

**PREMIER SÉMINAIRE D'ADAPTATION  
DU MATÉRIEL GÉNÉRIQUE  
DE FORMATION À LA PCIME AU MALI**

Bamako  
15 au 20 juin 1997

Dr Adama Koné

BASICS Technical Directive: 000-FA-01-037  
USAID Contract Number: HRN-C-00-93-00031-00

A

## TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

I.	TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA MISSION .....	1
II.	INFORMATION DE BASE .....	1
III.	DÉROULEMENT DE LA MISSION .....	1
IV.	RÉSULTATS .....	2
.	AUTRES ACTIVITÉS .....	6
VI.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	7
VII.	PROCHAINES ÉTAPES .....	8

ANNEXES:

ANNEXE 1: OBJECTIFS ET CALENDRIER DES ACTIVITÉS

ANNEXE 2: RÉUNION PRÉPARATOIRE

ANNEXE 3: TERMES DE RÉFÉRENCE ET PROFIL DES GROUPES

ANNEXE 4: COMPOSITION DES GROUPES

ANNEXE 5: TRAVAUX DE GROUPE: POLITIQUES ET DIRECTIVES

ANNEXE 6: TRAVAUX DE GROUPE: ADAPTATION CLINIQUE

ANNEXE 7: TRAVAUX DE GROUPE: NUTRITION

ANNEXE 8: TRAVAUX DE GROUPE: TERMES LOCAUX

## ABRÉVIATIONS

<b>AFRO</b>	African Regional Office (WHO)
<b>BASICS</b>	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
<b>CTO</b>	Cognizant Technical Officer
<b>DO</b>	Delivery Order
<b>DNSP</b>	Direction Nationale de Santé Publique (National public health office)
<b>DSFC</b>	Direction de Santé Familiale et Communautaire (Division of family and community health)
<b>HQ</b>	Headquarters
<b>IEC</b>	Information, Education, and Communication
<b>IRA</b>	Infection Respiratoire Aiguë
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development

## RÉSUMÉ

Cette mission avait pour but d'assister la DSFC pour l'introduction du matériel d'adaptation de la PCIME en collaboration avec l'OMS.

Après une réunion préparatoire pour définir le profil des personnes devant composer les différents groupes de l'adaptation, pendant 5 jours nous avons travaillé essentiellement en petits groupes pour identifier les points à adapter.

Après un rappel de la procédure de la PCIME, le processus de l'introduction de l'adaptation du matériel fut présenté et les sous-groupes suivants ont été constitués: Politiques et directives, Adaptation clinique, Nutrition et Termes locaux.

Chaque sous-groupe a travaillé selon la même méthodologie. Les documents de référence mis à leur disposition ont été exploités; les points à adapter et les recherches à mener ont été identifiés; les chronogrammes des activités d'adaptation assortis de budgets ont été établis. Chaque groupe a présenté les différents étapes et a reçu le feedback des autres groupes. Des recommandations ont été faites en ce qui concerne la mise en oeuvre des activités jusqu'à la réunion de consensus. La rencontre avec le chef de la DSFC a permis de faire le point de la situation budgétaire et des prochaines étapes de la Stratégie PCIME.

Un entretien avec Karen Hawkins-Reed a permis de faire le point de la situation du DO du Mali et plus spécifiquement de notre intervention dans la mise en oeuvre de la PCIME et aussi du recrutement d'un conseiller résident pour appuyer le Programme BASICS au Mali.

## **I. TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA MISSION**

- Assister la DSFC pour l'introduction de l'adaptation du matériel générique de la PCIME en collaboration avec L'OMS/AFRO.
- Discuter avec Karen Hawkins-Reed de la mission de l'USAID/Mali des activités de BASICS au Mali.
- Donner un appui si nécessaire à l'assistante administrative et comptable Mlle Animata Diawara pour les affaires administratives et financières courantes au niveau du bureau de BASICS/Mali.

## **II. INFORMATION DE BASE**

BASICS est déjà intervenu dans la mise en oeuvre la PCIME en effectuant une enquête de base dans 3 centres de santé et en participant à 2 séminaires d'orientation. Comme convenu avec l'OMS, le Dr Paultre Desrosiers et le Dr Adama Koné participeront au premier séminaire d'adaptation du matériel générique de formation à la PCIME du 15 au 20 juin 1997.

## **III. DÉROULEMENT DE LA MISSION**

### **Objectifs du séminaire:**

1. Identifier les points devant faire l'objet de l'adaptation et en donner les justifications techniques.
2. Décider des études nécessaires pour l'adaptation des recommandations relatives aux aliments, liquides et termes locaux.
3. Constituer les sous-groupes de travail assortis des termes de référence et d'un échéancier.

### **Résultats attendus**

- Liste de points devant faire l'objet d'adaptation dégagée
- Liste des sujets d'étude à mener pour répondre aux besoins d'adaptation dégagée
- Liste des membres de sous-groupes et leurs termes de référence élaborés

### **Méthode de travail**

La méthode de travail a consisté à l'introduction des travaux de groupe, aux travaux de groupe et aux présentations en plénière.

## IV. RÉSULTATS

**Réunion préparatoire:** (voir Annexe 2) Les équipes de la DSFC, de l'OMS et de BASICS se sont réunies le 15 juin 1997 pour les derniers préparatifs de la réunion: les objectifs et l'ordre du jour de la réunion ont été discutés et finalisés (Annexe 1). Les profils des participants devant constituer les groupes de travail ont été dégagés ainsi que le profil du point focal pour chaque groupe.

24 participants ont pris part à l'atelier. Ils étaient constitués des responsables des programmes nationaux, des cliniciens, des formateurs et d'un sociologue. L'OMS et BASICS ont facilité les groupes de travail. L'atelier s'est déroulé du 16 au 20 juin 1997. Les représentants de l'USAID et de l'UNICEF ont également participé aux travaux de l'atelier.

Après un rappel de la démarche de la PCIME et l'introduction du processus d'adaptation, le profil épidémiologique chez les enfants de moins de 5 ans a été présenté pour justifier le choix des problèmes sanitaires dans ce groupe d'âge.

Les profils des personnes ressources ont été dégagés, ce qui correspondait bien à ceux des participants. Les sous-groupes ont été constitués et les termes de référence par groupe déterminés (Annexe 3).

4 sous-groupes ont été organisés autour des thèmes suivants: Politiques et directives nationales, Adaptation clinique, Nutrition et Termes locaux.

Chaque sous-groupe a travaillé selon la même méthodologie à savoir: consulter les documents de référence, déterminer les points à adapter et les recherches à mener, faire le chronogramme des activités d'adaptation assorti d'un budget.

### **Résultats des travaux des sous-groupes**

**Sous-groupe Politiques et directives nationales:** il est constitué des responsables des programmes LMD/IRA/Nutrition, Paludisme, du superviseur général du PEV, du chef de la DSFC et du représentant de l'UNICEF. Chaque sous-groupe a un président, leader de groupe, souvent secondé (Annexe 5: Travaux de groupe: Politiques et directives).

#### *Termes de Référence:*

- Déterminer la disponibilité des politiques et directives des différents programmes
- Identifier les points à adapter par programme et les informations nécessaires
- Sélectionner les activités à mener
- Elaborer un chronogramme des activités assorti d'un budget

Le sous-groupe a d'abord consulté les documents de chacun des programmes impliqués et a fait le point de la situation de la politique et des directives, selon leur existence, leur adoption et leur diffusion.

Les adaptations possibles et les informations nécessaires sont les suivantes:

- les adaptations requises ont porté sur 3 aspects: la respiration sifflante, les directives de prise en charge des cas de malnutrition et l'intégration de la fièvre jaune dans le calendrier de vaccination et la prise en compte des effets secondaires des vaccinations dans les conseils des mères,
- les informations nécessaires au groupe sont les suivantes: le protocole thérapeutique, les paramètres pour la détection des cas et le protocole de prise en charge, et enfin connaître les informations financières.

Les points à adapter ont été identifiés pour tous les programmes.

Les activités pour la mise en oeuvre de l'adaptation ont été élaborées sous forme de chronogramme assorti d'un budget.

**Sous-groupe Adaptation clinique:** il est composé de 3 pédiatres, 1 pharmacien, 1 spécialiste ORL, 1 pneumologue et un médecin généraliste (Annexe 6: Travaux de groupe: Adaptation clinique).

