

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

----- =0= -----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie

Année Universitaire 2006- 2007

N° :.....

Thèse

Connaissances, attitudes et pratiques
sur les prescriptions pédiatriques dans
dix centres de santé communautaires
du district de Bamako.

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2007
Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto - Stomatologie du Mali

Par : Monsieur Bréhima DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

Jury

Président : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr TRAORE Aminata

Codirecteur : Dr DICKO Fatoumata TRAORE

Directeur de Thèse : Professeur Mamadou Marouf KEITA

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie –
Secourisme	
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie- Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum Haidara	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1 PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie

Chef de D.E.R.

Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mme SY Aïda SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

2 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sékou SIDIBE
Traumatologie
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr. Youssouf COULIBALY

3 MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr. Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié Sanogo
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr. Lamine TRAORE
Mr. Mady MAKALOU
Mr. Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Urologie
Gynéco Obstétrique
ORL
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie- Réanimation
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Ophthalmologie
Chirurgie Viscérale
Gynéco Obstétrique
Anesthésie – Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie -
Orthopédie -Traumatologie
Ophthalmologie
Stomatologie
Gynéco Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie -Réanimation

Gynéco Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Generale
Anesthésie / Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophthalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie	Générale	&
Minérale			
Mr Amadou DIALLO	Biologie		
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique		
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie		
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique		
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie	Chef de D.E.R.	
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie		
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie		
Mr Adama DIARRA	Physiologie		
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique		
Mr Mamadou KONÉ	Physiologie		

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie		
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie	Virologie	
Mr Amagana DOLO	Parasitologie		
Mr Mahamadou CISSE	Biologie		
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale		
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie	-	Biologie
Animale			
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie	-	Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique		
Mr Mounirou Baby	Hématologie		
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie		
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique		
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie		
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie		
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie		
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie		

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie		
Moléculaire Médicale			
Mr Guimogo DOLO	Entomologie	Moléculaire	
Médicale			
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie	Moléculaire	Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie	Moléculaire	
Médicale			
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie		
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie		

Mr Bocary Y Sacko
Mr Mamadou BA
Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE

Biochimie
Biologie, Parasitologie
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Hépatologie
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie-
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FOUNKORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K Minta
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme Diarra Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie

Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de
D.E.R	
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
MR Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou Diarra	Antropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa Diop	Biochimie
Pr. Lamine Gaye	Physiologie

DÉDICACES

&

REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie cette thèse :

✓ A Dieu.

Le tout puissant, clément et miséricordieux ; qui par sa grâce nous a permis de réaliser ce travail. Qu'il nous protège. Amen !

✓ A mon père.

Tu m'as fait tout ce qu'un père peut apporter de mieux à son fils. Ta modération dans la pauvreté et dans la richesse m'a beaucoup inspiré. Ton affection indéfectible et ton encouragement constant ont permis la réalisation de ce travail.

Que Dieu te donne longue vie afin de bénéficier du fruit de travail.

✓ A ma mère.

Pour tous les efforts consentis pour le bien être de la famille. Tu nous as toujours enseigné la loyauté, la dignité, le respect du soi et d'autrui, la passion du travail bien fait.

Puisse ce travail te donner un réconfort de fierté et soit le témoignage de mon profond amour et toute ma tendresse.

Que Dieu te garde aussi longtemps à nos cotés.

✓ A mes frères et sœurs Pour tout le respect porté à ma personne. Que ce travail vous soit un exemple.

Que dieu renforce encore nos liens fraternels.

✓ **A mes oncles et tontons :**

Bouba DIARRA, les deux Modibo DIARRA, Bassé DIARRA,
Votre sympathie, votre soutien tant financier que matériel et vos
encouragements m'ont été d'un appui inestimable pour la réalisation ce travail.
Trouvez ici, l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde admiration.

✓ **A la famille TANGARA,**

Pour votre soutien.

Acceptez ce travail en témoignage de ma très grande reconnaissance.

REMERCIEMENT

✓ **A la famille Siaka TRAORE**

Pour m'avoir pris comme votre propre fils.

✓ **A mes cadets internes du service,**

Pour votre sympathie et votre respect à mon égard.

✓ **A mes Tantes :**

Katia Diarra, Ou mou DIALLO,

Vos sages conseils me serviront toujours.

✓ **A mes aînés, camarades et collègues du service
de pédiatrie :**

**Dr SISSOKO Seydou, Dr SYLLA Mamadou Dr KOITA
Anta, Dr KONE Assa , Dr COULIDALY Zeinabou, Dr
Madoussou, Dr SANTARA Gaoussou, Flanon
COULIBALY, Rokia TOGOLA , , Issiaka DEMBELE, Awa
DEMBELE, Adama BAH , Modibo, Mamadou CISSE, Dr
KONE Adama, Dr COULIBALY Bréhima, Dr HANINE Dr
Daouda ,Dr Diakaridia DIAKITE,**

En souvenir des moments passés ensemble en pédiatrie.

✓ **A mon équipe de garde :**

**Luther DIONE, Djénébou, MINTA, Cheick, Adama,
Yacouba ; Adja, Elisabeth, Awa ; Dienta, Olive ; Fanta**

Pour tout le temps passé ensemble, je m'en souviendrai toujours.

✓ **A mes chefs de la pédiatrie :**

Dr TRAORE Mariam, Dr TOGO, Dr DICKO Fatoumata, Dr COULIBALY Hadizatou, Dr TOURE Safiatou, Dr TRAORE Broulaye,

Grâce à vous j'ai eu l'occasion d'améliorer et de mettre en pratique ma connaissance dans votre domaine d'exercice professionnel.

Merci pour la qualité de la formation reçue

✓ **Aux médecins inscrits au CES,**

Pour votre assistance et votre disponibilité.

Sincères remerciements.

✓ **A tout le personnel de la pédiatrie
particulièrement la pédiatrie IV,**

Pour votre courtoisie.

✓ **A la directrice régionale de la santé,**

Pour m'avoir facilité la réalisation de ce travail.

✓ **Aux Médecin chefs et aux autres personnels
des CSCOM concernés par notre étude,**

Votre sympathie et votre collaboration franche ont permis la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

✓ **Au Dr Hamadoun SANGO,**

Pour votre participation à la réalisation de ce travail.

✓ **Aux Dr DIARRA Samba et Abdoul Aziz
DIAKITE,**

Votre soutien sans faille a été déterminant dans la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

✓ **Au Dr BARRY Mamadou Alimou (CDC MALI),**

Pour votre disponibilité et votre apport de qualité dans la réalisation de ce travail.

✓ **A mes amis :**

**Kokoroba SIDIBE, Mamadou FANE, Emmanuel DEMBELE,
Clément DRABO, Mahamadou DRABO, Daouda
DIALLO, Alfarok Ag MOUSTAKINE, Alidou KAMARA,
Mahamoud Koba, Ezekiel KAMATE ;**

Pour le grand intérêt que vous portez à l'amitié .acceptez ce travail en témoignage de cette amitié.

✓ **A mes camarades de classes.**

Pour les moments d'études passés ensemble.

✓ **A tous le corps professoral de la FMPOS.**

Pour l'amour de la transmission de votre savoir.

✓ **Au corps professoral de la FMPOS et du
LAKCC.**

Pour tout ce que vous m'avez appris.

✓ **A tous ce qui, de loin ou de près m'ont aidé
d'une façon ou d'une autre.**

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

- **Professeur de Médecine Interne à la FMPOS,**
- **Secrétaire Général du Comité National d’Ethique en Sciences de la santé,**
- **Ancien Directeur Général de l’INRSP,**
- **Ancien Secrétaire Général de l’OCCGE.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, vos qualités pédagogiques, votre grande culture scientifique font de vous un maître incontestable, admirable et un exemple à suivre.

Recevez ici cher maître l’expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury

Dr TRAORE Aminata

**Médecin Gestionnaire de Programme de santé à la Cellule
Sectorielle de lutte contre le SIDA.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous avons été profondément touchés par votre simplicité, votre abord facile et par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici cher maître toute notre gratitude et nos sincères remerciements.

A notre maître et codirecteur de thèse

Dr DICKO Fatoumata TRAORE

Médecin pédiatre,

**Praticienne hospitalière au service de pédiatrie de
l'hôpital Gabriel TOURE**

Nous nous réjouissons de votre encadrement. Pendant ce travail, nous avons pu apprécié à juste valeur votre raisonnement logique, votre amour pour le travail bien fait, votre simplicité et votre envie d'aider les jeunes.

Si ce travail est une réussite, il se doit à votre compétence et savoir faire.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Mamadou Marouf keita

- **Professeur titulaire de pédiatrie**
- **Chef du service de pédiatrie de l'HGT**
- **Président de l'association malienne de pédiatrie**
- **Président du comité d'éthique de la FMPOS**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, vos connaissances scientifiques immenses, vos qualités humaines inestimables, votre dévouement pour la cause des enfants ont forcé notre admiration.

Nous sommes honorés d'être compté par mis vos élèves.

Recevez ici toute notre profonde gratitude ;

Que Dieu vous donne longue vie pour la poursuite de vos nobles ambitions.

ABBREVIATIONS

ABREVIATIONS

CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Référence
DMT :	Département de Médecine Traditionnel
DEAP :	Département des Affections Parasitaires
EDS :	Enquête Démographique et de Santé.
FR :	Fréquence Respiratoire
FC :	Fréquence Cardiaque
INPS :	Institut National de Prévoyance Social
INRSP :	Institut National Recherche en Santé Publique
IM :	Intramusculaire
IV :	Intraveineuse
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
PRODESS :	Programme de Développement SocioSanitaire
PCIME :	Prise en Charge des Maladies intégrés de l'enfant
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPH :	Ophtalmologie
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
Inj :	injectable
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SS :	Serum Salé
SG :	Serum Glucosé
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme

SOMMAIRES

Sommaire	Page
I. Introduction	1
II. Objectif	3
III. Généralité	
1. Politique et Organisation sanitaire du Mali.....	4
1.1. Politique de santé du Mali.....	4
1.2 .Organisation sanitaire du Mali.....	7
1.3. Les acquis de la nouvelle politique de santé.....	10
1.4. Défis et perspectives.....	13
2. Organisation des soins à Bamako.....	17
3. Système de prise en charge référence.....	18
/ IV. Méthodologie	
1 .Cadre d'étude	24
2. Période d'étude.....	26
3. Type d'étude	26
4. Population d'étude.....	26
5. Echantillonnage	26
7. Critère d'inclusion	27
8. Critère de non inclusion	27
9. Matériel et Méthode	28
13. Définitions opérationnelles	30
V. Résultats	
1. Evaluation matérielle des structures.....	32
2. Caractéristiques des prescripteurs	32
3. Connaissances théoriques des prescripteurs	34
4. Attitudes pratiques des prestataires.....	43

VI. Commentaires et discussions

1. Evaluation matérielle des structures	54
2. Caractéristiques des prescripteurs.....	54
3. Connaissances théoriques des prescripteurs	55
4. Attitudes pratiques des prestataires.....	57

V II. Conclusion et Recommandations

1.Conclusion.....	62
2.Recommandations	63

V III. Références

V III. Annexes

- Questionnaire
- Résumé
- Serment

INTRODUCTION

&

OBJECTIVES

INTRODUCTION

La maladie est l'état dans lequel se présente l'organisme d'un individu au sein duquel est intervenue une rupture de l'équilibre du système biologique et physique [1]. Les enfants dont l'organisme est immature, en sont beaucoup plus vulnérables.

En Afrique subsaharienne le taux de mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans était de 172‰ en 2002 [2]. Sept sur dix (7/10) décès d'enfants de moins de 5 ans sont imputables à quatre maladies transmissibles à savoir les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme et la rougeole en association avec la malnutrition [3].

Le Mali avec un taux de 238 ‰ de décès a le niveau le plus élevé de mortalité infanto juvénile parmi les pays de l'Afrique Subsaharienne où s'est déroulée l'enquête E.D.S.II après le Niger pour un taux de 318‰.

La lutte contre les pathologies infantiles singulièrement les quatre principales maladies repose sur deux axes :

- La prévention,
- Les traitements curatifs et les soins promotionnels.

La prise en charge de ces pathologies nécessite un traitement médicamenteux faisant suite à une démarche diagnostique cohérente. Elle se fonde sur l'écoute, l'observation et un examen soigneux.

En effet la forte létalité des pathologies infantiles pourrait être due à une prise en charge inadéquate.

Le Mali dans le cadre de la mise en oeuvre de sa politique sectorielle de la santé et de la population, a mis en place un système national de soins qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente les CSCOM et les CSA (pour les soins primaires) et le sommet, les hôpitaux nationaux constituent le dernier recours médical du pays [4].

