

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIE DE  
BAMAKO  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO



Année universitaire 2019-2020

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DU TAUX DE  
DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGUE DANS L'AIRE  
DE SANTE DU CSCOM DE BOULKASSOUMBOUGOU II  
DU 01 OCTOBRE AU 31 DECEMBRE 2020**

Mémoire de fin d'étude spécialisée en Médecine de Famille/Médecine Communautaire

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S) en Médecine de Famille et  
Médecine Communautaire.

Présenté et soutenu, le 26./04./2021 devant le jury de la faculté de Médecine et  
d'odontostomatologie Par **Docteur SEYBOU CISSE**

**Jury**

**Présidente du jury :** Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

**Membre du Jury :** Docteur Mamadou Bayo COULIBALY

**Co-Directeur :** Docteur Boubacar NIARE

**Directeur de mémoire :** Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

## REMERCIEMENTS/ DEDICACES

### DEDICACES :

#### **A DIEU le Tout Puissant**

A ALLAH : le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux, le tout miséricordieux. Pas de divinité à part LUI, le Vivant, Celui qui subsiste par Lui-même qui m'a donné la force d'en arriver à réaliser ce modeste travail.

#### **A mon père : Feu MADANI CISSE**

Aucun mot n'exprimera assez mes sentiments. Que le bon Dieu t'accueille dans son paradis. Que ton âme repose en paix. Amen...

#### **A ma mère : FATOUMATA DEMBELE**

Les mots n'expriment pas assez tout ce que j'éprouve aujourd'hui. Vous n'avez ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que vos enfants bénéficient de la meilleure éducation que vous puissiez leur offrir, et l'amour que vous nous portez. Puisse le Bon Dieu vous accorder santé et longévité.

**A mon Epouse : DJENE HAIDARA** Pour les sacrifices consentis pour répondre aux exigences du foyer durant ces années. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut, dans les difficultés comme dans la joie. Soit rassuré de mon amour, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger. Ce travail est également le tien.

**A mes sœurs et frères : MARIAM, ISMAILA et AMADOU** Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

**A mes enfants : MADANI, FATOUMATA ET LASSINA** Toute ma tendresse est pour Vous. Que l'honnêteté, le courage et le souci du travail bien fait guident vos pas. Qu'Allah vous protège et vous donne une longue vie.

**A tous les membres de ma famille dont les noms ne sont pas mentionnés.**

**Remerciements :**

**A tout le personnel technique du CSCoM, l'ASACO, les relais communautaires et les leaders de Boulkassoumbougou II**

**A l'ONG AMCP/ALIMA pour la disponibilité et la participation matérielle et financière.**

Je vous remercie pour votre disponibilité et l'effort remarquable déployé.

**Professeur Mamadou DEMBÉLÉ**

C'est pour nous un grand plaisir d'être parmi vos étudiants. Votre apport au cours de ces quatre années d'étude nous a été d'un apport capital. Vos qualités scientifiques et votre sens du respect couplé à votre humilité font de vous un exemple à suivre. Recevez ici nos sentiments les plus respectueux.

**Projet DÉCLIC**

Pour l'appui technique et financier que vous apportez au DES de Médecine de famille et communautaire. C'est une immense joie pour nous d'être dans ce processus de changement de la qualité des soins fournis en première ligne. Nous assumerons ce changement.

**Personnel des CSCoM-U : de Banconi, de Konobougou et de Koniakary**

**A mes camarades de la 6ème et 7ème promotion du D.E.S de MF/MC**

Nous avons passé des années laborieuses ensemble. Je remercie « Dieu » de vous avoir mis sur mon chemin, vous m'avez soutenu dans les moments difficiles, votre sérieux, votre caractère sociable, votre pragmatisme, votre courage font de vous un exemple. Recevez ici l'expression ma gratitude. Merci pour votre amitié et tous vos soutiens

**A tous mes enseignants et encadreurs**

## **HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Présidente du jury : Professeur Fatoumata DICKO TRAORE**

- ❖ Professeur Titulaire en Pédiatrie de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie et de la Faculté de médecine de l'Université de Kankou Moussa ;
- ❖ Coordinatrice du D.E.S de médecine de famille et médecine communautaire ;
- ❖ Chef de service de néonatalogie au CHU Gabriel Touré;
- ❖ Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED) ;
- ❖ Secrétaire générale de l'Association des Pédiatries d'Afrique Noire Francophone (APANF) ;
- ❖ Membre du collège Ouest Africain des médecins

### **Cher maître**

Malgré vos multiples occupations vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury

Femme de sciences, vos qualités sociales ont marqué notre esprit.

Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que par vos leçons d'humilités, ceux qui font de vous une Femme exemplaire (un exemple à suivre).

Aujourd'hui nous vous disons merci le cœur plein d'émotions et de reconnaissances.

**A notre Maitre et membre du jury : Dr Mamadou Bayo COULIBALY**

- ❖ Spécialiste en médecine de famille/médecine communautaire
- ❖ Directeur Technique du CSCom U de Konobougou
- ❖ Chargé d'encadrement clinique du D.E.S de médecine de famille et médecine communautaire.
- ❖ Membre du comité éditorial de Jaccr Community Health

**Cher maître ;**

Votre simplicité et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre disponibilité, vos qualités sociales ont marqué notre esprit.

Recevez l'expression de notre reconnaissance.

**A notre Maître et Codirecteur de mémoire : Dr Boubacar NIARE**

- ❖ Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire
- ❖ Chargé de Santé communautaire et Point focal SEC (Soins Essentiel dans la Communauté) à la Direction Régionale Santé du District de Bamako
- ❖ Responsable du Bureau de Recherche et d'évaluation du département de Médecine de Famille/Médecine Communautaire
- ❖ Membre fondateur du Syndicat des Médecins du Mali (SY.ME.MA) et actuel Secrétaire général Adjoint du BEN-SY.ME.MA
- ❖ Trésorier général de l'association Dugu Yeelen de Banconi Sourakabougou

**Cher maître ;**

Votre simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre. Votre contribution a permis d'améliorer ce travail.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directeur de thèse : Professeur Abdoul Aziz DIAKITE**

- ❖ Maître de conférences agrégé de Pédiatrie ;
- ❖ Chef de service de la pédiatrie générale ;
- ❖ Président de la commission médicale et d'établissement (CME) au CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- ❖ Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;
- ❖ Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytoses au CHU Gabriel Touré
- ❖ Membre de l'Association malienne des pédiatres (AMAPED), Trésorier général de l'Association des pédiatres d'Afrique noires francophones (APANF) et membre du collège ouest Africain des Médecins

**Cher maître**

Nous sommes honorés par votre présence au sein de ce jury, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté d'en assurer la direction.

Hommes de sciences, vos qualités sociales ont marqué notre esprit.

Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, Votre soutien constant pour la filière MF/MC, votre dévouement, et vos grandes qualités humaines et professionnelles force l'admiration. Nous vous exprimons notre profond respect et notre sincère gratitude.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AMCP : Alliance médicale contre la faim

ALIMA : the Alliance for international Médical action

AN : Assemblée Nationale

ASACOBOULII : Association de Santé Communautaire de Boulkassoumbougou II

CSCCom : Centre de Santé Communautaire

CSCOM-U : Centre de santé communautaire universitaire.