*Termes de référence:*

- comparer le contenu de la PCIME aux directives qui existent
- déterminer les points à adapter
- confirmer les pratiques actuelles de la prise en charge
- adapter les tableaux et modules

Le sous-groupe a discuté des points suivants à adapter:

- ***La prise en charge des IRA:*** introduction de la respiration sifflante, définition de la chronicité, utilisation des antibiotiques et des antitussifs.
- ***Les maladies diarrhéiques:*** liquides et aliments à donner en cas de diarrhée, traitement de la dysenterie et du choléra.
- ***La fièvre:*** traitement du paludisme selon la zone à risque, traitement de la rougeole, conduite à tenir devant les convulsions, étude des angines chez les enfants de 0 à 5 ans, la méthode de prise de température.

- **Le mal d'oreille:** étude comparative du traitement antibiotique dans les otites chroniques par rapport au méchage, la référence.
- **La nutrition-anémie:** le tableau de l'anémie, l'aliment de récupération nutritionnelle.
- **Traiter l'enfant:** antibiotiques et autres médicaments par la voie orale, la prise en charge des formes graves, traitement de la méningite cérébro-spinale, traitement du muguet du nourrisson, la liste des vaccins du PEV.
- **Les autres problèmes:** prise en charge des convulsions, angines et goitre endémique.

Le chronogramme des activités comporte l'exploitation des documents, les réunions de mise en commun et l'adaptation (Annexe 4).

Le sous-groupe a fait une répartition des tâches parmi les membres du groupe selon les affections.

**Sous-groupe Nutrition:** il est constitué d'une spécialiste en nutrition, 4 spécialistes en santé publique, une sage-femme et un épidémiologiste (Annexe 7: Travaux de groupe: Nutrition).

*Termes de référence:*

- identifier les informations sur les schémas d'alimentation
- identifier les aliments locaux et leur valeur nutritive
- élaborer les recommandations
- adapter les tableaux

En se référant à une longue liste de questions relatives aux aliments et liquides, le sous-groupe a identifié les types d'informations, les sources et les actions à entreprendre.

Les points à adapter seront identifiés à partir de l'exploitation documentaire et des résultats des études complémentaires.

**Sous-groupe Adaptation des termes locaux:** il est constitué d'un linguiste/sociologue, d'un ingénieur sanitaire, un médecin-ingénieur, un formateur et une technicienne sanitaire responsable IEC. (Annexe 8: Travaux de groupe: Termes locaux).

*Termes de référence:*

- Evaluer les informations actuelles sur les termes locaux
- Valider les termes
- Sélectionner les termes pour adapter le matériel

Le groupe, dans un premier temps, a identifié à partir des documents de travail les 19 termes locaux qui sont: Diarrhée, Sang dans les selles, Fièvre (élévation de température), Respiration rapide, Difficulté respiratoire, Rougeole, Incapacité de boire, Boire peu, Incapacité de téter, Tête peu, Aggravation de la maladie, Convulsions, Vomissements, Paludisme, Mal d'oreille, Anémie, Vaccination, Léthargie/inconscience, Déshydratation. Ces termes furent transcrits en bananan, soniké et sonrhaï, langues parlées dans le groupe de travail (Annexe 6a).

Le groupe a ensuite établi la carte linguistique du Mali. La langue bananan, la plus parlée, fut utilisée pour une première évaluation des termes locaux sus-cités, d'abord au sein du groupe de travail puis auprès de 3 cliniciens et de 3 mères. Une synthèse fut faite et 12 termes sur les 19 ont fait l'objet d'un consensus et ont été transcrits. Les termes suivants n'ont pas fait l'objet de consensus: sang dans les selles, difficulté respiratoire, boire peu, incapacité de téter, aggravation de la maladie, anémie, déshydratation. Ces termes feront l'objet d'une recherche approfondie par le groupe. Les 19 termes retenus feront l'objet d'une validation par enquête documentaire et par des interviews.

Un plan de travail pour la période du 20 juin au 30 août 1997 a été élaboré: il comporte l'inventaire des documents relatifs aux termes locaux dans les services identifiés, l'exploitation des documents, les interviews et l'analyse des données et enfin la sélection des termes pour adapter le tableau.

**Consensus:** Tous les plans élaborés ont fait l'objet d'une présentation et d'une discussion. Une date butoir, jusqu'à la fin de novembre 1997, a fait l'objet d'un consensus pour la réalisation de cette phase d'adaptation et c'est en fonction de cette date que les plans d'action ont été élaborés. Les budgets des groupes de travail seront harmonisés par la DSFC en ce qui concerne les frais liés au déplacement et au per diem. Les frais de fournitures seront budgétisés séparément par la DSFC. Les plans seront soumis à la DNSP pour approbation et recherche de fonds pour les activités non couvertes par l'OMS.

**Une réunion s'est tenue entre le chef de la DSFC, l'OMS et BASICS** pour discuter des étapes de la PCIME, de leur financement et de la gestion de leur mise en oeuvre. Les points suivants ont été retenus:

- Une réunion devra être tenue par le cabinet du ministère pour clarifier les rôles des membres du comité technique nommé par Arrêté ministériel, y inclus les personnes ressources.
- La DSFC va finaliser les budgets en harmonisant les frais pour le déplacement des membres des sous-groupes lors du processus d'adaptation.
- La première formation régionale en français sur la PCIME se tiendra probablement en octobre à Niamey et 3 Maliens participeront à cette formation des formateurs régionaux.

- En novembre 1997, il y aura la formation sur le processus d'adaptation à Brazzaville, 2 participants maliens y seront invités.
- Les sites pour la mise en oeuvre de la PCIME seront ceux retenus lors de la dernière réunion d'orientation: Koulikoro, Djenné et 1 district de Bamako.
- Etude de base: compte tenu du fait que 2 des 3 zones d'intervention qui ont fait l'objet d'études de base ont été changées, une étude utilisant le "Health Facility Quality Review" sera faite dans les nouvelles zones retenues. BASICS se propose d'appuyer une telle étude.
- La supervision étant une étape importante dans le processus, il a été convenu qu'il faudrait commencer à réfléchir à l'élaboration d'un outil de supervision pour la PCIME. BASICS et l'OMS devront se concerter pour appuyer la DSFC et le comité technique de la PCIME. BASICS se propose de supporter les coûts liés à ce volet. Etant donné que le Niger a eu une expérience extensive dans ce domaine, il a été envisagé d'inviter le Dr Colette Geslin, la conseillère résidente de BASICS au Niger, à appuyer la supervision au Mali, selon sa disponibilité.
- Financement des étapes: Les coûts liés aux séminaires d'adaptation (introduction de l'adaptation, réunion de mise en commun à mi-parcours et réunion de consensus), les recherches liées à l'adaptation, la production des modules et la formation des formateurs sont supportés par l'OMS. Cependant, les coûts des activités d'adaptation en dehors de ceux des séminaires ci-dessus incombent au Ministère de la Santé Publique, de la Solidarité et des Personnes Agées. La DSFC a déjà soumis à BASICS un budget pour les fournitures de bureau devant servir dans le processus d'adaptation. En plus, BASICS envisage de prendre en charge les coûts de l'étude de base dans les 3 districts et ceux liés à l'élaboration et à l'utilisation de l'outil de supervision.

## V. AUTRES ACTIVITÉS

### **Entretien avec Karen Hawkins-Reed**

Les points discutés avec Karen ont été les suivants:

- La situation du Delivery Order: il a été finalisé et envoyé au bureau du contrat. L'accent a été mis sur le PEV, la nutrition, la PCIME et l'IEC (la radio communication). Les recommandations de la récente évaluation du PEV pourront être prises en compte. Nous devrions attendre l'approbation du budget pour planifier en détail les activités avec le ministère de la santé.

- Les zones d'intervention de BASICS seront les districts retenus pour la mise en oeuvre de la PCIME (Koulikoro, Djenné et un district de Bamako).
- Malgré le temps relativement court pour la continuation de BASICS, nous sommes convenus qu'il faut un conseiller résident à recruter sur place. Le nom de Mlle Houleymanta N'Diaye a été mentionné compte tenu du fait qu'elle a déjà travaillé comme consultante dans diverses recherches effectuées par BASICS au Mali, du rôle qu'elle a souvent joué en absence d'un conseiller résident et enfin de sa disponibilité actuelle.
- En ce qui concerne la demande de BASICS Washington relative aux documents sur l'Observatoire de la Population, Karen a remis au Dr Koné 2 documents sur des études faites au Mali dans ce domaine.
- La communication entre BASICS/Région, BASICS/HQ et l'USAID devrait être améliorée par l'utilisation du courrier électronique, du téléphone (conférence) et du fax. Pour ce faire, compte tenu de son nouveau rôle comme CTO, le Dr Koné a suggéré à Karen Hawkins-Reed de rendre visite à BASICS/HQ à Washington durant ses vacances aux USA, si son calendrier lui permet, afin de s'entretenir avec le cluster du Mali.

