

## Soins Essentiels Communautaires (SEC) : Problématique de la prise en charge des enfants malades par les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la commune rurale de Sagabala, Mali

### Essential Community Care (ECC): Issue of the care of sick children by Community Health Agents (CHA) in the rural town of Sagabala, Mali.

Aboubakary KONATE<sup>1\*</sup>, Drissa BERTHE<sup>1</sup>, Oumar SANDJI<sup>7</sup>, Intimbeye TEMBINE<sup>1</sup>, Inhissa BENGALY<sup>2</sup>, Mamadou Bayo COULIBALY<sup>3</sup>, Bréhima Kafougo COULIBALY<sup>4</sup>, Abasse DIABY<sup>1</sup>, Mohamed DIABATE<sup>6</sup>, Issa Souleymane GOITA<sup>7</sup>, Boubacar NIARE<sup>5</sup>, Fatoumata DICKO<sup>7</sup>.

DOI : 10.53318/msp.v12i2.2616

1 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Ségou (Koulikoro-Mali)

2 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary (Kayes-Mali)

3 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)

4 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Sanoubougou 2 (Sikasso-Mali)

5 : Direction Régionale de la Santé de Bamako (Bamako- Mali)

6 : Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène publique (Bamako-Mali)

7 : Département de médecine de famille/médecine communautaire ; FMOS (Bamako-Mali)

\*Auteur correspondant : Dr Aboubakary KONATE, Centre de Santé Communautaire Universitaire (CSCoM U) de Ségou, Koulikoro –Mali ;

Tel : (00223) 66562052 ; Email : aboubakarykonate@gmail.com

#### Résumé

**Introduction :** Les prestations de santé effectuées dans les établissements de soins, tant en milieu rural qu'urbain, ne permettent pas en général un accès aux soins adéquats, rapides et équitables. La prise en charge des cas de maladie effectuée dans la communauté ou Soins Essentiels Communautaires (SEC), réduit considérablement les obstacles liés à l'accès aux soins de santé. Cette stratégie est faite à travers le déploiement des Agents de Santé Communautaire (ASC) formés, équipés et installés dans les villages, quartiers loin des centres de santé. Ces ASC ont un paquet bien défini leur permettant de faire le diagnostic, le traitement des enfants malades et orienter les cas qui dépassent leur compétence vers les centres de santé communautaire dans lesquelles ils appartiennent. L'objectif était d'évaluer la prise en charge des enfants malades par les ASC.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée entre Mars et Avril 2021 dans la commune rurale de Sagabala portant sur 4 sites ASC, elle concernait les fiches de prise en charge des enfants malades de 02 à 59 mois et les mères ou gardiennes d'enfants. **Résultats :** Au total les fiches de prise en charge de 281 enfants malades ont été examinées soit 46% de taux de fréquentation, le sex-ratio était de 1,3 et le moyen d'âge était de 32 mois. La fièvre était le motif le plus fréquent de consultation avec 49,5%. Dans la plupart des cas, la prise en charge avait eu lieu dans les deux jours suivant le début des symptômes. La malnutrition aiguë était observée chez 5,5% des enfants. Le paludisme était plus fréquent avec 48%. Dans 90,4% des cas le diagnostic était correct avec respect du protocole de traitement (82,5%). Le paquet promotionnel et préventif de l'ASC n'était pas suffisamment connu par la communauté.

**Conclusion :** Le renforcement de la sensibilisation communautaire sur le paquet d'activités de l'ASC semble être nécessaire pour sa meilleure appropriation par la communauté et un réel changement de comportement pour le bien-être de l'enfant, de la femme et de la famille.

