

Prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant dans la région de Monastir (Tunisie)

M.S. Soltani,¹ S. ElMhamdi,¹ A. Sriha,¹ I. Bouanene,¹ I. Bouchahda² et M. Bouchahda²

التدبير المتكامل لصحة الأمهات والأطفال في منطقة المُنستير (تونس)

محمد السوسي سلطاني، سناء المحمدي، أساء بالغيث سريجة، إيناس بوعنان، إيناس بوشهدة، المخطار بوشهدة

الخلاصة: نُفذ برنامج التدبير المتكامل لصحة الأم والطفل في تونس في عام 2002 في بعض المناطق الصحية. وتقدم الدراسة تقييماً للتدبير العلاجي للأطفال دون سن الخامسة ولأمهاتهم باستخدام برنامج التدبير المتكامل لصحة الأمهات والأطفال في زيرامدين، وهي بلدة تقع على بعد 20 كيلو متر جنوب غرب المُنستير. وقد أجرى الباحثون دراسة مستعرضة شملت عينة ملائمة تتألف من 526 سجلاً طبياً للأطفال دون سن الخامسة ممن يراجعون مركز زيرامدين لصحة الأمهات والأطفال. وقِيمت الدراسة الجوانب العلاجية والجوانب الوقائية لصحة الأطفال، وكان وسطي العمر 21.9 شهراً (بانحراف معياري 16.7)، وفي الجوانب العلاجية كانت الأمراض التنفسية هي الأسباب الأولى للاستشارات (71.2٪)، وتلاها الإسهال (15.4٪). أما بالنسبة للخدمات الوقائية، فقد كان الأطباء يفحصون حالة التمتع لدى الطفل وطوله ووزنه ويرسمونها على مخطط النمو، ويتحررون عن الحَوَل وعن فقر الدم. إن إسهام التدبير المتكامل لصحة الأمهات والأطفال في صحة الطفل أمرٌ لا يمكن إنكار أهميته، فهو يتيح الرعاية الشاملة للطفل، وينمي مهارات العاملين، ويعزز النظام الصحي، ويمسّن من ممارسات طب المجتمع وطب الأسرة.

RÉSUMÉ Le programme de la prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant (PCIME) a été implanté en Tunisie en 2002 dans quelques circonscriptions sanitaires. La présente étude a évalué la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et de leurs mères à travers le programme PCIME à Zeramdine, ville située à 20 km au sud-ouest de Monastir. Une étude transversale a été réalisée sur un échantillon représentatif de 526 dossiers médicaux d'enfants de moins de cinq ans consultant dans le centre de protection maternelle et infantile de Zeramdine. L'étude a évalué tous les aspects curatifs et préventifs de la prise en charge de la santé de l'enfant. La moyenne d'âge était de 21,9 mois (ET 16,7). Sur le plan curatif, les maladies respiratoires dominaient les motifs de consultation (71,2 %), suivies de la diarrhée (15,4 %). Sur le plan préventif, les médecins vérifiaient systématiquement l'état vaccinal et le développement staturo-pondéral de l'enfant, et assuraient le dépistage de l'anémie et du strabisme. L'apport de la PCIME est indéniable ; elle permet une prise en charge globale de l'enfant, le développement des compétences des ressources humaines, la mise à niveau du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

Integrated management of mother and child health in the region of Monastir (Tunisia)

The programme of integrated management of child health (IMCI) was established in Tunisia in 2002 in some health districts. This study evaluated the management of children under 5 years of age and their mothers using the IMCI programme in Zeramdine, a town 20 km south-west of Monastir. A cross-sectional study was conducted on a convenience sample of 526 medical records of children under 5 years attending the Zeramdine maternal and child health centre. The study evaluated preventive and curative aspects of child health. The mean age was 21.9 (SD 16.7) months. On the curative side, respiratory diseases were the leading reason for consultation (71.2%) followed by diarrhoea (15.4%). For preventive services, physicians systematically checked the child's immunization status and height and weight on the growth charts, and screened for strabismus and anaemia. The contribution to child health of IMCI is undeniable; it allows comprehensive care of the child, develops staff skills, upgrades the health system and improves family and community practices.

¹Service de Médecine préventive et d'Epidémiologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir (Tunisie) (Correspondance à adresser à M.S. Soltani : mohamed.soltani@rns.tn). ²Centre de protection maternelle et infantile, Zeramdine (Tunisie).