**BASICS/MALI** continue d'assurer une partie du fonctionnement de la photocopieuse. La DSFC a formulé une demande à BASICS pour la réparation de leur système téléphonique. Un devis d'environ 1.500 dollars a été soumis à BASICS. Approximativement le même montant fut demandé pour couvrir les frais de fournitures de bureau pour assurer les activités d'adaptation des modules génériques.

Je ne suis entretenu avec Mlle Houleymanta N'Diaye, candidate possible pour le poste de conseiller résident de BASICS. Elle est disponible pour le poste.

## **VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Cette phase dans le processus de la PCIME est très critique. Elle devrait retenir l'attention de tous les membres du comité technique et des personnes ressources qui sont appelées à adapter le matériel de formation aux réalités du pays.

La notion d'appropriation a été longuement discutée et cela ne se fera pas sans l'engagement en ressources humaines et financières du ministère.

Nous avons constaté avec satisfaction l'engagement des participants à l'introduction du processus de la PCIME.

Cependant, en dehors de l'USAID et de l'UNICEF, les autres partenaires invités n'ont pas été représentés.

Compte tenu de l'engagement de BASICS avec l'OMS pour la mise en oeuvre de la PCIME au Mali, il faudrait recruter le conseiller de BASICS le plus rapidement possible afin que cette personne puisse s'impliquer dans le processus et apporter l'appui nécessaire.

En plus de l'assistance technique, BASICS/Mali devrait aussi prévoir certains coûts locaux que l'OMS ne couvre pas.

## **VII. PROCHAINES ÉTAPES**

### **PCIME:**

1. La DSFC va finaliser les chronogrammes et les budgets élaborés par les sous-groupes et les soumettre à la DNSP pour avis et recherche de financements complémentaires pour les aspects qui ne sont pas inclus dans le financement de l'OMS.
2. Chaque équipe s'organisera pour mettre en oeuvre les plans d'adaptation adoptés et faire la mise en commun en fin août.
3. La réunion de consensus est prévue pour fin novembre 1997
4. Finalisation de l'adaptation des modules (travail sur l'ordinateur): janvier 1998
5. Elaboration de l'outil de supervision (à déterminer avec OMS/AFRO et DSFC)
6. Production des documents de formation
7. Formation des formateurs: février 1998.

### **BASICS/Mali:**

1. Approbation du D.O. par le bureau des contrats à REDSO (fin juin!!)
2. Planification des activités avec la DSFC (septembre 1997)
3. Participation aux activités de PCIME comme prévu en collaboration avec l'OMS (réunion de mise en commun, mi-temps et réunion de consensus)
4. Recrutement du conseiller résident, dans un premier temps comme consultant, avant la fin de la procédure de recrutement.

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1:**  
**OBJECTIFS ET CALENDRIER DES ACTIVITÉS**

DIRECTION NATIONALE DE LA  
SANTÉ PUBLIQUE

DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE  
ET COMMUNAUTAIRE

**PREMIER ATELIER  
D'ADAPTATION DU MATÉRIEL GÉNÉRIQUE  
DE FORMATION A LA PCIME AU MALI**

**Bamako, du 16 au 20 Juin 1997**

**1. OBJECTIFS :**

- 1.1 Identifier les points devant faire l'objet de l'adaptation et en donner les justifications techniques.
- 1.2 Décider les études nécessaires pour l'adaptation des recommandations relatives aux aliments, liquides et termes locaux.
- 1.3 Constituer les sous-groupes de travail assortis des termes de référence et d'un échéancier.

**2. RÉSULTATS ATTENDUS :**

- 2.1 Une liste des points devant faire l'objet d'adaptation
- 2.2 Une liste de sujets d'études à mener pour répondre aux besoins d'adaptation.
- 2.3 Une liste des membres des sous-groupes, et leurs termes de référence, un échéancier, et les modalités de leur fonctionnement.

**3. MÉTHODES DE TRAVAIL :**

La méthode de travail est constituée de présentations et des travaux de groupe. Chaque travail de groupe sera suivi d'une présentation du rapport et des discussions en plénière en petit groupe de travail.

## CALENDRIER DES ACTIVITÉS

JOURS/ HEURES	SESSIONS	ACTIVITES	
Jour 1	Session 1	<b>Rappel de la procédure de la PCIME et introduction au processus d'adaptation.</b>	
08h30		Procédure de la PCIME <span style="float: right;">Dr. Musindé</span>	
09h15		Introduction au processus d'adaptation	
09h30		Discussions	
10h30		<b>Pause-Café</b>	
	Session 2	<b>Choix des problèmes de santé prioritaires chez les enfants de moins de 5 ans au Mali.</b>	
10h15		Présentation du profil épidémiologique chez les enfants de moins de 5 ans.	
10h45		Discussions.	
	Session 3	<b>Constitution des groupes de travail</b>	
11h00		Présentation du profil des personnes-ressources et les termes de référence . Identification des membres des sous-groupes.	
	Session 4	<b>Identification des points à adapter et justification de l'adaptation.</b>	
11h30		Introduction aux travaux de groupe <b>Groupe 1.</b> : Politiques et directives <b>Groupe 2.</b> : Adaptation clinique <b>Groupe 3.</b> : Adaptation des recommandations relatives à l'alimentation et aux liquides. <b>Groupe 4.</b> : Adaptation des termes locaux.	
12h30		<b>Pause-Déjeuner</b>	
14h00		Travaux de groupe	
16h00		<b>Pause-café</b>	
17h30		<b>Fin de la première journée.</b>	
Jour 2			
08h00			Travaux de groupe (suite
10h00		<b>Pause-café</b>	
10h15		Rapport des travaux de groupe 1	
10h30		Discussions.	

11h00		Rapport des travaux de groupe 2
11h15		Discussions
11h45		Rapport des travaux de groupe 3
12h00		Discussions
12h30		Rapport du groupe 4
12h45		Discussions
13h15		<b>Pause-déjeuner</b>
	<b>Session 5</b>	<b>Sélection des activités à mener selon le type d'adaptation.</b>
14h30		Introduction aux travaux de groupe
15h00		Travaux de groupe
16h30		<b>Pause-café</b>
16h45		Rapport des travaux de groupe
17h45		Discussions
18h00		<b>Fin de la 2ème journée.</b>
Jour 3	<b>Session 6</b>	<b>Planification des activités d'adaptation</b>
08h30		Elaboration du plan par groupe
09h30		Présentation des plans
10h15		<b>Pause-café</b>
10h30		Travaux d'adaptation
12h30		<b>Pause-déjeuner</b>
14h00		Travaux d'adaptation (suite)
17h30		<b>Fin de la 3ème journée.</b>
Jour 4		
08h30		Travaux d'adaptation (suite)
17h30		<b>Fin de la 4ème journée.</b>
Jour 5		
08h30		Travaux d'adaptation (suite)

**10h30**

- Faire le point
- Revoir le plan
- Organiser la suite des activités.-

**ANNEXE 2:**  
**RÉUNION PRÉPARATOIRE**

12

**RÉUNION PRÉPARATOIRE DE L'ATELIER  
« D'ADAPTATION DU MODULE GÉNÉRIQUE - PCIME »**

-----  
**DATE :** Le 15/06/1997

**PARTICIPANTS :**

- Dr. T. Musindé (OMS/AFRO/ABIDJAN)
- Dr. Adama KONE (BASICS)
- Dr P. DESROSIERS (BASICS)
- Dr. SANGARE Madina BA (DSFC)
- Dr. DIAKITE Sira Mama DIALLO (DSFC)
- Dr. KAGNASSY Dado SY (DSFC)
- Mme. Fanta COULIBALY (DSFC)
- Dr. Sarmoye CISSE (OMS/BAMAKO)

**ORDRE DU JOUR :**

- \* Discussions des objectifs de l'atelier
- \* Discussions du projet d'agenda de l'atelier
- \* Discussions du profil des participants
- \* Points sur l'organisation.

**DÉCISIONS IMPORTANTES :**

- Par rapport aux objectifs : consensus
- Par rapport à l'agenda : il doit être discuté et amendé par les participants
- Par rapport au profil des participants
  - Groupe directive et politique : Responsables de programmes concernés DSFC, DNSP ;
  - Groupe clinique Pédiatres, ORL et Responsables de programmes ;
  - Groupe Aliments, et fluides et termes locaux : Nutritionniste, Sociologue, Linguiste.

**N.B. :** Un point focal sera désigné pour chaque groupe.

- Par rapport à l'organisation :

- Lieu : OMS
- Documents: Lot important de documents déjà collectionnés à la DSFC, Guide d'adaptation et fiche de travail disponible pour photocopie.
- Matériel existe : Flipchart, rétroprojecteur, papier géant, dossiers participants.
- et 18 modules disponibles.