**Mots clés :** Soins essentiels dans la communauté, enfants malades, Agent de Santé Communautaire.

#### Abstract

**Introduction:** Health services provided only in health facilities, in both rural and urban areas, generally do not provide access to adequate, timely and equitable care. Community case management, or Essential Community Care (ECC), removes barriers to accessing care by training and supporting Community Health Workers (CHW) to diagnose, treat and refer sick children to the community health centers in which they live. The objective was to assess the impact of the care of sick children by CHW. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study carried out between March and April 2021 in the rural town of Sagabala on 4 CHA sites, it concerned the care sheets for children from 0 to 59 months and mothers or caregivers. **Results:** In total, the care sheets of 281 children were examined, that is 46% attendance rate, the sex ratio was 1.3 and the average age was 32 months. Fever was the most common reason for consultation with 49.5%. In most cases, the consultation took place within two days of the onset of symptoms. Acute malnutrition was observed in 5.5% of children. Malaria was more frequent with 48%. In 90.4% of cases the diagnosis was correct with compliance with the treatment protocol (82.5%). The promotional and preventive role of the CHW was not sufficiently known by the community. **Conclusion:** The strengthening of community awareness on the package of CHW activities seems to be necessary for its better appropriation by the community and a real change in behavior for the well-being of the child, the woman and the family.

**Keywords:** Essential care in the community, sick children, Community Health Agents.

#### Introduction

Le retard dans l'accès à des soins efficaces a été corrélé avec une augmentation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans due au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à l'asphyxie néonatale [1]. un système de santé faible et fragile favorise l'apparition des obstacles à l'accès rapide aux soins [2]. Les coûts de soins des établissements de santé sont associés à la diminution de l'utilisation de

service de santé et au retard dans l'accès aux soins ; La suppression des frais médicaux est en corrélation avec l'augmentation des recours aux soins de santé, en particulier parmi les pauvres [4]. L'insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé, l'inégalité des genres, l'insuffisance des infrastructures et la pauvreté entravent également l'accès aux soins [2]. La distance géographique, bien qu'un obstacle plus important dans les contextes ruraux, peut encore entraver l'accès aux soins pour les pauvres des zones urbaines [4]. En conséquence, les prestations de santé effectuées dans les établissements de santé, tant dans les régions rurales que urbaines, ne fournissent en général pas un accès aux soins adéquats, rapides et équitables [5]. La prise en charge des cas dans la communauté ou Soins Essentiels Communautaires (SEC), réduit considérablement les obstacles liés à l'accès aux services et soins de santé par le déploiement des Santé Communautaire (ASC) formés, équipés et installés dans les sites pour diagnostiquer, traiter les enfants malades et orienter les cas en dehors de leur paquet vers les CSCOM relevant de leur site. Les Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) sont l'ensemble des services et soins préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables, accessibles géographiquement et financièrement, mis en œuvre dans la communauté et avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité au niveau des ménages et des familles [6, 7, 8]. Depuis 2004, l'OMS et l'UNICEF ont publié des déclarations conjointes pour soutenir les SEC dans le cadre du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, de la malnutrition aiguë et de la survie des nouveaux nés. Ces déclarations sont fondées sur un ensemble de données probantes montrant que la stratégie SEC est efficace dans l'augmentation des recours aux soins, la réduction des taux d'échec du traitement et la réduction de la mortalité due au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie et la mortalité toutes causes confondues [9]. Le paquet SEC diffère à bien des égards d'un pays à un autre, y compris dans le flux de travail des ASC, le recrutement, la formation, l'intégration dans les systèmes de santé, la supervision et la rémunération [10]. Cependant, un modèle particulier émerge entre les politiques et les stratégies des SEC en Afrique subsaharienne. Plusieurs pays d'Afrique avaient utilisé la stratégie SEC pour améliorer la santé de l'enfant principalement dans des milieux ruraux. L'objectif national pour étendre les SEC à grande échelle afin de couvrir tout le pays a été confronté à des défis importants de prise en charge des motivations des ASC et les avantages attendus de la stratégie SEC n'ont pas été observés dans toutes les circonstances [11]. Trois évaluations récentes indépendantes de programmes nationaux SEC au Burkina Faso, en Éthiopie et au Malawi n'ont montré aucun impact important sur le recours aux soins ou sur la mortalité infantile [12].