CEC : Chargé d'encadrement clinique

CA : Conseil d'Administration

CMLN : comité militaire de libération nationale

CRM : Croix rouge malienne

CRB : Croix rouge Belge

CG : comité de gestion

D.E.S : Diplôme d'Études Spécialisées

FCFA : Franc des Colonies Françaises d'Afrique

MF/MC : Médecine de famille /Médecine Communautaire

MAG : Malnutrition Aigüe Globale

MAM : Malnutrition Aigüe Modérée

MAS : Malnutrition aigüe Sévère

MA : Malnutrition Aigue

ONG : Organisation Non gouvernementale

OMS : organisation mondiale de la santé

PB : périmètre brachial

% : Pourcentage

PCIMA : prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant

PEV : programme élargi de vaccination



RM : république du mali

SMART : specific, measurable, achievable, relevant and time bound

TSS : technicien supérieur de santé

UNICEF : United nations Educations and cultural organisation

### **Liste des figures**

**Figure 1** : Répartition des parents d'enfants malnutris selon l'âge.

**Figure 2** : Répartition des parents d'enfants malnutri selon la profession.

**Figure 3** : Répartition des parents d'enfants malnutris enquêtées suivant leur fonction.

**Figure 4** : Répartition des parents d'enfants malnutris selon le statut matrimonial.

**Liste de tableaux :**

**Tableau I :** Répartition des parents d'enfants malnutris selon la résidence dans l'aire de santé

**Tableau II** Répartition des parents d'enfants malnutris selon le niveau scolaire

**Tableau III :** Répartition des relais selon la formation reçue en PCIMA

**Tableau IV :** Répartition des relais selon la disponibilité des outils de travail

**Tableau V :** Répartition des relais selon la motivation financière.

**Tableau VI :** Répartition des relais selon qu'elles expliquent clairement les objectifs de la formation.

**Tableau VII :** Répartition des Relais selon qu'elles expliquent clairement la technique PB mère

**Tableau VIII :** Répartition des relais selon qu'elles expliquent clairement la technique de recherche des œdèmes

**Tableau IX :** Répartition des relais selon qu'elles démontrent la technique PB mère

**Tableau X :** Répartition des relais selon qu'elles démontrent la technique recherche œdèmes

**Tableau XI :** Répartition des parents d'enfants malnutris selon la maîtrise du PB

**Tableau XII :** la Répartition des parents d'enfants malnutris selon recherche d'œdème

**Tableau XIII :** Répartition des parents d'enfants malnutris selon la connaissance des messages clés

**Tableau XIV :** Répartition des parents d'enfants malnutris selon la démonstration du PB mère

**Tableau XV:** Répartition des parents d'enfants malnutris selon la démonstration d'œdèmes

**Tableau XVI :** Répartition des leaders et décideurs selon la connaissance de la malnutrition

**Tableau XVII :** Répartition des leaders/décideurs sur la connaissance de l'existence PCIMA

**Tableau XVIII :** Répartition des leaders/décideurs selon leurs implications dans les activités de nutrition

**Tableau XIX :** Répartition des leaders/décideurs non impliqués selon leur volonté d'être impliqué

# Tables des matières

<b>1. Introduction</b> .....	2
Hypothèse.....	3
Objectifs.....	4
Objectif général.....	4
Objectifs spécifiques.....	4
<b>2. Méthode d'étude</b> .....	4
Cadre d'étude.....	4
Type d'étude.....	7
Période d'étude.....	7
Population d'étude.....	7
Taille de l'échantillonnage.....	7
Critères d'étude.....	7
Technique d'étude.....	8
Technique de collecte.....	8
Variables et mesures.....	8
Déroulement de la recherche.....	9
<b>3. Résultats</b> .....	11
<b>4. Commentaires et Discussions</b> .....	21
<b>5. Conclusion</b> .....	24
<b>6. Recommandations</b> .....	24
Référence .....	25
Annexes.....	26

## 1. INTRODUCTION

La malnutrition se caractérise par un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu d'un ou de plusieurs nutriments essentiels (1). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : la malnutrition aigüe modérée (MAM) est définie comme correspondant à un rapport poids/âge entre -3 et -2 z-scores en dessous de la médiane indiquée par les normes OMS de croissance de l'enfant (2). Elle peut être due à un faible rapport poids/taille (émaciation) ou à un faible rapport taille/âge (retard de croissance) ou à une combinaison des deux (1). De même, une émaciation ou un retard de croissance modéré sont définis comme un rapport poids/taille ou un rapport taille/âge se situant, respectivement, entre -3 et -2 z-scores(1,3).

Depuis 2007, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë est devenue le traitement de référence pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS). Le modèle communautaire actuel représente un changement historique dans la prise en charge clinique de la MAS, dans lequel la majorité des enfants atteints de MAS ne présentant pas de complications cliniques ni d'appétit suffisant bénéficient des soins ambulatoires, tandis que la prise en charge des patients hospitalisés est réservée à la stabilisation de cas compliqués (8).

Pour l'aspect communautaire de la PCIMA (Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë), la direction nationale et régionale de la santé doivent planifier la mise en œuvre du programme communautaire pour les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë avec les autres secteurs concernés. Le district sanitaire (le centre de santé de référence et le centre de santé communautaire) est l'unité administrative principale pour le développement et la gestion du programme de la PCIMA. Pour la participation communautaire, le relais communautaire est une personne venant au sein de la communauté et disposé à passer du temps à fournir des services aux ménages sans être employé formellement ou être payé. Il assure le dépistage actif dans la communauté, la référence, le suivi des cas de malnutrition par des visites à domicile, appui la stratégie avancée et fait la recherche active des perdus de vues (8).

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé communautaire de Boukassoumbougou II. Ce choix s'explique par le fait que Boukassoumbougou II a été classé parmi les aires de santé à couverture faible dans le district sanitaire de la commune I du district de Bamako en 2015 par la Croix Rouge Malienne (CRM) en collaboration avec la Croix Rouge de Belgique (CRB) à travers une étude d'investigation et de prise en charge de la malnutrition à assise communautaire (9). Durant toute l'année 2019 seulement 434 enfants de 6 à 59 mois ont pu

être dépistés pour une cible de 6055 enfants avec une population totale estimée à 33640 habitants en 2019 et 34585 en 2020. Les derniers résultats de l'enquête SMART (10) réalisée en 2018 ont révélé un taux de MAG (Malnutrition Aiguë Globale), un taux de MAM (Malnutrition Aiguë Modérée) de 0,8% et un taux de MAS (Malnutrition Aiguë Sévère) de 0,2% (10). Cette étude permettra d'évaluer les obstacles liés au dépistage des cas de malnutrition aiguë. Elle permet également d'évaluer le niveau d'implication des décideurs, des parents d'enfants malnutris et de la communauté dans le dépistage de la malnutrition. Une grande implication des décideurs permettra d'améliorer le taux de dépistage de la malnutrition. Des solutions seront proposées afin de résoudre les difficultés liées au dépistage des cas de malnutrition aiguë.

### **Hypothèse de recherche**

- Le faible taux de dépistage de la malnutrition est lié à une rupture fréquente des outils de dépistage ;
- Le faible taux de dépistage de la malnutrition est lié à un manque de formation des relais communautaires ;
- Le faible taux de dépistage de la malnutrition est lié à un manque de motivation des relais communautaires ;
- Il existe une faible implication de la communauté (décideurs, leaders, mères d'enfant malnutris) pour un dépistage des cas de malnutrition.

### **Objectifs :**

#### **Objectif général :**

Améliorer le taux de dépistage de la malnutrition aiguë chez les enfants de 06 à 59 mois dans l'aire de santé du CSCOM de Boukassoumbougou II.