Reçu : 13/08/12 ; accepté : 11/06/13

Introduction

La promotion de la santé du couple mère-enfant occupe aujourd'hui dans le système sanitaire tunisien une place de choix qui s'explique essentiellement par l'engagement de l'autorité sanitaire en faveur de ce qui s'est traduit par des résultats probants enregistrés dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Actuellement, la transition épidémiologique et socio-économique que vit notre pays a changé le profil de la morbi-mortalité, notamment pédiatrique. Ainsi, les exigences de la clientèle en matière de soins deviennent accrues, surtout avec la mondialisation du marché des services de santé. Devant ces défis, l'assurance de la qualité des soins s'impose, nécessitant de nouvelles stratégies de prise en charge de la communauté (1).

La prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant (PCIME), implantée depuis déjà une décennie (2002), est une nouvelle approche basée sur la standardisation de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans selon des algorithmes bien codifiés, permettant une réelle intégration des programmes nationaux de santé du couple mère-enfant dans les structures de première ligne et renforçant ainsi les principes des soins de santé de base.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui vise à évaluer l'apport de la PCIME dans la promotion de la santé infantile et maternelle après six ans d'application dans la délégation de Zeramdine de la région sanitaire de Monastir, et plus particulièrement à évaluer la prise en charge de l'enfant malade et bien portant dans le cadre de la stratégie PCIME, à préciser les maladies dépistées à travers la stratégie PCIME et à évaluer l'apport de la PCIME dans la promotion des prestations préventives et promotionnelles pour le couple mère-enfant.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur les consultants durant l'année 2008.

Région et population de l'étude

La délégation de Zeramdine compte 25 947 habitants (2) et comprend deux municipalités. Zeramdine est une ville située à une vingtaine de kilomètres au sud-ouest de Monastir ; elle constitue le chef-lieu de la délégation et compte 15 969 habitants. Elle se trouve au centre de la grande oliveraie du Sahel, et est fortement marquée par l'industrie, essentiellement la briqueterie et le textile. En effet, plus de la moitié de la population active est employée dans l'industrie manufacturière. Au centre de protection maternelle et infantile (PMI) de Zeramdine œuvre une équipe sanitaire constituée de deux médecins, d'une sage-femme et de quatre infirmières.

La population de l'étude est constituée par les enfants âgés de 0 à 5 ans, ainsi que leurs mères, ayant bénéficié de prestations curatives, préventives et promotionnelles selon la stratégie PCIME dans le centre PMI de Zeramdine durant six mois de l'année 2008. L'étude a été menée à partir des dossiers des enfants malades et bien portants consultant dans le cadre de la stratégie PCIME dans ce centre. Nous avons procédé par échantillonnage systématique à deux degrés : le premier portant sur les mois, puisqu'on a retenu les mois pairs de l'année 2008, le deuxième tirage concernant l'effectif des enfants. Ainsi, on a pris un enfant sur quatre du total des consultations, soit un effectif de 526 dossiers qui a été colligé pour ce travail. Notre base de données est constituée par une grille spécifique élaborée à cet effet, consignée à partir des informations contenues dans les dossiers médicaux des enfants et du registre des activités journalières du

centre. La grille des données comporte des variables en rapport avec la prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant et concerne principalement :

- les caractéristiques de l'enfant (âge, antécédents, statut vaccinal, état nutritionnel, développement psychomoteur) ;
- les données sur la mère (âge, profession, niveau d'instruction, couverture sociale, état vaccinal, statut périnatal) ;
- le dépistage de l'anémie chez l'enfant et sa mère ;
- le dépistage du strabisme ;
- les données de l'examen clinique (motif de consultation, diagnostic, prescription d'antibiotique et type d'antibiothérapie, orientation ou transfert).

Traitement et analyse des données

Les données étaient vérifiées, codées puis saisies sur matériel informatique utilisant le logiciel Epi Info version 6 (Epi 6 fr). Pour l'analyse, on a utilisé les tests statistiques appropriés (χ^2 , comparaison des moyennes) au seuil de signification de 5 %.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

Enfants

La répartition des enfants selon l'âge et le sexe montre que le *sex ratio* est de 1,19 (286/240) et que la moyenne d'âge est de 21,9 (ET 16,7) mois, la médiane étant de 17,5 mois. Les enfants âgés de moins de deux mois représentent 6 %.

Mères

L'âge moyen des mères est de 30,8 ans (ET 5,7) avec des extrêmes allant de 18 à 48 ans. Les âges à risque (35 ans et plus et moins de 20 ans) représentent 26 % des cas. De

Tableau 1 Caractéristiques des mères

Caractéristique	Nbre	%
Âge (ans)		
< 20	5	1
20-34	387	74
35 et plus	134	25
Profession		
Sans profession	205	39
Ouvrière	233	45
Cadre	41	8
Étudiante	18	3
Instruction		
Analphabète	16	3,0
Primaire	217	41,2
Secondaire	189	36,0
Supérieur	104	19,8

plus, 61 % des femmes (n = 321) sont des mères au travail ; 97 % des mères sont scolarisées (n = 510) parmi lesquelles 19,8 % ont fait des études supérieures (Tableau 1).