Ces CSCOM devraient consulter le maximum d'enfants malades permettant ainsi au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de jouer pleinement ses missions de structure de troisième niveau à savoir :

- la prise en charge des malades graves,
- la formation,
- la recherche biomédicale.

En pratique la réalité est tout autre car les statistiques du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré ont montré pour la consultation externe au terme de l'année 2003 et 2004 respectivement 34920 consultations avec une moyenne de 97 par jour et 38880 avec une moyenne de 108 par jour dont 90% sont non référés. Cette affluence, selon Maïga. B [5], s'expliquerait par une insatisfaction des parents ayant consulté dans ces structures de premier niveau (seulement 18,1% de satisfaction). D'autre part l'étude menée par Diakité N.M. [6], a conclu à une prise en charge peu efficace des enfants malades.

Compte tenu de ces problèmes et la multiplication des CSCOM dans le District de Bamako, il nous a paru nécessaire de mener une étude CAP sur les prescriptions pédiatriques dans les CSCOM afin d'étudier la qualité de la prise en charge des enfants malades et d'améliorer la qualité de la prescription.

II. OBJECTIF

1. Objectif général

- Analyser les Connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs dans le domaine pédiatrique au niveau des CSCOM du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Identifier le profil des prescripteurs dans les centres de santé communautaire.
- Evaluer les connaissances, attitudes pratiques vis à vis de certaines pathologies de l'enfant (les IRA, le paludisme, la rougeole, les maladies diarrhéiques et la malnutrition).
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires par rapport à la prise en charge de l'enfant malade.
- Evaluer l'adéquation diagnostic –traitement.

GÉNÉRALITÉS

III. GENERALITES

Nous aborderons dans ce chapitre la politique de santé, l'organisation sanitaire du Mali., l'organisation du système de soins à Bamako et le système de prise en charge/référence.

1. Politique de santé et organisation sanitaire du Mali :

La santé est un bien précieux que les populations cherchent à entretenir et à sauvegarder. Le maintien de cette santé demeure une quête permanente du fait de l'existence de certaines maladies. Ainsi, les enfants de par leur vulnérabilité sont les plus touchés. La santé des enfants devient donc une priorité qui figure dans la politique nationale de santé du Mali.

1.1) Politique de santé du Mali : [7]

Le Mali a pu réaliser certains progrès en dépit d'une conjoncture économique défavorable, en grande partie grâce à son plan d'investissement sanitaire quinquennal, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS). Lancé en 1998, ce programme est lié à d'autres plans économiques et sociaux.

Le PRODESS est né au terme de deux ans de consultation avec toutes les parties concernées, notamment les communautés locales et les femmes. Ses principaux éléments sont les suivants :

- Accroissement de la couverture sociale nationale de base, grâce à la création de 347 centres spécialisés dans les soins de santé rapides,
- l'amélioration des services dans les zones "périphériques"et dans les régions peu peuplées, une attention croissante étant accordée à la médecine préventive,
- l'établissement d'une Fédération des Associations de Santé Communautaire, qui appuie les Associations de Santé Communautaire (ASACO) créées depuis 1990.
- un système national d'approvisionnement en médicaments de base.

1.1.1) Evolution du système de santé :

Le système de santé du Mali a connu ces quarante dernières années une évolution constante afin de répondre aux besoins de santé toujours croissants de sa population. Les premières années de l'indépendance furent surtout marquées par la mise en place d'un réseau minimum d'infrastructures de santé.

Le premier Plan Décennal de Développement des Services de Santé pour la période 1966 –1976 s'était assigné comme mission : l'assurance de la gratuité des soins à tous les Maliens et sur l'ensemble du territoire.

Le deuxième Plan Décennal de Développement Sanitaire (1981 – 1990) intégrera la stratégie des soins de santé primaires à travers le développement des structures de santé rurales (maternités et dispensaires rurales), la formation et la mise en place des agents de santé villageois (hygiénistes, secouristes, accoucheuses traditionnelles), les cases de santé et les caisses de pharmacies villageoises.

Le mois de Juin 1987 a été marqué par l'adoption de l'Initiative de Bamako (I.B) par la 37ème session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une nouvelle politique de santé fondée sur les principes des soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako et le système de santé de district. Ceci a constitué un tournant décisif dans l'évolution du système.

Le troisième Plan Décennal de Développement Sanitaire (1998 – 2008) en cours d'exécution s'est basé sur les leçons des expériences de recouvrement des coûts.

Dans le Nord du pays des projets de « magasin santés » de gestion des médicaments essentiels, d'autonomie de gestion des hôpitaux, ont été exécutés dans le cadre des réformes pharmaceutiques, d'approches participatives et de gestion communautaire des centres de santé de premier niveau.

Cette nouvelle politique a retenu comme principe fondamental : de faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et

administrative vers une conception plus réaliste basée sur la participation communautaire.

Elle assigne des missions par niveau (central, régional, local) :

-le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine le niveau des investissements, des charges de fonctionnement du secteur, les normes et standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité.

-le niveau régional est chargé de l'appui technique aux cercles.

- le niveau local, appelé Cercle ou « District Sanitaire » au Mali est l'unité opérationnelle de la planification.

La politique nationale de santé vise quatre objectifs majeurs [4] :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile :

- Réduire de 30% la mortalité maternelle due aux dystocies et aux hémorragies du post partum,
- Réduire de 30% la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans attribuables aux maladies cibles du PEV,
- Réduire de 50% la mortalité due au paludisme, aux IRA et aux maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans .

-l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité,

- la lutte contre l'exclusion,

- la responsabilisation de la communauté dans la promotion et dans la gestion des problèmes de santé.

Les stratégies retenues portent sur :

- l'extension de la couverture sanitaire

- l'assurance de la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel à moindre coût en privilégiant la rationalisation de la distribution et de la prescription,

- le développement de la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements y compris le recouvrement des coûts,

- la promotion du secteur privé en complément du système public,
- la garantie de la viabilité du système de santé et la qualité des prestations.

1.2) Organisation sanitaire au Mali :

Au Mali le Cercle ou District Sanitaire regroupe 150 à 250.000 habitants .Il était subdivisé en arrondissement (4 à 8) ; eux-mêmes en secteurs de développement (3 à 5). Ce découpage, le plus souvent administratif, ne garantissait pas les exigences de qualité, de viabilité des structures de santé et de véritable participation des communautés à la gestion des problèmes de santé.

Ainsi, depuis 1992, les Districts Sanitaires ont été engagés dans un processus de préparation de plans quinquennaux de développement sanitaire dans lesquels la carte sanitaire occupe une place importante. La préparation d'une carte sanitaire est un processus long. Elle va de l'élaboration de la carte théorique par le personnel de santé, sa négociation entre les communautés concernées jusqu'à son adoption par les différentes parties : les collectivités décentralisées, les administrations locales et la population.

Le découpage du district en aires de santé (regroupement de 7 à 15 villages) se fait sur la base de critères qui sont :

- l'accessibilité géographique (distance, barrière naturelle),
- l'importance de la population (au moins 5000 habitants),
- les relations entre les villages (affinités, rivalités, coutumes),
- la capacité organisationnelle présumée de la communauté.

Le choix du lieu d'implantation du centre de santé est de la responsabilité de la communauté. La carte sanitaire ainsi élaborée, négociée et adoptée s'impose à tous les intervenants.

Aucun centre de santé ne pourra être réalisé au détriment de cet instrument de planification et d'orientation, de l'extension de la couverture sanitaire.

En 1985, l'Etat dans la perspective de diversification des opérateurs en santé, a procédé à une libéralisation des professions médicales et pharmaceutiques.

En 1990, il a décidé du développement de la santé communautaire et de la contractualisation de l'offre de service de santé avec les Associations de Santé Communautaires (ASACO).

C'est ainsi que chaque ASACO qui se crée, requiert un agrément, puis signe une convention d'assistance mutuelle avec l'Etat. Selon cette convention, l'ASACO s'engage à :

- assurer la promotion de la santé dans son aire de responsabilité.
- offrir des soins de santé de qualité (curatif, préventif et promotionnel) à des coûts supportables par la population de l'aire.
- participer à concurrence de 10 % aux travaux de construction du centre de santé.
- assurer la prise en charge des salaires du personnel.

L'Etat quant à lui s'engage à :

- participer aux travaux de construction à 90%,
- équiper entièrement le centre,
- mettre en place un stock initial de médicaments,
- offrir les vaccins, les contraceptifs, et les médicaments pour les maladies sociales,
- assurer la formation du personnel,
- assurer la supervision régulière du centre.

Il s'agit d'une restructuration en profondeur de la vision du développement sanitaire avec :

- la modification des relations entre l'Etat et les Opérateurs Communautaires,
- le développement de nouvelles relations entre les prestataires de service (personnel de santé recruté par les ASACO) et les bénéficiaires (ASACO, population)

Chaque aire de santé a été dotée d'une infrastructure de santé appelée Centre de Santé Communautaire (CSCOM).

Le Centre de santé communautaire, structure de santé de 1er niveau, est une structure de type privé mais à but non lucratif. Il se compose d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments.

Il offre un Paquet Minimum D'activités (PMA) qui comprend :

- **Les activités curatives** : elles couvrent la prise en charge des pathologies aiguës et chroniques et la référence de certains cas vers les structures de deuxième niveau,
- **Les activités préventives** : elles concernent la consultation prénatale (CPN), l'assistance à l'accouchement, la consultation postnatale le planning familial la surveillance et la vaccination des enfants et ainsi que celle des femmes en âge de procréer (PEV), l'administration de la vitamine A aux enfants ,
- **Les activités promotionnelles** : hygiène, assainissement, développement communautaire, IEC,
- **Promouvoir** la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu, de la famille et de la collectivité,
- **Gérer** la mise en œuvre des actions socio sanitaires au sein de la population,
- **Assurer** la disponibilité des médicaments essentiels,

1.3) Les acquis de la nouvelle politique de santé

Le secteur de la santé fait l'objet de beaucoup d'attention tant au niveau régional qu'au niveau national. Il constitue l'élément essentiel des programmes de lutte contre la pauvreté et de développement humain durable.

Pendant la décennie écoulée de l'année 1992 à l'année 2001 [8] :

Au niveau des collectivités :

- sur un besoin de couverture estimé à 1200, plus de 559 centres de santé communautaires ont été réalisés. Soit en moyenne 55 centres par an. Les plus forts investissements ont été faits à :

Sikasso avec 20 réalisations, Tombouctou avec 16 CSCOM/CSAR (centre de santé d'arrondissement), Koulikoro et Gao avec 12 CSCOM/CSAR. La région de Kidal a réalisé ses 2 premiers CSCOM en 2001. Ces deux premiers CSCOM/CSAR ouverts à Kidal montrent que cette région a rejoint la politique sectorielle de santé.

- Les prestations des 797 structures de premier niveau ont été étudiées : 406 d'entre elles, soit 51%, offrent un paquet minimum d'activité complet. Le paquet minimum d'activités a été rendu disponible et accessible à 59 % de la population vivant dans un rayon de 15 Km d'un centre de santé. Il est passé à 69% en fin 2003.

Au niveau régional et national le pays dispose de :

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence,
- 1 Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),
- 1 laboratoire de recherche et d'analyse biomédicale de référence,
- 1 Centre National d'Odontostomatologie (CNOS),
- 1 institut d'ophtalmologie tropicale,
- 6 hôpitaux de 2ème référence,
- 57 centres de santé de 1ère référence,
- 434 structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires,

Sur le plan des ressources humaines, le pays disposait à la fonction publique, en 2001 de :

- 719 médecins (toutes spécialités),
- 579 infirmiers d'état,
- 751 infirmiers du premier cycle,
- 490 sages femmes,
- 169 infirmières obstétriciennes,

Cela a été rendu possible grâce à :

l'existence d'une politique nationale de santé,

la participation effective de tous les partenaires du secteur : Etat, société civile, partenaires au développement et à une meilleure coordination des efforts à travers :

- la planification décentralisée : plans quinquennaux du développement sanitaire du district,
- l'organisation des comités régionaux d'orientation et de coordination des études et programmes de santé,
- l'organisation deux fois par an des comités paritaires de suivi : Ministère de la Santé et partenaires,
- l'organisation des comités techniques trimestriels et les réunions informelles des partenaires au développement.

En matière de soins obstétricaux, des progrès variables ont été enregistrés au niveau de la couverture : en ce qui concerne les consultations prénatales, 41% en 1998 et 59% en 2003, et très peu en accouchements assistés (31% contre 42%), en planification familiale (2,5% contre 3 % en 2003).

