

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

**FACULTE DE MEDECINE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)**

Année : 2011 – 2012

N°

## **THEME**

**LA DIARRHEE SIMPLE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS :  
CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES ET DES  
PRESTATAIRES DANS L'UTILISATION DE LA THERAPIE DE  
REHYDRATATION PAR VOIE ORALE ET DE LA  
SUPPLEMENTATION EN ZINC DANS LES CERCLES DE  
BOUGOUNI ET DE BAROUELI.**

## **THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le 16 /05 / 2012  
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

Par

***Mme TRAORE Maïmouna T. DIARRAH***

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

**Président :           Professeur Hamadoun SANGHO**

**Membres :           Professeur Samba DIOP**

**Docteur Akory AG IKNANE**

**Directeur de Thèse :   Professeur Adama DIAWARA**

## DEDICACES

Je dédie ce travail à :

**\* Allah :**

Gloire à toi de nous avoir assistée de ta lumière

**\*Au prophète MOUHAMED (PSL)**

Que la bénédiction et la paix d'Allah soient sur toi.

Nous te témoignons nos respects et notre gratitude.

**\*A ma mère MAISSE BAMBA :**

Maman, les mots me manquent pour t'exprimer mon bonheur, ma joie, ma fierté et surtout la chance que j'ai de t'avoir comme mère. Je ne saurais te remercier pour ton aide.

Grâce à toi aujourd'hui j'ai réussi mes études. Femme simple, c'est grâce à tes sacrifices, à tes sages conseils, à tes bénédictions que j'ai réalisé ce travail.

Ton amour, ton affection, ton soutien matériel, financier et moral sans faille ne m'ont jamais fait défaut.

Merci pour tout et pardon pour toutes les souffrances que j'ai pu te faire endurer.

Ta vie me servira toujours de lanterne.

Qu'Allah te garde longtemps et en bonne santé pour que nous profitons toujours de ta sagesse.

**\*A mon père MOUSSA MAMOUDOU DIARRAH :**

Merci pour tout ce que tu as fait pour nous. Tu as été pour nous un exemple de courage ; de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Grâce à tes conseils du travail comme seul moyen d'acquérir la liberté, je suis enfin arrivée. Tu nous as montré la voie des études et nous a permis d'accéder à ce savoir que tu as

toujours souhaité pour tes enfants tout le mérite te revient. Puisse ce travail apporter la joie

que tu mérites et que tu as tant attendue. Notre fierté pour toi est sans limite. Puisse Allah nous accorder une longue et heureuse vie.

**\*A mes sœurs ROKYA DIARRAH DITE TANTIE et a notre benjamine ADJA**

**FATIMA DIARRAH dite NANI et mon frère MOHAMED DIARRAH dit BAH :**

Nous avons bénéficié d'une éducation exemplaire de nos parents.

Mettons la à profit pour nous rendre dignes et utiles dans cette société difficile.

Vous avez toujours été présents pour me soutenir moralement, financièrement, matériellement, votre affection ne me m'a jamais fait défaut. J'espère de tout mon cœur rester votre aînée chérie et surtout être à la hauteur de vos ambitions.

Que l'amour fraternel et la cohésion qui existent entre nous restent à jamais.

Que l'Éternel vous donne longue vie avec beaucoup de santé et vous accorde une brillante carrière.

**\*A mon mari MAMADOU TRAORE :**

Je te remercie de tout mon cœur pour l'effort que tu as fourni durant ma vie universitaire, cher mari, seule une union forte et inaltérable nous fera surmonter tous les obstacles.

Que le goût de l'effort et la volonté nous guide toujours.

Mon mari, les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance. Ta présence, ton soutien, ton amour ont été constants depuis le jour où l'Allah nous a fait grâce de nous rencontrer. Ton soutien a été énorme dans la réalisation de ce travail.

Que l'Eternel soutienne et bénisse cet amour qu'il a établi entre nous, durant toute notre vie. Puisse ce travail te faire honneur, je te souhaite longue vie et bonne chance dans toutes tes entreprises. Que dieu te donne beaucoup de bonheur.

**\*A ma grande mère FANTA SAMAKE :**

Merci pour tes prières, grâce à tes bénédictions je suis aujourd'hui ce que tu as voulu.

Merci pour tout. Que l'Eternel te donne longue vie et bonne santé.

## REMERCIEMENTS :

J'aimerais exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail. Vous avez été tous une aide inestimable.

Mes remerciements les plus sincères à :

**\*A mes tantes:**

**TANTIE AMI, TANTIE DJELIKA, TANTIE KADIA, TANTIE BOLOLI:**

Votre sympathie et votre solidarité ne m'ont pas fait défaut. Ce travail est une concrétisation de vos souhaits ardents « de me voir réussir ».

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus affectueux.

**\*A mes oncles:**

**TONTON SADIBOU, TONTON MABE, TONTON ALIOU et TONTON KAMAYE :**

Merci pour votre accueil et tous vos soutiens.

**\*A ma meilleure amie chérie madame SANGARE OUMOU DIALLO :**

J'espère avoir été une grande sœur digne de ce nom pour toi. N'oublie jamais que la vie est « dure », mais que seul le travail peut la « ramollir ». Je t'adore.

**\*A mon amie et petite sœur Mme SANGARE FATMA TAHRA BABY et sa famille :**

Ma petite chérie, tu as été cette sœur qui m'a accompagnée durant ces moments durs à la faculté. Restons unies pour toujours.

**\*A Dr SANGARE et sa famille ainsi que toute la famille DICKO depuis Djandjiguila, ces deux familles qui ont toujours été unies. Vous avez toujours été là pour moi et m'avez toujours accueillie à bras ouverts malgré mes multiples dérangements.**

Puisse Allah nous préserver des tentations de Satan.

**\*Mes camarades de classe : KOROTOUMOU TRAORE, Dr FATIM TERENA KEITA, NIAGALE SYLLA, TENIN SINAYOKO, etc....**

Ce fut un plaisir de partager ses années scolaires avec vous.

**\*A mes beaux parents :**

Merci pour votre soutiens et conseils que le tout puissant vous récompense.

**\*A mes beaux frères et belles sœurs** merci pour tout, plus particulièrement à mon beau frère **Souleymane Traoré**, tu as été pour moi une aide inestimable et inconditionnelle. Que Dieu te donne une longue vie, prospérité et santé et surtout beaucoup de succès.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**

**Pr Hamadoun SANGHO**

- ❖ *Directeur Général du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS).*
- ❖ *Maître de Conférences agrégé en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), Université de Bamako.*

**Cher maître,**

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations, nous vous en sommes très reconnaissante.

Nous reconnaissons en vous un grand homme aux qualités humaines et scientifiques inestimables.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre très haute considération.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Professeur Samba DIOP,**

- ❖ *Maître de Conférences en Anthropologie Médicale,*
- ❖ *Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, anthropologie et éthique/bioéthique au DER de santé publique et spécialités,*
- ❖ *Chercheur associé au SEREFO.*

**Cher maître,**

Nous avons admiré votre disponibilité incommensurable, votre rigueur scientifique et vos qualités sociales.

Votre sens du partage, et surtout votre modestie font de vous un maître apprécié de tous.

Soyez assuré de notre estime et de notre profond respect.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Dr Akory AG IKNANE**

- ❖ *Médecin spécialiste en santé publique.*
- ❖ *Maître assistant en santé publique à la FMOS.*
- ❖ *Chef de service de la nutrition à l'INRSP.*
- ❖ *Président du réseau malien de nutrition (REMANUT).*
- ❖ *Premier médecin directeur de l'ASACOBA.*
- ❖ *Ancien conseiller technique en nutrition à la division de suivi de la situation alimentaire et nutrition (DSSAN) à la CPS à Koulouba.*

**Cher Maître,**

Nous avons vite apprécié vos qualités humaines et hautement scientifiques.

Votre immense culture et vos multiples connaissances scientifiques font de vous une référence internationale.

Nous sommes heureuse et fière de compter parmi vos multiples élèves.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements. Puisse **ALLAH** vous accorder longue vie, beaucoup de santé et de succès.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Adama DIAWARA**

- ❖ *Médecin Spécialiste en Santé publique*
- ❖ *Maître de conférences en santé publique à la FMOS*
- ❖ *Directeur générale de l'Agence Nationale d'évaluation des hôpitaux du Mali (ANEH).*
- ❖ *Ancien chef de division assurance qualité et économie du médicament à la direction de pharmacie et du médicament (DPM).*

**Honorable maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre générosité, votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un modèle à suivre.

Recevez cher maître, nos sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour rehausser le niveau de ce travail dans l'intérêt de la science

## ACRONYMES:

<b>CCC</b>	Communication sur le changement des comportements
<b>CDD</b>	Maîtrise des maladies liées à la diarrhée
<b>C-IMCI</b>	Gestion intégrée des maladies infantiles au niveau communautaire
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSRef</b>	Centre de Santé de référence
<b>DHS</b>	Etude démographique et de santé
<b>DPM</b>	Direction de la Pharmacie et du médicament
<b>FGD</b>	Discussion en groupes de travail
<b>ID</b>	Numéro d'identité
<b>IEC</b>	Information, Education et Communication
<b>IMCI</b>	Gestion intégrée des maladies infantiles
<b>IV</b>	Intraveineux
<b>MOH</b>	Ministère de la santé
<b>OMD</b>	Objectif du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale pour la santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>OPD</b>	Service de consultation
<b>ORT</b>	Thérapie de réhydratation par voie orale
<b>PPM</b>	Pharmacie Populaire du Mali
<b>RCQHC</b>	Centre régional pour la qualité des soins médicaux
<b>SRO</b>	Sels de réhydratation par voie orale
<b>SSS</b>	Solution salée sucrée
<b>UNICEF</b>	Fond des nations unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence américaine pour le développement international

## TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
<b>I. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Généralités.....</b>	<b>4</b>
1. Définition.....	4
2. Notions Historiques.....	4
3. Epidémiologie.....	5
4. Etiologies.....	5
5. Physiopathologie.....	5
6. Types cliniques des maladies diarrhéiques.....	6
7. Evaluation.....	6
8. Classification.....	6
9. Prise en charge.....	7
10. Peser de l'enfant.....	8
11. Rechercher des signes associés ou des complications.....	8
12. Traitement de la diarrhée et de la déshydratation.....	10
13. Principe de prise en charge de la diarrhée chez des enfants atteints de malnutrition sévère .....	12
14. Dysenterie.....	14
15. Le zinc et le traitement de la diarrhée.....	15
16. Prévention.....	16
<b>IV. Méthodologie.....</b>	<b>19</b>
1. Conception de l'évaluation .....	19
2. Cadre d'étude.....	19
3. Population d'étude .....	23
4. Type d'étude.....	23
5. Période d'étude.....	23

6. Echantillonnage .....	23
7. Plan de collecte des données.....	24
8. Plan d'analyse.....	27
9. Considérations déontologiques.....	27
<b>V. Résultats .....</b>	<b>28</b>
<b>VI. Commentaire et discussion .....</b>	<b>37</b>
<b>VII. Conclusion et recommandations.....</b>	
<b>Références Bibliographiques.</b>	
<b>Annexes.</b>	

#### **SOMMAIRE DES TABLEAUX**

<b><u>Tableau I</u> : LES SIGNES DE DESHYDRATATION A, B, C .....</b>	<b>6</b>
<b><u>Tableau II</u> : EVALUATION DES PERTES ANTERIEURES (Déficit liquidien).....</b>	<b>7</b>
<b><u>Tableau III</u> : REHYDRATATION PAR LA VOIE ORALE PENDANT 4 HEURES .....</b>	<b>10</b>

## **I. INTRODUCTION:**

Selon des rapports mondiaux la prise en charge adéquate des cas de la diarrhée a été essentielle pour la réduction importante de la mortalité due à la diarrhée grave chez les enfants en dessous de 3 ans – 4,5 millions de décès par an en 1979 contre 1,8 millions en 2002 [1, 2].