Étude des prestations curatives

Principales pathologies

L'approche syndromique de la PCIME est une stratégie qui permet une prise en charge globale comportant un interrogatoire minutieux et un examen clinique complet de sorte qu'elle ne peut pas passer à côté d'une pathologie pouvant mettre en danger la vie de l'enfant. Ainsi, nous avons recensé 671 motifs

de consultations pour 508 enfants. Aucun enfant ne présente des signes généraux de danger.

Cependant 22,8 % (n = 116) ont plus d'une classification, et pour chaque malade, nous avons retenu la classification la plus grave. Ainsi, les infections respiratoires aiguës (IRA) prennent la première place avec 71,2 % (n = 362), suivies de la diarrhée avec 15,4 % (n = 78) ; 77,2 % des enfants (n = 392) ont eu une classification unique. Pour les infections respiratoires, nous avons retenu 135 cas d'angine, soit 26,6 %, et 23,8 % de pneumopathie (n = 121), 18,3 % de toux et rhume (n = 93) et 2,5 % d'otite (n = 13) (Tableau 2).

Tableau 2 Principales pathologies diagnostiquées

Diagnostic	Effectif	%
Angine	135	26,6
Pneumopathie	121	23,8
Toux et rhume	93	18,3
Diarrhée	78	15,4
Dermatose	32	6,3
Trouble digestif	19	3,8
Uropathie	12	2,3
Otite	13	2,5
Autres	5	1,0
Total	508	100

Place des antibiotiques dans la prescription médicale

Des antibiotiques ont été prescrits chez 53 % des malades. Cette prescription est faite conformément à l'algorithme de la PCIME. Parmi les antibiotiques prescrits, l'amoxicilline prédomine : elle a été prescrite dans 79,8 % des cas (n = 222). Les macrolides viennent en deuxième position avec 8,6 %. Les 11,6 % restants sont répartis entre Bactrim, Flagyl et Pêni G.

Parmi les 362 consultations pour infections respiratoires des voies supérieures, 66,5 % (n = 241) ont eu des antibiotiques. Pour les 93 cas classés comme toux ou rhume et les 28 cas d'angine virale, la prescription a porté sur le paracétamol pour la fièvre, le sérum physiologique pour l'obstruction nasale ou les mucolitiques pour l'encombrement bronchique.

Sur 78 enfants diarrhéiques, 26 seulement ont eu un antibiotique, soit 33,3 % : huit enfants ont eu un sulfamide et 18 enfants ont eu le métronidazole. Par ailleurs, grâce à la stratégie PCIME, tous les enfants ayant consulté pour diarrhée ont eu de l'oralyte à domicile, avec des conseils à la mère pour une surveillance correcte de l'évolution de l'hydratation de l'enfant.

Orientation vers un spécialiste

Trente-six enfants ont été orientés vers un spécialiste, dont 27 consultants (5,1 %) vers le spécialiste de l'hôpital de circonscription et neuf enfants vers l'hôpital universitaire, soit 1,7 %.

Évolution clinique au cours de la visite de suivi des enfants

Dans notre série, 73 enfants (14 %) consultent pour une visite de suivi en vue d'évaluer l'évolution de la maladie : 82 % des enfants (n = 60) ont eu une évolution favorable ; 18 % des enfants (n = 13) n'ont eu aucune amélioration clinique : parmi ces derniers, 10 ont bénéficié d'une nouvelle prescription médicamenteuse et trois ont été transférés aux urgences.

Étude des prestations préventives pour le couple mère-enfant

Prestations préventives

À chaque contact avec le centre de santé, le statut vaccinal de l'enfant est vérifié afin d'identifier un retard à la vaccination, ainsi que le poids et la taille de l'enfant pour surveiller le développement staturo-pondéral. De même le dépistage de l'anémie chez l'enfant et la mère ainsi que le strabisme sont assurés systématiquement pour chaque enfant, quel que soit son âge.