Il y a une évolution très sensible du nombre d'enfant complètement vacciné passant de 29 % en 1990 à 38% en 1996 ,à 52% et 55 % respectivement en 1998 et 2000. La couverture vaccinale est deux fois plus élevée (selon l'enquête nationale de couverture menée en 1998) dans les centres de santé à gestion communautaire que dans les autres centres. Il en est de même pour les consultations prénatales et les accouchements assistés. Notons aussi l'introduction de la vaccination anti-haemophilus b dans le programme élargi de la vaccination (2005).

1.4) Défis et perspectives :

Tous ces efforts et réalisations ne doivent pas cependant nous faire perdre de vue les grands défis et les multiples obstacles qui jalonnent encore la route vers un accès universel à des soins de qualité.

Ainsi le Mali figure parmi les pays où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans reste élevé. Il se situe au sixième rang (avec 231 %) après le Liberia, l'Afghanistan, Angola, le Niger et la Serria Léone [9].

Il se caractérise par :

- Une mortalité néonatale de 56, %° [10]
- Une mortalité infantile de 111%° [10]
- Une mortalité infanto juvénile 226%° [10]

Les principales maladies en causes sont [11]

- Le paludisme /Fièvre avec 45.67% de décès
- Toux >15jour IRA basse avec 9,15% de décès
- la malnutrition proteino-calorique 4% de décès
- Tétanos avec 3,6% de décès.
- Diarrhée sans déshydratation 3.6% décès

A noter aussi que chaque année 577 femmes sur 100 000 meurent en donnant la vie (EDS 2001). La couverture vaccinale (PEV) reste encore insuffisante (55%).

Les maladies émergentes et réémergences d'envergure mondiale comme le VIH/SIDA, la Tuberculose, demandent une lutte concertée.

La prévalence nationale du VIH au Mali a été estimée à 1,7 % chez les adultes selon la dernière enquête démographique de santé (EDS) intervenue pendant le 1er trimestre de l'année 2001. La tranche d'âge de 24 à 34 ans connaît des prévalences de 2 à 2,5 % et les femmes sont les plus touchées que les hommes.

En 2002, la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes dans les CSREF donne une prévalence répartie comme suit : Sikasso (2,4%) ; Ségou (3,9%) ; Bla (3,2%); Mopti (2%) ; Douentza (3,8%) ; Commune I (2,3%) ; Commune III (3,4%) ; Commune V (3,4%) et Hôpital Ségou (5%).

Malgré ce faible taux de prévalence, certains facteurs demeurent préoccupants du fait que plus de 50% des personnes atteintes par le SIDA sont des jeunes

[12], également en raison du niveau élevé des migrations internes (saisonnères) et externes.

Le Mali est à son troisième plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA depuis la découverte du 1er cas en 1985. Le plan en cours d'exécution (2006 – 2010) se fonde sur les principes suivants :

- Elargissement de la réponse nationale,
- Développement de la réponse locale et intensification des activités de prévention,
- Décentralisation des soins et le renforcement du partenariat et de la multisectorialité avec d'autres secteurs intervenants dans la santé (l'éducation).

Une insuffisance en nombre et qualité du personnel sanitaire et social (cf. tableau 1)

Tableau 1 : le ratio nombre d'habitants par catégorie de personnel sanitaire

Catégories	Effectifs	Ratios (population /agent de santé)	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	14 612	10 000
Infirmiers d'état	579	18 145	5 000
Infirmiers	751	13 989	5 000
Sages femmes	490	21 440	5 000
Infirmières obstétriciennes	169	62 163	5 000

Source : procédures des services de santé de la reproduction ; mars 2000

Un environnement insalubre et propre à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement.

La persistance de certaines coutumes et des traditions souvent néfastes pour la santé. [13]

L'insuffisance de points d'eau modernes (eau potable) propre à la propagation de certaines maladies (salmonelloses, diarrhées, paludisme, choléra, schistosomiasés, dracunculose etc.). Selon le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau, en milieu urbain, 61% des besoins sont satisfaits dans 16 (seize) localités. Toutefois, 2226 villages, fractions et sites pastoraux demeurent toujours dépourvus de points d'eau moderne. De plus, 3400 villages et fractions ne disposent pas d'un nombre suffisant de points d'eau modernes pour couvrir leurs besoins.

En ce qui concerne le paludisme, il demeure la plus fréquente et la plus préoccupante au niveau des enfants [14] : l'incidence annuelle reste élevée soit 53%, il représente 30- 4 0% des motifs de consultation chez les enfants de 0 à 5ans. 25 à 30% de la mortalité infantojuvenile lui est attribuable [15].

Dans la lutte contre le paludisme, les centres de recherche et de formation sur le paludisme (DEAP, et Malaria Research) ont contribué à établir : la cartographie du risque d'épidémie, la détermination des sérotypes et les phénomènes de résistance aux médicaments, la recherche de schémas thérapeutiques adaptés au contexte Malien et la recherche vaccinale sur le paludisme.

Une action volontariste de l'Etat est en cours depuis l'année 2000, afin d'accroître de façon sensible le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticide, ce taux était estimé à 4 % en 1999.

L'expérience de collaboration engagée depuis plusieurs années entre l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et les guérisseurs traditionnels indiquent le rôle important de ces derniers dans la réduction du nombre de décès lié aux formes graves du paludisme de l'enfant. Au Mali la culture ancestrale est très ancrée, la médecine et la pharmacopée traditionnelle constituent les premiers recours dans la majorité des cas (75 %).

En plus de ses activités d'encadrement des tradi-thérapeutes, le département de la médecine traditionnelle (DMT) de l'INRSP a commercialisé plusieurs médicaments traditionnels améliorés contre le paludisme, la toux, les troubles digestives et les dermatoses. Il a aussi contribué à la recherche de méthodes appropriées de stabilisation et de conversion des aliments de diversification.

Dans le cadre de la multisectorialité, les programmes intégrés (santé et agriculture) permettront de résoudre les problèmes complexes de la malnutrition. L'annulation du service de la dette 17,5 milliards de FCFA, pour le Mali et sa mise à la disposition au Ministère de la Santé et de l'Éducation, constitue un réel espoir.

2. Organisation du système de soins à Bamako :

Les soins à Bamako sont fournis par les structures sanitaires publiques et privées.

Pour l'année 2004 la couverture sanitaire a été assurée par [16] :

- Un hôpital de 3^{ème} niveau de référence : Gabriel Touré.
- 6 centres de santé de références (CSREF) à raison d'un par commune, qui font office d'hôpitaux secondaires. Chaque centre est équipé d'un plateau technique comprenant : une unité d'urgence gynéco- obstétricale et chirurgicale, une unité de médecine et spécialités médicales (pédiatrie ophtalmologie, ORL) une unité d'hospitalisation, un service de médecine préventive (vaccination). Avec l'avènement de la décentralisation, chaque CSREF a été équipé d'une unité de prise en charge des grandes maladies endémiques (tuberculose, VIH /SIDA). Seul un sur les six centres n'est pas équipé pour l'hospitalisation.
- Quarante et huit (48) centres de santé communautaire (CSCOM) dirigés chacun par l'ASACO (association pour la santé communautaire)
- Cent quarante et deux (142) Structures privées,
- Quatre (4) Structures militaires,
- Deux (2) Structures confessionnelles,
- Sept (7) Structures INPS,

- une (1) Polyclinique,
- Cent quatre vingt six (186) Officines privées de pharmacies.

L'hôpital du Point G, l'Institut d'ophtalmologie Ouest Africaine(IOTA), le Centre d'Odonto- stomatologie, le centre de Dermatologie ex Institut Marchoux et le Centre National de Transfusion Sanguine ont une vocation nationale malgré leur localisation sur le site géographique du district.

Le système de santé de la ville se présente sous une forme pyramidale avec 3 niveaux :

Le niveau périphérique correspond au centre de santé communautaire.

Le niveau intermédiaire est représenté par le centre de santé de référence.

Le niveau central comprend les directions régionales et les services centraux rattachés au cabinet du Ministère de la santé.

Le niveau opérationnel joue un rôle de programmation et d'exécution des opérations. Le niveau intermédiaire ou régional joue le rôle d'appui au niveau périphérique. Le niveau central joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation, de mobilisation des ressources, et de prise décision politique.

Les centres de santé de référence et les CSCOM sont dirigés par des médecins chefs responsables de la gestion administrative. Chaque unité du centre de référence est sous la responsabilité d'un médecin titulaire. Notons par ailleurs les structures de formation des médecins (CES de pédiatrie, de cardiologie, d'ophtalmologie) le centre de formation des infirmiers d'état rattachés au Ministère de la santé et à celui de l'Education.

3. SYSTEME DE PRISE EN CHARGE /REFERENCE :

Le réseau des prestations de soins est organisé et hiérarchisé sous la forme pyramidale en trois niveaux. Chacun de ces niveaux sert de référence et de soutien pour le niveau inférieur.

- le premier niveau (niveau périphérique) pour les soins primaires.

Il correspond aux CSCOM constituant le premier contact .Pour assurer la continuité des soins de qualités, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le centre de référence auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent ses compétences. Les consultations sont réalisées par le médecin généraliste (chef de centre). Il est supplié par l'infirmier d'état en cas d'absence.

- le deuxième niveau pour les soins de santé secondaire :

Il correspond aux centres de santé de référence (CSREF). Ils servent de référence aux CSCOM pour les pathologies ne pouvant pas être prise en charge à leur niveau (CSOM). Ils évitent aussi l'assaut de l'établissement sanitaire du niveau national par les malades

La prise en charge des enfants est assurée par l'unité de pédiatrie. Les consultations sont réalisées par le médecin pédiatre ou un médecin CES de pédiatrie. L'infirmier d'état et ou les étudiants en médecine assurent l'intérim en cas d'absence.

La direction régionale de la santé assure la coordination de tous ces services au niveau du district ainsi que les liaisons avec les autorités centrales.

- Le troisième niveau pour les soins de santé tertiaire :

Il correspond aux centres hospitaliers généraux et spécialisés situé au sommet de la pyramide, c'est celui où sont référés les malades présentant des pathologies au dessus des capacités de deuxième niveau.

Il est important qu'il soit en relation étroite avec les deux autres niveaux

La référence doit toujours suivre la hiérarchie des structures de santé

Les enfants sont pris en charge par un service spécialisé qu'est la pédiatrie. La consultation quotidienne est assurée par les CES et internes sous la responsabilité du chef de service. Les hospitalisations sont effectuées à l'issu de la consultation externe.

A tous ces trois niveaux la prise en charge de l'enfant doit obéir à une démarche clinique cohérente. Elle regroupe les étapes suivantes [17] :

a.) Le recueil des informations (interrogatoire): Ce recueil concernant l'enfant et sa famille se situe dans le contexte de la relation triangulaire (enfant, parents, médecin). Il consiste à :

- identifier l'enfant malade,
- déterminer les antécédents familiaux : âge, profession, niveau d'étude des deux parents, antécédents obstétricaux de la mère, notion de consanguinité,
- antécédents personnels, les informations sur la grossesse actuelle, l'état à la naissance sur le régime alimentaire (surtout si c'est le nouveau-né), le développement psychomoteur, le statut vaccinal, antécédent pathologique (médicaux et chirurgicaux),
- histoire de la maladie.

b) Examen Physique :

Il constitue une étape importante. De ce geste sont obtenues des informations objectives de la maladie particulièrement chez les enfants dont l'expression verbale des signes est difficile si non absente. L'examen physique comprend :

- l'observation de l'enfant,
- les mesures de poids, de la taille, comparées aux normes,
- la palpation, l'auscultation, au besoin la percussion.

Tous les appareils seront examinés un à un (appareil cardiovasculaire pleuro pulmonaire, digestif, urogénital, lymphoglandulaire, et le système nerveux, ORL).

c) Synthèse et conclusion :

La synthèse est faite sur la base d'informations reçues à travers l'anamnèse et l'examen physique. Elle conduit soit à un diagnostic précis, soit à des hypothèses diagnostiques qu'il faut étayer par des examens complémentaires

d) le traitement :

Cette dernière étape invite l'agent de santé à une prescription thérapeutique dont les objectifs apparaissent clairement établis et fondés sur les données cliniques et para cliniques. Le suivi du traitement est fonction de la pathologie diagnostiquée.

Cette méthodologie de prise en charge, connue des médecins (cursus de formation) permet sans doute de prendre en charge efficacement les enfants, encore faut-il qu'elle soit complétée par une formation pratique dans un service de pédiatrie. Cependant sa réalisation est difficile dans nos structures de premier niveau où l'équipement fait défaut surtout pour les examens complémentaires. Il devient donc difficile pour l'agent de santé de poser un diagnostic précis, sachant que la plus part des enfants se présentent avec des signes et symptômes pouvant simuler plusieurs maladies.

Cette situation a conduit l'OMS et l'UNICEF à proposer en 1992 une stratégie sous le nom de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) [18].

La PCIME a pour but principal de fournir des soins curatifs nécessaires, de faire la prévention des maladies et de promouvoir la santé.