**N.B. :** - Les présentations ont été réparties ;  
- Les modalités de fonctionnement des groupes doivent être définies.-

Bamako, le 15/06/1997

**Dr. CISSE Sarmoye**  
**OMS/BAMA KO**

**ANNEXE 3:**  
**TERMES DE RÉFÉRENCE ET PROFIL DES GROUPES**

## **TERMES DE RÉFÉRENCE ET PROFIL DES GROUPES**

### **Sous-groupe I.: POLITIQUE ET DIRECTIVE**

- Déterminer les disponibilités des politiques et directives
- Elle n'existe pas
- Elle existe sous un état de projet
- Elles existent, ne sont pas sanctionnés
- Existent mais sont adaptés par l'autorité
- Existent, sont adaptés par l'autorité, ne sont pas diffusés
- Existent, sont diffusés, mais ne sont pas mis en oeuvre.
- Proposer les directives à adapter :

Profil des membres du groupe :

- Responsable des programmes ;
- Direction Nationale de la Santé Publique ;
- Clinicien.

### **Sous-groupe 2.: ADAPTATION CLINIQUE**

- Comparer le contenu du Module aux directives qui existent au Mali
- Déterminer ce qu'il faut adapter
- Confirmer les pratiques actuelles de prise en charge
- Adapter les tableaux et Modules.

### **Sous-groupe 3.: NUTRITION**

Termes de références :

- Identifier les informations sur les schémas d'alimentation
- Identifier les aliments locaux et leur valeur nutritive
- Développer les recommandations
- Tester les recommandations
- Adapter les tableaux.

Profil :           -       Nutritionniste ;  
                      -       Sociologue ;  
                      -       Cliniciens.

#### **Sous-groupe 4.: TERMES LOCAUX**

Termes de références :

- Evaluer les informations qui existent
- Valider les termes
- Sélectionner les termes pour adapter le matériel.

Profil :       -     Linguiste/Sociologique ;  
                 -     Personnel de Santé ;  
                 -     CНИЕCS.

**ANNEXE 4:**  
**COMPOSITION DES GROUPES**

## COMPOSITION DES GROUPES

### GROUPE I. : Politique de directives

Dr. DIAKITE  
Dr. Mamadou TRAORE  
Dr. Mariam MAIGA  
Dr. SANGARE Madina BA  
Dr. F. SIDIBE (Palu.)  
Dr. OUOLOGUEM F. Dougnon  
Dr. TONY S. Musindé.

### GROUPE II. : Adaptation clinique

Pr. Toumani SIDIBE  
Dr. Mariam SYLLA TRAORE  
Dr. Hadizatou COULIBALY  
Dr. MAIGA (D.L.P.)  
Pr. Alhousseini AG MOHAMED (O.R.L.)  
Dr. KAYENTA O Djanguina  
Dr. Paulre DESROSIERS.

### GROUPE III. : Nutrition

Dr. KAGNASSY Dado SY  
Dr. NIAMBELE Issaka  
Dr. SANOGO  
Dr. DEMBELE  
Mme. TOURE Aminata  
Mme. COULIBALY Fanta  
Dr. Sarmoye CISSE (O.M.S)  
Mme. Karen M. REED  
Mme. MAIGA Fatim.

### GROUPE IV. : Termes locaux

Mr. Niangany KANTE  
Mme. Massaran KEITA  
Mme. Fatimata MAIGA  
Mr. Oumar Aly TRAORE  
Mr. Lassina TRAORE  
Dr. Adama KONE.

**ANNEXE 5**  
**TRAVAUX DE GROUPE: POLITIQUES ET DIRECTIVES**

## SOUS-GROUPE I.

### POLITIQUE ET DIRECTIVES

#### I.R.A.

1. Document disponible
2. Adopté directives par l'autorité
3. Diffusé jusqu'au niveau cercle
4. Mise en oeuvre partielle.

#### ADAPTATION(S)

- \* Prendre en compte RESPIRATION SIFFLANTE
- \* Etude pour élaboration termes locaux des messages d'INFORMATION.

#### L.M.D.

1. Document disponible
2. Adopté directives par l'autorité
3. Diffusé jusqu'au niveau communautaire
4. Mise en oeuvre effective, mais insuffisante.

#### ADAPTATION

- Renforcement de la supervision.

#### NUTRITION

1. Disponibilité de document de Politique/directives (multisectoriel)
2. Adopter par l'AUTORITE en COURS
3. Document non diffusé
4. Mise en oeuvre par rapport aux micronutriments (fer, retinol,iodé).

#### ADAPTATION

- \* Renforcer les directives par rapport PEC malnutrition
- \* Identifier les différentes composantes de la lutte contre les carences en micronutriments.

#### P.E.V.

1. Disponibilité de document/Directives de politiques
2. Adoption en cours
3. Document non diffusé
4. Mise en oeuvre effective dans la logique du 1er plan.

#### ADAPTATION

- \* Intégrer la fièvre jaune
- \* Intégrer la prise en compte des EFFETS SECONDAIRES
- \* Conseils aux mères (vaccination, VAT, accouchement à la maternité).

## PALUDISME

1. Disponibilité document/Directives de politiques
2. Adoption par l'AUTORITE
3. DIFFUSION PARTIELLE
4. Mise en oeuvre dans 2 zones tests.

## ADAPTATION

- \* Adapter les schémas thérapeutiques (conformité politique lutte antipalustre/Mali).
- \* Tenir compte saisonnalité
- \* Tenir compte du mal de gorge et douleur à la miction dans PEC enfant
- \* Spécifier les protocoles en fonction du plateau technique des établissements et du profil des agents.

## ADAPTATIONS ESSENTIELLES ET POSSIBLES

### Clinique

1. A.B. V.O. : Pneumonie + Inf. Oreille  
(maladie grave)
  - \* 1ère ligne : Cotrimoxazole/Ampicilline
  - \* 2ème ligne : Amoxicilline.
  
2. A.B. V.O. : Dysenterie
  - \* 1ère ligne : Cotrimoxazole/Ampicilline
  - \* 2ème ligne : Ac. Nalidixique.
  
3. A.B. V.O. : Choléra
  - \* 1ère ligne : Cyclines (Oxytétracycline
  - \* 2ème ligne : Macrolide non utilisés en pratique.
  
4. A.B. V.O. : Anti-Palu
  - \* 1ère ligne : Chloroquine
  - \* 2ème ligne : S - P.

## ADAPTATION / INFORMATION

SUJETS	ADAPTATIONS REQUISES	INFORMATIONS NECESSAIRES
PEC/IRA	Respiration sifflante	Protocole thérapeutique.
PEC/LMD	Renforcement supervision	Organisation de la supervision (ESSC).
PEC/Malnutrition	Renforcement : Renforcer Directives PEC Malnutrition Intégrer les différents programmes.	Protocole PEC Identification aliments locaux Mesure institutionnelle.
Vaccination	Ajouter fièvre jaune	Ressource financière.
Paludisme	Adapter schéma Saisonnalité spécifique Protocole thérapeutique (Plateau technique et profil agents).	Cfr. Orientation document CAP.

## POLITIQUE / DIRECTIVES

### PLAN D'ACTION

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLES	CO-RESPONSABLE PERSONNE- RESSOURCE	RESULTATS ATTENDUS
<b>1. IRA :</b> • Elaboration d'un protocole thérapeutique pour le PEC de la respiration sifflante.	14/07 et 18/07 Vdi.	Dr. Diakité, DSFC	- 2 Pédiatres - Membres Groupe P/Directives. - 1 Responsable D.L.P.	1 Protocole de PEC de la respiration sifflante est disponible.
<b>2. NUTRITION :</b> Renforcement directives de la PEC malnutrition.	14/07 - 18/07 et	Dr. Sidibé (Sikasso) Dr. Diallo (Ségou)	- 2 Pédiatres - Membre du groupe Nutritionniste, clinique.	Des Politi- ques/Directi- ves pour le PEC des

2.1 Elaboration protocole de PEC de la malnutrition. 2.2 ADS (attitudes et pratiques des prestataires).	1/07 - 7/07	Dr. Diakité (Bamako-District).		cas de malnutrition disponibles au stade de « projet ».
3. VACCINATION : 3.1 Suivre finalisation du document de politique et directives actualisé.	Suivi continu 19/07 - 30/07	Dr. Diallo D.	- Membre du groupe P/Directives.	(F.J) pris en compte avec ses effets secondaires.
4. PALUDISME : 4.1 Saisonnalité 4.2 Protocole thérapeutique fonction du plateau technique par niveau et du profil des agents. 4.3 Cfr. Politiques de médicaments de LAP (orientations nationales).	4/08 au 8/08 Vdi.	Dr. Sidibé	- Membre du groupe P/Directives.	Respect de : - Saisonnalité - Plateau techniques et profil des agents. - Orientations en matière de médicaments de LAP (directives nationales).