Les principales insuffisances au niveau des prestations préventives sont les suivantes :

- 7 % des enfants (n = 34) ont été identifiés défaillants à la vaccination et ont bénéficié d'un rattrapage ;
- 8,5 % des enfants ont une malnutrition (n = 45), dont 42 cas de malnutrition modérée (7,9 %) et trois cas de malnutrition sévère (poids < -3 ET). La malnutrition n'était liée ni à l'âge ni au sexe de l'enfant, ni à l'instruction ni à la profession de la mère. Tous les enfants malnutris ont bénéficié d'une enquête alimentaire standardisée et leur mère a eu des conseils appropriés pour corriger les insuffisances en matière d'alimentation.
- 11,9 % des enfants ont une anémie (n = 63) avec huit cas d'anémie grave nécessitant un recours urgent au spécialiste. La fréquence de l'anémie augmente avec l'âge : elle est de 16,5 % pour les enfants âgés de plus de deux ans contre 9,1 % pour les enfants les plus jeunes.

Enquête alimentaire

La stratégie PCIME accorde une importance particulière au développement staturo-pondéral de l'enfant. C'est ainsi qu'une enquête alimentaire standardisée est systématiquement faite pour tous les enfants âgés de moins de deux ans et ceux présentant une malnutrition modérée, une anémie

et/ou une diarrhée persistante. Ceci permet d'identifier d'éventuels problèmes d'alimentation et donne l'opportunité de fournir à la mère des conseils appropriés pour corriger ces problèmes. Dans notre travail, cette enquête a été réalisée pour 370 enfants répartis comme suit : 321 enfants âgés de moins de deux ans et 49 enfants âgés de plus de deux ans, dont 34 sont anémiques et 15 présentent une malnutrition modérée. La PCIME fait bénéficier la mère accompagnant son enfant de prestations préventives et éducatives en relation avec sa fécondité et les pratiques familiales. Quarante-sept mères sont reconnues anémiques parmi 399 mères accompagnant leurs enfants, soit 22 %. Ces femmes anémiques ont reçu un traitement martial.

Dans notre étude aussi, 22 cas de strabisme ont été identifiés avant l'âge de cinq ans, soit 4,2 % des enfants. Ils ont été adressés à la consultation d'ophtalmologie.

Consultation des bien-portants

Dans notre série, 18 couples mère-enfant se sont présentés pour une visite postnatale de contrôle qui comporte aussi bien l'examen du nouveau-né que celui de sa mère, ainsi que des prestations éducatives sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères en matière d'allaitement maternel, et leur adhésion à certaines recommandations du programme national de périnatalité (surveillance postnatale, adoption d'une méthode contraceptive moderne, etc.).

Discussion

La discussion porte sur deux volets, à savoir les résultats retrouvés et l'apport de la stratégie PCIME pour l'enfant, la mère et le système de soins.

Résultats

La PCIME est appliquée en Tunisie depuis l'année 2002 dans quelques

gouvernorats, dont la circonscription de Zeramdine (gouvernorat de Monastir), ce qui justifie notre choix de mener cette étude dans la PMI de Zeramdine sur 526 dossiers d'enfants âgés de 0 à 59 mois suivis dans ce centre durant l'année 2008, avec une moyenne d'âge de 21,9 mois. Le *sex ratio* est de 1,19.

Dans notre étude, sur 508 enfants, 362 ont des infections respiratoires aiguës (IRA), soit 71,2 % des cas. Cette proportion est similaire à celle trouvée selon le rapport annuel de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) (3) en 2008 dans les gouvernorats qui ont adopté la stratégie PCIME depuis 2002. En fait, ce taux était de 58,2 % à Monastir, de 65,7 % à Nabeul et de 70,2 % à Béja. Le taux national est passé de 52 % en 2003 à 59,2 % en 2008. Dans notre travail, 121 cas de pneumopathie ont été identifiés, soit 23,8 % des IRA, résultat similaire à celui de l'étude réalisée à Morneg (4), qui a rapporté que les pneumopathies représentent 29 % des IRA, et à celui rapporté en Algérie (5) en 2000 de 30 % des IRA. Pour ce qui est de la diarrhée, nous avons recensé 15,4 % de cas (n = 78). La moyenne d'âge est de 20,4 mois ; 23 % (n = 18) d'entre eux ont une diarrhée glaireuse et 10,2 % (n = 8) une diarrhée sanglante. Sur le plan national, en 1999, 6,5 % des enfants qui consultaient et étaient âgés de moins de cinq ans étaient diarrhéiques (6). Ce résultat est de loin inférieur au nôtre. Cette différence serait expliquée par la méthodologie de recueil de données. En effet, les données nationales et régionales proviennent du système de surveillance épidémiologique dont les limites sont bien connues (sous-déclaration). Tous les enfants diarrhéiques ont eu une réhydratation par sels de réhydratation orale (SRO). Environ le tiers des enfants diarrhéiques (33,3 %) a eu une antibiothérapie.