La stratégie de prise en charge des cas selon la PCIME :

la stratégie combine la prise en charge de la maladie, la vaccination, l'administration de la vitamine A et les soins maternels (y compris l'allaitement maternel exclusif). La (PCIME) insiste sur la nécessité d'une participation active de la famille et de la communauté ainsi la mère doit être rendue capable de reconnaître les premiers signes d'IRA, de présenter son enfant à temps à l'agent de santé et d'administrer correctement le traitement prescrit.

La PCIME invite l'agent de santé à procéder par étape :

- évaluer l'état de santé de l'enfant en demandant le motif de consultation par rapport aux 4 principaux symptômes, en cherchant les signes généraux de

danger ou les signes d'infections bactériennes, en faisant un examen (basé sur l'écoute et l'observation) et évaluer les autres problèmes,

- classer la maladie de l'enfant en utilisant les cadres correspondant aux symptômes et problèmes de l'enfant se rapportant aux couleurs. Selon que son état nécessite :

- un traitement pré transfert et un transfert immédiat (signes généraux danger) pour la couleur rose,
- un traitement médical spécifique au centre de santé et les conseils pour la couleur jaune,
- ou la simple prise en charge à domicile pour la couleur verte

- Identifier le traitement : là il s'agit :

- Soit de prodiguer à l'enfant les soins d'urgence avant son transfert si son état nécessite une hospitalisation,
- Soit donner les premières doses de médicaments au dispensaire si l'enfant a besoin d'un traitement à domicile,
- Soit donner les instructions à la mère concernant le traitement (montrer comment administrer le médicament par voie orale à domicile, comment traiter les infections locales à domicile).

Pour les enfants de moins de 2 ans et les enfants atteints de malnutrition, il doit porter une attention particulière à l'alimentation et conseiller au mieux la mère. Dans tous les cas l'agent vérifie l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine A.

- l'agent de santé doit insister sur le suivi des soins en demandant à la mère de ramener l'enfant après 2, 5, 14 ou 30 jours de traitement ou dès qu'elle constate une aggravation de la maladie.

Cette stratégie de PCIME vise à réduire la mortalité ainsi que la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités et à contribuer à améliorer la croissance et le développement de l'enfant.

MÉTHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans dix (10) centres de santé communautaire du district de Bamako à savoir :

- ASACOBOUL I : Association de Santé Communautaire de Boukassoubougou 1,
- ASACOFADJ : Association de Santé Communautaire de Fadjiguila,
- ASCOHI
- ASACOBANKO : Association de Santé Communautaire de Bandialan,
- ASACOTOM : Association de Santé Communautaire de Tomikorobougou
- ASCODJENEKA : Association de Santé Communautaire de Djeénékabougou,
- ASACOSAB II : Association de Santé Communautaire de Sabalibougou,
- ASACOBACODJI: Association de Santé Communautaire de Bacodjikoroni,
- ASCOBAFA : Association de Santé Communautaire de Banakabougou Faladjé
- ASACOMA : Association de Santé Communautaire de Magnabougou.

1.1. Le district de Bamako :

Capitale économique et administrative de la république du Mali, il couvre une superficie de 267Km². La population était estimée en 2005 à 1 409 097 habitants. Les enfants de moins de 15ans représentent 47,99% de cette population, parmi cette tranche d'âge 37,49% ont moins de 5 ans (SLIS)

Il est divisé en six communes dont quatre sur la rive gauche du fleuve Niger et comporte 66 quartiers.

Il est limité :

- au nord par la commune de Kati,
- au sud par l'arrondissement de Sanakoroba,
- à l'Est par l'arrondissement de Banguineda,
- à l'ouest par l'arrondissement de kalambakoro.

Le district est dirigé par un gouverneur. Les langues courantes sont le français qui est la langue officielle et le bambara pratiqué par 80% de la population. Les principales ethnies sont : les Mandinka, 50% de la population, sont constitués de Bambara, Malinké, et Sarakolé ; les Peuls 17% ; les bobos et senoufos 12%, les Touaregs et Maures 10% ; les Songhoys 6%, les autres 5%. Les religions sont l'Islam 92%, le Christianisme 5 % et l'Animisme 3%.

Les activités économiques sont dominées par le secteur secondaire et tertiaire. Le district de Bamako avec son statut <<ville capitale>> abrite à la fois les services nationaux et sub-régionaux. Concernant le secteur agropastoral, le maraîchage est la seule activité agricole autorisée par les pouvoirs publics à l'intérieur du périmètre urbain.

La couverture sanitaire est assurée par [16] :

6 CSREF, 48 CSCOM, 42 Structures privées, 4 Structures militaires, 2 Structures confessionnelles, 7 Structures INPS, 1Polyclinique,186 Officines privées de pharmacies.

A ceux-ci s'ajoutent l'hôpital du Point G, l'Institut d'ophtalmologie Ouest Africaine (IOTA), le Centre d'Odonto- stomatologie ,le centre de Dermatologie ex Institut Marchoux et le Centre Nationale de Transfusion Sanguine qui ont une vocation nationale malgré leur localisation sur le site géographique du district.

Le district de Bamako totalise actuellement (2006) cinquante (50) CSCOM repartis sur l'ensemble des six communes comme suite :

Commune I	Commune II	Commune III	Commune IV	Commune V	Commune VI
Dix (10) CSCOM	Cinq (5) CSCOM	Huit (8) CSCOM	Sept (7) CSCOM	Dix (10) CSCOM	Dix (10) CSCOM

1.2. Les centres de santé communautaire :

Les CSCOM concernés par notre étude étaient : ASACOBOUL I, ASCOFADJ, ASCOHI, ASACOBANKO, ASACOTOM ASCODJENEKA, ASACOSAB II, ASACOBACODJI, ASCOBAFA et ASACOMA.

Tous ces CSCOM sont dirigés par un médecin généraliste. Les autres agents de santé sont entre autre : sage femme, infirmière obstétricienne, un technicien supérieur de santé, un technicien de santé, matrone, de gérant de pharmacie, parfois un technicien de laboratoire.

Les services offerts par ces CSCOM (PMA) vont de la consultation de médecine générale à l'accouchement en passant par les consultations pré et postnatales, le planning familial, les soins infirmiers, les actes de petites chirurgies, les vaccinations et les activités promotionnelles.

Ils disposent tous d'un dépôt pharmaceutique contenant uniquement des médicaments en dénomination commune internationale, d'un dispensaire et d'une maternité. Cinq (5) de ces dix CSCOM sont dotés d'un laboratoire de base.

2. Période d'étude

L'enquête a été effectuée du 04 janvier au 07 Mars 2006.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale répétitive (à 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 passages).

4. Population d'étude :

Notre étude a porté sur les agents de santé prenant en charge les enfants malades et exerçant au niveau des CSCOM Choisis au niveau du district de Bamako.

5. Echantillonnage :

Compte tenu du nombre élevé de CSCOM à Bamako (50 au total) nous avons pris les 20% des CSCOM. Cet effectif a été choisi de façon proportionnelle entre les communes. Ainsi nous avons trouvé pour :

- la commune I = 2 CSCOM
- la commune II= 1 CSCOM
- la commune III= 2 CSCOM
- la commune IV= 1 CSCOM
- la commune V= 2 CSCOM
- la commune VI= 2 CSCOM

Soit au total 10 CSCOM

Le tirage fait de façon aléatoire, a retenu pour :

- la Commune I : ASACOBOUL I et ASCOFADJI
- la Commune II : ASACOHI
- la Commune III: ASACOBAKON et ASACOTOM
- la Commune IV: ASCODJENEKA
- la Commune V: ASACOSAB II et ASACOBACODJI
- la Commune VI: ASCOBABA et ASACOMA.

6. Critère d'inclusion : Il s'agissait de tout agent de santé chargé de la consultation des enfants malades, exerçant dans les CSCOM choisis, ayant accepté de participer à l'étude et ayant consulté dix (10) enfants malades âgés de 0 à 5 ans en notre présence.

7. Critère de non inclusion :

Il s'agissait de tout agent de santé chargé de la consultation des enfants malades, n'exerçant pas dans les CSCOM choisis, ayant refusé de participer à l'étude et n'ayant pas consulté dix (10) enfants malades âgés de 0 à 5 ans en notre présence.

8. Matériel et méthode :

8.1. Matériel :

Comme outils de collectes des données nous avons utilisé trois (3) types de questionnaire :

- un questionnaire (un pour le médecin, un autre pour l'infirmier) basé sur l'observation du prescripteur durant l'examen de l'enfant malade portant sur :
 - l'accueil,
 - interrogatoire,
 - l'examen clinique,
 - le diagnostic,
 - le traitement,
- un questionnaire pour l'interview du prescripteur portant sur
 - les groupes cibles du PEV,
 - les critères de choix des médicaments prescrits,
 - les signes et conduites thérapeutiques des principales affections des enfants malades,
 - les signes de référence,

9. Méthode :

L'enquête a été menée pendant les heures ouvrables par les enquêteurs (les étudiants).

La méthodologie repose sur l'observation directe du prestataire entrain de prendre en charge l'enfant malade et suivi de l'administration d'un questionnaire individuel pour l'évaluation des connaissances.

- La première partie consistait à observer le prescripteur sur sa manière de recevoir et d'examiner l'enfant malade. L'enquêteur pour la circonstance portait la blouse et notait les observations dans une grille d'observation.

Cette grille d'observation comportait les différentes étapes d'examen clinique en pédiatrie tel qu'il a été décrit dans le manuel des «Normes et procédures

des services de santé de la reproduction» à laquelle était associée une partie de l'examen physique et suivait la méthodologie d'examen d'un enfant des cours académiques.

Chaque étape était appréciée à partir des éléments retenus dans les définitions opérationnelles. Chaque geste exécuté par l'agent de santé était noté OUI (si fait) et NON (si non fait).

Chaque prescripteur a été observé sur 10 enfants malades.

La deuxième partie consistait à s'adresser à l'agent de santé pour l'évaluation de ses connaissances sur :

- les signes cliniques des différentes affections les plus fréquentes chez les enfants ; la conduite thérapeutique et le traitement de première intention des principaux symptômes et des affections les plus fréquemment rencontrés chez les enfants,
- les signes motivant la référence,
- Les groupes cibles du PEV.

Cette interview a été réalisée pendant les heures calmes (en dehors des moments de consultation) entre l'enquêteur le prescripteur.

- Les variables sont :

L'accueil , la vaccination , l'état nutritionnel des enfants , l'examen physique ,le traitement proposé , l'adéquation diagnostic –traitement, les signes cliniques des différentes affections les plus fréquentes chez les enfants , la conduite thérapeutique et le traitement de première intention des principaux symptômes et des affections les plus fréquemment rencontrés chez les enfants , les signes de référence, les groupes cibles du PEV.

- Analyse des données :

Nous avons fait une analyse descriptive.

10. Définitions opérationnelles :

- **Adéquation diagnostic traitement :**

- **Correct :**

Si les médicaments prescrits par l'agent de santé sont conformes à la prise en charge du diagnostic qu'il a retenu et sont prescrits à des doses correctes.

- **Incorrect :**

Si les médicaments prescrits par l'agent de santé ne sont pas conformes à la prise en charge du diagnostic qu'il a retenu et/ou les doses prescrites sont incorrectes.

- **Médicaments conformes:** sont ceux utilisés pour le traitement à visée étiologique et/ou symptomatique de la pathologie retenue.

- **Médicaments non conformes :** sont ceux n'ayant aucun rapport avec le traitement étiologique et ou symptomatique de la pathologie retenue.

- **Doses prescrites [19]**

- **Correctes :**

Si la posologie était adaptée à l'âge et ou au poids de l'enfant en référence à celle de la P.C.I.M.E.

- **Incorrectes :** Si la posologie n'était adaptée à l'âge et ou au poids de l'enfant en référence à celle de la P.C.I.M.E.

- **Connaissance du groupe cible du PEV est correcte** si l'agent de santé cite :

- les enfants 0 à 5ans,

- les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes.

- **Les signes de référence : [19]**

- **Corrects :** si les signes cités par l'agent de santé sont conformes à ceux retenus par la P.C.I.M.E

- **Incorrects :** si les signes cités par l'agent de santé sont différents de ceux retenus par la P.C.I.M.E

- **La conduite thérapeutique et le traitement de première intention des principaux symptômes et des affections les plus fréquemment rencontrés chez les enfants sont :**

- **Corrects :** si ceux cités sont conformes à ceux retenus par la P.C.I.M.E

- **Incorrects :** si ceux cités ne sont pas conformes à ceux retenus par la P.C.I.M.E

14. Considérations d'éthique et déontologique

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et déontologique surtout en matière de santé. Dans le souci de résoudre ce problème, une autorisation a été demandée à la Direction Régionale de Santé (DRS) qui à son tour, a expliqué aux responsables des différents centres de santé de référence l'utilité de ce travail. Les CSCOM ont reçu les mêmes informations par le centre de santé de référence duquel ils relèvent.