### POLITIQUES / DIRECTIVES

#### PLAN DE TRAVAIL : BUDGET

- Elaboration protocole pour IRA et Nutrition
- Indemnité : 3.000 F x 8 pers. x 1 jr = 24.000 F
- Pause-café : 500 F x 8 pers. x 1 jr = 4.000 F
- Carburant : 10 litres/Jr.
- ADS : 2 jrs (District de Bamako)  
10L/Jr x 2 jrs = 3.900 F x 2 = 7.800 F
- Fournitures :
  - Rames de papier : 2 x 5.000 F = 10.000 F
  - Encre pour photocopieuse : 2 boîtes x 82.500 F = 165.000 F

- Secrétariat : 1.000 F x 2 jrs= 2.000 F
- Réneotypiste : 500 F/Jr x 2 jrs= 1.000 F

Sous/Total

- Carburant = 11.700 F
  - Fourniture = 175.000 F
  - Secrétariat = 3.000 F
  - Indemnité = 24.000 F
  - Pause-café = 4.000 F
- 
- TOTAL = 217.700 F**

**ANNEXE 6**  
**TRAVAUX DE GROUPE: ADAPTATION CLINIQUE**

## SOUS-GROUPE II.

### ADAPTATION CLINIQUE

#### PRISE EN CHARGE DES I.R.A.

- \* Notion de RESPIRATION SIFFLANTE
- \* Notion de CHRONICITE (+ 2 semaines  
(+ 30 jours.

#### MALADIES DIARRHEIQUES

- \* Pour liquide à donner (voir Programme National)
- \* Pour les ALIMENTS à donner  
PRECISER ALIMENTS de référence.
- \* Problème d'utilisation SRO (15%)
- \* Problème des « signes clés » dans la déshydratation.

#### FIEVRE : Prise en charge

- \* CARTE SANITAIRE du PALUDISME
- \* Problèmes de traitement antibiotique dans la rougeole non compliquée.

#### MAL D'OREILLE

- \* Traitement ou non des otites chroniques (antibiothérapie).

#### ETAT NUTRITIONNEL + ANEMIE

- \* Ajouter pas de pâleur dans la case verte (comme signe)
- \* Préciser l'alimentation de récupération nutritionnelle.

#### TRAITER L'ENFANT

- Amoxilline 250 mg comprimé n'existe pas au Mali
- Citromoxazole enfant 100 mg n'existe pas
- Tétracycline n'existe pas
- Acide Nalidixique existe plutôt en sirop
- Erythromycine en sirop

#### Pneumonie :

- 1ère intention : Cotrimoxazole
- 2ème intention : Amoxilline.

#### DYSENTERIE

- \* 1ère intention : Cotrimoxazole
- 2ème intention : Acide Nalidixique.

#### CHOLERA

- \* 1ère intention : Cotrimoxazole

2ème intention : Erythromycine.

### ANTIPALUDEENS

- \* Chloroquine : Problèmes différents dosages
- 1ère intention : Chloroquine
- 2ème intention : Sulf/Pyriméthane.

### PARACETAMOL

- \* Traitement en sirop : 125 mg/5 ml  
en comprimé : 500 mg  
(Document : comprimé 100 - 500).

### VITAMINE « A »

- \* Forme capsule 200.000 U
- \* Forme sirop non adaptée
- \* Pas de forme 100.000 et 50.000 U en gélules.

### FER

- \* Forme en comprimé et en poudre
- \* Pas de forme en sirop.

### MEBENDAZOLE

- \* Forme comprimé et sirop 100 mg, pas de 500 mg.

### ASSECHER L'OREILLE

- \* Problème de jeter la mèche hors de la portée des enfants
- \* Eviter l'eau de l'oreille pendant le bain.

### GORGE

- \* Inoffensifs : Balembo  
Miel + Citron.
- \* Déconseillés : Codéine et Dérivés  
Antihistaminiques  
Emimétique décongestion.

### TRAITEMENT NIVEAU DISPENSAIRE

- \* Chloramphénicol injectable  
Acqueux ou huileux.  
1ère intention : Chloramphénicol  
2ème intention : Ampicilline + Gentamycine  
Problème de Gentamycine au niveau périphérique.

- \* Quinine sel en IU uniquement à 200 ,mg  
(Pas de 300 ou 600 mg)  
Nombre d'injections ? (Document 3 x le 1er jour).

### **SUIVI DES SOINS**

- \* Pneumonie et Dysenterie  
Pertinence des questions après phase d'évaluation et classification.

### **EVALUER ET CLASSER**

Nourrissons = 1 semaine --> 2 mois  
Dysenterie < 2 mois

### **TRAITER NOURRISSONS < 2 MOIS**

1ère intention : Amoxicilline  
2ème intention : Cotrimoxazole.

### **TRAITEMENT INJECTABLE**

1ère intention : Gentamycine/Ampicilline  
2ème intention : Gentamycine/ B Pénicilline (7 injections IM !!!).

### **TRAITEMENT MUGUET NOURRISSONS**

Ajouter Nystatine suspension buvable.-

## BUDGET

	DSFC	Pour mémoire
- Questionnaire pour les différentes missions.		
- 2 photocopies document PCIME	- »-	- »-
- Feuilles blanches pour le travail	- »-	- »-
- Déplacements pour documentation avant 1ère réunion ( 3 jrs).	10 litres/jr x 3 x 7 = 210L ->	81.900 F
---> Exploitation des documents	Perdiem de 2 jours x 7 = 3.500 x 2 x 7 =	
- 1ère réunion (mise en commun 2/07/1997 (début adaptation.	Perdiem 3.000 F/3.500 F Café 500 F x 7	->24.500 F
- Déplacements complémentaires avant 2ème réunion (2 jrs).	10 litres x 7 x 2 = 140L	->54.600 F
---> Exploitations des documents.	Perdiem 2 jours x 7 =	->3.500 x 2 x 7
- 2ème réunion (mise en commun 9/07/1997 (+Adaptation.	Perdiem + café 3.500 x 7 =	->24.500 F
- 3ème réunion après concertation avec groupe Nutrition - Politiques/Directives. 23/7/1997.	Perdiem + café 3.500 x 7 =	-> 24.500 F
TOTAL et 5 L)	Essence = 68.250 F	(Général
TOTAL GENERAL :	Perdiem = 73.500 F	
Essence = 136.500	+ 98.000 F	
Perdiem = 171.500	=====	
	141.750 F	
	=====	
	307.000 F	

**ANNEXE 7**  
**TRAVAUX DE GROUPE: NUTRITION**

## GROUPE 3

### ENONCE DES TRAVAUX DE GROUPE

#### ETAPE 1.

1. Identifier les informations nécessaires pour l'adaptation et leurs sources
  - 1.1 Identifier les informations nécessaires pour adapter la boîte Nutrition dans le tableau.
  - 1.2 Identifier les sources possibles pour avoir ces informations.
  - 1.3 La revue des informations disponibles pour en choisir celles qui sont nécessaires pour adapter la boîte et identifier la lacunes qui pourraient nécessiter une collecte supplémentaire d'information.

#### QUESTIONS

##### A./ ALIMENTS

1. Quelles sont les pratiques courantes d'alimentation d'enfant de différents âges dans la population la plus prédominante du pays.
2. Décrire comment la nourriture des enfants est préparée. Donnez les valeurs nutritives des aliments préparés et/ou consommés.
3. Comment la personne qui prend en charge l'enfant l'encourage-t-il à manger plus.
4. Quelles sont les problèmes les plus courant que rencontrent les personnes en charge des enfants et comment les résolvant-t-il ?
5. Quelles sont les pratiques traditionnelles d'alimentation abandonnées mais qui pourraient apporter à l'enfant une meilleure nutrition que les pratiques modernes.
6. Quelles sont les aliments locaux disponibles à un coût abordable qui peuvent être ajouté à la diète des enfants et améliorer leur nutrition.
7. La justification des pratiques actuelles, les contraintes possibles et la motivation pour le changement de comportement.
8. Quelles sont les pratiques persistent encore de nos jours.