L'approche PCIME exige une surveillance staturo-pondérale à

chaque consultation et offre à la mère des conseils pour corriger d'éventuels problèmes d'alimentation. C'est ainsi qu'une étude réalisée au Bénin, publiée en 2008 (7), a révélé que la malnutrition à Cotonou était un problème important qui justifiait la mise en place d'un programme de lutte comme dans le cadre de la PCIME, couplant la formation-supervision du personnel socio-sanitaire, la sensibilisation de la population à l'importance d'un suivi régulier et prolongé pour les enfants. Dans notre série, 52 enfants présentent une insuffisance pondérale, soit 9,8 % des cas, dont trois cas de malnutrition sévère (0,57%). Une étude faite dans la délégation de Tébouba en 2004 (8) rapporte que 7 % des enfants présentent une dénutrition modérée, ce qui est similaire à notre résultat. Par contre, la situation n'est pas la même dans les autres pays africains. À titre d'exemple, au Niger, qui applique la PCIME depuis 1996, 21 % des enfants en 2001 souffrent de malnutrition aiguë et 41 % des enfants présentent un retard de croissance (9). Ce pourcentage est largement supérieur à celui de notre région (9,8 %) et à celui de la Tunisie (3,6 %).

Le diagnostic d'anémie repose sur la recherche d'une pâleur palmaire et un ensemble de signes cliniques qui permettent à l'agent de santé de déceler, chez les enfants malades, une anémie grave (10). Dans la littérature, les anémies microcytaires sont les plus fréquentes (60 %) et l'étiologie prédominante est la carence martiale. En effet, les études réalisées en Tunisie montrent que 20 à 30 % des nourrissons de moins de deux ans sont porteurs d'une anémie ferriprive (11). Le traitement de l'enfant anémique est à base de fer par voie orale pendant trois mois. Dans notre travail, on a repéré 63 cas d'anémie, soit 11,9 %. De plus, chaque enfant anémique bénéficie automatiquement d'une enquête alimentaire à la recherche d'une carence d'apport. Nous

pouvons donc noter ici le rôle important de l'allaitement maternel qui protège les nourrissons de certaines maladies et surtout de celles carencielles et infectieuses grâce à sa composition riche en immunoglobulines, en lysosomes et en facteurs bifidus (12). En fait, une évaluation de l'état nutritionnel des enfants allaités au sein faite à la délégation d'Ezzouhour en 2005 a trouvé que les pathologies associées à l'état nutritionnel telles que la diarrhée ou l'anémie sont considérées inexistantes avant l'âge d'un an (13). Notons que 60,3 % de ces enfants anémiques ont reçu un traitement et 39,7 % ont été adressés au spécialiste vu la persistance de l'anémie après la fin de la cure. L'étude faite à la délégation de Sayada (14) en 2004 a rapporté que 15 % des enfants âgés de moins de cinq ans sont anémiques, ce qui est conforme à notre résultat. Par ailleurs, notre étude montre que le dépistage de l'anémie a été effectué chez les 399 mères accompagnant leurs enfants. Parmi elles, 87 sont reconnues anémiques, soit 22 % des cas, résultat superposable à celui rapporté à l'échelle nationale de 29 % des femmes en âge de procréer en 2004 (15).

Le dépistage des troubles de la réfraction est systématique pour chaque enfant consultant, qu'il soit malade ou bien portant. Ainsi, dans ce travail, 4,2 % (n = 22) des cas de strabisme ont été dépistés, avec une moyenne d'âge égale à 31 mois ; 22,7 % des enfants strabiques sont dépistés avant deux ans et 59 % le sont avant trois ans. Tous ces enfants ont été adressés au spécialiste.

Apport de la PCIME

En Tunisie, cette approche a été adaptée au contexte du pays en 2002 par l'introduction de la composante maternelle et en tenant compte des performances acquises de notre système de soins, parlant ainsi de la

PCIME : (Prise en Charge Intégrée de la santé de la Mère et de l'Enfant). Des pays tels qu'Oman et la République arabe syrienne (16) ont introduit dans la PCIME des éléments de soins pour le développement psychosocial de l'enfant et ont inclus « les soins pour l'enfant bien portant » et des services pour la mère. Actuellement, et dans le but de renforcer cette stratégie, le service Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (17) soutient diverses initiatives portant sur des questions générales de gestion, et surtout sur les trois composantes de la PCIME qui sont l'amélioration des compétences des ressources humaines, la mise à niveau du système de santé et les bonnes pratiques familiales et communautaires.