Pour l'obtention du consentement des personnels du centre, des contacts ont été pris avec eux pour leur expliquer le but et l'intérêt de l'étude.

L'anonymat des prescripteurs a été gardé. Nous leur ferons un feed back des résultats obtenus.

RÉSULTATS

V. LES RESULTATS

L'enquête portée sur 14 prescripteurs et 140 enfants a abouti aux résultats suivants :

I. Evaluation matérielle des centres de santé :

Tableau 1 : la disponibilité des matériels dans les centres de santé

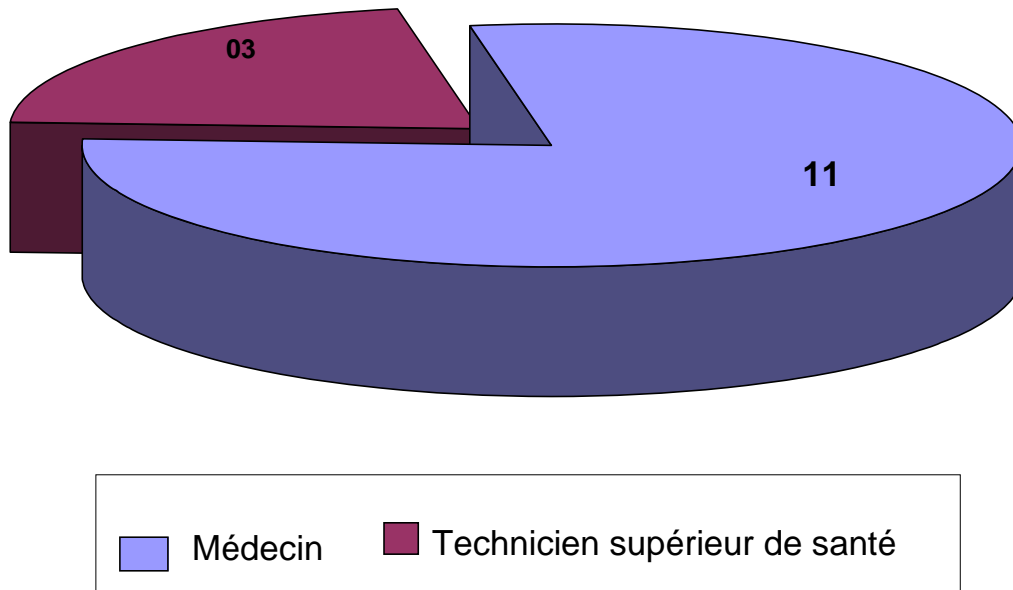
Matériels disponibles	Effectifs (N=14)	Pourcentage
Registre de consultation	14	100%
Pharmacie	14	100%
Pèse personne	14	100%
Stéthoscope	14	100%
Montre trotteuse	07	50%
Thermomètre	05	35.7%
Abaisse langue	02	14.2%
Pèse bébé	02	14.2%
Source lumineuse pour examen de la gorge	1	07.1%
Otoscope	1	07.1%
Toise horizontale	00	00%
Toise verticale	00	00%

Aucun de ces centres ne disposait de toise (ni verticale ni horizontale)

Seuls deux centres disposaient d'un pèse bébé et le thermomètre existait dans 05 centres.

II .Caractéristique des prescripteurs

Graphique 1 : le profil des prescripteurs



On remarque que sur les 14 prescripteurs 11 étaient des médecins et faisant fonction d'internes et 03 étaient des techniciens supérieurs de santé.

Tableau 2 : Répartition des prestataires selon la formation PCIME suivi

formation PCIME	Effectif (N=14)	pourcentage
Suivie	03	21.3%
Non suivie	11	78.7%

Seulement 3 prescripteurs (2 médecins et 1 technicien supérieur de santé) ont affirmé avoir été formés à la PCIME.

III. Connaissances théoriques des prescripteurs

Tableau 3: Répartition des prescripteurs selon leur critère de choix pour la prescription des médicaments.

Critère de choix	Effectif (N=14)	pourcentage
Efficacité	14	100%
Disponibilité du médicament au centre	11	78.6%
Prix	11	78.6%
Facilité d'administration	09	64.3%
Suggestion des délégués médicaux	00	00%

L'efficacité, le prix et la disponibilité du médicament dans le centre ont été les principaux critères de choix cités respectivement par 14, 11 et 11 prescripteurs.

Tableau 4 : Répartition des prescripteurs selon leurs sources d'information concernant la prescription des médicaments chez les enfants

Sources d'information	Effectif (N=14)	Pourcentage
Cours	06	42.9%
Vidal	10	71.4%
Livres+Revue médicale	07	50%
Délégués médicaux	06	42. %
Autre	03	21.4%

Autres : Internet, formations.

Le Vidal a été la principale source d'informations citée par les prescripteurs (10) suivie des cours, des revues médicales et des délégués médicaux.

Tableau 5: Répartition des prescripteurs selon les paramètres utilisés pour la dose des médicaments

Paramètre des doses	Effectif (N=14)	pourcentage
Poids	07	50%
Age	05	35.7%
Poids et âge	02	14.3%
Surface corporelle	01	7.1%

07 de nos prescripteurs (tous des médecins) ont cité le poids comme le paramètre utilisé pour la dose des médicaments.

Tableau 6 : Répartition des prescripteurs selon la connaissance des groupes (tranches d'âges) cibles du PEV.

Les groupes cibles du PEV	Effectif (N=14)	pourcentage
Enfants de 0 à 5ans	08	51.8
Femmes en age de procréer et enceinte	02	14.3%
Enfants de 0 à 5ans et Femmes en âge de procréer	01	7.1%
Enfants de 0 à 5ans, femme en âge de procréer et enceinte	01	7.1%

Seul un prescripteur (médecin) avait une bonne connaissance des groupes cibles du P.E.V.

Tableau 7 : Répartition des prestataires selon leur conduite devant une diarrhée

conduite à adopter	Effectif (N=14)	pourcentage
Réhydratation VO/IV	13	92.9%
Antibiotique	12	85.7%
Antiparasitaire	08	57.1%
Antidiarrhéique	04	28.6%

La réhydratation a été la principale conduite proposée par les prestataires (13).

Tableau 8 : Répartition des prestataires selon leur conduite devant un cas de malnutrition

Attitudes	Effectif (N=14)	Pourcentage
Conseil hygiéno-diététique	12	85.7%
Vitaminothérapie	09	64.3%
Antibiotique	08	57.1%
Fer	06	42.9%
Déparasitage	04	28.6%
Referez au Centre de réhabilitation nutritionnelle	2	14.2%

12 prestataires (dont 11médecins et 01 technicien supérieur de santé) ont proposé les conseils hygiéno-diététiques.

Tableau 9 : Récapitulatif des différents symptômes des principales pathologies de l'enfant.

IRA	Effectif (N=140)	Pourcentage
Toux	14	100%
Dyspnée/signe de lutte	08	57.1%
Fièvre	10	71.4%
Rougeole	Effectif (N=140)	Pourcentage
Eruption cutanée	13	92.9%
Conjonctivite	13	92.9%
Fièvre	12	85.7%
Rhinorrhée	05	35.7. %
Paludisme	Effectif (N=140)	Pourcentage
Fièvre	14	100%
Troubles digestifs	11	78.6%
Pâleur	4	28.6%
Frisson	02	14.3%
Malnutrition	Effectif (N=140)	Pourcentage
Retard staturo-pondéral	07	50%
Cheveux fins roux et défrisés	04	28.6%
Plis cutanés de dénutrition	04	28.6%
Œdème	06	42.9%
Anémie	03	21.4%
Ballonnement	02	14.3%
Diarrhée	01	7.1%
Dysenterie	Effectif (N=140)	Pourcentage

Selles liquides sanguinolentes	13	92.9%
Selles liquides glaireuses	07	50%
Douleur abdominale	06	42.9%
Epreinte	01	7.1%

Pour les IRA la toux et la fièvre et la dyspnée ont été les signes les plus fréquemment évoqués par les prestataires pour le diagnostic respectivement 100% ,71.4et 57.1%.

Pour le paludisme la fièvre et les troubles digestifs ont été les signes les plus fréquemment évoqués par les prestataires pour le diagnostic respectivement 100% et 78.6%.

Pour la rougeole l'éruption cutanée, la fièvre et la conjonctivite ont été les signes les plus fréquemment évoqués par les prestataires pour le diagnostic respectivement 92.9%, 92.9% et %85.7 %.

Pour la dysenterie les selles liquides sanguinolentes ou selles liquides glaireuses ont été les signes les plus fréquemment évoqués par les prestataires pour le diagnostic respectivement 92.9% et 50%.

Pour la malnutrition le retard staturo-pondéral et les oedèmes des membres inférieurs ont été les signes les plus fréquemment évoqués par les prestataires pour le diagnostic respectivement 50% et 42.9%.

Tableau 10 : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas de rougeole.

Attitudes	Effectif (N=14)	Pourcentage
Antibiothérapie	14	100%
traitement symptomatique	12	85.7%
Vitamine A	04	28.6%

Seulement 04 prescripteurs (un technicien supérieur de santé et 3 médecins) agents ont proposé l'administration de la vitamine A.

Tableau 11 : Répartition des prestataires selon le médicament utilisé en première intention pour le traitement des pathologies ci-dessous :

IRA	Effectif (N=140)	Pourcentage
Cotrimoxazole	07	50%
Amoxicilline	07	50%
Erythromycine	00	00%
Paludisme	Effectif (N=140)	Pourcentage
Chloroquine	06	42.9%
Amodiaquine	06	42.9%
Sels de quinine	02	14.9%
Dysenterie	Effectif (N=140)	Pourcentage
Cotrimoxazole	12	85.7%
Metronidazole	03	21.4%
Acide nalidixique	00	00%

Pour les IRA le Cotrimoxazole et l'Amoxicilline ont été les plus fréquemment proposés (07 prestataires dont 04 médecins et 03 techniciens supérieurs de santé) pour le traitement de première intention.

Pour le paludisme la chloroquine a été proposée par 07 prestataires (04 médecins et 03 techniciens supérieurs de santé) et l'amodiaquine a été proposé par l'autre moitié des prestataires (tous des médecins) comme le traitement de première intention.

Tandis que pour la dysenterie le Cotrimoxazole a été préféré (07 prestataires) pour le traitement de première intention.

Tableau 12: Répartition des prestataires selon les signes motivant la référence du patient.

Signes des références	Effectif (N=14)	Pourcentage
Déshydratation	14	100%
Convulsion	11	78.6%
Coma	10	71.4%
Détresse respiratoire	10	71.4%
Anémie intense	08	57.1%
Ictère	06	42.9%
Léthargie	03	21.4%
Malformation congénitale	03	21.4%

La déshydratation a été citée par tous les prestataires. Elle est suivie de la Convulsion (10 prestataires dont 08 médecins et 02 techniciens supérieurs de santé) et le coma 10 prestataires (09 médecins et 01 technicien supérieur de santé).

IV. Attitudes pratiques des prestataires

Elles portent sur l'interrogatoire, l'examen physique, les examens complémentaires et la prescription.

Tableau 13 : Répartition des enfants selon les éléments recherchés à l'interrogatoire

Type d'informations recherchées	Effectif (N=140)	Pourcentage
Demande de motif de consultation	140	100%
identification	138	98.6%
Demande l'histoire de la maladie	108	77.1%
Type de visite	32	29.2
Demande de carnet de vaccination	24	17.1%
Demande les antécédents	20	14.3
Demande le carnet de santé	15	10.7%

Le carnet de vaccination, les antécédents et le carnet de santé n'ont été recherchés que respectivement chez 24,20 et 15 soit 17.1%,14.3 et 10.7%.

Tableau 14: Répartition des enfants selon la recherche des signes généraux de danger.

La recherche de signes généraux de danger a été évaluée chez les enfants examinés par les infirmiers.

Signes recherchés	Effectif (N= 30)	pourcentage
Vomit tout ce qu'il consomme	04	13.3%
Incapable de boire ou de prendre le sein	01	3.3%
Convulse ou a-t-il convulsé	03	10%
Léthargique ou inconscient	03	10%
Conclusion recherche des signes généraux de danger	1	3.3%

Les signes généraux de danger ont été peu recherchés, le plus recherché a été les vomissements (04 enfants).

Tableau 15 : Répartition des enfants selon les différents gestes de l'examen physique.