#### **Objectifs spécifiques :**

- Identifier les obstacles liés au taux faible de dépistage de la malnutrition aiguë ;
- Proposer des solutions pour une augmentation du taux de dépistage des cas de malnutrition aiguë ;
- Appliquer ces solutions avec les relais communautaires en charge de l'amélioration du taux de dépistage de la malnutrition aiguë.

- Apprécier l'effet de l'application de ces actions sur le taux de dépistage de la malnutrition aiguë.

## 2. METHODOLOGIE :

### 2.1. Cadre de l'étude :

#### ➤ Présentation :

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé du Centre de Santé Communautaire de Boukassoumbougou II dans le district sanitaire de la commune I du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

#### **Commune I :**

Créée par l'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 Aout 1978, modifiée par la loi n° 82-29/AN-RM du 02 février 1982, la commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord est de Bamako. Elle est comprise entre le 12°72 et 12°62 de latitude nord et les 8 et 7° 9 de longitude ouest et couvre une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,8% de la superficie totale du district de Bamako (267 km<sup>2</sup>).

La répartition des aires de santé est presque calquée sur celle des quartiers de la commune, par contre il y a une aire de santé qui est à cheval sur deux quartiers (l'aire de santé de l'ASACOKOSSA entre Korofina sud et Salembougou). Aussi dans le quartier de Banconi, le PDSC prévoit deux(2) aires de santé fonctionnelles, il s'agit de l'aire de santé de Banconi et celle de Dianguinebougou .A Boukassoumbougou, il existe aussi deux aires de santé fonctionnelles : ASACOBOUL I et ASACOBOUL II. Il en est de même pour le quartier de Sikoro avec deux aires de santé fonctionnelles à savoir ASACOMSI et ASACOSISOU.

-Les autres aires de santé et leurs quartiers sont :

ASACODJE à Djélibougou ;

ASACODOU à Doumanzana ;

ASACOFADI à Fadjiguila ;

ASACOCKO NORD à Korofina Nord ;

ASACOS à Sotuba.

En commune I, deux Centres de santé communautaires fonctionnels sont en location ; il s'agit ASACOBOUL II et ASACODIAN.

#### **Boukassoumbougou**

Boukassoumbougou est un quartier de la commune I du district de Bamako, il fut l'un des quartiers les plus anciens de Bamako. Le centre de santé communautaire de



Boukassoumbougou II (ASACO BOUL II) est situé sur la route de Koulikoro, rue ex Montana, en allant vers l'école fondamentale de Boukassoumbougou, 7<sup>ème</sup> rue à gauche, rue 442, porte 113.

La population totale de l'aire de l'ASACOBOUL II est de 33640 habitants en 2019 et de 34585 habitants en 2020.

Depuis son adoption le 15 décembre 1990, la politique sectorielle de santé et de population du Mali a autorisé la création des centres de santé communautaires (CSCOM) à travers tout le pays.

Le CSCOM de Banconi fut le premier centre de santé communautaire fonctionnel depuis mars 1989. Aujourd'hui, au Mali, on compte 1170 CSCOM fonctionnels et 62 districts sanitaires. Après un désaccord entre la population de Boukassoumbougou sur le nouveau site attribué au CSCOM, ASACOBOUL II fut créé le 01 septembre 1992 sur Fond de crise.

La population de Boukassoumbougou est mixte et composée de commerçants de cultivateurs, d'éleveurs et des professionnels. Pratiquement toutes les langues sont parlées mais le Bambara reste la plus parlée.

#### **CSCOM de Boukassoumbougou II :**

##### **➤ Personnels :**

- Un médecin directeur payé par les collectivités ;
- Un médecin responsable santé de la reproduction payé par les collectivités ;
- Quatre sages-femmes payées par les collectivités ;
- Une sage-femme payée par l'état ;
- Une sage-femme payée par l'ASACO ;
- Un TSS chargé SIS payé par l'ASACO ;
- Une TSS chargée de la vaccination payée par les collectivités ;
- Un Gérant comptable payé par l'ASACO ;
- Une technicienne de laboratoire payée par l'ASACO ;
- Deux techniciens de santé (tous payés par les collectivités) ;
- Cinq matrones (4 payées par l'ASACO et une par l'état) ;
- Un gardien payé par l'ASACO.

Les infrastructures :

Le CSCOM comprend :

- Une salle de consultation curative pour deux médecins servant en même temps de salle d'Echographie ;
- Une salle de Consultation Périnatale Natale servant également de salle de Consultation Post Natale, de Prévention de la Transmission Mère Enfant, de Planification Familiale, de Counseling et de déclaration de naissance ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle de suite de couche de 4 lits ;
- Une salle de garde de la maternité servant de salle de consultation préventive des enfants sains et de salle de dépistage et prise en charge de la malnutrition ;
- Une salle de repos de 3 lits pour les patients ;
- Une salle de Pansement ;
- Une salle d'injection ;
- Un laboratoire ;
- Une pharmacie ouverte de 08h à 16h ;
- Une pharmacie de garde ouverte de 16h à 08h
- Un hangar pour les activités de vaccination.
- Une toilette pour le personnel ;
- Une toilette pour les patients.

## **2.2. Type de l'étude :**

C'était une étude transversale et de recherche action.

## **2.3. Période de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée pendant une période de trois (3) mois allant du 01<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2020.

## 2.4. Population d'étude

Notre étude a concerné la population de l'aire de santé de Boukassoumbougou II.

Elle était constituée du personnel technique impliqué dans les activités de nutrition, des relais communautaires, des mères d'enfants malnutris et des leaders /décideurs.

### 2.4.1. Taille de l'échantillon pour les mères d'enfants malnutris

La taille de l'échantillon pour la zone d'étude a été déterminée par la formule de Daniel Schwartz :

$$N = \frac{z^2 * p * q}{i^2}$$

N = Taille d'échantillon minimale.

Z = paramètre lié au risque d'erreur (1,96)

P = Prévalence dépistage dans le CSCCom de ASACOBOUL II dans le DHIS2 2019 (0,07).

q = prévalence des autres pathologies (q = 1- p)

i = Précision absolu souhaitée exprimé en fonction (0,03)

En tenant compte dans la taille de l'échantillon d'environ 10% de tests qui peuvent être inexploitable, nous avons besoin de 60 mères d'enfants malnutris.

**Les autres populations de l'étude ont fait l'objet d'échantillonnage systématique.**

### 2.4.2. Critères d'études

#### 2.4.2.1. Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude les parents d'enfants malnutris qui ont donné leurs accords, les décideurs (les leaders communautaires) et les relais communautaires.

#### 2.4.2.2. Critère de non inclusion :

N'ont pas été inclus de l'étude les parents d'enfants souffrant d'une autre pathologie, la population hors aire, l'ensemble du personnel du centre ne travaillant pas dans l'unité de récupération nutritionnelle.

### 2.4.3. Technique d'échantillonnage

**Dans la population des mères d'enfant malnutris :**

Après la formation des relais nous avons procédé à la supervision des mères formées.

**Dans la population des décideurs :**

Tous les leaders communautaires.

**Dans la population des relais communautaires :**

Tous les relais chargés du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition.

**2.4.4. Technique et collecte des données :**

➤ **Matériel :**

La fiche d'enquête (voir annexe).

➤ **Collecte des données :**

Nous avons interrogé les décideurs/leaders communautaires.

Nous avons supervisé les mères des enfants malnutris ainsi que les relais chargés du dépistage à la tâche.

L'outil de collecte des données utilisé était : la fiche d'enquête qui a permis d'aborder les problématiques sur le dépistage de la malnutrition ainsi que la perception des décideurs de la communauté, les parents des enfants malnutris face à la malnutrition.