Les ASC ont montré qu'ils pouvaient améliorer les taux de l'allaitement maternel exclusif, le poids des nourrissons et le recours aux soins prénataux et postnataux grâce aux

visites à domicile dans une zone périurbaine d'Afrique du Sud [13]. Le programme BRAC Manoshi a réduit significativement les accouchements à domicile, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale par le biais de visites à domicile des ASC dans des bidonvilles du Bangladesh [14]. L'étude proactive de cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali a trouvé 154 décès pour 1000 naissances vivantes en 2008 avant l'intervention ProSEC et à 7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015, 7 ans après le lancement de l'intervention dans la zone d'étude [1]. Le Mali a le sixième taux le plus élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans, estimé à 114 décès/1 000 naissances vivantes en 2015 [15]. Au départ, le secteur public a fourni des soins primaires grâce aux centres de santé communautaire équipés et dotés d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de vente médicament.

Les indicateurs de santé montrent un changement positif au cours des six dernières années entre EDSM-IV à EDSM-V :

- Selon EDSM IV de 2006, le Taux de mortalité infantile était de 96 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans était de 191 pour 1000 naissances vivantes [6].

- Selon EDSM V, 2012-2013, le risque de mortalité infantile est évalué à 58 pour 1000 naissances vivantes. Ce niveau se décompose de la manière suivante : 35 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale et 23 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 42 pour 1000 naissances vivantes. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 98 pour 1000 naissances vivantes pour l'ensemble des cinq régions du Sud, à savoir Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le district de Bamako. En d'autres termes, environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans [6]. En 2012 le taux de fréquentation des structures de santé au Mali était de 0,31 nouveaux-cas par habitant par an [16]. Toutefois, la problématique de la mortalité infanto-juvénile demeure un défi. Les principales causes des décès chez les enfants de moins de 5 ans au Mali en 2010 sont : les infections respiratoires aiguës (19%), le paludisme (16%), les maladies diarrhéiques (15%) sur fond de malnutrition [17]. La plupart de ces décès surviennent dans les ménages et sont dus au non-recours ou aux recours tardifs aux soins et services de santé [17]. Il est possible d'inverser la tendance car il a été démontré que la majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un nombre restreint d'affections courantes qu'on peut prévenir ou traiter et les actions pour les combattre existent et doivent être portées à échelle. La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile reste encore un problème de santé publique dans le monde, surtout en Afrique au sud du Sahara. Au Mali, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en particulier ceux relatifs à la

réduction de la mortalité infantile (OMD 4) et maternelle (OMD 5) restent problématiques [6].

La stratégie SEC serait efficace dans l'augmentation des recours aux soins et la réduction de la mortalité due au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie et la mortalité toutes causes confondues.

Les ASC seraient des acteurs importants dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant. Les SEC contribueraient à l'amélioration de la santé de l'enfant principalement dans les milieux ruraux et difficiles d'accès. C'est aux dépens de ces constats et dans le souci d'avoir de preuve probante que nous avons initié cette étude afin d'évaluer la prise en charge des enfants malades dans la communauté par les ASC.

### Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale, retro prospective et descriptive réalisée dans la commune rurale de sagabala, cercle de kolokani, région de Koulikoro. Elle a concerné 4 sites d'ASC du district sanitaire de Kolokani soit un site par aire de santé de la commune de Sagabala. La population totale des sites d'étude était de 3 365 habitants et notre population cible des enfants de 0-59 mois était 605 soit 18% de la population générale. L'enquête auprès des mères ou gardiennes d'enfants de 0 à 59 mois s'est déroulée entre mars et avril 2021 et a concerné soit 5% de la population de chaque site. La partie rétrospective concernait les données des fiches individuelles de prise en charge de l'enfant malade du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020. Les saisies et les analyses des données ont été réalisées sur les logiciels Access 2016 et SPSS 22. Les tests statistiques utilisés étaient le test (Chi<sup>2</sup> et de Fisher Exact avec un seuil de significativité de 0,05).

**Considérations éthiques :** Un consentement individuel des participantes et une permission communautaire auprès des autorités coutumières et administratives ont été demandés et obtenus avant le début de l'enquête.