Les gestes effectués	Effectif (N=140)	Pourcentage
Enfant déshabillé	70	50%
Prise de poids	25	17.9%
Prise la température	26	18.6%
Examen des peaux et phanère	115	82.1%
Examen de l'appareil respiratoire	115	82.1%
Examen de l'appareil cardiovasculaire	108	77.1%
Examen de l'appareil digestif	105	75 %
Examen du système nerveux	07	05%
Appareil lymphoglandulaire	24	17.1%
Examen de l'appareil locomoteur	07	05%
Examen ORL	65	46%.4
Examen OPH	89	63.8%

Les gestes les plus effectués ont été : l'examen des peaux et phanère, de l'appareil respiratoire dans 82.1% des cas chacun, de l'appareil cardiovasculaire (77.1%) et de l'appareil digestif (75 %).

Tableau 16 : Répartition des enfants selon la demande d'examens complémentaires demandés

Examens complémentaires demandés	Effectif (N=140)	pourcentage
Goutte épaisse	02	1.4%
Selles POK	02	1.4%
WIDAL	01	0.7%
Echographie	01	0.7%
NFS	00	00%

Seulement **4.3%** des enfants ont bénéficié de la demande d'examens complémentaires, la plus grande fréquence étant de **1.4%** pour la goutte épaisse et les selles.

Tableau 17 : Répartition des enfants selon les pathologies retenues comme diagnostics

Pathologies	Effectif (N=140)	Pourcentage %
IRA	38	27.1%
Paludisme	37	26.4%
Diagnostics imprécis (3)	21	15%
Pathologies associées (¹)	20	14.3%
Autres pathologies (2)	17	12.1%
Varicelle	04	2.9%
Gastroentérite	03	2.1%
Total	140	100%

Le paludisme et les IRA ont été les principaux diagnostics posés respectivement dans 26.4% et 27.1%.

Le diagnostic n'a pas été posé chez 21 enfants soit 15%.

¹ **Pathologies associées** : paludisme +mycoses ; IRA+Conjonctivite; Palu+Syndrome dysentérique ; IRA+Perlèche, Paludisme +IRA, Paludisme+ parasitose intestinale, IRA+candidoses digestives.

2) **Autres pathologies** : abcès du sein ; oreillons, teigne, dermatoses, hernies ombilicales, conjonctivites otite, parasitose intestinale

(3) **Diagnostics imprécis** ; maladies fébriles ; diarrhées ; toux ; douleurs abdominales ; ballonnement abdominal,

Tableau 18: Répartition des enfants selon la référence.

La demande de référence	Effectif (N=140)	Pourcentage %
Fait	04	2.9%
Non fait	136	97.1%
Total	140	100%

La référence a été peu sollicitée par les prescripteurs, seulement 2.9% ont bénéficié de la demande de référence.

Sur les quatre (04) enfants, trois (03) ont été référés vers les centres de santé de références et un vers l'hôpital Gabriel Touré.

Les motifs de référence évoqués étaient :

- la blessure de la langue,
- brûlure oculaire,
- la dyspnée.
- le viol.

Tableau 19 : répartition des enfants selon la prescription des différentes classes thérapeutiques par les prescripteurs.

classes thérapeutiques	Effectif (N=140)	pourcentage
Antipaludique oral	68	49.6%
Antipaludique injectable	07	05%
Antibiotique oral	103	73.6%
Antibiotique injectable	14	10%
Antipyrétique oral	93	66.4%
Antipyrétique injectable	04	2.9%
Antidiarrhéique	09	6.4%
Antiémétique oral	03	2.1%
Antiémétique injectable	03	2.1%
SRO	08	5.7%
Antitussifs	42	30%
Perfusion (SS, SG)	03	2.1%
Antifongique	21	15.2%
Antiparasitaire intestinaux	18	12.9%
Vitamines	12	08.6%
Autre	41	29.3%

Autre = dermocorticoïde, antiseptiques ; antispasmodiques intestinaux, collyre, gouttes auriculaires,

Les antipaludiques, les antibiotiques et les antipyrétiques ont été les plus fréquemment prescrits par les prestataires respectivement 54.6%, 83.6% et 69.3%

L'antipaludique oral le plus prescrit a été la chloroquine avec 49.3 %.

L'antibiotique oral le plus prescrit a été le cotrimoxazole avec 31.4%.

La voie orale a été la principale voie d'administration prescrite chez les enfants examinés, seulement les injections ont été sollicitées dans 13.1% des cas.

Tableau 20 : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance.

Nombre total de médicaments prescrits	482
Nombre total d'ordonnance	136
Nombre moyen de médicament par ordonnance	3.5

Chaque ordonnance comportait en moyenne 3.5 médicaments.

Tableau 21: Répartition des enfants selon les types de conseils donnés par les prescripteurs

Conseils	Effectif (N=140)	pourcentage
Vaccination	07	05%
Diététique	18	12.9%
Hygiène	27	19.3%

L'hygiène a été la plus fréquemment conseillée aux parents des enfants malades avec 19.3%.

Tableau 22 : Répartition des parents selon les types d'informations donnés par les prescripteurs

Type d'informations	Effectif (N=140)	pourcentage
Information sur le diagnostic	19	13.6%
Explication de l'ordonnance	61	43.6%
Demande d'examen complémentaire	05	03.6%
Donne un Rendez-vous	70	50%
les différents types de rétro informations	09	06.4%

Seulement 13.6% des parents ont été informés du diagnostic, et 06.4% des parents ont reçu les différents types de rétro informations.

Tableau 23 : Qualité de la prescription.

adéquation diagnostic traitement	Effectif (N=140)	pourcentage
Diagnostic prescription correcte	64	45.7%
Diagnostic prescription incorrecte	76	54.3%
Doses prescrites correctes	22	15.7%
Doses prescrites incorrectes	118	84.3%

Plus de la moitié des produits prescrits n'étaient pas conformes aux diagnostics posés (54%) et les doses prescrites étaient incorrectes dans 84.3% des cas.

Tableau 24 : Répartition des enfants selon la précision du diagnostic.

Le diagnostic est précis lorsque le prestataire nomme la maladie ou le syndrome. A noter qu'ici le diagnostic précis ne signifie pas une exactitude du diagnostic posé.

Le diagnostic est imprécis si le prestataire reste à des niveaux des symptômes.

Diagnostic	Effectif (N=140)	Pourcentage %
Précis	119	85%
Imprécis	21	15%

Les prescripteurs n'ont pas pu poser de diagnostic chez 21 enfants soit 15%.

Tableau 25: Répartition des enfants selon l'adéquation diagnostic traitement

diagnostic /traitement	Effectif (N=140)	pourcentage
Adéquat	08	5.7%
Inadéquat	132	94.3%

Le diagnostic était adéquat au traitement chez 08 enfants soit 5.7%.

COMMENTAIRES

&

DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Evaluation matérielle des centres de santé :

Nous remarquons l'absence du matériel adéquat complet dans nos différents centres de santé. Cependant bien que certains matériels (stéthoscope, thermomètre, pèse personne, montre trotteuse) soient présents, ils n'ont pas été beaucoup utilisés, ce qui pourrait affecter la qualité de la prise en charge.

2. Caractéristique des prescripteurs :

a) Le profil des prescripteurs :

Ont participé à notre étude 14 prescripteurs. La majorité de nos prescripteurs étaient constitués des médecins et étudiants en médecine au nombre de 11 soit 78.6%. Quant aux infirmiers ils représentaient 03 (21.4%). L'étude menée par DIAKITE .D.N [6] avait trouvé que 48.4% étaient constitués de médecins - internes et 51.6% constitués d'infirmiers. Le nombre élevé de médecins s'explique par le fait que les dix CSCOM (district de Bamako) étaient dirigés par les médecins qui assuraient les consultations. Les infirmiers consultaient un seul jour sur sept. La consultation des enfants était assurée en permanence par l'infirmier dans un seul CSCOM.

b) La formation des prescripteurs en PCIME :

Au cours de notre étude nous avons trouvé que la majorité de nos prescripteurs n'ont pas été formés en PCIME, seulement 21.3% (3 sur 14) ont suivi une formation en PCIME.

3. Connaissances et attitudes théoriques des prestataires :

3.1. Les Connaissances théoriques :

- ❖ Au terme de notre enquête nous avons pu identifier les différentes sources d'informations de nos prescripteurs concernant la prescription des médicaments chez les enfants ; les plus citées ont été le Vidal (71.4 %) et les livres et revues médicales (50%). Ceci dénote la fiabilité de leurs sources d'informations. Cependant l'Internet n'a été cité que par un seul

prescripteur. Ceci peut s'expliquer par le profil de nos prescripteurs et le niveau de structure dans laquelle ils exercent.

- ❖ La quasi-totalité de nos prescripteurs ignoraient les groupes cibles du PEV. Seulement 7.1% en avait une bonne connaissance. Nos résultats sont inférieurs à ceux de KONE. A (53.4%) [20]. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'ils s'intéressent peu à la vaccination, faisant d'elle la seule affaire de l'équipe de vaccination. Or l'une des missions de ces structures de premier niveau est d'assurer la vaccination (PEV).

Ce résultat se justifie dans la pratique, car le statut vaccinal a été l'un des éléments les moins recherchés (seulement chez 17.1% des enfants).

- ❖ Quant aux principaux signes cliniques des principales pathologies de l'enfant selon la PCIME (le paludisme, les IRA, la malnutrition, la rougeole, la dysenterie), les prestataires ont une bonne connaissance.

3.2. Les attitudes pratiques devant les cinq pathologies principales :

Ainsi pour :

- ❖ la diarrhée :

La réhydratation (VO /IV) a été le principal geste thérapeutique (92.9%) préféré par les prescripteurs ce qui est conforme aux recommandations PCIME suivie de l'antibiothérapie (85.7%), mais ils ont ignoré le conseil nutritionnel qui est pour la PCIME l'un des éléments importants de la prise en charge de la diarrhée. KONE .A [20] dans leur étude avait trouvé le même résultat.

- ❖ la malnutrition :

Les conseils hygiéno-diététiques ont été proposés par la majorité de nos prescripteurs interrogés (85.7%), suivie de la vitaminothérapie (64.3%) et de l'antibiothérapie (57.1%). Les autres éléments (le déparasitage, l'apport du fer) ont été moins proposés (42.9%,28.6%). Ce qui montre la nécessité de former les agents de santé en PCIME.

- ❖ la dysenterie :

L'antibiothérapie a été la plus préconisée par les prescripteurs, le cotrimoxazole (85.7%), suivi du métronidazole (14.3%). Ceci est en confirmation avec les recommandations de la PCIME qui proposent le cotrimoxazole en première intention.

Ces résultats sont à peu près similaires à ceux de A. KONE.

❖ la rougeole :

Si le traitement symptomatique et l'antibiothérapie ont été les plus préférées. Par contre l'administration de la vitamine A, l'isolement du malade et les conseils nutritionnels recommandés par la PCIME ont été peu proposés. Ceci peut être lié à la régression de cette pathologie dans le district de Bamako grâce à la disponibilité des vaccins jusqu'au niveau périphérique (SISL). Selon la même source, le district a notifié en 2004 deux (02) cas positifs importés contre zéro cas en 2003.

❖ Le paludisme :

La chloroquine a été le traitement de première intention cité par les prescripteurs. Ceci est conforme aux recommandations de la PCIME.

3.3. La connaissance des signes de référence :

La majorité de nos prescripteurs avaient une bonne connaissance des signes de référence. Les plus évoqués ont été la déshydratation sévère (100%), la convulsion (78.4%), le coma (71.6%), la détresse respiratoire (71.6%). Ces signes traduisent bien des situations de danger ne pouvant pas être pris en charge à leur niveau (CSCOM).

4. Les connaissances pratiques de prescripteurs :

L'évaluation du savoir faire pratique des prescripteurs a été faite sur leur attitude à accueillir les enfants et leurs parents, leur façon d'examiner les enfants.

❖ Accueil : il est capital pour la prise en charge du malade, car il permet d'instaurer une bonne relation de confiance entre le médecin et le malade particulièrement en pédiatrie où la consultation fait intervenir la

relation triangulaire (l'enfant, les parents et le médecin). Dans notre étude il ressort que la qualité de l'accueil était bonne dans 49.3% des cas.

- ❖ L'étude menée par KONE .A l'avait trouvé satisfaisante à hauteur de 82.9%.
- ❖ L'interrogatoire (recueil des informations) : c'est le préambule de tout examen ou toute observation clinique .Bien conduit, il aidera l'agent à diriger et à interpréter son examen clinique et lui permettra de choisir les éventuelles investigations utiles au diagnostic [21]. Ce qui n'a pas été le cas dans notre étude, car certaines informations ont été moins recherchées à savoir : le carnet de vaccination (le statut vaccinal), le carnet de santé le type de visite .Les études réalisées par TOURE [22] et A. KONE avaient trouvé que le statut vaccinal était apprécié respectivement chez un quart et 12.4% des enfants.