Le rapport de l'UNICEF de 2008 sur l'état des enfants dans le monde estime que le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans qui meurent de la diarrhée dans le monde entier s'élève à environ 2 millions par an [3]. Les données issues de la conférence intitulée "Countdown to 2015 Conférence" tenue en 2008 pour 68 pays prioritaires, ont révélé pour les pays en question, une large couverture de la thérapie de réhydratation par voie orale (ORT) ou consommation accrue des liquides, avec continuation de l'allaitement maternel: la couverture se situait entre 7 et 76 pourcent [4].

Malgré les directives claires sur la prise en charge appropriée, la diarrhée reste la cause de 17% de décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans et de 3% des décès chez les nouveau-nés [5]. Presque 40% des décès occasionnés par la diarrhée chez les enfants de cette tranche d'âge dans le monde entier ont lieu en Afrique [6]. Dans la plupart des pays, cela peut s'expliquer par la mauvaise prise en charge des cas de la diarrhée. L'analyse récente des données étude démographique et de santé (DHS) laisse supposer que, déjà, l'utilisation des ORT à faible osmolarité pourrait être en baisse dans quelques pays subsahariens et asiatiques [6].

Les rapports analytique de situation étude démographique et de santé (DHS) récemment effectuées indiquent une baisse dans la qualité de la prise en charge de la diarrhée dans plusieurs pays africains (27/32 ou l'indicateur a été mesuré), tel que l'indique la hausse de la proportion des enfants en dessous de 3 ans recevant peu ou pas du tout de liquides durant les crises de la diarrhée (entre < 1 et 64% - médiane de 10%) [2]. D'autres mauvaises pratiques dans la prise en charge de la diarrhée sont notamment l'utilisation inappropriée des antimicrobiens et des anti-diarrhées, ainsi que la non administration des suppléments de zinc aux malades de la diarrhée.

Dans notre contexte, une étude de recherche a été menée par l’OMS/AFRO-RCQHC-UNICEF-Afrique 2010, grâce à l’appui financier de l’USAID Bureau Afrique, pour évaluer les connaissances et les pratiques des soignants et des prestataires dans l’utilisation des thérapies de réhydratation par voie orale (ORT) avec l’introduction du zinc dans les nouvelles recommandations de l’OMS au niveau communautaire dans le cercle de Bougouni et de Barouéli.

## **II. OBJECTIFS:**

➤ **Objectif général :**

- (1) Evaluer les déterminants et les barrières affectant la prise en charge de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de 3 ans, afin de générer les informations permettant aux parties prenantes d'agir dans le cercle de Bougouni et Barouéli.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- (2) Déterminer les connaissances, les perceptions et les pratiques des prestataires et des mères/soignants au quotidien de la prise en charge de la diarrhée simple chez les enfants âgés de moins de 3 ans dans le cercle de Bougouni et Barouéli.
- (3) Identifier les barrières à la prise en charge de qualité des cas de diarrhée chez les enfants âgés de moins de 3 ans dans le cercle de Bougouni et Barouéli.
- (4) Décrire les différents recours aux soins par les mères lors de la gestion de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de 3 ans dans le cercle de Bougouni et Barouéli.

### **III. GENERALITES :**

#### **1. Définition:**

- Diarrhée : l'émission de selles molles ou liquides, au moins trois fois en vingt-quatre heures. Cependant, c'est la consistance plutôt que le nombre de selles qui importe le plus. L'émission fréquente de selles moulées ne traduit pas une diarrhée. Les enfants nourris au sein exclusivement émettent souvent des selles molles, «pâteuses, qu'il ne faut pas non plus assimiler à la diarrhée » [13]
- Traitement communautaire de la diarrhée : C'est l'ensemble des pratiques thérapeutiques entreprises par les mères d'enfants en cas de diarrhées en dehors des structures de santé. Elles regroupent l'auto médication, le recours aux traitements traditionnel et moderne.
- SRO : ou solution de réhydratation orale. Il comprend toute solution liquide manufacturée ou préparée localement à partir de la combinaison de substances reconnues pour leur capacité à compenser les pertes en hydro électrolytique en cas de diarrhée.
- TRO : ou thérapie par réhydratation orale, est un ensemble d'attitudes thérapeutiques fondé sur l'utilisation de solutions de réhydratation par la voie orale en cas de diarrhée chez l'enfant.

#### **2. Quelques notions historiques :**

« Le terme diarrhée est actuel certes, mais les maladies diarrhéiques sont depuis longtemps connues des civilisations. Ses caractéristiques ont été décrites dès la haute antiquité grecque [7]. Au moyen âge, le terme de rheumagastros (cours de ventre, dévoiement gastrique) et de rheumatismus (flux de ventre) utilisés par GALLIEN donnent une connotation physiopathologique à la maladie, par la suite CELSE fournira plus d'éléments sémiologiques [7]. La première description de diarrhée ne remonte qu'en 1883 dans les pays en développement, avec l'isolement lors de la dernière grande épidémie de choléra du Vibrio cholera en Égypte.

Selon l'OMS dont une équipe de spécialistes avait travaillé dans sept PVD de 1960 à 1965, le taux d'incidence mensuelle chez les enfants de moins de 6 ans avoisinait les 40 %. Après environ une décennie de combat acharné, l'incidence diminuait peu à peu ».

### **3. Épidémiologie :**

De nos jours, les maladies diarrhéiques constituent une des endémies majeures dans les Pays en Voie de Développement, un problème de santé publique.

Selon l’OMS, il y aurait 3 milliards de cas de diarrhée par an dans les pays en développement et serait responsable de 5 millions de décès par an, dont 80 %, chez les enfants de moins de 5 ans [8].

Si la morbidité est réelle sous toutes les latitudes, la létalité concerne presque exclusivement les pays en voie de développement où un enfant présente en moyenne 3 à 9 épisodes diarrhéiques par an et où cette pathologie constitue l’un des principaux motifs de consultation en milieu pédiatrique.

### **4. Étiologies:**

Les diarrhées infectieuses ont comme étiologies principales : les bactéries, les parasites, les champignons et les virus.

Contrairement aux adultes chez lesquels les bactéries sont les plus incriminées, les virus sont en cause fréquemment chez les enfants, particulièrement le *Rotavirus* qui est responsable d’un tiers des hospitalisations pour diarrhée dans le monde [11].

Il est important de savoir que la diarrhée chez l’enfant, peut avoir pour origine une infection à distance (infections ORL, otites, pneumopathies, paludisme) ou une antibiothérapie préalable, mais aussi une intolérance au lait, etc.

### **5. Physiopathologie des diarrhées :**

La diarrhée est la résultante d’un déséquilibre dans le mécanisme de régulation de l’eau et des électrolytes au niveau des intestins. La diarrhée survient lorsque qu’il y’a une diminution de l’absorption intestinale, une augmentation de la sécrétion intestinale, ou les deux phénomènes en même temps. Ainsi, on distingue trois principaux types de diarrhées relevant de ces mécanismes physiopathologiques. Il s’agit de :

- Diarrhées sécrétoires où une toxine stimule l’adénylcyase, entraînant une augmentation de l’AMPC, qui à son tour stimule la sécrétion de chlore, d’où la diarrhée (Exemple : le Cholera, certaines souches E. coli et de staphylocoques).
- Diarrhées à germes invasifs : dans ce cas les germes pénètrent dans l’entérocyte qui est ensuite détruite, d’où l’apparition de selles glairo-sanglantes. A noter qu’ici

l'atteinte colique est prédominante avec une diminution de l'absorption colique (Exemple : les Salmonelles, les Shigelles...).

- Diarrhées virales : ici il s'agit d'une altération (minime) de la bordure luminale de l'enterocyte entraînant une baisse de l'absorption de sodium et donc de l'eau (c'est le cas par exemple des Rotavirus).

## **6. Types cliniques des maladies diarrhéiques:**

Sur le plan clinique on distingue quatre types de diarrhées, à savoir [12]:

- La diarrhée aqueuse aiguë de durée inférieure à 14 jours avec comme principal risque la déshydratation et perte de poids.
- La diarrhée persistante, qui dure au moins 14 jours. Il a comme principal risque la malnutrition, l'infection parentérale grave, la déshydratation.
- La diarrhée sanglante aiguë ou dysenterie ; les principaux risques sont les lésions intestinales, la septicémie et la malnutrition.
- La diarrhée accompagnée de malnutrition grave comme le marasme ou kwashiorkor. Les principaux risques sont les infections générales graves, la déshydratation, l'insuffisance cardiaque et les carences en vitamines et en sels minéraux.

## **7. Evaluation de l'enfant diarrhéique [12] :**

L'évaluation de l'état de l'enfant est fondée sur les résultats de l'anamnèse et l'examen. Il a pour objectifs de détecter une déshydratation éventuelle, de diagnostiquer une diarrhée persistante éventuelle, d'évaluer l'état nutritionnel et de dépister une affection concomitante.

## **8. Classification de l'enfant diarrhéique [12] :**

La classification des enfants diarrhéiques distingue trois (3) tableaux cliniques selon les cas. Ainsi pour :

- Les diarrhées aiguës, l'appréciation de l'état de déshydratation à partir de l'état général, les yeux, les larmes, la langue, la soif, les plis cutanés, permet de distinguer trois cas de figure ; l'absence de déshydratation ; l'existence de déshydratation moyenne, et les cas de déshydratation sévère.

- La diarrhée persistante : si la déshydratation est présente, il s'agit d'une diarrhée persistante sévère ; en cas d'absence de déshydratation, il s'agit de diarrhée persistante simple.
- Classification pour la dysenterie : la classification des diarrhées dysentériques est fondée sur la présence ou non de sang dans les selles.

### **9. Prise en charge de l'enfant diarrhéique :**

La prise en charge de la diarrhée fondée sur le rétablissement de l'équilibre hydro électrolytique a pour objectifs de prévenir la déshydratation, de traiter la déshydratation, ou de prévenir tout trouble nutritionnel en alimentant le malade pendant et après la diarrhée.

Pour cela, l'OMS a préconisé un plan de traitement à travers la PCIME. C'est un plan qui précise les indications, les démarches, les types de soins à offrir par niveau et selon la gravité.