### Résultats

#### PEC des enfants malades

Au total 281 enfants ont été traités par les ASC courant la période d'étude soit 46%, le taux de fréquentation des sites était de 46,4%. Seul un site sur 4 avait atteint sa cible et même dépassé avec 108% du taux de fréquentation. Le sex-ratio était de 1,3, la tranche d'âge 25 à 59 mois était la plus représentée avec 56,2% et le moyen d'âge était de 32 mois. La fièvre était le motif le plus fréquent de consultation avec 49,5%. (Tableau I)

Dans la plupart des cas, la consultation avait eu lieu dans les deux jours suivant le début des symptômes. Le traitement entrepris à domicile a été plus observé devant la fièvre avec 41,1% suivi de la diarrhée (14%) et la toux/rhume (12,4%). Le Test de Diagnostic Rapide du paludisme (TDR) a été effectué devant la fièvre dans 92,3% des cas, contre 7,6% non effectué, et le TDR était positif dans 48,7% contre 43,7% de test négatif. La malnutrition aigüe était observée chez 5,5% des enfants, dont 2,9% de cas modéré et 2,6% de cas sévère. Le paludisme représentait la maladie la plus fréquente au

niveau des sites ASC avec 48%. (Tableau 2). La pneumonie, le paludisme simple et la toux/rhume étaient plus fréquents dans la tranche d'âge 25-59 mois contre la diarrhée et la malnutrition dans la tranche d'âge respectivement 12 à 24 mois et 0-11 mois. (Tableau 3). Les fièvres de causes non élucidées étaient fréquentes avec 34,6% suivis des troubles digestifs avec 26,9%. (Tableau 4).

Les procédures, normes et politiques du paquet d'activités de l'ASC étaient respectés pour le diagnostic (90,4%), le protocole de traitement (90%), calendrier du Programme Elargie de Vaccination (PEV) (79,4) ; prise de rendez-vous (RDV) (87,2%) ; les motifs de référence (100%) ; les posologies des médicaments (100%) et l'administration de la Vitamine A (50%). Par ailleurs le diagnostic était correct dans trois sites à plus de 90% des cas contre 77% dans un seul site (p= 0,00) et le protocole de traitement était respecté dans plus de 95% des cas contre 75,6% dans un seul site (p= 0,00). Les parents des enfants traités avaient respecté le RDV donné par les ASC dans plus de 83% dans trois sites contre seulement 27% sur un site et parmi ceux qui avaient respecté le RDV la prise des médicaments était respectée dans 100% des cas et ils étaient tous guéris. Le devenir des enfants était, guéris (79,9%), référés (9,3%) ; perdus de vue (11%).

#### Enquête communautaire

Au total 172 mères ou gardiennes d'enfants ont été enquêtées, elles étaient toutes mariées et ménagères. Seulement 0,6% et 13% avaient respectivement le niveau secondaire et primaire contre 86% non scolarisées. Les rôles les plus connus de l'ASC par les mères ou gardiennes d'enfants étaient respectivement de soigner les enfants (93,6%), de faire la promotion de la santé de l'enfant, de la femme et de l'hygiène (PSEFH) (28,5%) ; de faire la planification familiale (19%) ; de faire la prise en charge de la malnutrition aigüe (15%). Seulement 1,7% des femmes ne savaient pas le rôle de l'ASC. Le taux de fréquentation des sites ASC par les femmes était de 92,9%. Parmi celles qui avaient utilisées le service de l'ASC 99,2% étaient satisfaites contre 0,8% non satisfaites. Parmi celles (6,38%) qui avaient recourues directement aux centres de santé communautaires, les raisons évoquées étaient la disponibilité non permanente de l'ASC (44%), la gravité de la maladie (34%) ; la confiance au CSCOM (11%) et la méconnaissance de l'ASC (11%). Les avantages évoqués de la stratégie des SEC par les femmes étaient l'amélioration de la santé de la communauté (41,3%), le rapprochement des soins et service de la santé à la communauté (26,7%), l'amélioration des bonnes pratiques familiales essentielles (23%) ; la promotion socio-économiques (8%). Seulement une femme soit 0,6% n'avait pas trouvé d'avantages à la stratégie des SEC.