Une attention particulière doit être accordée à la vérification de l'état vaccinal car la survie de l'enfant ne pourrait être améliorée sans leur assurer une vaccination complète contre les maladies les plus meurtrières.

- ❖ Les signes généraux de danger ont été les moins recherchés par nos prestataires. Le plus recherché a été les vomissements incoercibles. Nos résultats sont similaires à ceux de A. KONE Ceci peut s'expliquer par l'absence de formation de nos agents en PCIME.
- ❖ L'état nutritionnel des enfants n'a pas fait l'objet d'appréciation. Seulement 17.9% des enfants ont été pesés. Nos chiffres sont inférieurs à ceux trouvés par A. KONE. Eu égard aux chiffres de l'E.D.S III (38% enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et 33% d'insuffisance pondérale et 11% de malnutrition aigue), un accent particulier doit être mis sur la vérification de l'état nutritionnel.
- ❖ La qualité de l'examen physique :
L'examen physique est une étape décisive de la consultation. Il fournit à l'examineur les renseignements objectifs des symptômes fonctionnels .Examiner est un art qui obéit à des règles. L'examineur doit s'efforcer de

suivre les grandes lignes de la méthodologie d'examen de l'enfant, même en cas d'une visite de suivi ou même en cas de renouvellement d'ordonnance.

Dans notre étude il ressort que :

- ❖ la moitié de nos enfants ont été examinés déshabillés (50%) contre 72.1% pour KONE. A.
- ❖ Les mesures anthropométriques (le poids et la température) ont été peu effectuées (17.9% et 18.6%).
- ❖ L'examen des peaux et phanères, de l'appareil digestif, de l'appareil cardiovasculaire ont été les plus effectués Par contre l'examen de l'appareil lymphoglandulaire, de l'appareil locomoteur de l'appareil ORL, du système nerveux ont été faiblement exécutés. Cependant la prise de la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la palpation des pouls périphériques et de la percussion ont été presque occultées .Cette faiblesse de l'exécution effective de l'examen physique peut s'expliquer par des comportements routiniers des prescripteurs liés à la fréquence de certains motifs de consultation : la diarrhée, les vomissements et la toux.
- ❖ Les examens complémentaires ont été moins demandés (4.3%). A. KONE avait trouvé 14.3%. Cette différence peut s'expliquer par l'inexistence d'un plateau en la matière (laboratoire) dans la majorité de ces structures.
- ❖ Les diagnostics ont été donc posés sur la base des données anamnestiques et de l'examen physique souvent insuffisant pour poser un diagnostic. Ainsi le diagnostic posé doit être pris avec réserve ; il restait imprécis chez 21 enfants sur les 140.

A noter que plus le diagnostic est précis, plus le traitement est adapté à la pathologie et plus la guérison est obtenue, ce qui contribue à rehausser le degré de confiance.

- ❖ Les IRA (27.1%) et le paludisme (26.4%) ont été les principales pathologies rencontrées durant notre période d'étude. Cette fréquence peut s'expliquer

par la période d'enquête (Janvier – Mars), période propice à la survenue des IRA.

- ❖ Les références n'ont été demandées que chez 2.9 % des enfants. Cette faible fréquence peut être liée à la simplicité des pathologies diagnostiquées.
- ❖ Il ressort aussi dans cette étude que les conseils d'ordre hygiéniques, nutritionnels et mêmes vaccinaux ont été peu donnés aux mères ou accompagnants des enfants malades.

5. La qualité de la prescription :

- ❖ A la fin de notre étude nous avons dénombré 482 produits sur un total de 136 ordonnances, soit une moyenne de 3.6 produits par ordonnance. Nos résultats sont proches de ceux trouvés par BAGAYOGO .O.D [23] Par contre ils sont inférieurs à ceux de Diakité (4.2 produits par ordonnance), légèrement supérieurs à ceux de A. KONE (3 produits par ordonnance). Le profil de nos prescripteurs (constitué en majeure partie de médecins généralistes, étudiants en médecine et infirmiers d'état, donc l'absence de pédiatre ou CES en pédiatres) peut expliquer ces différences.

❖ Les caractéristiques de la prescription :

Les médicaments fréquemment prescrits appartenaient au groupe des antibiotiques (83.6%), des antipaludiques (54.6%) et des antipyrétiques (69.3 %). DIOP .M [24] avait trouvé la même prédominance des antibiotiques et antiparasitaires.

Quant aux antipaludiques, la chloroquine a été le plus prescrit (49.3%) malgré le nombre croissant de la Chloroquinorésistance. Ceci est en contradiction avec les recommandations du PNLN utilisant les combinaisons thérapeutiques (dérivé de l'artémésinine en association soit avec l'amodiaquine, soit avec la méfloquine, soit avec la SP, soit avec la luméfantine).

- ❖ Nous avons constaté une discordance entre la fréquence du diagnostic du paludisme (26.4%) et celle de la prescription d'antipaludique (54.6%). Cela peut s'expliquer d'une part par la fréquence des pathologies associées (paludisme et autre pathologie), d'autre part par l'incertitude du diagnostic.
- ❖ Les médicaments en dénomination commune internationale étaient les plus prescrits. Cela peut s'expliquer par le niveau primaire de ces structures sanitaires dont le rôle est d'assurer la disponibilité des médicaments DCI mais aussi par la visite moins fréquente des délégués médicaux.
- ❖ les médicaments prescrits étaient conformes au diagnostic posé. dans 45.7% des cas.
- ❖ les doses étaient incorrectes dans 84.3% des prescriptions. Cela peut s'expliquer par le profil de nos prescripteurs d'une part et par le nombre faible de nos prescripteurs formés en PCIME d'autre part.

CONCLUSION

&

RECOMMENDATIONS

VII. Conclusions et Recommandations

1. Conclusions :

Notre étude s'est déroulée dans dix centres de santé communautaire du district de Bamako. Elle a couvert la période allant du mois de janvier 2006 au mois de mars 2006. Elle concernait l'évaluation des connaissances et savoir faire des prescripteurs au niveau de ces CSCOM. Quatorze (14) prescripteurs et cent quarante enfants (140) ont participé à cette étude.

Elle a porté sur :

- la description du profil des prescripteurs,
- l'évaluation des Connaissances Attitudes Pratiques théoriques des prescripteurs,
- l'évaluation des Connaissances Attitudes Pratiques des prescripteurs,
- l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants,

De cette étude nous retenons les résultats suivants :

- 11 des 14 prescripteurs étaient de médecins et faisant fonction d'internes et 03 des techniciens supérieurs de santé,
- le niveau de Connaissances Attitudes et Pratiques théoriques des prescripteurs (par rapport à la rougeole, aux IRA, aux maladies diarrhéiques, au paludisme et la malnutrition) était bon,
- la qualité de l'accueil offerte par les prestataires (en référence aux normes et procédures) était bonne dans 49.3% des cas,
- la moitié de nos enfants ont été examinés déshabillés (50%)
- les mesures anthropométriques (le poids et la température) n'ont été effectuées que respectivement dans 17.9% et 18.6% ;
- l'examen de l'appareil lymphoglandulaire, de l'appareil locomoteur de l'appareil ORL, du système nerveux ont été faiblement exécutés avec une fréquence respective de 17.1%, 05% 46%.4 et 05% des cas.
- le diagnostic était imprécis chez 15% des enfants examinés,
- les prescriptions les doses étaient incorrectes dans 84.3% des cas,
- le diagnostic était adéquat au traitement dans des 5.7% des cas.

2. Recommandations :

Au terme de cette étude les recommandations suivantes ont été proposées et s'adressent :

A la direction régionale de santé :

- ❖ Assurer la formation en PCIME clinique de tous les prestataires chargés de la prise en charge des enfants.
- ❖ Assurer une supervision continue des prestataires formés en PCIME.
- ❖ Faire évoluer la stratégie PCIME en fonction de l'évolution des données scientifiques.
- ❖ Instaurer un système de rétro information au niveau des CSCOM.
- ❖ Introduire la PCIME dans les programmes des écoles de santé et veillez à sa pratique.

Aux médecins-chefs des centres de référence :

- ❖ Assurer un appui constant (formation, supervision, fourniture de vaccin) à ces CSCOM qui relèvent de leur autorité.
- ❖ Veillez à l'application correcte et régulière des bonnes pratiques par les autorités sanitaires.

Aux prescripteurs et ou aux médecins chefs des CSCOM :

- ❖ Afficher dans les salles de consultation des bonnes pratiques cliniques de conduite à tenir des affections couramment rencontrées chez les enfants.
- ❖ Informez d'avantage les parents à la fin de l'examen clinique.
- ❖ Elargir d'avantage leurs sources d'information en participant plus aux congrès, aux colloques et en utilisant plus l'Internet.

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références

1 -Direction Nationale de la Santé :

Guide thérapeutique national du Mal. 2002 ,5p

2- -Institut de médecine tropicale du service des armées. Le PHARO

Medicine tropicale 2003volume 63 N° 4/5

3-Integread approach of child hood illness a who UNICIEF initiative bull of world health

4-Ministre de la Santé et des Personnes âgées :

Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de la Population
1995

5 -Maiga .B :

Etude de la référence à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse médecine 2000, FMPOS, Mali

6 -DIAKITE .D.N

Prescription médicamenteuse en pédiatrie (Connaissance et savoir-faire des prescripteurs)

Thèse médecine 1992 ; N°25.FMPOS ; MALI

7- Séminaire sous régional d'orientation en politique de la santé janvier 2000,23-3p

8- Ministre de la Santé de la solidarité et des Personnes âgées

Programme Décennal de Développement Socio sanitaire (PRODESS), un espoir pour le Mali, édition 2005, P55-67

Situation des enfants dans le monde, 2001.

10 -Cellule de planification et de statistique / Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées /direction nationale de la statistique : Résultat préliminaire de l'EDS III 2001.

11-Direction Nationale de la Santé :

Système national d'information sanitaire ,2001

12-Programme National de Lutte contre le SIDA.

Plan stratégique national de lutte contre le VIH /SIDA,

Bamako, p32

13- Save the children.

Analyse de la situation du nouveau-né au Mali, Rapport, Bamako 2001, 100p.

14 Cellule de planification et de statistique / Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées /direction nationale de la statistique : Enquête Démographique de Santé, Rapport 1996 et 2001 ., vol 2 et vol 3, 5 455-465p

15-http://WWW.santetropicale.com/actualites/1002/actualites1002_10.htm

16- Direction Régionale de la santé

Systeme Locale d'Information Sanitaire

Annuaire statistique du district de Bamako .2004

17- Bourrillon A.

Guide de l'examen clinique pour le Praticien, Pédiatrie,
32eme edition.p96

18-OMS

Manuel sur la PCIME

Avril 2001.

19-Ministère de la Santé

Direction Nationale de la Santé :

Prise en charge des malades intégrées de l'enfant (PCIME)

20-Koné. A

Connaissances et attitudes pratiques des prestataires de soins aux
enfants dans les centres de santé de référence des communes II, IV
et V du district de Bamako.

Thèse medecine 2006 ; FMPOS ; MALI

21-HAMLADJI .R-M

Précis de sémiologie.

Alger 1990

22-TOURE. C. O

Etude de la qualité de la prise en charge de l'enfant malade dans les Zones tests de la PCIME au Mali.

Thèse médecine 1999 ; N°19 FMPOS ; MALI

23-BAGAYOGO .O.D

Evaluation du centre de santé communautaire de Sebenikoro kalabanbougou au terme de 5 ans d'activité 1992-1996

Thèse médecine 1997 ; FMPOS ; MALI

24-DIOP.M

Etude de la consommation des médicaments essentiels dans les centres de santé initiés par les travailleurs migrants ressortissants de la première région du Mali.

Thèse médecine 1995; N° 53 FMPOS; MALI.

