régionale pourront intégrer le financement des prises en charge dans leur budget* »

La recherche d'autres bailleurs de fond « *Il faudrait chercher d'autres bailleurs pour assurer la continuité de ce projet* »

Synthèse

Les ex-bénéficiaires pensent que le retrait du bailleur sera une catastrophe parce qu'il va les ramener à la case de départ. Parmi les propositions de pérennisation faite par les ex-accompagnantes, nous retrouvons, entre autre, la cotisation des villageois, la prise en charge de la nutrition dans le budget régional, la recherche d'autres bailleurs de fond.

◆ Niveau de satisfaction des ex-accompagnants.

L'entretien de groupe ou focus group

La plupart des ex-accompagnantes affirment être satisfaites du projet du fait de l'amélioration de l'état de santé des enfants, de la gratuité des soins de l'enfant et de la restauration des accompagnantes. « *Je suis satisfaite, l'enfant est guéri et moi-même j'ai bien mangé pendant mon séjour au centre, je lavais proprement mes habits grâce au kit d'hygiène que j'ai reçu* » affirment la majorité des ex- accompagnantes.

Synthèse

Les ex-accompagnantes sont satisfaites du projet du fait de la gratuité des soins de l'enfant, de la gratuité de la restauration des accompagnantes, des kits d'hygiène offerte aux mamans et de l'amélioration de l'état de santé de l'enfant.

7 Commentaire et discussion

◆ Pour les indicateurs de performance des 4 districts sanitaires avant et pendant le projet

Notre étude trouvait un taux de guérison de 92,79% avant le projet et 95,02% pendant le projet soit une augmentation de 88%. Ces taux sont supérieurs au seuil national (75%). Notre taux pendant le projet est supérieur à ceux de Telly et al à Bamako au Mali (43,35%) en 2008 et (63,85%) en 2009 (19), de la croix rouge Malienne à Baraouli, en 2010 (48%) (20), de Kabalo MY et Seifu Ethiopie en 2014 (64,9%)(21). Cette différence pourrait s'expliquer par l'appui des multiples Partenaires Financiers et Techniques (PTF). Les partenaires comme AMCP/ALIMA, PAM Mali et UNICEF appuient la région de Koulikoro au plan financier, matériel, humain et organisationnel dans la lutte contre la malnutrition aigüe.

Notre étude montrait un taux de décès de 5,46% avant le projet et 4,15% pendant le projet soit une diminution de 40%. Cette diminution pendant le projet pourrait s'expliquer par une meilleure organisation de la prise en charge des MAS compliqués au sein des URENIS et de l'efficacité du dépistage actif dans la communauté.

Ce taux de décès pendant le projet est supérieur à ceux de Telly et al à Bamako (2,66) en 2008 et (2,77) en 2009, de la croix rouge à Baraouli (1%), de Kabalo MY et Seifu Ethiopie en 2014 (1,2%)(21). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude n'a intéressé que les malnutris aigues sévères avec complication chez qui le risque de mortalité est plus élevé à cause des complications associées.

Le taux d'abandon était de 1,73% avant le projet et 0,79% pendant le projet soit une diminution de 16%. Cette diminution pourrait également s'expliquer par les appuis apportés par les multiples partenaires à la région de Koulikoro. Ce taux pendant le projet est acceptable car il est inférieur à la valeur seuil définie dans le protocole PCIMA. IL demeure inférieur également à ceux de Telly et al à Bamako 13,93% en 2008 et 11,10% en 2009, de la Croix rouge Malienne à Baraouli (40, 5%) en 2010, de Gnomou et al en Guinée (10,50%) en 2014, de Kabalo MY et Seifu Ethiopie en 2014 (2,2%)(21).