### Discussion

#### PEC des enfants malades

##### Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Au total les fiches de prise en charge des 281 enfants malades ont été étudiées. Le sex-ratio était en faveur des

hommes et la tranche d'âge 25 à 59 mois était la plus fréquente, ce résultat est comparable à celui de Dagnoko S. qui a trouvé un sex-ratio de 1,03 et une tranche de 24 à 59 mois à 54% [18]. Par contre Konaté A. et al ont trouvé un sex ratio de 1,53 en faveur des garçons et la tranche d'âge la plus représentée est 3 à 24 mois [19]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Konaté A. et al a été réalisée dans 3 CSCom des régions différentes et a concerné les maladies fébriles des enfants, or notre étude a été réalisée dans une même commune et concernait l'ensemble des maladies des enfants

#### **Fréquence des motifs de consultation et de diagnostic**

Le taux de fréquentation des sites ASC était de 46,4%. Ce taux était au-dessus du taux national qui est de 25-30% pour les maladies infantiles en 2013 [6]. Seul un site sur 4 avait atteint sa cible et même dépassé, cela pourrait s'expliquer par la fréquentation de ce site ASC par des familles nomades hors aire tels que les peulhs qui venaient pour le pâturage des animaux. Le site ASC le moins fréquenté était confronté à la présence des cabinets privés de soins et des maternités rurales. La fièvre était le motif de consultation le plus fréquent. Ce taux était largement supérieur à celui de Johnson AD et collaborateur en 2015 qui ont apporté un taux de 22,6% de cas de fièvre pris en charge dans la communauté [20]. Les résultats de l'EDSM-VI montrent que ce sont les IRA qui ont le moins fréquemment affecté les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview (2% contre 16% pour la fièvre et 17% pour la diarrhée) [21]. Dans la plupart des cas, la consultation avait eu lieu dans les deux jours suivant le début des symptômes tel que : la fièvre et la diarrhée. Par contre un peu plus de la moitié des cas de toux et rhume, la consultation avait eu lieu entre 3 et 7 jours. Ce résultat était similaire à celui de Konaté A. et al qui ont apporté en 2021 que le délai de recours des enfants fébriles de 3 à 59 mois à la consultation médicale est inférieur ou égal à 7 jours dans 94% des malades suivant le début de la fièvre [19]. Cela pourrait être expliqué par l'impact positif du rapprochement des services de santé sur le recours précoce aux soins. Parmi les autres motifs, le problème digestif était le plus représenté suivi de céphalée. Dans les zones rurales le paludisme et les gastro-entérites sont les plus fréquentes et se manifestent le plus souvent en plus de la fièvre par les troubles digestifs et des céphalées. Le traitement entrepris à domicile était plus observé devant la fièvre par rapport aux autres symptômes : la toux/rhume et la diarrhée. Devant la crainte des signes de dangers tels que les convulsions, les mères d'enfants faisaient recours au traitement à domicile pour casser la fièvre avant d'arriver dans les sites ASC et dans la majorité des cas ces traitements ne provenaient que de la vente illicite des médicaments. Le TDR était effectué chez 92,3% des enfants soit chez 243 cas sur les 263 cas fébriles. Notre taux était légèrement inférieur à celui de Dagnoko S. où le TDR est effectué chez 96% des enfants atteints de la fièvre [18]. Ce résultat pourrait s'expliquer par la rupture temporaire de TDR courant la période de notre étude. Ce