9. La prévalence de la malnutrition des enfants de moins de 3 ans par groupe d'âge et par région.
10. Prévalence des problèmes nutritionnels spécifiques en particulier l'avitaminose « A », l'anémie, TDCI, leur distribution géographique et par groupe d'âge.
11. Enumérer les recommandations nationales pour leur prévention et la PEC.
12. Quels sont les groupes ethniques, les zones écologiques, la disparité entre milieu rural et urbain, les classes sociales et les caractéristiques démographiques qui sont de nature à effectuer les déterminants de la pratique d'alimentation des enfants.
13. Quelles est l'étendue des zones à inclure dans l'échantillonnage et, l'accessibilité des maisons à l'intérieur de la communauté.
14. Quelles sont les langues qui doivent être parlées par les enquêteurs ? Les formulaires d'enquête seront-ils traduits dans ces langues.
15. Taux de fréquentation des consultations préventives par les enfants de 0 à 36 mois.
16. Connaissances-Attitudes-Pratiques du personnel chargé de la PF prise en charge de l'enfant.-

## **B./ LES LIQUIDES**

### **QUESTIONS**

#### **S.R.O.**

1. Les sachets de SRO sont-ils disponibles pour être utilisés à domicile ? Est-ce que les familles le savent ?
2. Quel est l'effort et le coût nécessaires pour rendre les SRO disponibles pour une utilisation à domicile ?
3. Les familles peuvent-elles acheter les SRO pour les utiliser à domicile plutôt que d'utiliser les autres liquides à la maison ?
4. Les mères peuvent-elles mélanger et administrer la SRO ? les ustensiles de mesures sont-ils disponibles à domicile ?
5. Serait-il possible d'apprendre aux mères l'utilisation du SRO pour le traitement précoce à domicile est-il aussi possible de renforcer cet enseignement à intervalle régulier ?

## **Liquide-maison**

1. Quels sont les liquides-maison communément préparés et considérés comme acceptable pour un enfant qui fait la diarrhée ? Lesquels ne le sont pas ?
2. Parmi les liquides acceptables, lesquels sont déjà utilisés par les mères pour les enfants diarrhéïques ?
3. Lesquels des liquides acceptables les mères voudront bien donner en grande quantité à un enfant diarrhéïque ?
4. Lesquels des liquides acceptables sont-ils préparés avec du sel ?
5. Lesquels des liquides acceptables ont leur ingrédients disponibles toute l'année et spécialement pendant la période des diarrhées ? Lesquels sont moins chers ?
6. Quels sont les boissons sucrées qui sont souvent données aux enfants diarrhéïques (boissons sucrées, jus de fruits sucrés, thé sucré). Pourquoi les donnent-on ?
7. Les stimulants comme le café, les infusions ou les thés médicinaux ayant des effets diurétiques ou purgatifs sont-ils souvent donnés aux enfants diarrhéïques, pourquoi ?

### **ETAPE 1.**

- a) Identifier les liquides préparés avec du sel
- b) Identifier les liquides sans le sel
- c) Identifier les liquides non recommandables pour le traitement de la diarrhée.

### **ETAPE 2.**

Choisir les liquides ( 1 ou plus ) :

- Préparés avec du sel.

## LIQUIDES

### A./ S.R.O.

QUESTIONS	TYPE D'INFORMATIONS	SOURCES	ACTIONS A ENTREPRENDRE
N°1	- Disponibilité des SRO. - Information des familles.	<ul style="list-style-type: none"><li>• DSFC (LMD/IRA)</li><li>• EDS II.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche bibliographique.</li></ul>
N°2	Mesures prises pour disponibiliser la SRO à tous niveaux.	<ul style="list-style-type: none"><li>• DSFC (LMS/IRA)</li><li>• DLP</li><li>• UMPP.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem</li></ul>
N°3	L'accessibilité financière de la SRO dans les familles.	<ul style="list-style-type: none"><li>• DSFC (Cellule LMD/IRA).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem</li></ul>
N°4	Préparation et administration de la SRO et disponibilité du matériel.	<ul style="list-style-type: none"><li>• DSFC (LMD)</li><li>• INRSP.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem</li></ul>
N°5	- Utilisation précoce de la SRO par les mères. - IEC des mères.	<ul style="list-style-type: none"><li>• EDS II</li><li>• DSFC (LMD/IRA)</li><li>• CНИЕCS</li><li>• GROUPE PIVOT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem</li></ul>

**B./ LIQUIDES-MAISON**

QUESTIONS	TYPE D'INFORMATIONS	SOURCES	ACTIONS A ENTREPRENDRE
N°1	<b>Liquides maisons acceptables et non acceptables pour l'enfant diarrhéique.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (CAP)</li> <li>• Recherche bibliographique (solution traditionnelle juin 1994).</li> <li>• ORANA</li> <li>• Groupe Pivot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Enquête si nécessaire.</li> </ul>
N°2	<b>Liquides acceptables utilisés par les mères.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche documentaire.</li> </ul>
N°3	<b>Liquides acceptables donnés en grande quantité par les mères.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (CAP - LMD/IRA-IEC)</li> <li>• Groupe Pivot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique</li> <li>• Etude du milieu.</li> </ul>
N°5	<b>Ingrédients disponibles et moins chers.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (Recherche bibliographique juin 1994).</li> <li>• IER</li> <li>• APCAM (DNA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche documentaire.</li> </ul>
N°6	<b>Boissons sucrées sont données aux enfants diarrhéiques et motifs.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (CAP)</li> <li>• Recherche bibliographique juin 1994)</li> <li>• DNAFLA</li> <li>• ORANA</li> <li>• INRSP (Nutrition).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>
N°7	<b>Stimulants et effets diurétiques et purgatifs administrés aux enfants diarrhéiques.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (RB 1994)</li> <li>• DMT (INRSP)</li> <li>• ENMP</li> <li>• ENSUP</li> <li>• IPR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> </ul>

**SOUS-GROUPE III.**  
**LES ALIMENTS**

<b>QUESTIONS</b>	<b>TYPE D'INFORMATIONS</b>	<b>SOURCES</b>	<b>ACTIONS A ENTREPRENDRE</b>
<b>N°1</b>	<b>PRATIQUES COURANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document enquête CAP (DSFC).</li> <li>• ENMP</li> <li>• INRSP</li> <li>• I.S.H</li> <li>• CERPOD</li> <li>• ORSTOM</li> <li>• OXFAM ou ORANA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Enquête si nécessaire.</li> </ul>
<b>N°2</b>	<b>MODE DE PREPARATION ET VALEURS DES ALIMENTS.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête budget consommation.</li> <li>• Services techniques alimentaires.</li> <li>• ORANA</li> <li>• INRSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Enquête auprès des mères si nécessaire.</li> </ul>
<b>N°3</b>	<b>ATTITUDES POSITIVE DE PERSONNES EN CHARGE DE L'ENFANT.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORANA</li> <li>• INRSP</li> <li>• EFDC</li> <li>• CНИЕCS</li> <li>• EDS II.</li> <li>• DSFC (CAP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Enquête auprès des personnes en charge de l'enfant si nécessaire</li> </ul>
<b>N°4</b>	<b>PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INRSP</li> <li>• DNSI</li> <li>• ENMP</li> <li>• DNAFLA</li> <li>• MINIST. DEVEP. RURAL ET ENVIRONNEMENT.</li> <li>• UNICEF</li> <li>• PNUD.</li> </ul>	
<b>N°5</b>	<b>PRATIQUES TRADITIONNELLES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDS II. (Allaitement).</li> <li>• DSFC</li> <li>• CНИЕCS</li> <li>• DNSI</li> <li>• ENMP</li> <li>• I.S.H.</li> <li>• CERPOD</li> <li>• MDER, IER</li> <li>• ENSUP</li> <li>• DNAFLA</li> <li>• BIBLIOTHEQUE NATIONALE</li> </ul>	

QUESTIONS	TYPE D'INFORMATIONS	SOURCES	ACTIONS A ENTREPRENDRE
N°6	ALIMENTS LOCAUX DISPONIBLES ET ABORDABLES.  JUSTIFICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (Table)</li> <li>• ORANA</li> <li>• Technologie alimentaire</li> <li>• INRSP</li> <li>• MDER (SMIC)</li> <li>• EFDC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Etude du milieu si nécessaire.</li> </ul>
N°7	PRATIQUES CONTRAINTES ET MOTIVATIONS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (CAP)</li> <li>• INRSP</li> <li>• ENMP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Etude du milieu si nécessaire.</li> </ul>
N°8	PRATIQUES NEFASTES PERSISTANTES.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFC (CAP)</li> <li>• Communication pour vitamine « A ».</li> <li>• INRSP</li> <li>• ENMP</li> <li>• ORANA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Enquête auprès des agents de terrain et leaders communautaires.</li> <li>• Tradipraticiens.</li> </ul>
N°9	PREVALENCE MALNUTRITION ENFANT < 5 ANS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDS II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> </ul>
N°10-11	PREVALENCE EN MICRONUTRIMENT S : (Fer, Iode, Vitamine. Recommandations de prévention et PEC).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INRSP</li> <li>• PNLC</li> <li>• DSFC (NP, communication vitamine « A »).</li> <li>• ENMP (thèse)</li> <li>• IOTA</li> <li>• MDER</li> <li>• ORANA</li> <li>• UNICEF</li> <li>• SCF-UK.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Etude complémentaire vitamine -TDCI (Projet FAO).</li> </ul>
N°12	Groupe ethnique ; zones écologiques caractéristiques démographiques affectant la pratique d'alimentation de l'enfant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.S.H.</li> <li>• DNSI</li> <li>• DSFC (CAP)</li> <li>• INRSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> <li>• Etude complémentaire si nécessaire.</li> </ul>