➤ **Analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Access et SPSS à partir de la fiche d'enquête individuelle.

**2.4.5. Variables et mesures :**

➤ **Variable expliquée :**

C'était la malnutrition.

➤ **Variable explicative :** Contribution à l'amélioration du taux de dépistage de la malnutrition ;

➤ **L'âge :** Variable continue ;

➤ **Sexe :** Variable dichotomique ;

➤ **Profession :** Variable polichotomique.

**2.4.6. Le Deroulement de la recherche :**

Il s'agissait d'une étude de recherche action permettant d'apporter des solutions à la problématique de dépistage de la malnutrition aiguë des enfants de 06 à 59 mois dans l'aire de santé de Boukassoumbougou II.

➤ **Première phase :**

Prise de contact avec l'équipe technique du centre, les membres de l'ASACO, les collectivités locales et ainsi que les partenaires, suivi de **l'identification du problème.**

➤ **Deuxième phase : planification de l'action :**

Après une réflexion sur la problématique qui est le dépistage de la malnutrition aiguë des enfants de 06 à 59 mois, les différentes composantes de la population concernée par l'étude ont fait des propositions d'actions selon leur pertinence. Ensemble, nous avons élaboré un plan d'action qui a permis d'améliorer considérablement le dépistage de la malnutrition aiguë des enfants de 06 à 59 mois.

**Troisième phase : la mise en place de l'action :**

Il s'agissait de réaliser les activités proposées dans le plan d'action, afin de résoudre la problématique du dépistage de la malnutrition aiguë dans le CSCOM de Boukassoumbougou II.

**Quatrième phase : l'évaluation des effets de l'action :** la vérification ou la mise à l'épreuve des hypothèses spécifiques de travail sera réalisée par le groupe d'amélioration du taux de dépistage de la malnutrition aiguë composé par le personnel technique impliqué, les membres de l'ASACO, les leaders/décideurs et les partenaires

**Cinquième phase : le partage du savoir généré :**

La capitalisation et la diffusion des résultats et conclusions de la recherche à travers un document de mémoire en partenariat avec le CSCOM de Boukassoumbougou II, l'ONG AMCP ALIMA et l'USTTB (Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako).

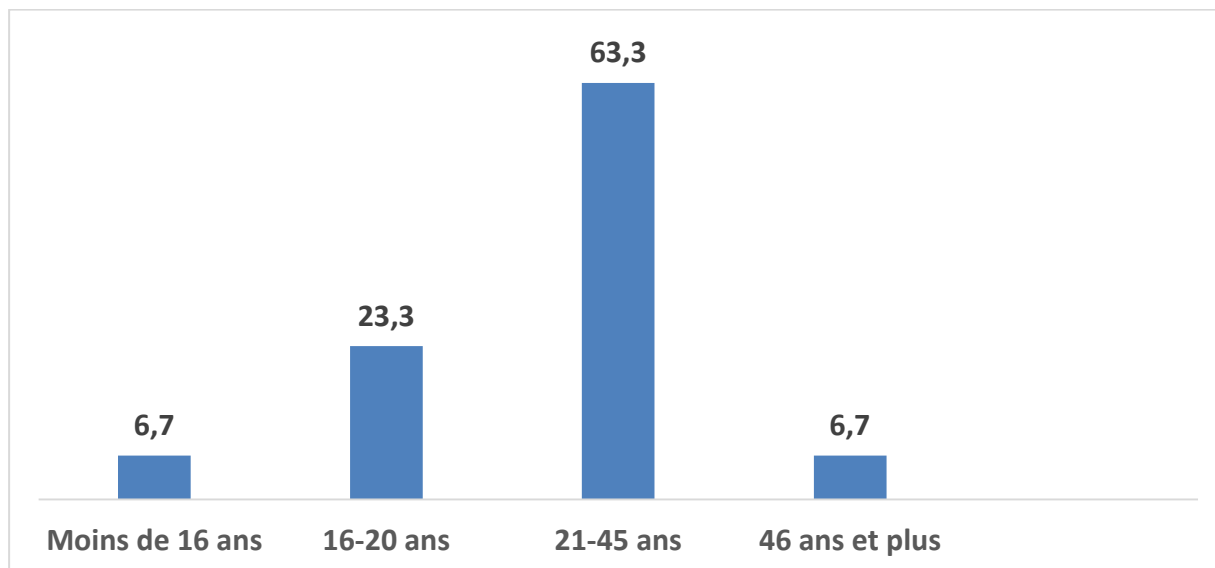
**2.4.7 Considération éthique :**

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques liées à la recherche sur les sujets humains en vigueur. Il ne s'agissait pas d'une étude expérimentale sur l'Homme, mais d'une étude permettant d'apporter des solutions pour résoudre les problématiques de dépistage de la malnutrition aiguë chez les enfants de 06 à 59 mois.

Un consentement individuel éclairé a été obtenu de chaque sujet. L'étude n'a comporté aucun risque additionnel chez les sujets, néanmoins les participants ont accordé une trentaine de minutes pour l'administration des questionnaires. Les noms et prénoms des sujets n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification a servi à identifier les sujets. Les données étaient gardées de façon confidentielle.

### 3. RESULTATS

#### DONNÉES GÉNÉRALES



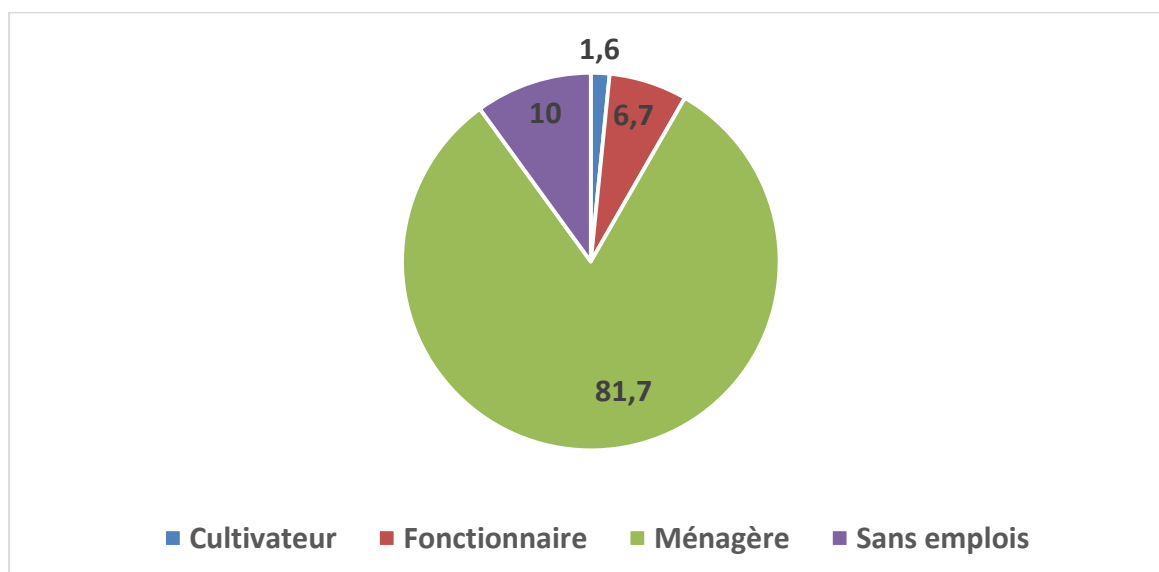
**Figure 1** : Répartition des parents d'enfants malnutris selon l'âge

Les parents d'enfants malnutris avaient un âge compris entre 21-45 ans dans 63,3% des cas.