Il se compose de:

- Plan A : traitement à domicile
- Plan B : Traitement oral avec des solutions de réhydratation
- Plan C : Traitement par voie intraveineuse

**Tableau I** : LES SIGNES DE DESHYDRATATION A, B, C

SIGNES DE DESHYDRATATION	A	B	C
1. Observer : L'état général Yeux Larmes Langue Soif	Eveillé Normaux Présentes Humide Boit normalement Pas assoiffé	Agité* Irritable* Enfoncés Absentes Sèche Assoiffé* boit avec Avidité*	*Léthargique ou inconscient apathique Absentes Très sèche *Boit à peine ou est incapable de boire
2. Palper : le pli cutané	S'efface rapidement	S'efface lentement*	* S'efface très Lentement
3. Conclure :	Pas de signe De déshydratation	Si le malade a deux de ces signes ou plus dont au moins un signe* : Signes évidents de Déshydratation	Si le malade a deux de ces signes ou plus avec au moins un signe* : DESHYDRATATION SEVERE
4. Traiter :	Plan de traitement	Plan de traitement	Plan de traitement

	A	B	C
--	---	---	---

### 10. Peser l'enfant :

- Les enfants qui présentent des signes de déshydratation ou une déshydratation sévère doivent être pesés.
- Le malade doit être déshabillé ou légèrement vêtu.
- Le poids corporel est important pour déterminer la quantité de liquide à administrer par voie orale ou intraveineuse selon les plans de traitement B et C.
- Le poids relevé lorsque l'enfant est déshydraté ne sera pas porté sur une courbe de croissance ; on pèsera à nouveau l'enfant, une fois la réhydratation achevée.
- Autant que possible, les enfants n'ayant pas de signes de déshydratation seront également pesés et le résultat sera porté sur leur feuille de croissance.
- La pesée du malade permet d'estimer ses besoins en liquide, en plus de l'évaluation clinique.
- Le degré de déshydratation est évalué comme l'indique le tableau 3.

**Tableau II : Evaluation des pertes antérieures (Déficit liquidien)**

	A	B	C
	Pas de signe de déshydratation	Signes évidents de déshydratation	Déshydratation Sévère
Déficit liquidien	50ml/Kg	50-100ml/Kg	> 100ml/Kg
Degré de déshydratation	< 5%	5-10%	>10%

### 11. Rechercher des signes associés ou des complications :

#### 11-1. La Dysenterie :

La présence de sang dans les selles molles ou liquides est un signe de dysenterie. Cette présence peut être déterminée par l'anamnèse ou par l'observation des selles.

#### 11-2. La Diarrhée persistante :

On considère que les épisodes ayant duré au moins 14 jours correspondent à une diarrhée persistante.

#### 11-3. La Fièvre :

Le malade ayant de la fièvre et de la diarrhée peut avoir une autre infection sous-jacente : pneumonie, otite, infection urinaire.

#### **11-4. Les convulsions :**

Au cours d'une déshydratation, des convulsions sont le plus souvent dues à :

- L'hyperthermie
- L'hypoglycémie
- L'hyponatrémie
- L'hypernatrémie.

#### **11-5. La carence en vitamine A :**

La diarrhée diminue l'absorption de la vitamine A et accroît les besoins en cette malnutrition sévère.

- La malnutrition protéino-calorique

La diarrhée est une maladie grave et souvent mortelle chez les enfants atteints de malnutrition sévère.

- L'évaluation nutritionnelle est par conséquent impérative.
- L'objectif minimum de cette évaluation est de détecter si le mode d'alimentation correspond bien à l'âge de l'enfant, et de détecter les cas éventuels de malnutrition grave.
- L'examen clinique détermine d'abord s'il existe une malnutrition protéino-calorique manifeste grave qui peut se traduire par des signes de marasme, de Kwashiorkor, ou des deux (fig1).
- Rechercher ensuite une malnutrition moins grave, ce qui parfois est plus difficile à déceler :

On procédera aux mesures suivantes :

- poids par rapport à l'âge
- périmètre brachial
- poids par rapport à la taille.
  
- Vérifier chez tous les enfants (malnutris en particulier) le statut vaccinal.
  - On demandera à la mère si son enfant a été vacciné contre la rougeole.
  - On consultera également le carnet de santé de l'enfant s'il est disponible.

## **12. Traitement de la diarrhée et de la déshydratation :**

### **12-1. Plan de traitement A ou traitement de la diarrhée sans déshydratation :**

*Trois règles à respecter :*

#### **A. Prévenir la déshydratation :**

- Faire boire à l'enfant plus de liquide que d'habitude (eau de riz, soupe, yaourt liquide ou eau pure).
- Montrer à la mère comment préparer et administrer les SRO :

Après chaque selle liquide donner :

- 50 à 100 ml (1/4 à 1/2 tasse) à la cuillère chez l'enfant de moins de 2 ans.
- 100 à 200 ml (1/2 à 1 tasse) chez l'enfant de plus de 2 ans.

#### **B. Prévenir la malnutrition :**

- Continuer l'allaitement maternel.
- Si allaitement artificiel : quelque soit l'âge.
  - \* il ne faut pas arrêter le lait
  - \* il ne faut pas le diluer
  - \* le donner à concentration normale
- Donner :
  - \* des céréales
  - \* des purées de légumes
  - \* viandes ou poissons
  - \* huile végétale (huile d'olive)
  - \* jus de fruits riches en potassium
- Encourager l'enfant à manger plus, fractionner les repas (6 repas /j)
- Revoir l'enfant à j3, j7, j30.

#### **C. Faire examiner l'enfant si son état s'aggrave :**

- \* réapparition de selles liquides et ou de vomissements
- \* présence de signes de déshydratation
- \* présence de sang dans les selles
- \* aggravation de l'état général

## **12-2 Plan de traitement B ou Traitement de la déshydratation :**

### **Deux règles à respecter :**

**A. L'hospitalisation n'est pas nécessaire :** L'enfant sera traité dans la structure où il s'est présenté, La mère devra y rester avec l'enfant pour participer au traitement et apprendre à l'administrer à domicile lorsque l'enfant aura été réhydraté.

### **B. Réhydratation par voie orale pendant 4 heures :**

La quantité de SRO à donner per os est calculée selon la formule suivante :

$$Q = \text{Poids} \times 75 = \text{ml}$$

Si le poids est inconnu voir tableau OMS

Quantité approximative de solution SRO à administrer au cours des 4 premières heures.

**Tableau III :** Réhydratation par voie orale pendant 4 heures

Age	< 4 mois	4-11 mois	12-23 mois	2-4 ans
Poids	Moins de 5 Kg	5-7,9 kg	8-10,9 kg	11-15,9 kg
En ml	200-400	400-600	600-800	800-1200

- \* Estimer la quantité de SRO à administrer
- \* Observer soigneusement l'enfant et aider la mère à lui administrer les SRO
  - lui montrer comment les donner : l'enfant a moins de 2 ans
  - fréquentes gorgées à la tasse
  - en cas de vomissements : continuer plus lentement
  - si les paupières gonflent, donner d'autres boissons

Réévaluer l'état de l'enfant au bout de 4 heures

- \* Pas de signes de DHA : Plan A
- \* Signes DHA Plan B
  - aliments, du lait, jus de fruit

Si la mère doit repartir avant la fin du plan de traitement B : Il faut lui montrer la quantité SRO à administrer pour terminer le traitement.

- Lui donner assez de sachets SRO pour terminer le traitement et pour continuer à administrer les SRO pendant 2 jours.

Les médicaments anti diarrhéiques, antiémétiques vendus pour le traitement de la diarrhée aiguë et des vomissements, aucun de ces médicaments n'a fait preuve d'efficacité chez les enfants atteints de diarrhée aiguë, et certains peuvent avoir des effets secondaires dangereux.

Les antimicrobiens ne doivent pas être utilisés systématiquement, les antiparasitaires sont rarement indiqués.

### **12-3. Plan de traitement C ou Traitement de la déshydratation sévère :**

Les enfants ayant des signes de déshydratation sévère risquent de mourir rapidement par choc hypovolémique. Le traitement de choix est la réhydratation par voie intraveineuse qui permet de restaurer le plus rapidement le volume perdu.

Selon le schéma de réhydratation par voie intraveineuse :

La phase 1 vise à restaurer la  $\frac{1}{2}$  des pertes antérieures : 20 ml /Kg SSI (Selon le schéma de réhydratation par voie intraveineuse) débit =  $Q/1,5$  ou 20cc/kg de bicarbonate a 14 pour 1000 en cas d'acidose qui sera évoqué ou en cas de dyspnée sans signes d'atteinte pulmonaire ou de myosis.

\*30mn- 2H : 30 ml/Kg SSI.

Faire le point à H2 si pas de reprise de la diurèse ajouter 10 à 20 ml /kg SSI.

La phase 2 est divisée en 2 phases :

- vise à restaurer l'autre  $\frac{1}{2}$  des 50ml/Kg du liquide de réhydratation.

Faire le point a H6 : prise pondérale.

- H6-H24 : assurer les besoins d'entretien : 100ml/Kg

Faire le point a H 24 : poids, hydratation.

Mais dès la résolution du collapsus (phase1) il est possible de passer directement aux sels de réhydratation orale (SRO) sous surveillance.

### **13. Principe de prise en charge de la diarrhée chez des enfants Atteints de malnutrition sévère :**

La diarrhée est un événement grave et souvent mortel chez l'enfant atteint de malnutrition sévère. Si les principaux objectifs du traitement de ces malades sont les mêmes que pour des enfants mieux nourris, certains aspects de l'évolution et de la prise en charge du malade doivent être modifiés ou recevoir une attention particulière.

- **Bilan de l'hydratation**
- **1à il est difficile d'évaluer l'état d'hydratation d'enfants sévèrement malnutris car:**
  - Chez l'enfant marastique, la peau n'est pas élastique et les yeux sont normalement enfoncés,
  - La perte d'élasticité de la peau peut être masquée par l'œdème chez l'enfant atteint de Kwashiorkor.
  - Enfin, chez les deux types de malades, l'irritabilité ou l'apathie rend difficile l'appréciation de l'état de conscience.
- **Certains signes restent utiles pour évaluer le degré de déshydratation :**
  - Sécheresse accentuée de la bouche et de la langue.
  - Soif intense et avidité à boire.
  - Extrémités froides, pouls faibles ou imperceptibles, voir le Comportement et état de conscience.
  - Chez le malnutri, il est souvent impossible de dire s'il n'a qu'un certain degré de déshydratation, ou une déshydratation sévère.

Si sévère :

  - La réhydratation doit avoir lieu si possible à l'hôpital.
  - Il doit être transféré à l'hôpital.
  - En cas de transfert, donner à l'enfant pendant le trajet, la solution de SRO, la perfusion intraveineuse comporte un risque de surcharge et surinfection.
  - La réhydratation se fera lentement sur 12 à 24heures, avec administration de SRO.
  - La quantité exacte sera déterminée en fonction de l'âge ou du poids de l'enfant.
  - On utilisera la solution de SRO standard. Toutefois, on donnera également du potassium par la bouche car les enfants ont habituellement une hypokaliémie qui est aggravée par la diarrhée.
  - L'alimentation normale sera reprise le plus tôt possible.
  - L'allaitement maternel sera maintenu pendant toute la phase de réhydratation.
- **La prise en charge nutritionnelle :**
  - La réalimentation doit se faire de manière prudente et progressive en milieu hospitalier.

- Quand l'enfant est hospitalisé, la mère doit rester auprès de lui, pour l'aider à l'alimenter et lui apporter un soutien affectif.
- Pour les enfants atteints de Kwashiorkor, l'alimentation doit être reprise lentement, en commençant à 50-60 Kcal par kg de poids corporel et par jour pour atteindre 110 Kcal/kg/j au bout de 7 jours environ.
- Pour les enfants atteints de marasme, l'alimentation sera limitée à 110 kcal/kg/j pendant la première semaine, mais par la suite, on pourra généralement alimenter l'enfant à volonté. Les aliments semi – liquides ou liquides doivent être donnés en de nombreuses petites rations.
- La SRO contient assez de potassium pour corriger les pertes potassiques chez la plupart des malades atteints de diarrhée aiguë.