◆ Les indicateurs de performances des URENIS au niveau de chaque district sanitaire

Notre étude a montré une amélioration de tous les indicateurs de performance pendant le projet dans tous les districts sanitaires concernés à l'exception de Kangaba. Dans ce district,

il a été observé une diminution du taux de guérison de 4%, une augmentation du taux de décès de 46%, et une augmentation du taux d'abandon de 185%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que le projet avait été testé à Kangaba de 2011 à 2012. Le personnel du district interrogé sur cette situation avance les commentaires suivants: « *Pendant cette période les accompagnants des enfants malnutris recevaient le kit de bienvenu ou kit d'hygiène (composé de drap, moustiquaire, assiette, tasse, bol), Un apport alimentaire était fait à tous les accompagnants des enfants de moins de cinq (malnutris et cas pédiatriques), tous les CSCOM avaient les assistants et superviseurs nutrition. C'est pendant cette période que Kangaba a enregistré les meilleurs indicateurs de performance. A partir de 2013, l'AMCP/ALIMA a étendu le projet à cinq autres districts sanitaire de Koulikoro en plus de Kangaba. Le kit de bienvenu était restitué à la sortie de l'enfant contrairement à la période test du projet ou les accompagnants apportaient le kit à la maison; l'apport alimentaire était fourni uniquement aux accompagnants des enfants malnutries et non aux cas pédiatriques. Les aires de santé ont vu le nombre de superviseurs et d'assistants nutrition baisser.* »

L'augmentation du taux d'abandon pendant le projet à Kangaba pourrait alors s'expliquer par l'arrêt de l'apport alimentaire et la rétrocession du kit de bienvenu qui constituaient des sources de motivations pour les femmes.

◆ **Par rapport à l'identification des raisons de l'abandon de traitement par les accompagnants d'enfant et les ex-bénéficiaires du projet.**

Les raisons de l'abandon de traitement retrouvées dans les rapports d'activités ont été entre autres les événements dans les familles ou au village (mariage, baptêmes, décès, fête, maladie d'un des parents), les travaux champêtres ou d'orpaillage.

Les raisons soulignées par les accompagnants ont été : la dispute avec les agents de santé, l'incompréhension de l'enjeu du traitement de l'enfant par l'accompagnant, la longue distance, la mauvaise volonté de l'accompagnant, le long séjour en milieu de soins, le manque d'amélioration de l'état de l'enfant, l'arrêt de la restauration gratuite pour les accompagnants.

La totalité des accompagnants étaient des femmes, majoritairement bambara ((53%). Elles étaient mariées dans 93% et non instruites dans 82% des cas. Les enfants étaient accompagnés par leurs mères dans 88%, et leurs grand mères ou cousines dans 12% des cas.

Le fait que les accompagnants soient exclusivement des femmes dans notre étude pourrait s'expliquer par le contexte socio-culturel Malien qui affecte à la femme toutes les tâches relatives à l'entretien et à la prise en charge de l'enfant.

Les raisons d'abandon de traitement évoquées ci-dessus concordent avec celles retrouvées lors des focus group comme atteste cette synthèse : **Les ex-bénéficiaires ont évoqué le long séjour hospitalier, les évènements en famille ou au village (entre autre mariage, baptême, fête, décès), le manque de confiance au traitement médical, la fausse impression que l'enfant est guéri, la jalousie et le désintérêt de la femme pour la santé de son enfant.**

Nos données qualitatives concordent bien avec nos résultats quantitatifs. Les raisons d'abandon évoquées dans notre étude sont également semblables à celles retrouvées dans la littérature. Ainsi, Gnoumou et al en Guinée trouve en 2014 l'échec de la récupération nutritionnelle (14%), les délais d'attente prolongée au centre (2, 3%) et l'éloignement du domicile (2,3%)(22). Kruk ME et coll trouve la durée du traitement comme raison d'abandon en 2008 (23). Nielsen CC et all en 1992 trouve comme raisons d'abandon : la perception des accompagnants que l'enfant était amélioré et la non-implication d'autres membres de la famille dans l'accompagnement de l'enfant(24). Le protocole national de Prise en Charge de la malnutrition aiguë (13) évoque des raisons semblables.

◆ **Par rapport à la Perception des accompagnants et ex-bénéficiaires sur le projet (en termes d'avantage et d'inconvénients du projet)**

Dans notre étude, la totalité des accompagnants trouvait le projet très avantageux. Nous pensons que la prise en charge gratuite des soins de l'enfant, la restauration gratuite des accompagnantes et le kit de bienvenu constituent les sources de motivation pour la population qui vivent dans un contexte de pauvreté.