taux de test biologique du paludisme était encourageant. Tout malade suspect de paludisme doit bénéficier d'une confirmation biologique avant une prescription d'antipaludique [22]. Le dépistage de la malnutrition était systématique chez les 6 à 59 mois. L'état nutritionnel des enfants était bon dans la majorité des cas. Selon EDS VI, la prévalence de la malnutrition aiguë ou émaciation, est de 9% dont 3% de cas sévères [21]. Le paludisme représentait la maladie la plus fréquente au niveau des sites ASC suivi de la toux/rhume et la pneumonie. Notre constat était similaire à celui de Konaté A. et al qui ont rapporté le paludisme comme étant la pathologie fébrile la plus présente avec 47,5% suivi des IRA 26,71% chez les enfants de 6 à 59 mois [19]. Ce résultat était différent de celui de Dagnoko S. qui a trouvé 20% pour IRA suivi de Paludisme (17%) [18]. Malgré les efforts fournis par le gouvernement malien et ses partenaires (distribution de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MILD), campagne de chimio prévention saisonnière (CPS) des enfants, prise de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) par les femmes enceintes), le paludisme reste encore fréquent. Cet état de fait pourrait être expliqué par l'insalubrité, la stagnation des eaux qui assurent le développement des moustiques, mais aussi l'insuffisance dans l'utilisation des MILD, la prise incomplète des comprimés de la CPS. Ce résultat confirmait également l'insuffisance des séances d'informations et d'éducation communautaire (IEC) en matière de prévention contre le paludisme par les ASC. Nous avons remarqué qu'à part la diarrhée, la proportion des autres pathologies était plus élevée à partir de 25 mois. Notre résultat était similaire à celui de Konaté A. qui a trouvé 82% de cas de paludisme chez les enfants de 25 à 59 mois [19]. Le lait maternel aurait joué un rôle important dans la prévention des enfants les plus petits contre les maladies. A partir de 25 mois les enfants ne sont plus au sein ce qui diminuerait l'anticorps maternel alors qu'ils n'ont pas acquis leur immunité mature. Les cas de fièvre référée c'est-à-dire dont les causes n'étaient pas élucidées où la prise en charge ne faisait pas partie du paquet de l'ASC était fréquente suivie des problèmes digestifs. La fièvre est un signe non spécifique et commun aux pathologies infectieuses en général dont certaines ne relèvent pas de la compétence de l'ASC.

#### **Qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC**

Les motifs de référence et les posologies des médicaments étaient respectés dans 100% des cas contre 50% dans l'administration de la Vitamine A qui serait liée dès fois à la rupture de celle-ci ou le non-respect des rendez-vous par les mères d'enfants aux séances de vaccination. Le rendez-vous était donné dans plus de trois quarts des cas. Des efforts étaient consentis à ce niveau car le rendez-vous fait partie intégrante dans la prise en charge des enfants même pour ceux qui sont en bonne santé pour assurer le suivi des enfants sains, or nous constatons de façon générale un désintérêt des parents au respect de ces rendez-vous une fois qu'il y a une amélioration chez leur malade. Les insuffisances très peu

rencontrées par endroit étaient la prise non systématique de la fréquence respiratoire et la réalisation non systématique des tests rapides du paludisme chez les malades fébriles. Les perdus de vue étaient constatés dans un site ASC qui seraient dus à l'instabilité de l'agent mais aussi de la population nomade du milieu. La totalité des enfants malades ayant respecté le RDV était guérie.

### Enquête communautaire

#### Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Le nombre de femmes ayant participé à l'enquête communautaire était de 172/168 (soit 102% par rapport à la cible, réparties entre les sites ASC, cette légère augmentation était le fait qu'un site avait enregistré plus de participante que prévue. La majorité était non scolarisée. Selon Dembélé D, la majorité des bénéficiaires n'a aucun niveau de scolarité (41) soit 53,9% ; 26 (34,2%) a le niveau primaire et 9 (11,8%) le niveau secondaire [23]. Selon Dagnoko S, parmi les mères d'enfants enquêtées, 74% sont sans niveau d'instruction et 69% sont des ménagères [18]. Au niveau rural la scolarisation des filles pose encore des problèmes, liés aux pesanteurs socio-culturels (travaux domestiques, champêtres et au mariage précoce). Ce qui pourrait entraver l'amélioration de la qualité de santé en milieu rural, d'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la stratégie SEC dans la politique de la santé.

#### Connaissance des taches de l'ASC par les mères d'enfants

Le rôle de soigner les enfants malades par les ASC était le plus connu par les mères. Cela pourrait être expliqué par le fait que cette activité était plus préconisée par les ASC par rapport aux autres taches du paquet.

#### Taux de fréquentation des sites ASC par les mères

Parmi les mères des enfants malades pendant la période d'enquête, la majorité avaient sollicité le service de l'ASC et elles étaient en générale toutes satisfaites. Cela pourrait s'expliquer par la maîtrise de la fiche individuelle de prise en charge et la bonne qualité de communication interpersonnelle des ASC.