Cependant les malades qui souffrent de malnutrition sévère présentent déjà un déficit en potassium avant le début de la diarrhée, et il faut aussi corriger ce déficit.

Pour cela, un supplément de potassium par voie buccale est indispensable.

- Des suppléments minéraux, et vitaminiques doivent être donnés systématiquement :
  - Fer (après l'épisode diarrhéique)
  - Acide folique.
  - Vitamine A (dans les régions où les réserves de vitamine A sont souvent faibles).
  - Complexe vitaminique B et vitamines C et D, chaque jour sous forme de gouttes poly vitaminées.

## **14. Dysenterie:**

### **1. Définition:**

La dysenterie se définit comme une diarrhée accompagnée de sang dans les selles.

#### **Agent causal:**

Shigella : -*S Flexneri*, -*S Dysentériae*.

Autres : - Campylobacter, - Salmonella, - *E.Coli*.

### **2. Epidémiologie:**

- Cause de 10% de diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Grave : chez le nourrisson, le malnutri
- Transmission : mains sales, eau ou aliments souillés
- Cas sporadiques ou épidémie dans les milieux sociaux médiocres.

### **3. Diagnostic positif :**

#### **a. Données anamnestiques :**

- Cas dans une collectivité
- Epidémie de diarrhée

#### **b. Données cliniques :**

- Incubation : dure 3 à 7 jours
- Douleurs abdominales
- Diarrhée aqueuse
- Syndrome dysentérique : débute 24 à 48 h
- Emission de selles précédées de coliques, épreintes et ténésmes
- On note 10 à 20 selles / j : selles afécales avec présence de pus et de sang
- Déshydratation

#### **c. Données biologiques :**

- coproculture : pratiquée en cas d'épidémie

### **4. Evolution :**

Le plus souvent favorable

### **5. Traitement :**

- Si l'enfant est déshydraté : réhydratation
- Triméthoprim (TMP)-Sulfaméthoxazole (SMX) 7 mg / kg de Triméthoprim en 2 prises pendant 5 jours.

Actuellement, il ne faut pas traiter toute diarrhée glairo-sanglante par les antibiotiques :

- \* Shigella : antibiotique si coproculture ++ ou épidémie
- \* Salmonella : Pas d'antibiotique sauf chez le nouveau- né avec des signes de septicémie.

### **6. Les autres formes :**

- \* **L'Amibiase** se traduit par un syndrome dysentérique atténué parfois même très frustré, éphémère, passant inaperçu.
- \* Certains **cancers coliques** peuvent se révéler par un syndrome dysentérique.

\* La **Recto-côlite hémorragique**.

## **15. Le zinc et le traitement de la diarrhée :**

### **1. Les propriétés du Zinc :**

Le zinc est un micronutriment très important pour le développement et la santé de l'enfant en général. Il a été prouvé scientifiquement que l'administration du Zinc pendant un épisode diarrhéique:

- ◆ Réduit le volume et la fréquence des selles pendant la diarrhée
- ◆ Réduit la sévérité et la durée de la diarrhée
- ◆ Diminue la durée de l'épisode diarrhéique
- ◆ Diminue la proportion des cas de diarrhée devenant persistante
- ◆ Réduit le nombre d'épisodes de diarrhées dans les 2 à 3 mois qui suivent l'apport de suppléments (prévention des épisodes ultérieures de diarrhées)
- ◆ Prévient les carences nutritionnelles

### **2. La présentation du Zinc :**

- ◆ Comprimé sécable de 20 mg (54,9 mg de sulfate de Zinc correspondant à 20 mg de Zinc élément)
- ◆ Type: Sel de zinc, dispersible dans une cuillère à café de liquide (eau propre ou lait maternel)
- ◆ Goût accepté par les enfants
- ◆ Conditionnement : Plaquette de 10 comprimés

### **3. Posologie :**

- ◆ Pour les Nourrissons de 2 à 6 mois :  $\frac{1}{2}$  comprimé par jour pendant 10 jours :
- ◆ Pour les enfants de 6 mois à 5 ans : 1 comprimé par jour pendant 10 jours

- ◆ En cas de vomissement, dans les 30 mn suivant la prise, reprendre une dose

#### **4. Mode d'utilisation :**

- ◆ Laisser dissoudre la dose à administrer avec un peu d'eau propre ou de lait maternel
- ◆ Donner le tout à l'enfant

#### **5. Tolérance :**

- ◆ Le zinc est un produit bien toléré à tout âge et sans effet secondaire majeure aux doses recommandées. Il peut être administré avec d'autres médicaments sans problème.

#### **6. Conservation :**

- ◆ Garder les comprimés à l'abri des rayons du soleil et de l'humidité à une température inférieure à 30°
- ◆ Durée de conservation: 2 ans au minimum.

#### **16. La prévention :**

- **Allaitement maternel :**

La première mesure qui vise à prévenir ou à réduire la fréquence des diarrhées chez un enfant sain est l'allaitement maternel exclusif.

- **Il faut promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie car :**

- L'allaitement au sein est hygiénique : il ne nécessite ni biberon ni tétine, ni préparation pour nourrisson qui sont facilement contaminés par des germes pathogènes et qui peuvent donc entraîner la diarrhée.
- Le lait maternel a des propriétés immunologiques qui protègent le nourrisson de l'infection et en particulier de la diarrhée.
- La composition du lait maternel est toujours idéale pour le nourrisson.
- **Le lait maternel est composé de 88% d'eau.** Le contenu en eau du lait maternel consommé par un bébé qui est allaité exclusivement répond aux besoins d'eau des bébés et fournit une marge de sécurité considérable.

- Les préparations pour nourrisson peuvent être trop diluées (ce qui réduit la valeur nutritionnelle) ou trop concentrées (ne fournissent pas assez d'eau à l'enfant).
- Le lait maternel est un aliment complet, il fournit tous les nutriments et l'eau dont un enfant sain a besoin pendant les 4 à 6 premiers mois de vie.
- Le lait maternel est bon marché. Il n'entraîne aucune dépense.
- L'allaitement maternel exclusif aide à espacer les naissances, les mères qui allaitent ont généralement une plus longue période d'infécondité après l'accouchement que les autres femmes.
- L'intolérance au lait maternel est exceptionnelle.
- Mettre les nouveau-nées au sein dans la ½ heure qui suit l'accouchement favorise l'établissement entre la mère et l'enfant de liens physiques et affectifs bénéfiques.

- **Pratique du sevrage :**

- Pour prévenir la contamination des aliments, de bonnes pratiques de sevrage s'imposent :
- Se laver les mains avant de préparer le repas et avant de donner à manger à un nourrisson,
- Préparer le repas dans un endroit propre,
- Laver les aliments crus à l'eau propre avant de les donner à l'enfant,
- Bien faire cuire ou bouillir les aliments, donnés à l'enfant,
- Dans la mesure du possible, les préparer juste avant de les donner à l'enfant,
- Couvrir les aliments à conserver et les mettre dans un endroit frais (au réfrigérateur, si possible),
- Si les aliments cuits sont préparés plus de deux heures à l'avance et ne sont pas conservés au réfrigérateur, les faire chauffer avant de les donner à l'enfant,
- Donner à manger à l'enfant avec une cuillère propre.

- **Utilisation d'une eau potable :**

Plus propre possible et si on la protège de la contamination.

- S'approvisionner en eau à la source la plus propre,
- Protéger les points d'eau et en éloigner les animaux,
- Recueillir et conserver l'eau dans les récipients propres et les garder couverts.
- Si l'on dispose de combustible, faire bouillir l'eau utilisée pour l'amener au point d'ébullition.

- Javellisation de l'eau à raison de 2 gouttes de Javel par litre d'eau de boisson ou de lavage des légumes.

- **Lavage fréquent des mains :**

Le risque de la transmission de la diarrhée se trouve réduit lorsque les membres de la famille se lavent régulièrement les mains.

Tous les membres de la famille doivent se laver les mains :

- Après être allé à la selle,
- Après avoir nettoyé un enfant qui est allé à la selle,
- Avant de préparer le repas
- Avant de manger
- Avant de donner à manger à un enfant.

Pour bien se laver les mains, il faut du savon et de l'eau en quantité suffisante.

- **Elimination hygiénique des selles :**

- Chaque famille devrait disposer de latrines propres et en bon état.
- Ne pas permettre que l'on fasse ses besoins près des points d'eau.
- Les latrines doivent être situées à plus de 10 mètres en contrebas.
- Excrétés dans les latrines les selles des personnes infectées, l'élimination hygiénique des selles peut aider à interrompre la transmission de l'infection.
- Pour contenir des germes pathogènes ; Il faut recueillir les selles aussitôt après.

## IV. METHODOLOGIE:

### 1. Cadre d'étude :

#### \* Cercle de Bougouni (région de Sikasso) :

**Situation Géographique:** Le cercle de Bougouni est situé dans la partie Nord de la région administrative Sikasso.

Il est limité :

- Au Nord par le cercle de Kati (région de Koulikoro)
- Au Nord Ouest par le cercle de Yanfolila
- Au Sud Ouest par le cercle de Kolondiéba
- Au Sud par le cercle de Sikasso et la république soeur de la Cote d'Ivoire
- A l'Est par le cercle de Dioila

Il couvre une superficie de 20600 Km<sup>2</sup>.

**Climat et végétation:** Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

**Population :** Bougouni est un cercle cosmopolite à l'image du Mali. Les deux ethnies dominantes sont : les bamanans et les peulhs.

Cette population est estimée à 361482 habitants répartie entre 540 villages et 26 communes dont une urbaine. La densité 16 habitants par Km<sup>2</sup> et le taux d'accroissement annuel est de 2,9% (recensement 1998).

**Le secteur d'éducation:** La première école du cercle fut créée en 1903. Actuellement le cercle compte 432 écoles primaires, un lycée et une école normale secondaire.

Les infrastructures socio sanitaires

Le cercle compte 25 aires de santés ayant chacune un centre de santé communautaire géré par ASACO.

La plus part des CSCOM ont été construits sur le financement propre des communautés. Sept (7) d'entre eux seulement répondent au norme (Mafélé, Diban, Sido, Fargouaran, Bougouni Sud, Sakoro, Niamala)

Dans chaque CSCOM il existe un CPM (chef de poste médical) qui peut être un technicien de santé, un technicien supérieur de santé, un médecin.

Par rapport à la logistique du centre de santé de référence, deux ambulances sont disponibles et assurent l'évacuation à tous les niveaux. Ces ambulances ont été mises en circulation en 2001 et 2002 sur financement de SAVE THE CHILDREN (USA) et l'état malien.

Au niveau du centre de référence, ce centre fut un dispensaire à partir de 1945 dirigé par un médecin colonial ensuite érigé en centre de référence en 1966.

La situation des bâtiments se présente de façon suivante:

- Un bloc d'onto stomatologie et de salle d'injection ;
- Une salle de consultation ;
- Un bloc administratif ;
- Une antenne de santé mentale ;
- Une antenne d'ophtalmologie ;
- Des dépôts de vente des médicaments essentiels assurant la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques ;
- Un bloc de maternité ;
- En fin un circuit d'adduction d'eau et d'électricité qui connaît des pannes fréquentes.

**Autres structures:** Il existe de nombreux dispensaires ruraux et maternités dans toutes les aires de santé gérés par des aides soignants et matrones.