ANNEXES

Questionnaire 1

Evaluation matérielle des centres de santé

N° de la fiche

Date :

CESCOM :

Matériels disponibles	Disponible	Non disponible
Registre de consultation		
Pharmacie		
Pèse personne		
Stéthoscope		
Thermomètre		
Abaisse langue		
Pèse bébé		
Source lumineuse pour examen de la gorge		
Otoscope		
Toise verticale		
Toise horizontale		
Montre trotteuse		
laboratoire		

Questionnaire 2

Fiche d'observation du prescripteur (médecin)

1: N° de la fiche

Date :

CESCOM :

A. Accueil :

Salue t-il la maman ou l'accompagnant(e) : oui non

La maman ou l'accompagnant (e) est –elle invitée à s'asseoir de façon aimable
oui non

B .Démarche diagnostique :

I. Recueil des informations : interrogatoire

1.1. Cherche t-il à savoir la personne qui accompagne l'enfant : oui non

1.2. Identification du patient :

- Nom et Prénom :

. -Age :

-lieu de naissance

-Ethnie

-lieu de résidence

-Demande des antécédents :

+Familiaux Oui Non

+Personnel Oui Non

Si oui lesquels :

rang dans la fratrie mode d'accouchement

réanimation à la naissance mode d'allaitement

état vaccinal ATCD pathologique

1.4 Demande si c'est une première visite ou une visite de suivi oui non

II. Examen physique :

	oui	non
-le malade est-il préalablement : des habillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen des peaux et phanère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Les conjonctives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ La paume des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ La fontanelle (si non fermée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen de l'appareil respiratoire	oui	non
+Prise de la FR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Percussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen de l'appareil cardiovasculaire	oui	non
+Prise de la fréquence cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Palpation des pouls périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Auscultation des différents foyers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen de l'appareil digestif :	non	oui
+Palpation de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Palpation des orifices herniaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Percussion de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Auscultation l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen du système nerveux	non	oui
+ Recherche des signes méningés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Recherche de principaux réflexes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen de l'appareil uro-génital :	oui	non
+Palpe les testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Palpe les fosses lombaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+Palpe la région inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Examen de l'appareil lymphoglandulaire:		

Recherche d'adénopathie :

+Cervicale + inguinale

+ Axillaire + sous maxillaire

Oui non

-Examen de l'appareil locomoteur

-Examen ORL et buccodentaire

+Pression sur le tragus

+Examen du conduit auditif avec un otoscope

+Examen de la bouche

+Examen de la gorge avec une abaisse langue

+ Examen du nez

-Examen OPH

III Examen complémentaire **oui** **non**

Si oui

lesquels ;.....

Donne explications aux parents par rapport à la demande d'examen
complémentaire oui non

IV. Diagnostique (s) retenue(s)

a-.....

b-.....

c-.....

V. Information des parents sur le diagnostique : oui non

- A la vaccination A la diététique -A l'hygiène

- Le prescripteur a-t-il demandé une consultation spécialisée oui non

- si oui lequel :

VI. Traitements prescrits par l'agent de santé

Antipaludéen oral : lequel ?.....

Posologie -durée.....

Antipaludéen inj : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

-Antipyrétique oral le quel ?.....
 Posologie -durée.....

-Antipyrétique inj le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Antibiotique oral : le quel ?.....
 posologie durée.....

Antibiotique inj : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Vitamine ou autres vitamines : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Antidiarrheique : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Anticonvulsivant oral: le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Anticonvulsivant inj : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Antiémétique oral : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

Antiémétique inj: le quel ?.....
 Posologie -durée.....

S R O

Perfusion(R L, SS SG autre)

Autres : le quel ?.....
 Posologie -durée.....

VII. Explication de la prescription thérapeutique aux parents oui non

Donne t-il un rendez vous au malade

oui non

VIII. L' VI. Conseil en rapport avec la maladie

-Vaccination

-Diététique

-Hygiène

-Autre à préciser

-Aucun

VI Observation :

-Rapport diagnostic prescription correct

-Rapport diagnostic prescription mauvais

-Adéquation de la dose en fonction du poids correct

-Adéquation de la dose en fonction du poids pas correct

Questionnaire 2

Fiche d'observation du prescripteur infirmier

1:N° de la fiche

Date :.....

CESCOM :.....

A. Accueil :

Salue t-il la maman ou l'accompagnant(e) : oui non

La maman ou l'accompagnant (e) est –elle invitée à s'asseoir de façon aimable
Oui non

B .Démarche diagnostique _

I. Recueil des informations : interrogatoire

1.1. Cherche t-il à savoir la personne qui accompagne l'enfant : oui non

1.2. Identification du patient :

- Nom et Prénom :

. -Age :

-lieu de naissance

-Ethnie

-lieu de résidence

-Demande des antécédents :

+Familiaux Oui Non

+Personnel Oui Non

Si oui lesquels :

rang dans la fratrie mode d'accouchement

réanimation à la naissance mode d'allaitement

état vaccinal ATCD pathologique

1.4 Demande si c'est une première visite ou une visite de suivi oui non

1.5 Demande le motif de consultation par rapport aux 4 principaux symptômes (Toux/difficulté respiratoire, fièvre, Diarrhée, Problème d'oreille) et autre à préciser oui non

1.6 Demande de l'histoire de la maladie : oui non

1.7 Attitude vis à vis des anciens malades

+le malade dispose d'une fiche de suivi oui non

+le prescripteur cherche à savoir comment cela s'est passé depuis la visite précédente oui non

+ le prescripteur demande s'il a effectivement suivi son traitement
Oui non

+le prescripteur demande s'il y a eu une amélioration de la maladie
Oui non

1.8 Est-ce que les informations concernant l'enfant sont recherchées par l'agent de santé au moment de la consultation :

- Carnet santé oui non

- Poids oui non
Si oui en kg

- Température oui non

1.9 Recherche des signes généraux de danger :

En demandant si

-l'enfant est capable de boire ou de prendre le sein: oui non

-l'enfant vomit tout ce qu'il consomme : oui non

-l'enfant a-t-il eu des convulsions ou convulse: oui non

-l'enfant est léthargique ou inconscient oui non

II. Vérifie t-il l'état nutritionnel l'enfant en traçant ?

-Tracer la courbe poids age sur les fiches opérationnelles ou dans le carnet de l'enfant oui non

-Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance oui non

-Informé la mère de l'état nutritionnel de l'enfant oui non

-Donner les conseils appropriés au résultat oui non

III. Vérifie t-il t'état vaccinal oui non

Demander le carnet de vaccination /Demande à la mère les vaccins effectués.

oui non

IV. Examen physique :

oui non

-le malade est-il préalablement : des habillé

- Examen des peaux et phanère

+ Les conjonctives

+ La paume des mains

+ La fontanelle (si non fermée)

- Examen de l'appareil respiratoire oui non

+Prise de la FR

+ Palpation

+ Percussion

+Auscultation

- Examen de l'appareil cardiovasculaire oui non

+Prise de la fréquence cardiaque

+Palpation des pouls périphériques

+Auscultation des différents foyers

- Examen de l'appareil digestif :

oui non

+Palpation de l'abdomen

+Palpation des orifices herniaires

+ Percussion de l'abdomen

+Auscultation l'abdomen

- Examen du système nerveux oui non

+ Recherche des signes méningés

+ Recherche de principaux réflexes:

- Examen de l'appareil uro-génital :

oui non

- | | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|
| +Palpe | les | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> testicules |
| +Palpe les fosses lombaires | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| +Palpe la région inguinale | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Examen de l'appareil lymphoglandulaire: | | | |
| Recherche d'adénopathie : | | | |
| +Cervicale <input type="checkbox"/> | + inguinale <input type="checkbox"/> | | |
| + Axillaire <input type="checkbox"/> | + sous maxillaire <input type="checkbox"/> | oui | non |
| -Examen de l'appareil locomoteur | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Examen ORL et buccodentaire | | oui | non |
| +Pression sur le tragus | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| +Examen du conduit auditif avec un otoscope | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| +Examen de la bouche | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| +Examen de la gorge avec une abaisse langue | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Examen du nez | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Examen OPH | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Examen complémentaire

oui **non**

Si Oui

lesquels ;.....

Donne explications aux parents par rapport à la demande d'examen complémentaire oui non

VI. Diagnostique (s) retenue(s)

a-.....

b-.....

c-.....

VII. Information des parents sur le diagnostique : oui non

- Le prescripteur a-t-il demandé une consultation spécialisée

- si oui lequel :

VIII. Traitements prescrits par l'agent de santé

Antipaludéen oral : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Antipaludéen inj : le quel ?.....

Posologie -durée.....

-Antipyrétique oral le quel ?.....

Posologie -durée.....

-Antipyrétique inj le quel ?.....

Posologie -durée.....

Antibiotique oral : le quel ?.....

posologie durée.....

Antibiotique inj : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Vitamine ou autres vitamines : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Antidiarrheique : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Anticonvulsivant oral: le quel ?.....

Posologie -durée.....

Anticonvulsivant inj : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Antiémetique oral : le quel ?.....

Posologie -durée.....

Antiémetique inj: le quel ?.....

Posologie -durée.....

S R O

Perfusion(R L, SS, SG autre)

Autres : le quel ?.....

Posologie -durée.....

IX. Explication de la prescription thérapeutique aux parents oui non

Donne t-il un rendez vous au malade oui non

X. Conseil en rapport avec la maladie)

-Vaccination

-Diététique

-Hygiène

-Autre à préciser

-Aucun

XI. Observation :

-Rapport diagnostic prescription correct

-Rapport diagnostic prescription mauvais

-Adéquation de la dose en fonction du poids correct

-Adéquation de la dose en fonction du poids pas correct

Questionnaire 3

FICHE D'ENQUETE POUR LE PRESCRIPTEUR

1: N° de la fiche

2 : Date

3 Etablissement d'étude :.....

4: Durée dans le service.....

5. Catégorie du prescripteur

1 : Médecin généraliste

2 : Infirmier d'état

3 : Infirmier spécialisé

4 : Infirmier de premier cycle

5 : Aide soignant

6 : Autres à préciser

6: Etablissement de formation :

1 : Faculté de médecine

2 : Ecole de formation:

3 : Autre à préciser

7. Quelles sont vos sources d'informations concernant la prescription chez les enfants ? :

1 : Vidal

2 : Fiche technique

3 : Revues médicales

4 : Délégués médicaux

5 : Livres

6 : Cours

7 : Autres à préciser

8. Quels sont vos critères de choix pour la prescription d'un médicament chez l'enfant ? :

- Efficacité

- Prix

- Disponibilité

- Facilité d'administration

- Convenance des parents

- Suggestion des délégués médicaux

- Autres à préciser :

9. Quel paramètre utiliser vous pour la dose des médicaments chez l'enfant ?

1: Poids

2: Age

3: Surface corporelle

10. Quelles sont les groupes cibles du P.E.V ?

.....
.....

11. Dans les affections suivantes ?

I. accès palustre :

a. Donner 3 signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b. Quelle conduite thérapeutique adopteriez-vous ?

.....
.....
.....

c. quel médicament utiliserez vous en première intention ?

.....

III. infection respiratoire aigue (Broncho-pneumopathie

Donner 3signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b .quelle conduite thérapeutique adopteriez -vous ?

.....
.....
.....

c. quel médicament utiliserez vous en première intention :

.....

IV. Rougeole:

a. Donner 3signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b .quelle conduite thérapeutique adopteriez -vous ?

.....

.....

.....

V. La Malnutrition :

a. Donner 3signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

a .quelle conduite thérapeutique adopteriez -vous ?

.....

.....

.....

VI. La Dysenterie :

a. Donner 3signes cliniques vous vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b. quelle conduite thérapeutique adopteriez-vous ?

.....

.....

.....

b. quel médicament utiliserez vous en première intention :

.....

VII. Diarrhée

a .quelle conduite thérapeutique adopteriez -vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

12. Citez au moins deux médicaments (antibiotique) contre indiqué chez le nouveau-né :

1..... 2.....
3..... 4.....

13. Citez au moins 6 signes cliniques qui vous feraient referez un enfant malade

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
.6.....

14 .Avez vous été formés à la PCIME ?

oui non

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Mr DIARRA

Prénom : Bréhima

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes et Pratiques sur les prescriptions pédiatriques dans dix centres de santé communautaire du district de Bamako.

Année : 2006 – 2007

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteur d'intérêt : Santé publique, pédiatrie.

RESUME

Notre étude avait pour objectif d'analyser les connaissances et savoir faire des prescripteurs dans la prise en charge des enfants malades au niveau des centres de santé communautaire du district de Bamako.

Il ressort de cette étude que :

- 11 des 14 des prescripteurs étaient de médecins et faisant fonction d'internes et 03 des techniciens supérieurs de santé,
- le niveau de Connaissances Attitudes et Pratiques théoriques des prescripteurs (par rapport à la rougeole, aux IRA, aux maladies diarrhéiques, au paludisme et la malnutrition) était bon,
- la qualité de l'accueil offerte par les prestataires (en référence aux normes et procédures) était bonne dans 49.3% des cas,
- la moitié de nos enfants ont été examinés déshabillés (50%)
- les mesures anthropométriques (le poids et la température) n'ont été effectuées que respectivement dans 17.9% et 18.6%,

- l'examen de l'appareil lymphoglandulaire, de l'appareil locomoteur de l'appareil ORL, du système nerveux ont été faiblement exécutés avec une fréquence respective de 17.1%, 05% 46%.4 et 05% des cas,
- le diagnostic était imprécis chez 15% des enfants examinés,
- les prescriptions les doses étaient incorrectes dans 84.3% des cas,
- le diagnostic le diagnostic était adéquat au traitement dans des 5.7% des cas

Les mots clés : qualité de la prise en charge, les enfants, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.