QUESTIONS	TYPE D'INFORMATIONS	SOURCES	ACTIONS A ENTREPRENDRE
N°13	<b>ETENDRE ET ACCESSIBILITE DES ZONES D'ENQUETES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synthèse des informations recueillies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les zones d'enquête.</li> </ul>
N°14	<b>Différentes langues dans les zones d'enquête et leur utilisation pendant l'enquête.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DNAFLA</li> <li>• DNSI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier des langues et traduction des formations.</li> </ul>
N°15	<b>Fréquentation des consultations préventives par enquête de &lt; 3 ans.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDS II</li> <li>• D.E. (Annuaire statistique).</li> <li>• INRSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche bibliographique.</li> </ul>
N°16	<b>CAP des agents chargés de la Prise en charge de l'enfant.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSPHR (RBF)</li> <li>• DSFC</li> <li>• ENMP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche documentaire.</li> </ul>

42

<b>RESPONSABLES</b>	<b>SOURCES</b>
<b>Dr. Isaka NIAMBELE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORANA</li> <li>• I.S.H</li> <li>• DNSI</li> <li>• EDS II</li> <li>• PNUD</li> <li>• IOTA</li> <li>• FAO.</li> </ul>
<b>Dr. DEMBELE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EFDC</li> </ul>
<b>Dr. SANOGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENMP</li> <li>• INRSP</li> <li>• PSPHR</li> <li>• D.L.P</li> <li>• GROUPE PIVOT/SURVIE ENFANT</li> <li>• D.M.T</li> <li>• PNL-TDCI.</li> </ul>
<b>Mme. COULIBALY Fanta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.E.R</li> <li>• CNEICS</li> <li>• DNAFLA</li> <li>• MDER</li> <li>• UNICEF</li> <li>• UMPP</li> <li>• APCAM</li> <li>• DNRFFH.</li> </ul>
<b>Mme. TOURE Aminata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENSUP</li> <li>• DSFC.</li> </ul>
<b>Mme. KAGNASSY Dado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• B.N</li> <li>• ORSTOM</li> <li>• OXFAM</li> <li>• CERPOD</li> <li>• SCK-UK</li> <li>• PNL-C</li> <li>• S.A.P</li> <li>• SIMC.</li> </ul>

## CHRONOGRAMME

ACTIVITES	PERIODE D'EXECUTION		
	Juin	Juillet	Août
<b>1. Recherche bibliographique :</b>			
• Collecte documents	---	--	
• Exploiter documents		-----	
• Mise en commun		----	
<b>2. Etudes complémentaires :</b>			
• Planification des études		----	
• Exécution		-	-----
<b>3. Adaptation.</b>		---	----- -

**GROUPE III.**

**BUDGET PREVISIONNEL**

<b><u>ACTIVITES / RUBRIQUES</u></b>	<b><u>COUT</u></b>
<b>I. Collecte des documents (10 jours)</b>	
- Carburant :	
10 L x 10 jrs x 7 pers. x 390 F	= 273.000 F
- Papier pour photocopie :	
5.500 F x 5	= <u>27.500 F</u>
<b>S/TOTAL</b>	<b>= 300.500 F</b>
<b>II. Exploitation des documents (8 jours)</b>	
- Fournitures :	
• Bloc GF : 1.500 F x 7	= 10.500 F
• Bic bleu : 75 F x 7	= 525
• Chemise à rabat : 1.500 F x 7	= 10.500 F
• Chemise simple : 100 F x 7	= 700 F
- Pause :	
500 F x 10 pers. x 8 jrs	= 40.000 F
- Perdiem :	
7.000 F x 1 pers. x 10 jrs	= 70.000 F
3.000 F x 1 ch. x 10 jrs	= 30.000 F
4.000 F x 6 pers. x 8 jrs	= 192.000 F
1.000 F x 1 ch. x 8 jrs	= 8.000 F
- Secretariat :	
1.000 F x 8 jrs x 1 pers.	= 8.000 F
500 F x 5 jrs x 1 pers.	= <u>2.500 F</u>
<b>S/TOTAL</b>	<b>= 469.225 F</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>= <u>769.725 F.CFA/</u></b>

45

**ANNEX 8:**  
**TRAVAUX DE GROUPE: TERMES LOCAUX**

## **GROUPE 4: TERMES LOCAUX**

Dans le cadre des activités permettant la réadaptation du matériel générique pour la mise en oeuvre de l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), quatre groupes de travail ont été constitués dont celui chargé de l'adaptation des termes locaux pour établir une communication efficace entre l'agent et les personnes en charge.

### **Composition de groupe**

1. Oumar Aly Traoré, consultant DSFC
2. Lassina Traoré, Ingénieur sanitaire
3. Nianguiry Kanté, chercheur/sociologie INRSP
4. Mme Fatoumata Maïga, technicienne de santé, chargée IEC, responsable cellule nutrition, CНИЕCS
5. Mme Kéita Massaran, médecin/Ingénieur sanitaire, directrice de l'EIPC, Bamako
6. Dr Adama Koné, directeur régional BASICS

Le groupe pour l'Adaptation des Termes Locaux devait:

Evaluer les informations actuelles sur les termes locaux

Valider les termes

Sélectionner les termes pour adapter le matériel

Profil du groupe: linguiste/sociologue, personnel de santé, agent du Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CНИЕCS)

Le groupe, dans un premier temps, a identifié à partir des documents de travail les 19 termes locaux qui sont:

Diarrhée

Sang dans les selles

Fièvre (élévation de température)

Respiration rapide

Difficulté respiratoire

Rougeole

Incapacité de boire

Boire peu

Incapacité de téter

Tête peu

Aggravation de la maladie

Convulsions

Vomissement

Paludisme

Mal d'oreille

Anémie

Vaccination

Léthargie/inconscience  
Déshydratation

Le groupe a ensuite établi la carte linguistique du Mali. La langue bananan étant la langue la plus parlée au Mali fut utilisée pour une première évaluation des termes locaux sus-cités, d'abord au sein du groupe de travail puis auprès de 3 cliniciens et de 3 mères. Une synthèse fut faite et 12 termes sur les 19 ont fait l'objet de consensus et transcrits. Les termes suivants non pas fait l'objet de consensus: sang dans les selles, difficulté respiratoire, boire peu, incapacité de téter, aggravation de la maladie, anémie, déshydratation. Ces termes feront l'objet de recherche approfondie par le groupe. Les 19 termes retenus feront l'objet de validation par enquête documentaire et par interview.

Le plan de travail suivant a été élaboré par le groupe:

**1. OBJECTIFS :**

Valider les 19 termes locaux avant le 30 Août 1997.