Ce taux était similaire à celui de Dembélé D dont 98,6% des mères sont satisfaites de la qualité de la prise en charge de la malnutrition par les ASC [23]. Dans notre étude seule une femme n'était pas satisfaite en raison du décès de son enfant après avoir été référé au CSCOM. Preuve que les prestations de l'ASC étaient de qualité, à condition que le recours soit précoce. Les raisons évoquées par 5% des femmes qui avaient recourues au CSCOM sans passer par le site ASC étaient la non disponibilité de l'ASC, la gravité de la maladie, la confiance au CSCOM. La non disponibilité de l'ASC pourrait être due à l'arrêt momentané de paiement des motivations financières de l'ASC dans le district sanitaire de Kolokani en 2020. L'insuffisance dans l'appropriation de la stratégie par la communauté et l'insuffisance de financement par l'état constituent un risque pour la pérennisation de la stratégie SEC. Quant à l'avantage lié à la stratégie SEC, seule une femme n'avait évoqué aucun avantage. Les principaux avantages cités par les mères

d'enfants étaient : l'amélioration de la santé communautaire, le rapprochement des soins à la communauté, l'amélioration des bonnes pratiques familiales essentielles et l'amélioration des conditions socio-économiques. Ces avantages évoqués par les mères étaient en phase avec les objectifs recherchés par l'état et ses partenaires dans le cadre de la stratégie SEC. Selon Jonshon AD et al, la prévalence des maladies fébriles chez les enfants de 0 à 5 ans a chuté après 7 ans d'intervention, de 39.7% au départ, à 22.6% en 2015 (OR=0,448, p=0,0001). Les communautés dans lesquelles la ProSEC a été mise en place ont atteint un taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans égal ou inférieur à 28/1000 depuis 6 ans. En 2015, la mortalité des enfants 0 à 5 ans était de 7/1000 (HR=0,039, p=0,0001) [20].

### Conclusion

L'étude montre que la prise en charge des cas dans la communauté ou Soins Essentiels Communautaires (SEC), permet de réduire considérablement les obstacles liés à l'accès aux soins et services de santé. La prise en charge de l'enfant malade était de qualité car était conforme aux normes et directives nationales. Malgré la bonne fréquentation des sites par la communauté, des insuffisances dans la mise en œuvre du paquet complet de l'ASC notamment les activités promotionnelles, préventives et de suivi. Nous recommandons d'assurer le paiement régulier des ASC et le renforcement de suivi et supervision des sites ASC permettant de réduire l'absence de l'ASC à son site et d'éviter les perdus de vue.

### Références Bibliographiques

1. Johnson AD, Thiero O, Whidden C, et al. Prise en charge proactive des cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali. *BMJ Global Health* 2018 ; 0 : e000634. Doi : 10.1136/bmjgh-2017-000634\*.
2. Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. *Tropical medicine & international health*. 2010 ; 15 (8) : 964-72.
3. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 2009 ; 373 : 2078-81.
4. Johnson A, Goss A, Beckerman J, et al. Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *SocSci Med* 2012 ; 75 : 1786-92.
5. WHO U. Who/Unicef WHO / UNICEF Joint Statement: Integrated Community Case Management: An equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children. 2012  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/statement\\_child\\_services\\_access\\_who/unicef.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/statement_child_services_access_who/unicef.pdf) (cited 29 Sep 2017).

6. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020. Mars 2015.
7. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Guide de mise en œuvre des SEC 17 Mars 2016.
8. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Guide d'utilisation des outils supervisons 26 Juin 2016.
9. **Sacks E, Freeman PA, Sakyi K, et al.** Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 3. neonatal health findings. *J Glob Health* 2017; 7: 010903.
10. **Rasanathan K, Muñiz M, Bakshi S, et al.** Community case management of childhood illness in sub-Saharan Africa - findings from a cross-sectional survey on policy and implementation. *J GlobHealth* 2014; 4: 020401.
11. **Druetz T, Siekmans K, Goossens S, et al.** The community case management of pneumonia in Africa: a review of the evidence. *Health Policy Plan* 2015; 30: 253-66.
12. **Hazel E, Bryce J, IIP-JHU iCCM Evaluation Working Group.** On bathwater, babies, and designing programs for impact: evaluations of the integrated community case management strategy in Burkina Faso, Ethiopia, and Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 2016; 94: 568-70.
13. **Nsibandé D, T, Doherty T, Ijumba P, et al.** Assessment of the uptake of neonatal and young infant referrals by community health workers to public health facilities in an urban informal settlement, KwaZulu- Natal, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 47.
14. **Marcil L, Afsana K, Perry HB.** First steps in initiating an effective maternal, neonatal, and child health program in urban slums: the BRAC Manoshi project's experience with community engagement, social mapping, and census taking in Bangladesh. *J Urban Health* 2016; 93: 6-18.
15. **D. HI Y, Ejdemyr S, Beise J.** Levels & trends in child mortality: report 2015, estimates developed by the un inter-agency group for childmortality estimation. 2015. [http://childmortality.org/files\\_v20/télécharger/Mexico 2015 la mortalité infantile Rapport final](http://childmortality.org/files_v20/télécharger/Mexico 2015 la mortalité infantile Rapport final).
16. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Annuaire statistique SLIS 2012 de la Direction Nationale de la Santé du Mali (DNS).
17. **Countdown to 2030 (2015).** <http://www.countdown2015mnc.org/country-profiles/mali>.
18. **Dagnoko S.** Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire de yirimadio en commune CVI du district de Bamako. [Thèse en ligne] Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2018.
19. **Konaté A, Coulibaly MB, Tembiné I, Coulibaly KB, Berthé D, Diakité M et al.** Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 6-59 mois : une étude multicentrique. *JaccrAfrica* 2021 ; 5 (3) : 1-7.
20. **Johnson AD, Thiero O, Whidden C, Poudiougou B, Diakité D, Traoré F et al.** Prise en charge proactive des cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali. *BMJ Global Health* 2018 ; 0 : e000634. doi :10.1136/bmjgh-2017-000634.
21. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Institut National de la Statistique (INSTAT) ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. INSTAT, CPS/SS-DS-PF and ICF Bamako, Mali and Rockville, Maryland, USA ; 2019.
22. **Programme National de Lutte contre le Paludisme.** Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali. Avril 2017.
23. **DEMBELE D.** Implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois dans le CSCom de Yirimadio. [Thèse en ligne] Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2021.

#### Liste des tableaux

**Tableau 1** : Répartition des enfants selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Fièvre	263	49,5
Toux/Rhume	170	32,0
Diarrhée liquidienne	57	10,7
Autres troubles digestifs (diarrhée <i>sanguinolente</i> , douleur abdominale, vomissements incoercible)	15	2,8
Céphalée	14	2,6
Frissons	5	0,9
OMI	3	0,6
Convulsion	2	0,4
Somnolence	1	0,2
Douleur auriculaire	1	0,2
Total	531	100,0

**Tableau 2** : Répartition des enfants selon les diagnostics retenus et traités par les ASC

Diagnostiques	Effectif (n=281)	Pourcentage
Paludisme simple	135	48,0
Toux/Rhume	85	30,2
Pneumonie	84	29,9
Diarrhée simple	50	17,8
MAM	8	2,8
MAS sans complication	5	1,8

**Tableau 3** : Répartition des enfants par tranche d'âge selon les diagnostics

Diagnostiques	0 à 11 mois		12 à 24 mois		25 à 59 mois		p
	n	%	n	%	n	%	
Pneumonie	25	29,8	24	28,6	35	41,7	0,002
Paludisme simple	6	4,4	25	18,5	104	77	0,000
Toux/Rhume	19	22,4	15	17,7	51	60	0,160
Diarrhée simple	17	34,0	19	38,0	14	28	0,001
MAM	3	37,5	5	62,5	0	0	
MAS sans complication	3	60	2	40	0	0	0,004

**Tableau 4** : Répartition des enfants selon les motifs de référence

Motifs de référence	Effectif	Pourcentage
Fièvre de causes non élucidées	9	34,6
Troubles digestifs (vomissement incoercible, diarrhée sanguinolente...)	7	26,9
Œdème Membre Inferieur (OMI)	3	11,5
MAS avec complication	2	7,7
Paludisme grave	2	7,7
Convulsion	1	3,8
Somnolence	1	3,8
Douleur auriculaire	1	3,8
Total	26	100,0