**Tableau I** : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la résidence dans l'aire de santé

Résidence des parents d'enfant	Effectif	%
Aire de santé	60	100
Hors aire	0	0
Total	60	100

Les parents d'enfant malnutris résidaient à 100% de l'aire de santé.



**Figure 2 : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la profession**

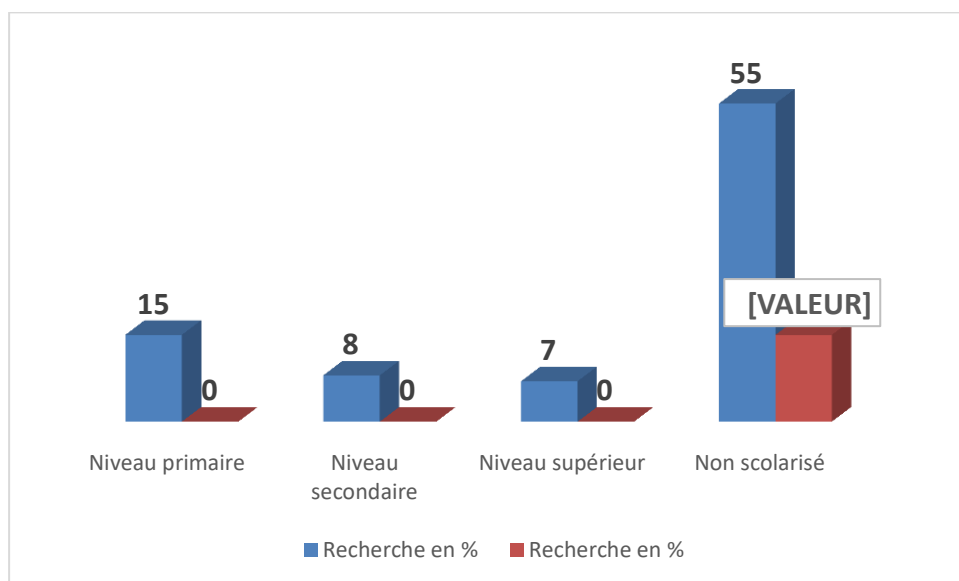
Les parents d'enfants malnutris étaient des ménagères dans 81,7% des cas.

**Tableau II : Répartition des parents d'enfants malnutris selon le niveau scolaire**

Niveau d'instruction des parents	Effectif	%
<b>Non scolarisés</b>	<b>42</b>	<b>70</b>
Niveau primaire	9	15
Niveau secondaire	5	8,3
Niveau supérieur	4	6,7
Total	60	100

Les parents d'enfants malnutris étaient non scolarisés dans 70% des cas.

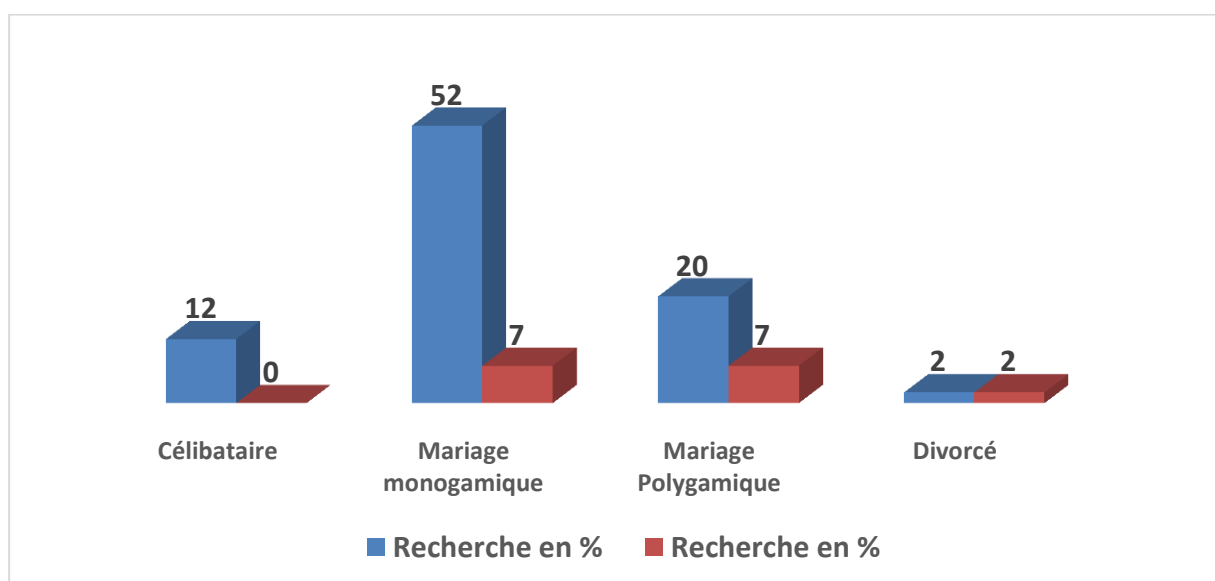




**Figure 3 : Répartition des parents d'enfants malnutris par niveau scolaire selon la recherche d'œdèmes**

Les parents d'enfants malnutris qui ne recherchaient pas les œdèmes étaient non scolarisés.

Ils représentent 15%.



**Figure 4 : Répartition des parents d'enfants malnutris statut matrimonial**

Les parents d'enfants malnutris recherchant les œdèmes étaient dans un mariage monogamique 52% des cas.

**Tableau III : Répartition des relais selon la formation reçue en PCIMA.**

Avant			Après		
Relais formés	Effectif	%	Relais formes	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>Oui</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Non	12	86	Non	0	0
Total	14	100	Total	14	100

Les relais communautaires formés représentaient 14% à l'étape I contre 100% à l'étape II.

**Tableau IV : Répartition des relais selon la disponibilité des outils de travail**

Avant			Après		
Relais outillés	Effectif	%	Relais outillés	Effectif	%
<b>Outils disponibles</b>	<b>6</b>	<b>43</b>	<b>Outils disponibles</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Outils non disponibles	8	53	Outils non disponibles	0	0
Total	14	100	Total	14	100

Seulement dans 43% des cas les outils de travail ont été disponibles à l'étape I contre 100% à l'étape II.

**Tableau V : Répartition des relais selon la motivation financière**

Relais motivés	Effectif	%	Relais motivés	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Oui</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Non	14	100	Non	0	0
Total	14	100	Total	14	100

Aucuns relais n'étaient motivés financièrement à l'étape I contrairement à l'étape II ou tous les relais ont été pris en charge par l'ONG partenaire.

**Tableau VI : Répartition des relais selon qu'ils expliquent clairement les objectifs de la formation**

Explication sur les objectifs de la formation	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>
Non	1	1,7
Total	60	100

Les relais expliquaient clairement les objectifs de la formation aux parents d'enfants dans 98,3% des cas.

**Tableau VII : Répartition des relais selon qu'ils expliquent clairement la technique PB à la mère**

Explication sur la technique PB à la mère	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>
Non	1	1,7
Total	60	100

Les relais expliquaient clairement la technique de mesure du PB aux mères dans 98,3% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des relais selon qu'ils expliquent clairement la technique de recherche des œdèmes**

Explication sur la technique de recherche des œdèmes	Effectif	%
Oui	59	98,3
Non	1	1,7
Total	60	100

Les relais expliquaient clairement la technique de recherche des œdèmes dans 98,3 % des cas.