Avec le lancement de cette stratégie à titre expérimental dans notre région, les prestations ont acquis un caractère qualitatif, dans la mesure où les principes d'intégration, de globalité, d'accessibilité, d'efficacité, de continuité et d'équité ont pris valeur de critères d'assurance qualité dans le fonctionnement des structures sanitaires de première ligne. Le service CAH a en outre entrepris une étude multipays pour évaluer l'apport de la PCIME, surtout en ce qui concerne l'impact, le coût et l'efficacité (18). À ce jour, cette évaluation a eu lieu au Bangladesh, au Brésil, en Ouganda, au Pérou et en Tanzanie. Les résultats de cette évaluation plaident pour la planification et la mise en œuvre d'interventions sur la santé de l'enfant par le ministère de la santé des pays en développement et par les partenaires nationaux et internationaux du développement.

La PCIME a largement servi de catalyseur pour renforcer les systèmes de santé dans certains pays. En outre, elle a étendu son champ d'application d'un précepte initial de « maladie » à celui de « santé de

l'enfant » d'une façon plus globale. Les activités d'évaluation de la PCIME (activités de suivi, enquêtes et examens) (16) ont révélé que les éléments clés de soutien du système de santé étaient en place, avec la disponibilité et l'usage rationnel des médicaments, et des niveaux élevés de satisfaction des malades et de leurs familles. À domicile, cette approche favorise l'acquisition et l'adoption de comportements appropriés pour le recours aux soins, l'amélioration des pratiques alimentaires et de la prévention, et l'observance du traitement (19,20). Elle encourage un certain nombre d'interventions et d'activités telles que la vaccination, la prophylaxie du rachitisme et la gestion des médicaments. La PCIME renforce la continuité des soins dans le cadre du suivi des enfants malades : 73 enfants de notre étude consultent pour une visite médicale de contrôle pour s'assurer de l'évolution de la maladie. Parmi eux, 60 ont évolué favorablement et 10 ont eu une modification de la prescription médicamenteuse. L'équipe œuvre dans un contexte d'intégration des prestations de soins (assurer aux clients plusieurs activités dans le même lieu, en même temps et par la même équipe). Ainsi dans notre étude, à l'exception de neuf enfants dont l'état de santé a nécessité le transfert à l'hôpital, les 499 autres enfants ont bénéficié des prestations de dépistage des éléments suivants : retard à la vaccination, recherche de la malnutrition, de l'anémie, de problèmes d'alimentation, du strabisme et d'éventuelles anomalies du développement psychomoteur.

Tout cet ensemble de prestations préventives ou de surveillance et de conseils est réparti entre les membres de l'équipe de santé du centre ; ceci est de nature à favoriser l'intégration des prestations, le travail en équipe et la polyvalence des agents. L'approche est aussi globale en ce sens que chaque

enfant malade qui consulte pour un nouvel épisode ou pour une visite de suivi bénéficie d'un ensemble de prestations curatives et préventives. La rationalisation de la prescription de l'antibiothérapie permet de limiter les coûts et de diminuer les résistances bactériennes (21). Une étude faite par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2004 (22), qui avait pour objet d'évaluer l'effet de la formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sur l'utilisation des antimicrobiens par les agents de santé soignant les jeunes enfants dans des établissements de premier niveau, a trouvé que les enfants pris en charge par des agents de santé formés à la PCIME ont une probabilité sensiblement plus élevée de recevoir une prescription correcte d'antimicrobiens que ceux qui sont soignés par des personnels de santé n'ayant pas reçu cette formation.

Par ailleurs, le document publié par l'OMS traitant de la PCIME relate l'importance de l'information, l'éducation et la communication entre les professionnels de santé et la mère ou la personne s'occupant de l'enfant, ainsi que de l'implication de la famille voire de la communauté dans la prise en charge de l'enfant. Tous ces critères sont à l'origine de la satisfaction des mères quant à la nouvelle approche pour l'enfant malade, et de l'adhésion de la famille à la visite de suivi (23). Ces résultats sont obtenus grâce aux nouvelles compétences médicales et paramédicales acquises suite à la formation à la PCIME. Cette formation comporte des rappels théoriques et un stage pratique. Elle est suivie par des séances de supervision dans le centre de PMI. Ainsi le programme PCIME présente plusieurs points forts, qui avaient encouragé les politiques de santé à le tester en Tunisie ; en effet, des agents de santé communautaires avec une formation en soins infirmiers de base, instruits, formés et supervisés peuvent appliquer correctement l'algorithme