Quelques inconvénients cités par 0,05% des accompagnantes comme le partage du lit par beaucoup de malade à l'admission doit être revu. Quant au long séjour en dehors de sa famille, une sensibilisation continue est nécessaire sur la durée moyenne de séjour en URENI et l'importance du maintien de l'enfant en hospitalisation tant que son état le nécessite.

8 Conclusion-recommandations

Notre étude a montré une amélioration des indicateurs de performance à Fana, Dioila, et Ouelessebougou pendant la période du projet. Ainsi le taux d'abandon de traitement a baissé de 64% à Fana, de 85% à Dioila et de 73% à Ouelessebougou. Par contre, nous notons une détérioration des indicateurs à Kangaba où le taux d'abandon a augmenté de 185%. La situation de Kangaba pourrait s'expliquer par des légères modifications apportées à la stratégie d'intervention du projet comme la rétrocession du kit d'hygiène et l'arrêt de l'apport alimentaires aux accompagnants des enfants admis en pédiatrie. Cette situation pose la problématique de pérennisation des projets de santé mis en place et exécutés par les PFT en Afrique. Il serait intéressant d'élaborer une approche communautaire qui permettrait une plus grande implication de la population (père, mères et d'autres membres de la famille d'enfant de moins de cinq ans, leaders communautaires, autorités administratives et coutumières) dans la prise en charge de la malnutrition aigüe. Cette approche communautaire garantirait la pérennisation des projets de santé après le retrait des PFT.

Notre étude a permis de décrire les améliorations ou non des indicateurs de performance des districts sanitaires. D'autres études épidémiologiques seraient nécessaires pour montrer les liens significatifs entre le projet et l'amélioration des indicateurs d'une part et les facteurs associés à l'abandon de traitement d'autre part.

9 Références bibliographiques

1. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Politique Nationale de Nutrition. 2011, Mali.
2. SUN (Scaling Up Nutrition). L'importance d'une nutrition adéquate.[Consulté le 4 / 3 / 2017]. Disponible à partir de: <http://scalingupnutrition.org/fr/nutrition/the-importance-of-good-nutrition/>
3. SUN (Scaling Up Nutrition). Nutrition et Objectifs de développement durable. 2014 [Consulté le 4 / 3 / 2017]. Disponible à partir de: <http://scalingupnutrition.org/fr/nutrition-et-objectifs-de-developpement-durable/>
4. UNICEF, WHO, World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition. Joint Child Malnutrition Estimates; 2016 [Consulté le 4 / 3 / 2017]. Disponible à partir de: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_brochure2016.pdf
5. CPS (Cellule de Planification et de Statistiques), INSTAT (Institut National de la Statistique), INFO-STAT (Centre d'Études et d'Information Statistiques). Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V). 2013, Mali
6. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2011, Mali.
7. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2012, Mali
8. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2013, Mali
9. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2014, Mali
10. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2015, Mali
11. INSTAT (Institut National de Statistique). Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et de mortalité rétrospective de type SMART. 2016, Mali

12. OMS (Organisation mondiale de la Santé), PAM (Programme alimentaire mondial) Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies, UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). Prise en charge communautaire de la Malnutrition Aiguë Sévère: Déclaration commune. 2007 [Consulté le 3 / 3 / 2017]. Disponible à partir de: http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/978-92-806-4148-6_fre.pdf
13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë. 2011, Mali.
14. INSAH (Institut du Sahel). Analyse des causes de la malnutrition dans trois pays du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad. 2008 JUILLET [Consulté le 6 Mars 2017]. Disponible à partir de: <http://www.cilss.bf/nusapps/pdf/analysecausemalnutrition.pdf>
15. UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). La malnutrition: causes, conséquences et solutions. [Consulté le 13 / 3 / 2017]. Disponible à partir de: <https://www.unicef.org/french/sowc98/pdf/presume.pdf>
16. FAO (Organisation des Nations Unies Pour l'Alimentation et l'Agriculture). Les principaux types de malnutrition et les déficiences en micronutriments. [Consulté le 13 / 2 2017]. Disponible à partir de: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/eufao-fsi4dm/doc-training/bk_1b.pdf
17. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF). Carte sanitaire du Mali. 2011 [Consulté le 7/ 3 / 2017]. Disponible à partir de: http://www.clustersantemali.net/docs/Carte_sanitaire_2011.pdf
18. MSF (Médecins Sans Frontière), European commission directorate-general for humanitarian aid and civil. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic de la malnutrition chez les enfants fréquentant les CSCOM du cercle de Kangaba. 2011, Kangaba, Mali.
19. AMCP/ALIMA (Alliance Mondiale Contre le Paludisme/The Alliance for International Medical Action), PAM Mali (Programme Alimentaire Mondial). Plan d'opération Coupons d'échange pour les accompagnants des enfants de moins de 5 ans admis en URENI et Pédiatries pour MAS et les pathologies ayant une interaction avec la malnutrition, Koulikoro. Septembre à Décembre 2013 CP-105830 Mali.