**Tableau IX : Répartition des relais selon qu'ils démontrent la technique PB à la mère**

Démonstration de la technique PB à la mère	Effectif	%
Oui	59	98,3
Non	1	1,7
Total	60	100

Les relais démontraient la technique de mesure du PB aux mères dans 98,3% des cas.

**Tableau X : Répartition des relais selon qu'ils démontrent la technique de recherche d'œdèmes**

Démonstration de la technique de recherche d'œdèmes	effectif	%
Oui	59	98,3
Non	1	1,7
Total	60	100

Les relais démontraient la technique de recherche des œdèmes aux mères dans 98,3 % des cas.

**Tableau XI : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la maîtrise du PB**

Avant			Après		
Maitrise du PB par les parents	Effectif	%	Maitrise du PB par les parents	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Oui</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>
Non	60	0	Non	1	1,7
Total	60	0	Total	60	100

Aucuns parents d'enfants malnutris ne maîtrisaient la mesure du PB à l'étape I, mais à l'étape II 98,3 % des parents maîtrisaient la mesure du PB.

**Tableau XII : Répartition des parents d'enfants malnutris selon recherche d'œdème**

Recherche d'œdème par les parents	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>51</b>	<b>85</b>
Non	9	15
Total	60	100

Les parents d'enfants malnutris recherchaient les œdèmes dans 85% des cas.

**Tableau XIII : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la connaissance des messages clés**

Connaissance des messages clés par les parents	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>
Non	1	1,7
Total	60	100

Les parents d'enfants malnutris connaissaient les messages clés à véhiculés lors de la formation dans 98,3% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la démonstration du PB mère**

Démonstration du PB par les parents	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
Non	0	0
Total	60	100

Les parents d'enfants malnutris mesuraient le PB dans 100% des cas.

**Tableau XV : Répartition des parents d'enfants malnutris selon la démonstration d'œdèmes**

Démonstration d'œdèmes par les parents	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
Non	0	0
Total	60	100

Les parents d'enfants malnutris démontraient les œdèmes dans 100% des cas.

**Tableau XVI : Répartition des leaders et décideurs selon la connaissance de la malnutrition**

Avant			Après		
Connaissance de la malnutrition par Leaders/décideurs	Effectif	%	Connaissance de la malnutrition par Leaders/ décideurs	effectif	%
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>Oui</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Non	15	50	Non	0	0
Total	30	100	total	30	100

Seulement 50% des leaders /décideurs connaissaient la malnutrition à l'étape I contre 100% à l'étape II.

**Tableau XVII : Répartition des leaders/décideurs sur la connaissance de l'existence PCIMA**

Avant			Après		
Connaissance de l'existence PCIMA Leaders/décideurs	Effectif	%	Connaissance de l'existence PCIMA Leaders/décideurs	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>Oui</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Non	22	73,3	Non	0	0
Total	30	100	Total	30	100

Les décideurs/leaders connaissaient l'existence d'un programme de prise en charge de la malnutrition dans 26,7 % à l'étape I contre 100% des cas à l'étape II.

**Tableau XVIII : Répartition des leaders/décideurs selon leurs implications dans les activités de nutrition**

Avant			Après		
Implications des leaders/décideurs	Effectif	%	Implications des leaders/décideurs	Effectif	%
<b>Oui</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>Oui</b>	<b>25</b>	<b>83</b>
Non	24	80	Non	5	17
Total	30	100	Total	30	100

Seulement 20% des leaders/décideurs étaient impliqués dans les activités de nutrition à l'étape I contre 83% des cas à l'étape II.

**Tableau XIX : Répartition des leaders/décideurs non impliqués selon leur volonté d'être impliqué**

Non implication des leaders/décideurs selon leur volonté d'être impliqué	Effectif	%
Activité communautaire (dépistage)	8	33,3
<b>Communication (IEC, sensibilisation)</b>	<b>16</b>	<b>66,7</b>
Total	24	100

Les leaders/décideurs veulent s'impliquer dans la communication dans 66,7% des cas.



#### 4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude de recherche a porté sur la contribution à l'amélioration du taux de dépistage de la malnutrition aigüe dans l'aire de santé de Boukassoumbougou II dans la commune I du District de Bamako. La population de l'aire de santé était de 34585 habitants en 2020 avec une cible des enfants de 6 à 59 mois de 6225.

Elle s'est déroulée sur trois (3) mois avec la participation active de tout le personnel en charge de la nutrition, des quatorze (14) relais communautaires formés, des membres de l'ASACO, des leaders /décideurs et du partenaire l'ONG AMCP/ALIMA.

Pour atteindre notre objectif nous avons initié des actions avec le partenaire à savoir :

- Une nouvelle initiative qui consistait à former les mères au dépistage par la technique de mesure du périmètre brachial et la recherche d'œdème afin de les permettre d'identifier leur enfant atteint de MA dans la communauté ;
- Formation et recyclage des quatorze (14) relais communautaires.

A noter que la formation des parents d'enfants malnutris a été assurée par les relais communautaires qui ont visité tous les ménages durant cette activité.

Ainsi après cette première étape de formation et recyclage nous avons supervisé les relais dans soixante (60) ménages avec un questionnaire.

Nous avons également supervisé soixante (60) parents d'enfant malnutris qui ont bénéficié de la formation des relais avec un questionnaire et décrit leurs caractéristiques socio démographiques.

Enfin nous avons interrogé trente (30) leaders/décideurs communautaires sur leur connaissance et implication dans les activités de malnutrition. Les relais évoluaient en binôme soit sept (7) équipes pour la formation des mères et le dépistage.

Pour un aperçu nous avons choisi de faire une comparaison par grande ligne sur les résultats.

Avant l'étude seulement 14% des relais communautaires étaient formés contre 100% à la fin de l'étude ; les outils étaient disponibles dans 43% des cas contre 100%.

Auparavant aucune motivation financière pour les relais communautaires mais avec cette étude 100% des relais étaient motivés financièrement.

Avant l'étude 50% des leaders/décideurs ne connaissaient pas la malnutrition, 26,7% ne savaient pas qu'il existait une PCIMA, 80% n'étaient pas impliqués dans les activités de

nutrition ; mais à l'évaluation finale 100% des leaders connaissaient la malnutrition, 100% savaient l'existence de la PCIMA et 83% étaient impliqués dans les activités de nutrition.

Au début de cette étude aucuns parents d'enfants malnutris ne maitrisaient la technique de mesure du périmètre brachial ni la recherche d'œdème mais après le plan d'action 98,3% des mères maitrisaient correctement la technique de mesure du PB.

Nous avons observé une nette amélioration du taux de dépistage de la malnutrition aigüe dans l'aire de santé. Dans la mise en œuvre des actions les relais ont été formés à 100%. Les relais évoluaient en binôme soit sept (7) équipes et ont formé durant l'activité 6366 mères soit 83,66% au dépistage de la MA selon la technique de mesure du Périmètre Brachial (PB) et la recherche d'œdème. Ce taux était largement supérieur à celui retrouvé dans une étude similaire menée par l'UNICEF à Madagascar en mai 2018 ou les mères formées ont représenté seulement 2,40% (11). Nous avons observé soixante (60) mères formées à la tâche et les relais dans soixante (60) familles entrain de former les mères.

Les Relais et les mères d'enfants malnutris ont dépisté 6230 enfants de 6 à 59 mois pour la malnutrition soit 100,08%. Ce taux était similaire à celui retrouvé dans une étude menée par MSF à Koutiala 100%(12). Parmi ces enfants 122 étaient considérés comme malnutris modérés soit 1,96%, 49 comme malnutris sévères soit 0,79% tous admis au programme de prise en charge de la malnutrition.