Il existe aussi :

- Deux (2) infirmeries pour les usines CMDT de Bougouni et de Koumatou ;
- Deux (2) cabinets médicaux à Bougouni et un (1) à Koumatou ;
- Deux (2) infirmeries scolaires au lycée et à l'ifm ;
- Quatre (4) officines pharmaceutiques ;

\* **Cercle de Barouéli (région de Ségou):**

**Caractéristiques physiques :** Le cercle de Barouéli, couvre la partie Ouest de la région de Ségou. Sa superficie est de 4710km<sup>2</sup>. Il est limité : au Nord par le fleuve Niger, à l'Est par le cercle de Ségou, au Sud par le Bani (affluent du Niger) et à l'Ouest par les cercles de Dioïla et de Koulikoro.

Son relief, formé de plateaux moyens et plaines, est couvert d'une végétation de savane herbacée parsemée de balanzans, baobab et de karités avec deux forêts classées, une située à Koulala dans la commune rurale de Barouéli et l'autre à Dioforongo dans la commune de Sanando.

Sa pluviométrie moyenne annuelle est de 616,1mm.

Le Réseau hydrographique est dominé par le fleuve Niger et le Bani (son affluent). Il existe dans le Cercle de Barouéli une zone inondée pendant la période de l'hivernage, ce qui rend l'accès de cette zone difficile.

**Caractéristiques Démographiques :** En 2006 le Cercle de Barouéli comptait 189 972 hbts (soit 40 hbts au Km<sup>2</sup>) avec un taux d'accroissement de 2,4%.

Cette population est féminine à 51% et à grande majorité jeune.

Les ethnies dominantes sont : Bambara, Sarakolé, Peulh, Somono et Bozo, vivant essentiellement d'agriculture, d'élevage, de pêche et d'artisanat.

La population du Cercle de Barouéli se déplace de la façon suivante :

- La transhumance : Pendant la saison sèche, des éleveurs se déplacent avec leurs troupeaux à la recherche de pâturage. Ils quittent généralement mi-mars et s'en vont aux alentours des villages de Fana et Dioïla (cercle de Dioïla – Région de Koulikoro), vers les Cercles de Bougouni et de Yanfolila (Région de Sikasso) ou les pays voisins comme la Côte d'Ivoire et la Guinée. Ils reviennent dans bien des cas pendant l'hivernage.

**Sur le plan épidémiologique :** la morbidité et la mortalité de ces zones de santé sont dominées essentiellement par des pathologies infectieuses, se greffant dans la plupart des cas sur un fond de malnutrition généralisée. Ce sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les maladies transmissibles de l'enfance (rougeole, tuberculose, coqueluche et tétanos) et les complications de l'accouchement.

## **2. Population d'étude:**

Les données ont été collectées auprès de deux catégories de populations :

- Les prestataires de services et les vendeurs de médicament dans les CSCOM
- Les mères ou les soignants dans les ménages.

## **3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale et qualitative basée sur l'interview avec les mères dont les enfants avaient moins de 3 ans et souffrant de diarrhée simple au cours de l'enquête.

## **4. Période d'étude :**

L'enquête s'est déroulée au mois de mars 2009 et a duré 15 jours.

## **5. Echantillonnage :**

Au Mali, l'évaluation s'est déroulée dans deux districts (un urbain et un rural) devant disposer de la PCIME communautaire opérationnelle. A cet effet sur la base de la documentation existante et des échanges avec certains responsables sanitaires, les régions de Ségou et Sikasso ont été retenues. Un district par région a été retenu de façon aléatoire. Il s'agit des districts de Bougouni (région de Sikasso) et de Barouéli (région de Ségou). Dans le 1er district (cercle), 3 sites urbains correspondant aux aires de couverture des CSCOM urbains de Bougouni, ont été retenus. Dans le 2<sup>e</sup> district (cercle de Barouéli) trois CSCOM ruraux (Sanando, Konobougou, Boidiè) ont été tirés au hasard.

### **❖ Critères d'inclusion:**

Tous les prestataires (*Personnel de la structure de santé, vendeur de médicaments, relais communautaire*) résidant dans les aires de santé au cours de 2 semaines précédant l'enquête.

Toutes les mères résidant dans les aires de santé de l'étude et ayant un enfant âgé de moins de 3 ans et qui a souffert de la diarrhée simple au cours de 2 semaines précédentes l'enquête.

### **❖ Critères de non inclusion :**

Tous les prestataires qui n'ont pas été disponibles pour des raisons diverses (maladies voyages) résidant dans les aires de santé de l'étude au cours de 2 semaines précédant l'enquête.

Toutes mères qui n'ont été disponibles pour des raisons diverses (travaux ménagés, maladies) et ayant un enfant âgé de moins de 3 ans ou n'ayant pas souffert de la diarrhée simple au cours de 2 semaines précédant l'enquête.

## **6. Plan de collecte des données :**

Les données ont été collectées par:

- interviews
- observations directes
- focus group

### **❖ Collecte de données auprès du prestataire de services de santé**

*(Personnel de la structure de santé, vendeur de médicaments, relais communautaire)*

L'évaluation a consisté à procéder à des interviews détaillées auprès des cibles.

A cet effet, après consentement verbal du responsable du centre, les interviews étaient conduites auprès des cibles en se référant au questionnaire (cf annexes) élaboré portant essentiellement sur :

- Les connaissances et pratiques en matière des ORT et des suppléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants, sur les déterminants et les obstacles à la qualité de la prise en charge de la diarrhée, ainsi que sur les actions proposées pour y remédier
- La disponibilité des produits de la prise en charge de la diarrhée, notamment les ORS, le zinc, les ressources humaines, les directives aux services/ aides emploi, le matériel de communication (IEC), ainsi que la fonctionnalité du coin des ORT.

❖ **Collecte de données auprès de la mère, du père ou de tout autre soignant**

L'évaluation au niveau du soignant à domicile (mère, père, etc.) a été faite par deux méthodes : l'observation non participative auprès du ménage et la discussion en groupe, selon les étapes suivantes.

• **Observation directe auprès du ménage**

1. Au niveau de chaque site choisi, 12 ménages ayant chacun un enfant âgé de moins de 3 ans et qui a souffert de la diarrhée au cours de 2 semaines précédant l'enquête ont été retenus.
2. A partir de l'exploitation du registre de consultation couplée à des passages de concession en concession, 12 ménages ayant chacun un enfant âgé de moins de 3 ans et qui a souffert de la diarrhée au cours de 2 semaines précédant l'enquête ont été identifiés.
3. Au niveau du ménage, l'objet de l'enquête était expliqué au chef de ménage en vue d'obtenir son accord pour l'évaluation.

Avec l'autorisation du chef de ménage, l'enquêteur avant de procéder à l'entrevue s'assurait que le soignant s'est occupé effectivement de l'enfant ayant souffert de la diarrhée au cours de 2 semaines précédentes. Si deux personnes ou plus étaient éligibles, une seule était choisie par tirage au sort.

4. Le consentement (voir fiche 2 à l'annexe) du soignant était demandé avant de passer à l'interview et à l'observation des pratiques. Des mesures de prudence (observation en présence soit d'une femme, soit du mari mais n'ayant pas le droit d'interférer) étaient observées.

5. L'observation non participative portait sur la disponibilité des sachets de SRO et des comprimés de zinc au sein des ménages, sur la démonstration de la préparation du SRO, les solutions salées sucrées (SSS) et solutions faites à domicile pour la réhydratation de l'enfant.

6. En fin d'entrevue, la proposition de participer au focus group était faite au soignant. Le soignant se réservait le droit d'y participer ou pas.

- **Discussion en groupes communautaires**

1. Les discussions en groupe étaient organisées avec 12 mères ayant un enfant âgé de moins de 3 ans et qui a souffert de la diarrhée au cours de deux semaines précédant l'enquête. Il s'agissait généralement des mêmes mères ayant participé à l'observation auprès des ménages.
2. Le choix du lieu pour la tenue des discussions en groupe était fait avec l'appui du chef de poste médical et devrait convenir à la plupart des participants
3. La discussion en groupe était organisée et tenue le même jour que l'observation non participative auprès des ménages pour des raisons de triangulation des informations et pour que cela constitue un bon rapport coût efficacité. Toutefois, le moment devrait être convenable pour tous.
4. L'animation était faite par les deux assistants enquêteurs qui disposaient d'un dictaphone pour l'enregistrement. Quand un des assistants (modérateur) présidait la session, le second prenait note sur support conçu à cette fin (fiche 2).
5. Avant de démarrer la discussion, le modérateur expliquait le but de la session, en notifiant aux mères la durée approximative (une heure et demie) de la session. La conduite à tenir attendue de chaque participant était aussi expliquée.
6. Les participants étaient informés de l'enregistrement de la discussion sur cassette, dont le contenu sera détruit une année après.
7. Dans chaque groupe de discussion, les mères ou pères, etc. des enfants âgés de moins de 3 ans répondaient aux questions sur leurs connaissances à propos de la prise en charge des cas de la diarrhée; sur leurs pratiques lors du dernier épisode de diarrhée de l'enfant ; sur leurs attitudes face à la prise en charge recommandée avec accent particulier sur le SRO, le zinc et l'utilisation des liquides faits à domicile; le caractère économique abordable de SRO, l'accessibilité et la disponibilité au niveau communautaire. Les barrières culturelles et individuelles à l'utilisation du SRO, du zinc et des liquides faits à domicile étaient recherchées.

### **7. Plan d'analyse :**

Toutes les fiches remplies ont été saisies dans Word. L'analyse a été basée sur le travail initial de questions et d'objectifs d'évaluation ainsi que sur les concepts théoriques. Des questions et relations émergentes entre les variables ont été notées afin de formuler une chaîne de preuves pour procéder à des inférences. Des citations clés en utilisant des mots propres de répondants ont été prises en compte pour illustrer les idées. La triangulation a été utilisée d'une manière générale pour vérifier la cohérence et la fiabilité de certains / résultats.

### **8. Considérations déontologiques :**

L'approbation du ministère de la santé a été obtenue suite à une correspondance de l'OMS qui lui a été adressé.

Durant la collecte des données, et avant le démarrage des sessions, des consentements suite aux explications claires aux répondants ont été obtenus auprès de tous les participants. Les données collectées jusqu'ici ne sont accessibles qu'au consultant national seul.

Les copies électroniques sont sur un ordinateur privé du consultant. Les messages enregistrés seront détruits une année après, conformément au consentement et sur ordre de l'employeur.

## **V. RESULTATS:**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants:**

#### **a. Groupes de discussion (GD)**

Six (6) focus group à raison d'un (1) focus par zone d'enquête ont été organisés. Les participantes par focus étaient au nombre de 12. Les groupes étaient constitués essentiellement par les mères interviewées lors de l'enquête en ménage.

#### **b. Observations directes**

Les répondants (72), tous de sexe féminin, de religion musulmane et mariées, avaient en moyenne 28 ans. Elles sont généralement femmes au foyer à plein temps (ménagères) et sans aucun niveau d'instruction. Les niveaux d'instruction répertoriés varient de la première partie primaire (4 premières années) à la partie finale du primaire (environ 3 dernières années).

### **2. Connaissances et pratiques des soignants pour la prise en charge de la diarrhée :**

#### **2-1. Connaissance et utilisation de la SRO :**

Dans les zones enquêtées une (1) soignante sur trois (3) utiliserait du SRO dans la prise en charge de la diarrhée. Cette tendance se retrouve tant en milieu rural qu'urbain.