20. TELLY N, GUINDO O, DIAWARA N et al. Devenir des enfants malnutris aigus de 6-59 mois suivis dans quatre communes du district de Bamako entre 2008 et 2009. MASAP 2013 ; 80 (0001) Tome 3.
21. Croix-Rouge Internationale, Croix Rouge Malienne. Projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë à Barouéli. 2010.
22. Kabalo M, Seifu C. Treatment outcomes of severe acute malnutrition in children treated within Outpatient Therapeutic Program (OTP) at Wolaita Zone, Southern Ethiopia: retrospective cross-sectional study. J Health Popul Nutr. 2017 Mar 9;36(1):7.
23. Goumou E, Marce AK, Nomou A et al. Facteurs d'abandon de la récupération nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans en Guinée. International Journal of Innovation and Scientific Research Jun 2014; 2 (2) ISSN 2351-8014
24. Kruk M, Schwalbe N, Aguiar C. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. Trop Med Int Health 2008;13(5):703-712.
25. Nielsen CC, Islam MA, Thilsted SH, Ishrat F. Why do some families become defaulters in a hospital based nutrition rehabilitation follow-up programme? Trop Geogr Med Oct 1992;44(4):346-51. 2011

Annexes

Fiche de collecte des indicateurs de performance des URENIs

URENI de :

Année : Rapports :

Tableau: Collecte des variables servant à calculer les indicateurs

Mois	Admis	Guéris	Décès	Abandon
Janvier				
Février				
Mars				
Avril				
Juin				
Juillet				
Aout				
Septembre				
Octobre				
Novembre				
Décembre				
Total				

Calcul des indicateurs de performance :

Taux de guérison = Total guéris / (Total guéris+ Total décès+ Total abandon)*100

Taux de décès = Total décès / (Total guéris+ Total décès+ Total abandon)*100

Taux d'abandon = Total abandon / (Total guéris+ Total décès+ Total abandon)*100

Questionnaires des accompagnants d'enfants reçus en URENIs et Pédiatries des districts sanitaires de Koulikoro

Nous sommes du DER SP de la FMOS de Bamako ; PAM/ AMCP/ALIMA

Nous menons une étude sur une des activités d'AMCP/ALIMA dans la région de Koulikoro à savoir l'assistance alimentaire aux accompagnants d'enfants admis en URENI et pédiatrie.

Nos questionnaires s'adressent aux ex-accompagnants d'enfants de moins de cinq ans admis en URENI et pédiatrie des districts sanitaires de Koulikoro.

Avant de commencer, bien expliquer à la personne interrogée que cet entretien n'est pas une enquête « policière ». Aussi, il faut faire comprendre au répondant que sa sincérité aidera AMCP/ALIMA à mieux les servir.

Cet entretien nécessite demi-heure environ. Les informations que vous nous fournirez seront strictement confidentielles. La participation est volontaire, cependant nous espérons que vous participerez à cette étude car vos points de vue sont importants pour l'amélioration du projet.