### **Les relais communautaires :**

Les relais communautaires expliquaient clairement les objectifs de la formation aux parents d'enfants malnutris. Ils expliquaient et démontraient explicitement les techniques de mesure du PB et la technique de recherche des œdèmes dans 98,3% des cas. Cela s'explique par la formation reçue avant l'étude.

### **Les parents d'enfants malnutris :**

Toutes les mères d'enfants malnutris résidaient dans l'aire de santé soit 100% des cas. L'intervalle d'âge 21-45 ans a représenté 63,3% des cas. Le taux de scolarisation des mères d'enfants malnutris était de 30%, inférieur à celui de l'UNICEF (64%) obtenu dans la région de Kayes (10) et celui obtenu également par NIARE B à Koniakary(13). Les parents d'enfants étaient Sarakolés dans 33,3% des cas suivis des bambaras avec 26,7% des cas. Selon la profession 81,7% étaient des ménagères, contre 92% de ménagères chez NIARE.B à Koniakary(13) et 88% de ménagères chez COULIBALY.C.O.D à Niono cité par NIARE B(13) Les parents d'enfants malnutris connaissaient les messages clés à véhiculer lors de la

formation dans 98,3% des cas. Ce taux était supérieur à celui retrouvé dans une étude similaire menée par l'UNICEF en mai 2018 à Madagascar 73% (11).

Les parents d'enfants malnutris mesuraient correctement le PB dans 100% des cas, contre 95% des cas dans une étude similaire menée par l'UNICEF à Madagascar(11)

Seuls parmi les parents d'enfants malnutris non scolarisés l'œdème n'était pas recherché, ils représentaient 15% des cas contre 36% dans une étude similaire menée en 2018 par l'UNICEF à Madagascar (11)

Les leaders /décideurs :

Les leaders/décideurs voulaient s'impliquer dans la communication dans 66,7% des cas.

À la fin de cette étude, tous les relais communautaires avaient reçu une formation sur le dépistage de la malnutrition, toutes les mamans mesuraient correctement le PB.

La quasi-totalité des leaders/décideurs ont eu l'information et se sont impliqués activement.

La formation a conféré aux mères les capacités confirmées de dépister la malnutrition aigüe à domicile par l'utilisation du PB, l'identification des œdèmes et la référence en cas de gravité.

### **Points forts**

Notre travail a été rendu possible grâce à l'engagement des personnels techniques chargés de la nutrition, des membres de l'ASACO et surtout du partenaire qui a assuré la dotation en outils de la formation des relais et la prise en charge financière des relais durant l'activité.

### **Points à améliorer**

La durée de l'étude afin de superviser beaucoup plus de parents d'enfants malnutris.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **CONCLUSION :**

Au terme de cette étude de recherche d'action, il ressortait qu'après trois mois (3) de mise en œuvre des actions, 6366 mères soit 83,66% ont bénéficié de la formation.

Avant l'Etude on notait une insuffisance dans la formation des relais, l'implication des leaders/décideurs et des mères d'enfants malnutris et une absence de motivation des relais communautaires.

Avec l'aide du partenaire nous avons eu donc à former les relais qui ont formé durant toute l'activité les mères au dépistage de la MA et à la recherche d'œdèmes.

Nous avons tiré un bilan positif de cette étude qui nous a permis de dépister pratiquement toute la cible et former plusieurs mamans qui ont les capacités confirmées de dépister la MA à domicile par la technique de mesure du PB, l'identification des œdèmes et la référence.

En effet 98,3% des mères ont maîtrisé toutes les consignes de la formation.

Malgré l'amélioration du taux de dépistage suite à notre action, un suivi à moyen et long terme est nécessaire pour maintenir le centre à ce niveau.

### **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de notre étude nous avons fait les recommandations ci-après :

#### **A l'endroit de l'ASACO**

Assurer le suivi régulier des actions déjà réalisées ;

Elaborer un plan de motivation des relais communautaires ;

Intensifier l'information et la communication sur les activités spécifiques du centre.

#### **A l'Endroit des partenaires**

Continuer l'appui dans le cadre du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe.

## REFERENCES

- 1 **Telly N, Guindo O, Diawara N, Diakité SB, Iknane A Ag.** Evaluation du statut nutritionnel et des attitudes relatives à l'hygiène dans la commune de Bamba (cercle de Bourem – région de Gao) au Mali. MALI SANTE PUBLIQUE 2013 ; 3(1), 80-83
- 2 **Organisation Mondiale de la Santé.** Malnutrition aigüe modérée. [https://www.who.int/nutrition/topics/moderate\\_malnutrition/fr/](https://www.who.int/nutrition/topics/moderate_malnutrition/fr/)
- 3 **Odei G A, Karamagi C S, Wamani H.** Severe acute malnutrition and post-treatment outcomes among children in Uganda. RUFORUM Working Document 2016 ; (1) : 479-487.
- 4 **Iknane A Ag, Sombié C, Kamian K, Diawara F, Konaté K, Dramé K, Touré H.** Pratiques des mères en matière de santé - nutrition des enfants de moins de 5 ans à Sikasso au Mali. MALI SANTE PUBLIQUE 2013 ; 3 (1), 92-96.
- 5 **Coulibaly MB, Ouattara B, Fomba D, Dakouo F, Dembélé K et al.** Evaluation de la prise en charge des malnutris aigus sévères des enfants de moins de 5 ans dans l'unité de récupération nutritionnelle intensive du district sanitaire de Markala, Mali .Jaccr Africa 2020; 4(1): 63-68.
- 6 **Traore M, Coulibaly MB, Dakouo F, Traore AK, Dembélé M.** Estimation de l'impact de la sensibilisation sur la gestion de la malnutrition aigüe modérée dans le centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou, Mali. Jaccr Africa 2020; 4(3): 200-205.
- 7 **Mukuku O, Mutombo A M, Luboya O N.** Développement d'un score prédictif de malnutrition aigüe sévère chez les enfants de moins de 5 ans. The Pan African Medical Journal, 2018 ;29 :185.
- 8 **Coulibaly MB, Dakouo F, Kané AM, Coulibaly KB, Fomba S, F Dicko Traore.** Pratique de l'unité de récupération, d'éducation nutritionnelle et ambulatoire sévère : Prise en charge des malnutris aigus sévères du centre de santé communautaire de Konobougou au Mali. Jaccr Africa 2020; 4(2): 288-294.
- 9 **Rapport Annuel d'activités de la Commune I du District de Bamako.** Décembre 2015.
- 10 **Ministère de la santé du Mali, OMS.** Enquête Nutritionnelle et de Mortalité rétrospective de type SMART, 2018, Mali.

- 11 **Ministère de la santé publique de Madagascar, UNICEF.** Evaluation de l'activité de dépistage de la malnutrition aigüe par les mères dans les régions d'Androy et d'Anosy, office national de nutrition, Madagascar Mai 2018.
- 12 **Ministère de la santé du Mali, MSF.** Dépistage de masse de la malnutrition district de Koutiala région de Sikasso de Aout à septembre 2013 ; pub novembre 2013.
- 13 **NIARE B,** Etude de recherche action sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de nutrition des enfants de 6 à 59mois dans la commune urbaine de Koniakary, mémoire médecine FMPOS , Mai 2016,60 pages.