**2. STRATEGIES :**

2.1 Recherche documentaire

2.2 Enquête auprès des mères et autres personnes ressources.

**3. ACTIVITES :**

3.1 Inventorier les documents relatifs aux termes locaux dans les services identifiés.

3.2 Exploiter les documents sus-mentionnés

3.3 Identifier les services au niveau des cites retenus

3.4 Déterminer la taille des échantillons

3.5 Réaliser les interviews

3.6 Analyser les données

3.7 Sélectionner les termes locaux pour adopter le tableau.

48

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLES	RESSOURCES
3.1 et 3.2	Du 30/06 au 5/07/1997	- DNAFLA - Lassina - ISHU - Oumar - PEACE Corps (Fatoumata (Massaran - INRSP - Nianguiry	5 L d'essence par personne par jour (déplacement) Soit Total = <u>97.500 F.CFA</u> 10 L x 5 x 5
3.3 et 3.4	17/07/1997	Le groupe (5 personnes)	3.000 F/pers./jour (pause et déplacement). Soit Total = <u>15.000 F.CFA</u>
3.5 District de Bamako	28 et 29/07/1997	Massaran	10L d'essence/Jour = Soit 20 L S/Total = <u>7.800 F.CFA</u>
Koulikoro	01 et 02/07/1997	(Fatoumata (Oumar Aly	Véhicule Carburant = 9.350 F Chauffeur = 4.000 F Enquêteurs = 32.000 F  S/Total = <u>45.350 F.CFA</u>
Mopti	28/07 au 2/08/1997	- Lassina - Nianguiry	- Déplacement (carburant) = 85.250 F - Perdiem = 95.000 F - 1 Interprète = 6.000 F  S/Total = <u>186.250 F.CFA</u>
3.6	07 et 8/08/1997	Le groupe (5 personnes)	3.000 par pers./jour (pause et déplacement). S/Total = <u>30.000 F.CFA</u>
3.7	Du 18 au 20/08/1997	Le groupe (5 personnes)	3.000/pers./jour (pause et déplacement) S/Total = <u>45.000 F.CFA</u>

**SOUS-GROUPE 4.**  
**TERMES LOCAUX D'APRES LE GROUPE**

<b>REGIONS</b>	<b>LANGUES PRINCIPALES</b>	<b>LANGUES SECONDAIRES</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>KAYES</b>	Bambara Soninké.	Kassonké Peulh.	
<b>KOULIKORO</b>	Bambara	Soninké	Maure voir Nara.
<b>SIKASSO</b>	Bambara Sénoufo.	Bobo	
<b>SEGOU</b>	Bambara	Bobo Somono Peulh.	
<b>MOPTI</b>	Peulh Dogon.	Bambara Bozo Sonrhäi.	
<b>TOMBOUCTOU</b>	Sonrhäi	Tamacheq Arabe.	
<b>GAO</b>	Sonrhäi	Tamacheq Bambara.	
<b>KIDAL</b>	Tamacheq	Sonrhäi	
<b>DISTRICT DE BAMAKO</b>	Bambara		

NOMS GENERIQUES	Langues Principales						
	Bambara	Sénoufo	Peulh	Dogon	Soninké	Sonrhāi	Tamacheq
1. Diarrhée	• Kôno boli	DNAFLA	DNAFLA	DNAFLA	- Nukudouwouré	- Goundézour	DNAFLA
2. Sang dans selles	• Djolibana cotala	- »-	- »-	- »-	- Togotoké	- Kourigo-léseira.	- »-
3. Fièvre (Elevation Température)	• Farigan • Farikalaya.	- »-	- »-	- »-	- Fatatoyé - Fatatoyé	- Gahamkoni	- »-
4. Respiration rapide	• Ninakili katéli. • Gnon katéli	- »-	- »-	- »-	- Higayigayé	- Hounsaro - Gatiéhan	- »-
5. Difficulté respiratoire	• Ninakili Dégou	- »-	- »-	- »-	- Himéyé Na - Kotoamaka	- Hounsaro - Gachendi	- »-
6. Rougeole	• Gnoni • Missémani.	- »-	- »-	- »-	- Méséné	- Macha - Sab-Sab.	- »-
7. Incapacité boire	• Ka déssé kadjimi	- »-	- »-	- »-	- Aratamini	- Assihinè-kahan.	- »-
8. Boire peu	• Até djibérémi	- »-	- »-	- »-	- Arata minisiri	- Agahankaina	- »-
9. Incapacité téter	• Atéssé ka sinmi	- »-	- »-	- »-	- Arantasouguin	- Assi ninè-Kanane.	- »-
10. Tête peu	• Até sin bérémi • Até sinmi Kossobè	- »-	- »-	- »-	- Asouguini Fonéya	- Aganankaina	- »-
11. Aggravation maladie	• Banadjougouyara	- »-	- »-	- »-	- Watlékoto	- Wirtcholala	- »-
12. Convulsions	• Konoyaminé	- »-	- »-	- »-	- Kictou	- Agakogou	- »-
13. Vomissements	• Fono	- »-	- »-	- »-	- Hitchiyé - Tasariya	- Yéri	- »-
14. Paludisme	• Soumaya	- »-	- »-	- »-	- Samamatoyiye	- Tchéfa	- »-
15. Mal d'oreille	• Tolodimi • NTlodimi	- »-	- »-	- »-	- Torongaté	- Handori	- »-
16. Anémie	• Djolidésé • Saydiè	- »-	- »-	- »-	- Horonkonton	- Kouridjan	- »-
17. Vaccination	• Bolotchi • Toukoutchi	- »-	- »-	- »-	- Kitikaré	- Tchensa	- »-
18. Léthargie - inconscience	• Krin	- »-	- »-	- »-	- Kitou	- Kassandji	- »-

<b>NOMS GENERIQUES</b>	<b>CLINICIEN 1</b>	<b>CLINICIEN 2</b>	<b>CLINICIEN 3</b>
1. Diarrhée	- Konoboli	- Konoboli - Konokari	- Konoboli
2. Sang dans selles	- Djéli bè banakotala	- Djéli bè bola	- Togotogoni
3. Fièvre (Elevation température)	- Farikalaya	- Farikalaya - Faridolé	- Farigan
4. Respiration rapide	- Ninakili Téliya	- Kogobo	- Ninakili téliya
5. Difficulté respiratoire	- Ninakili Dégou	- Ninakili dégu - Ninakili Féréké	- Ninakili dégu
6. Rougeole	- Gnoni - Missémani	- Gnoni - Missémani	- Gnoni
7. Incapacité de boire	- A téssé ka Djimi	- Até ka dji kunu	- Ka déssé kami
8. Boire peu	- Até djimi Kossobè	- Abè son djila doni - Abi dji donimi	- Kadonimi
9. Incapacité de téter	- Até sinmi	- Atéssé ka sin sama	- Ka déssé ka sinmi
10. Tête peu	- Até sinmi kossobè	- Abè sin midoni	- Kasin midoni
11. Aggravation de la maladie	- Banabè ka djuguya katafè	- Adégulindo - Furama magognè	- Banadjougouyara
12. Convulsions	- Dinbèdja - Konoyaminé	- Sanfè fin	- Kaadja
13. Vomissements	- Fono	- Fono	- Fono
14. Paludisme	- Sumaya	- Sumaya	- Sumaya
15. Mal d'oreille	- Tlodimi	- Tlodimi	- Tlodimi
16. Anémie	- Djoli dogoya	- Djolidéssé bana	- Djolidéssé
17. Vaccination	- Bolotchi	- Bolotchi	- Bolotchi
18. Léthargie - inconscience	- Agnè téyéfé	- Akirina	- Kirin
19. Déshydratation	- Djidéssé	- Djidéssé bana	- Ka yoba - Akolo Kariladono.

NS

NOMS GENERIQUES	MERE 1	MERE 2	MERE 3
1. Diarrhée	- Konoboli	- Konoboli	- Konoboli
2. Sang dans selles	- Togotoni	- Djolibabola	- Djolibabola
3. Fièvre (Elevation température)	- Farigan	- Faribèkalaya	- Faribèkalaya
4. Respiration rapide	- Ninakili dégun	- Aninakili bétéliya	- Aninakili bétéliya
5. Difficulté respiratoire	- Ninakili Sumayara	- Gnobé dégu	- Até figné sama
6. Rougeole	- Gnoni	- Gnoni - Missémani	- Missémani
7. Incapacité de boire	- Atéssé kadjimi	- Atéssé kadjimi	- Atéssé kadjimi
8. Boire peu	- Abè djimi doni-doni	- Abè djimi doni	- Abè donimi
9. Incapacité de téter	- Atéssé kasin mi	- Abana sin na	- Abana sin na
10. Tête peu	- Abè sin mi doni-doni	- Abè sin mi doni	- Abè sin mi doni
11. Aggravation de la maladie	- Bana djuguyara	- Bana djuguyara	- Baba djuguyara
12. Convulsions	- Kono - Kadja	- Abi dja	- Abidja - Até kalama - Agné bè woloki
13. Vomissements	- Fono	- Abé fono	- Fono
14. Paludisme	- Sumaya	- Sumaya	- Djokadjo A vérifier.
15. Mal d'oreille	- Tlodimi - Tlobèbo	- Tlodimi	- Tlodimi - Tlodjalandimi - Tlomibéba a ni mi Animidjibèbo
16. Anémie	- Djoli dessé	- Djoli dessé (lié à l'hypotension) - Saye djè	- Sayé djè
17. Vaccination	- Bolotchi	- Bolotchi	- Bolotchi - Tugutchi
18. Léthargie - inconscience	- Kirin	- Akirina	- Até kalama
19. Déshydratation	- Saye - Sumaya kogolin A chercher.	A chercher	A chercher.