Les sachets de SRO en terme de démonstration ont pu être bien préparés par les soignants conformément aux indications/directives requises (se laver les mains, utiliser les ustensiles propres, utilisation d'eau potable, utilisation d'un litre de cette eau potable).

La connaissance sur l'administration et le stockage de SRO a été estimée auprès des mères (soignantes) ayant utilisé le SRO dans la prise en charge de la diarrhée.

La quantité de SRO donnée évoquée est surtout celle administrée à chaque prise. L'administration est faite généralement avec une louche dans une quantité estimée égale au contenu d'un « verre huit » qui est l'équivalent de ~50CC. Cette quantité était donnée très souvent 1 fois à chaque prise et rarement 2 fois.

La justification essentielle de cette quantité, était son acceptation par l'enfant malade comme l'attestent les déclarations suivantes des mères : i) « l'enfant n'a accepté de boire que cette quantité », ii) « l'enfant a accepté de boire cette quantité que je lui ai proposée ».

La fréquence d'administration est faite de façon équilibrée suivant deux modalités :

i) l'administration de façon continue et ii) l'administration au moins deux fois par jour.

Dans les justifications des mères (soignantes) ayant opté pour l'administration continue, revenait très souvent cette affirmation : « j'ai donné pour aider l'enfant à récupérer rapidement ». Quant à la seconde modalité, ce groupe atteste l'avoir fait sur conseil des agents de santé.

Le SRO a été donné pendant deux jours et plus par plus des deux tiers des mères, car c'est au bout de ce temps que la diarrhée s'est arrêtée. L'arrêt est survenu généralement avec l'amélioration ou l'arrêt de la diarrhée.

Les données relatives à la connaissance et à l'utilisation du SRO, obtenues individuellement auprès des mères, sont confirmées par celles collectées en focus group. Il s'agit de : i) la préparation d'un litre de SRO par jour à l'enfant diarrhéique, ii) l'administration continue ou à une fréquence déterminée par jour jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. L'utilité des SRO exprimée en focus group à travers entre autre des affirmations suivantes :

- i) « ils sont d'une grande utilité, réhydrate l'enfant, remplace les liquides perdus, aide l'enfant à récupérer, remplacent l'eau perdue par l'enfant »,
- ii) « réhydrate l'enfant, le rend plus dynamique, arrête la diarrhée » ressortent également dans les interviews individuelles.

Les SRO préparés étaient conservés pour une journée, car les mères supposent qu'au delà de ce temps de conservation, le produit peut se « gâter »

Les sachets de SRO ont été retrouvés à domicile dans 4 cas. Il s'agissait de SRO à faible osmolarité.

La faible accessibilité financière au SRO et sa non disponibilité au niveau des relais constitueraient des barrières à l'utilisation du SRO. Cependant il existe un groupe non moins important qui ne relève aucune barrière. Un troisième groupe évoque une barrière attribuable à « la paresse de certaines mamans à préparer la solution ».

## **2-2. Connaissance et utilisation des suppléments de zinc**

Dans les zones enquêtées, une (1) mère (soignante) sur six (6) a utilisé le zinc dans la prise en charge de la diarrhée avec une prédominance d'utilisation (1 sur 5) en milieu rural par rapport au milieu urbain (1 sur 8).

La faible utilisation du zinc est en adéquation avec la méconnaissance de la supplémentation en zinc dans la prise en charge de la diarrhée selon les constats des six focus group réalisés auprès des mères d'enfants diarrhéiques. Au cours de trois (3) focus group sur six (6), Les mères affirment être au courant des suppléments dans la prise en charge de la diarrhée infantile. Elles affirment que le « zinc arrête la diarrhée et calme les maux de ventre ».

Si lors de focus group, les mères affirment que le zinc est administré une (1) fois par jour pendant quatorze jours, lors des interviews individuelles, une minorité a arrêté l'administration avec l'arrêt de la diarrhée.

Le coût élevé du zinc reste tout de même un obstacle à son utilisation pour un petit nombre de mères l'ayant utilisé dans la prise en charge de la diarrhée.

Les relais et les centres de santé ont constitué les principales sources de distribution du zinc pour les bénéficiaires. Les comprimés de zinc retrouvés à domicile étaient de marque « Nutriset » de fabrication française. De l'avis des utilisateurs du zinc, sa promotion passe par la poursuite de la vente du Kit comprenant le Zinc. La minorité ayant évoqué l'accessibilité financière propose une distribution gratuite.

### **2-3. Connaissance d'autres médicaments utilisés pour la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant:**

Dans les GD ruraux aussi bien qu'urbain, les mères affirment donner généralement des tisanes, des décoctions pour réhydrater l'enfant diarrhéique.

Par rapport au zinc, l'utilisation du ganidan et du paracétamol est rapporté par au moins un GD rural. Dans le GD urbain de Bougouni Est l'utilisation de sirop de cotrimoxazole et de métronidazole est évoquée.

### **2-4. Connaissance et utilisation de la solution salée sucrée :**

La solution sucrée salée (SSS) a été utilisée par une (1) mère sur trois (3) en milieu rural. Aucun cas d'utilisation n'a été relevé en milieu urbain de l'étude.

L'appréciation de la préparation de SSS à partir d'une liste de contrôle, a conclu à la conformité des procédures aux directives requises (se laver les mains, utiliser les ustensiles propres, utilisation d'eau potable, utilisation d'un litre de cette eau potable, utilisation de la quantité nécessaire de sel de cuisine).

L'administration et le stockage de SSS n'ont pas différé de ceux des solutions de SRO (administration en quantité acceptée par l'enfant, de façon continue ou dans une fréquence liée à l'évolution de la diarrhée, stockage d'une journée).

## **2-5. Perception du meilleur traitement de la diarrhée chez l'enfant:**

Les groupes de discussions (GD) ont évoqués d'une manière générale que le meilleur traitement de la diarrhée chez l'enfant est le SRO. Les GD ruraux de Boidié et Konobougou en plus du SRO évoquent le SRO et le Zinc à la fois. Toutefois, il faut souligner certaines nuances à titre d'exemples :

*« A notre avis kènèyadji est important dans le traitement de la diarrhée, mais il faut aussi les autres médicaments, car ils permettent de soigner l'enfant contre les autres maladies en plus de la diarrhée » [GD rural, Sanando]*

*« Moi à mon avis, comme ça été déjà dit, le meilleur traitement de la diarrhée est de donner à boire en grande quantité à l'enfant »*

Les différents GD justifient leur perception par le fait que l'apport en eau (SRO, SSS ou toute autre eau), soit « arrête la diarrhée », soit « soigne rapidement l'enfant » soit « aide l'enfant à vite récupérer »

## **2-6. Poursuite de l'alimentation de l'enfant durant l'épisode de diarrhée :**

### **2.6-1. Préparation et utilisation d'autres liquides :**

Dans les zones de l'étude une (1) mère enquêtée sur six (6) prépare et utilise d'autres liquides pendant l'épisode diarrhéique. En milieu rural les mères affirment utiliser plus d'autres liquides (1 sur 3) qu'en milieu urbain (1 sur 4). La bouillie de mil, le misola et la tisane sont les liquides fréquemment évoqués.

### **2.6-2. Utilisation d'aliments solides :**

Pendant l'épisode de diarrhée, une (1) mère sur quatre (4) déclare avoir utilisé des aliments solides chez les enfants. En milieu rural 1 mère sur 5 répondants l'aurait fait contre 1 sur 3 en milieu urbain.

### **3. Connaissances et pratiques des prestataires dans la gestion de la diarrhée :**

#### **3.1. Thérapie par réhydratation orale :**

Près de la moitié des prescripteurs interviewés ne sont pas au courant de la nouvelle formulation du SRO à faible osmolarité. Les avantages d'utilisations (Equilibration des sels minéraux, activation de la réhydratation de l'organisme, prévention de la déshydratation, diminution des troubles électrolytiques) que les prestataires ont généralement attribués au SRO à faible osmolarité sont également propres au SRO standard. Seul un prestataire évoque « récupération rapide bonne » comme avantage d'utilisation, ce qui dans une certaine mesure peut être assimilable à l'avantage réel d'utilisation du SRO à faible osmolarité à savoir : « absorption rapide des liquides, avec pour effet réduction de la nécessité de recours aux perfusions et facilité de traitement des enfants souffrant de diarrhée non cholérique sans hospitalisation ».

Les SRO nouvelle formulation aussi bien que le standard et les solutions sucrées salées sont utilisés suivant les mêmes types de dispensation (donner soit après chaque selle, ou à la demande du malade, ou de façon continue jusqu'à l'arrêt de la diarrhée) quand ils sont prescrits.

Dans certains cas de diarrhée la nouvelle formule de SRO a été prescrite sans ce que cela ne soit su par le prescripteur.

La quasi-totalité des interviewés sont au courant de la supplémentation en zinc dans la prise en charge de la diarrhée. Les quelques sujets non informés sont de la pharmacie.

L'utilité de cet apport en zinc (réduction du nombre d'épisode de diarrhée, prévention de la carence en zinc et renforcement de la résistance de l'organisme selon les interviewés), sa dispensation ( $\frac{1}{2}$  cp ou 1cp en fonction de l'âge pendant 14 jours) sont relativement bien connus.

Les prescriptions de zinc ont surtout été constatées parmi les prescripteurs dans le groupe des prestataires.

### **3.2. Recommandations pour améliorer la gestion de la diarrhée par les prestataires de services :**

Même si dans les interviews des prestataires, une question spécifique ne ressort pas par rapport à la promotion de la prescription du SRO, quelques uns souhaiteraient l'utilisation systématique du SRO nouvelle formation, et sa disponibilité dans le cadre de la prise en charge de la diarrhée chez les enfants.

## **4. Gestion de la diarrhée au niveau communautaire :**

### **4.1. Comportement de recherche de soins pour la gestion de la diarrhée :**

Dans les deux tiers (2/3) des groupes de discussion (GD), les déclarations des participantes sont en faveur d'un itinéraire thérapeutique qui commence par le domicile en référence aux réponses ci-dessous :

*« On achète du SRO et des médicaments traditionnels qu'on donne à l'enfant, si ça ne marche pas on donne autre chose » [GD urbain, Bougouni Est]*

*« Nous leur donnons des médicaments traditionnels, leur faire boire beaucoup d'eau propre » [GD urbain, Bougouni Sud]*

*« On donne la solution sucrée salée pendant trois jours ; si ça ne va pas, amenons l'enfant au centre de santé » [GD rural, Sanando]*

Suivant certaines affirmations, le premier recours serait le centre de santé ou agent de santé communautaire affilié à la structure de santé :

*« Nous achetons les médicaments du kit pour les enfants chez les relais parce que le médecin nous a conseillé cela » [GD rural, Boidiè]*

*« Moi, en ce qui me concerne, le premier endroit auquel je pense, c'est le centre de santé ; le médicament traditionnel, je me demande si il arrive à faire effet ». [GD urbain, Bougouni-Est]*

### **4.2. Niveau de satisfaction des services proposés au niveau de la communauté :**

Dans les GD, les participants de façon homogène affirment que les services proposés au niveau communautaires sont satisfaisants.

## **5 - gestion de la diarrhée au centre de sante :**

### **5.1. Pratiques des prestataires :**

Les prestataires (prescripteurs et pharmaciens dispensateurs) rapportent les signes de la diarrhée et même dans certains cas les signes de déshydratation de la diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans.