**Annexes :****Questionnaire : sur la contribution au dépistage de la malnutrition aiguë modérée dans l'aire de santé de Boulkassoumbougou II.**

**Lieu d'étude :** Centre de santé communautaire de Boulkassoumbougou II (ASACOBOULII).

**Nom enquêteur :** \_\_\_\_\_

**Numéro questionnaire :** \_\_\_\_\_

**Bonjour,**

Nous sommes étudiants/médecins et nous faisons une enquête pour connaître la problématique du dépistage de la malnutrition afin de les résoudre par des solutions. Pourriez-vous répondre à quelques questions s'il vous plait ?

**Ce questionnaire est anonyme, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, seule votre opinion compte.**

**A/ Renseignements généraux sur l'avis personnel et le niveau d'implication des décideurs sur la malnutrition :**

- 1) Connaissez-vous la malnutrition  
Oui /\_ / ou Non /\_ /
- 2) Savez-vous qu'il existe un programme de prise en charge de tous les enfants malnutris  
Oui /\_ / ou Non /\_ /,
- 3) Si oui depuis quand êtes-vous au courant
  - a) Avant 03 mois,
  - b) Plus de 03 mois,
  - c) avant 06 mois,
  - d) plus de 06 mois.
- 4) Savez-vous que La prise en charge des cas de malnutritions nécessite une implication du personnel soignant mais aussi une implication collective de la famille et de la communauté,

Oui /\_ / ou Non /\_ /,

a) Si oui quelle a été votre niveau d'implication .....

.....?

b) Si non êtes-vous prêt (e) à vous impliqué dans cette cause

Oui /\_ / ou Non /\_ /,

a) si non, pourquoi ? Préciser /----- /

b) si oui comment..... ?

**Merci beaucoup pour vos réponses et le temps consacré à ce questionnaire**

**I/ Renseignement généraux sur les parents d'enfants malnutris:**

1) Numéro d'identification : / \_\_\_\_ /

2) Age :

a) Moins de 16 ans / \_\_ /

b) Entre 16- 20 ans / \_\_ /

c) De 21- 45ans /\_\_ /

d) Plus de 45 ans /\_\_ /

3) La résidence

a) Vivant dans l'aire de santé ;

b) Vivant hors aire de santé.

4) Profession :

a) Ménagère

b) Cultivateur

c) Sans emploi

d) Fonctionnaire

e) Autre

5) Niveau de scolarisation :

a) Non scolarisé

b) Niveau primaire

c) Niveau secondaire

d) Niveau supérieur

e) Autre

6) Ethnie :



- a) Bambara
  - b) Sarakolé
  - c) Peulh
  - d) Bobo
  - e) Minianka
  - f) Senoufo
  - g) Sonrhāi
  - h) Autre
- 7) Statut marital
- a) Célibataire
  - b) Mariage monogamique
  - c) Mariage polygamique
  - d) Divorcé

## **II/Renseignements sur le niveau de connaissance des relais après la formation**

Tous les membres de l'équipe ont été formés oui Non

L'équipe dispose elle de tous les outils oui Non

L'équipe explique-t-elle clairement les objectifs du dépistage par les mamans oui non

L'équipe explique-t-elle clairement la technique de mesure du PB aux mères oui Non

L'équipe explique-t-elle clairement la technique de recherche des œdèmes aux mères  
oui non

L'équipe démontre t'elle clairement la technique de mesure du PB aux mères oui non

L'équipe démontre t'elle clairement la technique de recherche des œdèmes aux mères  
oui non

## **III/Renseignements sur le niveau de connaissance des parents d'enfants malnutris**

Est-ce que les mères maîtrisent la mesure du PB oui non

Est-ce que les mères font la recherche des œdèmes oui non

Est-ce que les mères connaissent les couleurs qui doivent être référés au centre

Est-ce que les mères connaissent les messages clés

**Merci beaucoup pour vos réponses et le temps consacré à ce questionnaire**

## **II) FOCUS GROUP**

### **1) Constitution des groupes focalisés**

Le focus group a pour objet de faire ressortir d'une part les données qualitatives des parents d'enfants malnutris et d'autre part les décideurs de la communauté. La constitution des FOCUS GROUP se fera en fonction du statut des membres du groupe. D'une part les parents d'enfants malnutris (homme et femme) et d'autre part les décideurs (homme et femme).

Il sera composé de deux groupes, tous homogènes :

-Une population de six personnes chez les parents d'enfants malnutris dans chaque quartier

-Une population de trois personnes chez les décideurs dans chaque

### **2) L'organisation logistique des groupes de discussion**

Cela concerne le lieu de réunion, la date, l'horaire et l'accueil des participants

### **3) L'enregistrement des groupes**

### **4) L'animation des groupes : relève d'un animateur un observateur et d'un secrétaire :**

Un briefing avant chaque focus group et un débriefing après chaque focus groupe entre l'animateur et l'observateur et le secrétaire après chaque focus groupe.

### **5) Le guide d'entretien qualitatif :**

Le guide d'entretien permet de définir précisément le déroulement de la séance. Il est reproductible entre chaque séance et permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti. Il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin.

### **6) Guides d'entretien de groupes focalisés (*Focus Groups*)**

#### **A/ Le guide d'entretien des parents des enfants malnutris:**

Selon vous que veut dire la malnutrition ?

Est-ce que vous maîtrisez la mesure du PB oui non

Est-ce que vous savez comment rechercher des œdèmes oui non

Est-ce que vous connaissez les couleurs qui doivent être référés au centre oui non

Est-ce que vous connaissez les messages clés oui non

**Merci beaucoup pour vos réponses et le temps consacré à ce questionnaire**

**C/ Le guide d'entretien des décideurs de la communauté :**

- 1) Selon vous que veut dire la malnutrition ?
- 2) Quelles sont les causes liées à la malnutrition ?
- 3) Connaissez-vous le programme qui s'occupe des cas de malnutrition chez les enfants de 06 à 59 mois ?
  - a) Oui / \_ / Ou Non / \_ / ; Si oui, comment avez-vous su l'existence du programme ?
- 4) Est- êtes-vous prêt (e) à collaborer avec ce programme pour une meilleure prise en charge des enfants malnutris de votre communauté.
  - a) Oui je suis prêt (e) à collaborer
  - b) Non je ne suis pas prêt (e), pourquoi ? Préciser / \_\_\_\_\_ /

**Merci beaucoup pour vos réponses et le temps consacré à ce questionnaire**

**Fiche signalétique****Nom** : CISSE**Prénom** : Seybou**Titre du Mémoire** : Contribution à l'amélioration du taux de dépistage de la malnutrition Aigüe dans l'aire de sante du CSCom de Boulkassoumbougou II**Année Universitaire** : 2019-2020**Ville de soutenance** : Bamako**Pays de soutenance** : Mali**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako : FMOS**Secteurs d'intérêt** : sante publique.**RESUME** : Le but de cette étude était de contribuer à l'amélioration du Taux de dépistage de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans l'Aire de santé de Boulkassoumbougou II. Il s'agissait d'une étude de recherche d'action. Notre étude a permis d'améliorer le taux de dépistage de la malnutrition aigüe.

Elle a permis dans un premier temps de mettre en évidence l'insuffisance dans le dépistage, le manque de formation l'absence de motivation financière des relais communautaires impliqués ; le manque d'implications des leaders/décideurs et l'insuffisance des outils.

Durant trois (3) mois d'activité intense les relais communautaires ont dépisté 6230 enfants de 6 à 59mois avec 49 cas de malnutritions aigues sévères, 122 cas de malnutritions modérées et formé 6366 mères qui ont désormais des compétences avérées pour le dépistage de la malnutrition et l'autoréférence en cas de MA.

Le suivi reste de rigueur pour la pérennisation de cet acquis.

**Mots clés** : dépistage