District sanitaire de :

Date :

1. Identité enquêteur

2. Identité accompagnant :

- Nom et prénom
- Age accompagnant
- Situation matrimoniale : 1 Célibataire 2 Marié 3 Autres :
- Profession
- Lien avec l'enfant : Mère père frère/sœur autres
membres de la famille
- Village :
- Ethnie :
- Niveau d'instruction : 1 Non instruit 2 alphabétisé 3 Primaire 4 Secondaire 5
Autre
- Tel si disponible

- 3. Age de l'enfant**
- 4. Date d'admission de l'enfant**
- 5. Avez-vous été bien accueilli à votre admission en URENI**
1 = Oui 2= Non
- 6. Saviez-vous qu'à l'hôpital les accompagnants des enfants hospitalisés en URENI et pédiatrie bénéficient de la gratuité de la nourriture par AMCP/ALIMA**
1 = Oui 2 = non
- 7. Quand avez-vous appris l'existence du projet d'assistance alimentaire de AMCP /ALIMA?**
1 = Avant votre admission en URENI
2 = Au cours de votre hospitalisation en URENI 1
- 8. Ou avez –vous entendu parler du projet AMCP/ALIMA pour la première fois?**
1 = Communauté 2 = Centre de santé 3 = Masses medias
4 = Autres Préciser
5 Que pensez-vous du projet ? L'enquêteur doit classer les réponses selon avantages et inconvénients 1 = Avantages 2 = Inconvénients
- 9. Seriez-vous à mesure de rester au centre avec l'enfant sans avoir reçu les coupons ?**
1 = Oui 2 = non
- 10. Connaissez-vous un accompagnant qui a abandonné le traitement dans votre communauté ?** 1 = Oui 2 = non
- 11. Selon vous qu'est ce qui peut amener un accompagnant à abandonner le traitement (écouter l'accompagnant et classer les résultats selon les items ci-dessous)**
1 Mauvais accueil /mauvais comportement du personnel

2 Manque de moyen financier

3 Rupture de stock des intrants

4 Autres
- 20. Etes-vous satisfait du projet ?**

1 Peu satisfait

2 Assez satisfait

3 Très satisfait

Guide d'entretien focus group avec les ex-accompagnants d'enfants reçus en URENI et Pédiatrie des quatre districts sanitaires de Koulikoro

Focus group ex-accompagnants/ex-bénéficiaires

village -----District Sanitaire-----

Nous sommes du DER SP de la FMOS de Bamako ; PAM/ AMCP/ALIMA

Nous menons une étude sur une des activités d'AMCP/ALIMA dans la région de Koulikoro à savoir l'assistance alimentaire aux accompagnants d'enfants admis en URENI et pédiatrie.

Nos questionnaires s'adressent aux ex-accompagnants d'enfants de moins de cinq ans admis en URENI et pédiatrie des districts sanitaires de Koulikoro.

Avant de commencer, bien expliquer à la personne interrogée que cet entretien n'est pas une enquête « policière ». Aussi, il faut faire comprendre au répondant que sa sincérité aidera AMCP/ALIMA à mieux les servir.

Cet entretien nécessite demi-heure environ. Les informations que vous nous fournirez seront strictement confidentielles. La participation est volontaire, cependant nous espérons que vous participerez à cette étude car vos points de vue sont importants pour l'amélioration du projet.

1 Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé au centre de sante URENI/Pédiatrie)

6 Quand aviez-vous appris l'existence du projet d'assistance alimentaire aux accompagnants ?

1= Avant votre admission en URENI

2 = Au cours de votre hospitalisation en URENI

7 Ou aviez –vous entendu parler du projet pour la première fois

1 = Communauté 2 = centre de santé 3 = Masses medias 4 = autres à préciser :

8 Que pensez-vous du projet ? L'enquêteur doit classer les réponses selon avantages et inconvénients

1 = Avantages

2 = Inconvénients

10 Etes-vous resté au centre jusqu'à la libération de votre enfant par le personnel

1 = Oui

2 = non

11 Certaines personnes abandonnent le traitement de l'enfant pour rentrer au village. Selon vous quelles peuvent être les raisons de cet abandon de traitement ?

12 Etes-vous satisfait du projet

1 = Oui 2 = non

13 Pensez-vous que ce projet a eu un impact sur la santé des enfants de votre communauté

1 = Oui Expliquez

2 = Non Expliquez