Les pratiques relevées dans la prise en charge de la diarrhée simple sont les reflets du profil des prestataires. Les prescripteurs affirment mettre l'accent sur l'utilisation du SRO, du zinc, l'apport supplémentaire en aliment liquide, tandis que les pharmaciens évoquent surtout du SRO, de l'attapulgite et parfois de l'antibiotique.

### **5.2. Niveau de satisfaction par rapport à la prise en charge de la diarrhée au niveau des formations sanitaires :**

La plupart des prescripteurs affirment être satisfaits de la prise en charge de la diarrhée pour des raisons diverses (implications des relais, efficacité du traitement, réduction de la morbidité et mortalité liées à la diarrhée, disponibilité du médicament et du matériel pour les démonstrations). Un avis à notre sens important est évoqué par un prestataire non satisfait: » certains personnels de santé qui gardent en dehors des heures de travail, ne sont pas qualifiés, d'où la prise en charge n'est convenable » [prestataire rural, Konobougou].

Dans les GD, la satisfaction par rapport à la prise en charge est exprimée de façon unanime. Cette satisfaction est justifiée à travers de telles citations :

*« On est très satisfait, car les médicaments qu'on nous donne au centre sont rapides dans le traitement de la diarrhée. »* [GD urbain, Bougouni-Est]

*« Très souvent quand on vient au centre après l'échec de notre traitement traditionnel, les médicaments sont tellement efficaces au point que le lendemain du traitement la diarrhée prend fin »* [GD urbain, Bougouni-Sud]

### **5.3. Suggestions pour améliorer la gestion de la diarrhée :**

Les suggestions des prestataires relatives à l'amélioration de la prise en charge de la diarrhée au niveau des formations sanitaires portent essentiellement sur :i) la logistique (disponibilité médicament, utilisation de SRO et zinc systématiquement dans la diarrhée), ii) la formation des prestataires à la prise en charge et iii) l'intensification de l'IEC sur la prise en charge.

Par ailleurs, les prestataires pensent que l'amélioration des pratiques des agents de santé passe par ordre d'importance par leur formation, leur recyclage et la supervision des prestataires.

Dans les groupes de discussion la prise en charge de la diarrhée est envisagée surtout sous l'angle de schéma de traitement (utilisation de SRO et zinc pour les GD urbain), de modalité d'accès aux molécules (gratuité du médicament selon les GD ruraux).

## **6. Guides cliniques :**

### **\* Présence de directives (guides) sur la prise en charge de la diarrhée**

Au niveau des CSOM ruraux (3) de l'enquête seul celui de Konobougou dispose de directives cliniques contre deux (2) dans les CSOM urbains (3).

### **\* Grandes lignes sur les directives (guides) sur la prise en charge de la diarrhée**

Les guides observés sont le guide thérapeutique national, produit conjointement par le Ministère de la santé, l'Union Européenne et l'USAID en 2000. Ces directives ne recommandent pas l'utilisation du SRO et zinc dans la prise en charge de la diarrhée.

### **\* Matériel d'information d'éducation et de communication**

### **\* Présence de matériel IEC sur la prise en charge de la diarrhée**

Aucun CSCOM rural de l'enquête ne dispose de matériel d'IEC contrairement aux CSCOM urbain qui en sont tous pourvus.

### **\* Grandes lignes du matériel IEC sur la prise en charge de la diarrhée**

Les types de matériel d'IEC observés sont le pagi volt (cas de 2 CSCOM) et les boîtes à image. Ces pagi volt recommandent l'utilisation du SRO et le zinc dans la prise en charge de la diarrhée.

## **7. Matériel pour administrer la SRO :**

Au niveau des CSCOM urbains enquêtés, tout le dispositif pour l'administration du SRO (eau potable, tasses pour SRO, cuillère, matériel de lavage des mains) est disponible et est propre et fonctionnel. Par contre au niveau rural si l'eau et du matériel de lavage des mains sont souvent disponibles (2 CSCOM/3), les tasses pour SRO et cuillères nulle part n'étaient disponibles. Le cas du SCOM rural de Sanando est particulier où aucun des éléments du dispositif pour administration du SRO n'existe.

## **8. Ressources humaines :**

Chacun des CSCOM ruraux dispose d'un chef de poste technicien supérieur de santé (TSS) disponible pour la gestion de la diarrhée chez l'enfant. A Konobougou, en plus du TSS, il existe un médecin.

Tous ces chefs de poste du niveau rural auraient suivi la formation PCIME de 2007, formation au cours de laquelle a été dispensée l'utilisation des ORT (y compris le zinc).

Au niveau urbain les chefs de poste tous TSS assurent la prise en charge de la diarrhée. Suivant déclarations des interviewés, deux (2), trois (3) et cinq (5) agents seraient impliqués dans la prise de la diarrhée respectivement à Bougouni Sud, Bougouni Ouest et Bougouni Est. Tous les chefs de poste de ces CSCOM urbain affirment avoir reçu une formation sur la prise en charge de la diarrhée avec du SRO et du zinc en 2006 et 2007.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants:**

Notre étude a porté sur un groupe cible de 12 mères choisis dans chaque site par contre l'étude de SCHUBERT J. [25] a porté sur un groupe cible composé de 4 mères, 4 pères et 4 grandes mères choisies dans chaque site.

### **2. Connaissances et pratiques des soignants pour la prise en charge de la diarrhée :**

#### **2-1. Connaissance et utilisation de la SRO :**

Dans notre étude une mère sur trois a utilisée SRO tant en milieu rural qu'urbain. par contre l'étude quantitative de l'EDS IV [15] a montrée un taux de 68% des mères dont 61% des femmes rurales affirment connaître les sachets de SRO. L'étude réalisée par SCHUBERT J. [25] les mères connaissent et utilisent le SRO au cours du traitement de la diarrhée chez leurs enfants.

Dans notre étude la fréquence d'administration est faite suivant deux modalités : l'administration de façon continue et l'administration au moins deux fois par jour jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. Par contre chez SCHUBERT J [25] l'administration se fait à volonté (boire à volonté).

Dans notre étude l'utilité du SRO a été démontré par certaines affirmation tels que :

« ils sont d'une grande utilité, réhydrate l'enfant, remplace les liquides perdus, aide l'enfant à récupérer, remplacent l'eau perdue par l'enfant »,

« réhydrate l'enfant, le rend plus dynamique, arrête la diarrhée » ressortent également dans les interviews individuelles. Ce même constat a été retrouvé à Kasai et Kinshasa, les mères connaissent l'existence du SRO et son utilité, notamment <<pour redonner de la force à l'enfant, le réhydrater le corps et arrêter la diarrhée. >> Contrairement aux mères de Katanga qui pensent << le SRO est un fortifiant, qui diminue la soif>>. SCHUBERT J [25].L étude quantitative KOUNTA [26] montre 74% des mères ou une mère sur trois ont entendu parler et connaissent au moins une indication des SRO, seulement **9,3%** des mères l'ont utilisé à la maison. Ce faible taux d'utilisation a aussi été rapporté par l'EDS IV [15] qui a trouvé que **14%** de l'ensemble des mères du Mali dont **8,6%** des mères rurales ont utilisé le SRO à la maison.

## **2-2. Connaissance et utilisation des suppléments de zinc :**

Une (1) mère (soignante) sur six (6) a utilisé le zinc dans la prise en charge de la diarrhée avec une prédominance d'utilisation (1 sur 5) en milieu rural par rapport au milieu urbain (1 sur 8).

Contrairement à SCHUBERT J. [25] les mères de Kasai et Kinshasa affirment n'avoir jamais entendu parlé du zinc, celles de Katanga sont persuadé que le zinc est un médicament à utilisé dans le traitement de toute les diarrhées.

## **2-3. Connaissance d'autres médicaments utilisés pour la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant:**

Au cours de notre les GD ruraux aussi bien qu'urbain, les mères affirment donner généralement des tisanes, des décoctions pour réhydrater l'enfant diarrhéique.

Par rapport au zinc, l'utilisation du ganidan et du paracétamol est rapporté par au moins un GD rural. Dans le GD urbain l'utilisation de sirop de cotrimoxazole et de métronidazole est évoquée. Ce même traitement a été observé chez SCHUBERT J. [25] dans la zone de Kinshasa d'où les mères soignent leurs enfants par le traitement traditionnel :<< appliquer des feuilles de tomates chauffées et mélangées avec du sel sur l'anus de l'enfant>>, parfois elles associent du Flagyl, de Tétracycline, du Vermox pour le traitement de la diarrhée simple.

Dans l'étude quantitative de Kounta [26], plus de la moitié des enfants diarrhéiques ont reçu soit les médicaments traditionnels (25,8%), soit les antibiotiques (33,2%) pendant la première 24heures de la diarrhée. L'EDS IV [15] apporte le même résultat avec 14% (8,6% pour le milieu rural) des enfants qui ont reçu les SRO et 22,3% (19,4% pour le milieu rural) pour une solution maison contre 16,8%(18,3% pour le milieu rural) des enfants qui n'ont rien reçu pendant l'épisode diarrhéique.

## **2-4. Connaissance et utilisation de la solution salée sucrée :**

La solution sucrée salée (SSS) a été utilisée par une (1) mère sur trois (3) en milieu rural. Aucun cas d'utilisation n'a été relevé en milieu urbain de l'étude. Cette étude rejoint celle de SCHUBERT J. [25] qui trouve que la solution salée sucrée est remplacé par le SRO dans les différentes localités (Kasai, Kinshasa, Katanga de liquides).

## **2-5. Perception du meilleur traitement de la diarrhée chez l'enfant:**

Les groupes de discussions (GD) ont évoqués d'une manière générale que le meilleur traitement de la diarrhée chez l'enfant est le SRO. Les GD ruraux de Boidié et Konobougou

en plus du SRO évoquent le SRO et le Zinc à la fois. Toutefois, il faut souligner certaines nuances à titre d'exemples :

*« A notre avis kènèyadji est important dans le traitement de la diarrhée, mais il faut aussi les autres médicaments, car ils permettent de soigner l'enfant contre les autres maladies en plus de la diarrhée » [GD rural, Sanando]*

Les différents GD justifient leur perception par le fait que l'apport en eau (SRO, SSS ou toute autre eau), soit « arrête la diarrhée », soit « soigne rapidement l'enfant » soit « aide l'enfant à vite récupérer »

Ce même constat a été rapporté par SCHUBERT J. [25] << les mères considèrent que le SRO remplace l'eau perdue, fortifie et stoppe la diarrhée. >>

## **2-6. Poursuite de l'alimentation de l'enfant durant l'épisode de diarrhée :**

### **2.6-1. Préparation et utilisation d'autres liquides :**

Dans notre étude une (1) mère sur six (6) prépare et utilise d'autres liquides pendant l'épisode diarrhéique. En milieu rural les mères affirment utiliser plus d'autres liquides (1 sur 3) qu'en milieu urbain (1 sur 4). La bouillie de mil, le misola et la tisane sont les liquides fréquemment évoqués. Chez Kounta [26] si **30,3%** des mères savent qu'il faut augmenter la quantité de liquides à donner à un enfant en cas de diarrhée, à l'opposé **26,2%** pensent qu'il faut la diminuer et **32,1%** pensent qu'il faut donner toujours la même quantité. l'EDS IV [15] qui apporte 54% des enfants diarrhéiques ayant reçu davantage

### **2.6-2. Utilisation d'aliments solides :**

Pendant l'épisode de diarrhée, une (1) mère sur quatre (4) déclare avoir utilisé des aliments solides chez les enfants. Dans l'étude de SCHUBERT J. [25]

<<La mère continue à allaiter l'enfant malade >>

<<l'enfant s'alimente moins que d'habitude, sauf à de rares exception ; il arrive que l'on donne à l'enfant de l'eau de riz, de la bouillie de maïs, et du thé ;>>

<<pour étancher sa soif constante, il lui est donné de l'eau de riz, du SRO et de l'eau naturelle.>>

Durant la convalescence, l'enfant s'alimente normalement, avec un supplément de fruits (bananes, orange), de soja et de vitamines pour reconstituer l'énergie perdue. Dans l'étude de Kounta [26] la quantité de nourriture, **10,3%** des mères savent qu'il faut donner plus à manger à leur enfant malade, et **42,8%** pensent qu'il faut diminuer la quantité de nourriture,

21,5% pensent qu'il faut donner la même quantité. Qui est comparables a L'EDS IV [15] 13% des mères savaient qu'il faut donner plus à manger à l'enfant pendant leur épisode diarrhéique.