de prise en charge du programme PCIME élaboré par l'OMS. Leur implication pourrait être une stratégie pour rapprocher des communautés les soins à prodiguer aux enfants (24). Cette approche horizontale sera à l'origine d'une diminution du taux de mortalité infantile, qui est encore de 24,98 pour 1000 en 2012 (25), et d'une utilisation rationnelle de l'antibiothérapie pour le traitement des pneumopathies liée à l'utilisation d'une approche syndromique. D'autre part, le contact avec l'enfant malade pour des soins curatifs est une opportunité pour les soins préventifs, d'autant plus que les mères présentent une résistance à consulter pour le dépistage de la malnutrition, du strabisme, du développement psychomoteur par manque de connaissance ou pour des difficultés d'accessibilité temporelles. Le programme PCIME en Tunisie permet d'améliorer la qualité de communication avec l'enfant par le dépistage des défauts de communication intrafamiliale, permettant ainsi de prévenir les troubles du comportement et les addictions à l'adolescence. Cependant, le programme PCIME présente plusieurs points faibles vu que pour les infirmiers impliqués, un accent particulier devra être mis sur l'enseignement des signes de danger et la surveillance des cas graves (24). D'autre part, la PCIME est chronophage, ce qui expose à un problème dans l'accueil et l'attente pour les autres consultants adultes vu qu'en Tunisie le centre de santé de base intègre les soins de l'adulte à ceux de l'enfant.

Par ailleurs, cette étude qui a porté sur une seule circonscription sanitaire à titre de traceur ne permet certainement pas une généralisation des résultats mais donne une indication sur le fonctionnement de ce programme, qui est en fait implanté dans quelques gouvernorats et n'est pas encore généralisé en Tunisie. Ces résultats sont encourageants pour étendre le programme PCIME.

Conclusion

Suite à ces constatations sur le bien-fondé et les retombées du programme, nous recommandons de généraliser ce programme dans tous les centres de santé de base et les circonscriptions sanitaires tunisiennes par l'accélération de la formation du personnel à cette approche et sa mise en place afin d'assurer la continuité et la globalité des soins orientés vers l'enfant.

Références

1. Abdelrahman SH, Alfadil SM. Introducing the IMCI community component into the curriculum of the Faculty of Medicine, University of Gezira. *East Mediterr Health J.* 2008 May-Jun; 14(3):731-41. PMID:18720638
2. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2004 [Population and Housing General Census 2004]. Tunis, Institut National de la Statistique, 2005 [en arabe].
3. Rapport annuel 2008 [Annual Report 2008]. Tunis, Ministère de la Santé publique/Direction des Soins de Santé de Base, 2008.
4. Khammessi M, Ayoub F, Yacoubi M. Gestion de l'outil Monitoring pour la consultation prénatale dans la circonscription sanitaire de Morneg [Management of the monitoring tool for antenatal visits in the health district of Morneg]. Document présenté aux Dixièmes Journées Nationales de Santé Publique, Hammamet (Tunisie), 24 et 25 octobre 2002.
5. Bioud B, Mebarki M, Bouabdallah S, Benarab Z, Dehimi A, Cherif H. L'antibiothérapie dans les infections respiratoires aiguës basses de l'enfant en médecine ambulatoire en Algérie [Antibiotic therapy in acute lower respiratory infections in children in outpatient departments in Algeria]. Document présenté à la Réunion commune de l'Association des pédiatres de langue française (APLF) et du département de pédiatrie de l'hôpital St-Vincent-de-Paul de Paris, Samedi 8 octobre 2005, Faculté de médecine de Paris
6. Rapport annuel 2003 [Annual Report 2003]. Tunis, Ministère de la Santé publique/ Direction des Soins de Santé de Base, 2003.
7. Testa J, Sinnaeve O, Ibrahim Y, Ayivi B. Evaluation de la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition infantile à Cotonou, Bénin [Evaluation of the quality of screening and management of infant malnutrition in Cotonou, Benin]. *Med Trop (Mars)*. 2008 Feb;68(1):45-50. PMID:18478772
8. Bel Haj Y, Jerbi N, Fekih Med R. Les Motifs de consultation des enfants de 2 mois à 5 ans dans les CSB à Té Boulba appliquant la stratégie PCIME [Reasons for consultation for children aged 2 months to 5 years in Te Boulba Basic Health Centres applying the IMCI strategy]. Document présenté aux Douzièmes Journées Nationales de Santé Publique, Tunis, (Tunisie), 2004.
9. Documentation de la PCIME dans la Région africaine. Expériences, progrès, et leçons apprises : cas du Niger [IMCI Documentation in the African Region. Experiences, progress and lessons learnt]. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2005.
10. Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Modèle de chapitre pour les manuels PCIME - La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant [Model chapter for textbooks - IMCI Integrated Management of Childhood Illness]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
11. Messoudi B, Belgacem B, Barbouch F. Les anémies du nourrisson dans la région de Mellassine [Anaemia in infants in the Mellassine region]. Document présenté aux Dixièmes Journées Nationales de Santé Publique, Hammamet, (Tunisie), 24 et 25 octobre 2002.
12. Ministère de la Santé publique/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)/Organisation mondiale de Santé (OMS). Lait maternel et pratique de l'allaitement maternel, Table ronde « Allaitement maternel » [Breast milk and practice of breastfeeding, Round Table "Breastfeeding"]. Document présenté aux Quatorzièmes Journées Nationales de Santé Publique, Tunis, (Tunisie), 13 et 14 septembre 2006.
13. Hammoudia F, Badr N. Une évaluation de l'état nutritionnel des enfants allaités au sein faite à la délégation d'Ezzouhour de la mi-décennie 2001-2005 [An assessment of the nutritional status of breastfed children in the Ezzouhour delegation, 2001-2005]. Document présenté aux Quatorzièmes Journées Nationales de Santé Publique, Tunis, (Tunisie), 13 et 14 septembre 2006.
14. Noura R, Mallel I, Jebara H. La Prise en Charge Intégrée de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Où elle se situe par rapport aux concepts de globalité, intégration et continuité? [Integrated Management of Maternal and Child Health. Where does it stand in relation to concepts of comprehensiveness, integration and continuity?]. Document présenté aux Douzièmes Journées Nationales de Santé Publique, Tunis, (Tunisie), 2004.
15. Gorbel M. Conduite à tenir du Médecin généraliste de première ligne devant une anémie révélée par NFS [Management by the primary care physician of anaemia revealed by complete blood count]. Document présenté aux Douzièmes Journées Nationales de Santé Publique, Tunis, (Tunisie), 2004.
16. Message du Dr Hussein A. Gezaïry, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, à la réunion inter pays sur l'intensification de la stratégie PCIME dans les pays qui appliquent la PCIME dans la Région de la Méditerranée orientale, Hammamet (Tunisie), 1-4 septembre 2003 [Address by Dr Hussein A. Gezaïry, WHO Regional Director for the Eastern Mediterranean, to the intercountry meeting on scaling up IMCI strategy in countries applying IMCI in the Eastern Mediterranean Region, Hammamet, Tunisia, 1-4 September 2003]. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2003.
17. PCIME information - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : Projets de développement et soutien de la PCIME [IMCI information - Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Update on development projects to support IMCI]. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1999 (WHO/CHS/CAH/98.1H Rev.1 1999).
18. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) [Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)] (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/fr/index.html, consulté le 20 octobre 2013)
19. PCIME information - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : La prise en charge des maladies de l'enfant dans les pays en développement : Justification d'une stratégie intégrée [IMCI information - Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Management of childhood illness in developing countries: Rationale for an integrated strategy]. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fonds des

- Nations Unies pour l'Enfance, 1999 (WHO/CHS/CAH/98.1A Rev.1 1999).
20. Wolfheim C. De la lutte contre la maladie à la santé et au développement de l'enfant [From disease control to child health and development]. *Forum Mond Sante*. 1998;19(2):177-84.
 21. Organisation mondiale de la Santé, Programme d'action de l'OMS pour les médicaments et vaccins essentiels. La recherche, clé d'un meilleur usage des médicaments [Research: a key to better drug use]. *Médicaments Essentiels : le Point*. 1991;11:1.
 22. Gouws E, Bryce J, Habicht JP, Amaral J, Pariyo G, Schellenberg JA, et al. Improving antimicrobial use among health workers in first-level facilities: results from the multi-country evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. *Bull World Health Organ*. 2004 Jul;82(7):509-15. PMID:15508195
 23. PCIME information - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : Rôle de la PCIME dans l'amélioration des pratiques familiales et communautaires en faveur de la santé et du développement de l'enfant [IMCI information - Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): The role of IMCI in improving family and community practices to support child health and development]. Genève, Organisation mondiale de la Santé/ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1999 (WHO/CHS/CAH/98.1G Rev.1 1999).
 24. Sylla A, Guèye EH, N'diaye O, Sarr CS, Ndiaye D, Diouf S, et al. La formation des agents de santé communautaire instruits: une stratégie pour améliorer l'accès des enfants au traitement des infections respiratoires aiguës au Sénégal. [Low level educated community health workers training: a strategy to improve children access to acute respiratory treatment in Senegal]. *Arch Pediatr*. 2007 Mar;14(3):244-8. PMID:17175144
 25. Statistiques mondiales. Tunisie [en ligne] [Global statistics. Tunisia (online)] (<http://www.statistiques-mondiales.com/tunisie.htm>, consulté le 25 octobre 2013).