### **3. Connaissances et pratiques des prestataires dans la gestion de la diarrhée :**

#### **3.1. Thérapie par réhydratation orale :**

Près de la moitié des prescripteurs interviewés ne sont pas au courant de la nouvelle formulation du SRO à faible osmolarité. Les SRO nouvelle formulation aussi bien que le standard et les solutions salées sucrées sont utilisés suivant les mêmes types de dispensation (donner soit après chaque selle, ou à la demande du malade, ou de façon continue jusqu'à l'arrêt de la diarrhée) quand ils sont prescrits.

SCHUBERT J. [25] rapporte que le SRO est toujours utilisé dans le traitement de la diarrhée, d'après les affirmations des infirmiers, et est également recommandé aux mères.

Ils constatent que les mères ne respectent pas toujours leurs instructions, notamment en ce qui concerne les mesures à utiliser.

La quasi-totalité des interviewés sont au courant de la supplémentation en zinc dans la prise en charge de la diarrhée. L'utilité de cet apport en zinc (réduction du nombre d'épisode de diarrhée, prévention de la carence en zinc et renforcement de la résistance de l'organisme selon les interviewés), sa dispensation ( $\frac{1}{2}$  cp ou 1cp en fonction de l'âge pendant 14 jours) sont relativement bien connus. Dans l'étude de SCHUBERT J. [25] les infirmiers interviewés ont entendu parler du zinc lors de leur formation en PCIME. Selon eux, le zinc doit être associé au SRO pour le traitement de la diarrhée. Seuls les avantages qui procurent le produit pendant trois mois peuvent convaincre, persuader les mamans de poursuivre la cure pendant 10 jours ;(arrêt de la diarrhée, retour de l'appétit, prévention de la diarrhée).

#### **3.2. Recommandations pour améliorer la gestion de la diarrhée par les prestataires de services :**

Même si dans les interviews des prestataires, une question spécifique ne ressort pas par rapport à la promotion de la prescription du SRO, quelques uns souhaiteraient l'utilisation systématique du SRO nouvelle formation, et sa disponibilité dans le cadre de la prise en charge de la diarrhée chez les enfants. Dans l'étude de SCHUBERT J. [25], ils jugent que le zinc pourra traiter toutes les diarrhées et ils insistent sur l'importance d'un approvisionnement stable, pour éviter les ruptures de stock.

#### **4. Gestion de la diarrhée au niveau communautaire :**

##### **4.1. Comportement de recherche de soins pour la gestion de la diarrhée :**

Dans les deux tiers (2/3) des groupes de discussion (GD), les déclarations des participantes sont en faveur d'un itinéraire thérapeutique qui commence par le domicile en référence aux réponses ci-dessous :

*« On achète du SRO et des médicaments traditionnels qu'on donne à l'enfant, si ça ne marche pas on donne autre chose » [GD urbain, Bougouni Est]*

*« On donne la solution sucrée salée pendant trois jours ; si ça ne va pas, amenons l'enfant au centre de santé » [GD rural, Sanando]*

L'étude de SCHUBERT J. [25], Les personnes cibles interrogées lors de l'enquête se trouvaient toutes proches d'une formation sanitaire. Malgré cela, le premier recours demeure le traitement traditionnel, la présentation de l'enfant à un CS n'intervenant qu'en cas d'échec, et cela dans toutes les provinces et dans tous les groupes. « nous commençons toujours d'abord chez le guérisseur, pour terminer ensuite chez l'infirmier qui nous donne le Flagyl ».

##### **4.2. Niveau de satisfaction des services proposés au niveau de la communauté :**

Dans les GD, les participants de façon homogène affirment que les services proposés au niveau communautaires sont satisfaisants. Par contre dans l'étude de SCHUBERT J. [25], les guérisseurs traitent plus de cas de diarrhées que les centres de santé.

#### **5 - gestion de la diarrhée au centre de santé :**

##### **5.1. Pratiques des prestataires :**

Dans notre étude les pratiques relevées dans la prise en charge de la diarrhée simple sont les reflets du profil des prestataires. Les prescripteurs affirment mettre l'accent sur l'utilisation du SRO, du zinc, l'apport supplémentaire en aliment liquide, tandis que les pharmaciens évoquent surtout du SRO, de l'attapulgite et parfois de l'antibiotique. Par contre dans l'étude de SCHUBERT J. [25], les infirmiers formés s'entendent pour respecter le plan ABC : SRO à domicile (A), en considérant l'âge et le poids de l'enfant, puis réhydratation dosée chaque 4 heures (B), avant une réhydratation associée avec des antibiotiques tels que le Flagyl, pour éviter une surinfection.

Le médecin, quant à lui, prend en compte la fréquence de la diarrhée, l'état général de l'enfant et les résultats des examens para cliniques de laboratoire. Dans le cas d'une diarrhée sévère (stade 3), il prescrit une perfusion, et pour le stade 2, la solution SRO. Dans le cas d'une

diarrhée très fréquente (12 fois par jour), le traitement consiste en la combinaison de SRO, d'un antibiotique, d'un vermifuge et d'antidiarrhéiques. SCHUBERT J. [25]

### **5.2. Niveau de satisfaction par rapport à la prise en charge de la diarrhée au niveau des formations sanitaires :**

La plupart des prescripteurs affirment être satisfaits de la prise en charge de la diarrhée pour des raisons diverses (implications des relais, efficacité du traitement, réduction de la morbidité et mortalité liées à la diarrhée, disponibilité du médicament et du matériel pour les démonstrations). Dans l'étude de SCHUBERT J. [25] le personnel de santé souffre de ne pas pouvoir apporter une réponse professionnelle, face aux croyances traditionnelles, notamment pour la typologie des diarrhées. Ceci peut représenter un problème pour les parents qui ne les incite pas à aller chercher des soins dans ces structures.

### **8. Ressources humaines :**

Chacun des CSCOM ruraux et urbains dispose d'un chef de poste technicien supérieur de santé (TSS) disponible pour la gestion de la diarrhée chez l'enfant. A Konobougou, en plus du TSS, il existe un médecin. Tous ces chefs de poste du niveau rural auraient suivi la formation PCIME de 2007, formation au cours de laquelle a été dispensée l'utilisation des ORT (y compris le zinc). Par contre dans l'étude de SCHUBERT J. [25] Le personnel de santé ayant participé aux entretiens approfondis est essentiellement constitué d'infirmiers titulaires des Centres de santé, à l'exception du site de Kolwezi où nous avons pu interviewer un médecin, directeur de Centre de santé de référence. Tous les infirmiers ont suivi une formation en PCIME.

## **VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION :**

### **1. Conclusions :**

Les soignants de la zone d'étude ont une bonne connaissance de la méthode de préparation du sachet de SRO et de la conservation de la solution préparée. La quantité à administrer et la fréquence d'administration ne sont pas toujours maîtrisées.

Le SRO est considéré comme le meilleur traitement de la diarrhée chez l'enfant par les mères, même si dans la pratique, elles ne l'utilisent pas systématiquement en cas de diarrhée d'une part et d'autre part y associent des produits autres que le zinc.

Les prestataires, surtout ceux des pharmacies et dépôts de vente n'ont pas une grande connaissance du SRO à faible osmolarité et du zinc. Les prestataires dans les points de vente à la différence des prescripteurs des centres de santé associent très souvent des anti diarrhéiques au SRO dans le traitement de la diarrhée.

L'absence de directives et de notes techniques sur la thérapie de la diarrhée par le SRO et le zinc dans un contexte de manque de sensibilisation soutenue des mères et une insuffisance de formation des prestataires constitue des barrières à la prise en charge de qualité de la diarrhée chez les enfants de moins de trois (3) ans.

Le SRO d'une manière générale est disponible au Mali et à un coût abordable (100 fcfa soit 0,15 euro), même si parfois au niveau périphérique (CSCOM, CSRef) des cas de rupture sont signalés pour des raisons de gestion.

Le zinc contrairement au SRO n'est disponible que dans les zones d'intervention des partenaires ayant initié des projets pilote sur le traitement de la diarrhée avec du SRO et zinc.

## **2. Recommandations :**

- **A l'endroit de la Direction Nationale de la santé :**

A court terme, procéder à une large diffusion des directives consistant à inclure dans la thérapie de la diarrhée le zinc en plus du SRO.

A moyen terme (au plus tard dans deux ans) entreprendre des démarches auprès des directions des instituts de formation pour la prise en compte de la thérapie de la diarrhée simple chez l'enfant par le SRO + du zinc dans le programme de formation.

A long terme, élaborer et mettre en place une stratégie de communication.

- **A l'endroit des responsables de formation dans les CSRef et CHU :**

Renforcer auprès des agents communautaires l'aspect sensibilisation de la population sur la prise en charge de la diarrhée dans les zones qui sont en train de mettre en œuvre les pratiques familiales essentielles.

## **VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1. WHO/UNICEF.HOPKINS John Bloomberg School of Public Health,USAID :**

Implementing the New Recommendations on the Clinical Management of Diarrhea Guidelines for Policy Makers and Programme Managers. N° 33. WHO 2006,(NLM classification WS 312) ISBN 92 4 159421 7 ISBN 978 92 4 159421 9.

### **2. UNICEF**

Maternal and Child Health :Ibid Figure 2. Major causes of death in children younger than age 5 years and in neonates (yearly average for 2000-2003)

### **3. UNICEF:**

The State of the Worlds Children. [ enligne],  
[http://www.unicef.org/publications/files/The\\_State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Children\\_2008.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2008.pdf)  
Accessed May 2008

### **4. BRYCE Jennifer, HOPKINS Johns:**

Table 6.5 Coverage estimates for selected Countdown interventions and approaches in 68 priority countries (200-2006), [en ligne], Countdown Report  
<http://www.countdown2015mnch.org/Accessed> May 2008`

5. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group.

WHO estimates the causes of death in children. Lancet 2005;365(9465):1147-52

### **6. Paredes-Jodrey P. Revitalizing:**

Diarrhea case management: Programmatic implications. In: American Society of Tropical Medicine and Hygiene 54th Annual Meeting; 2005; Washington, DC; 2005.

### **7. WHO/Department of Child and Adolescent Health and Development.**

The Treatment of Diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers 4 revision, 2005 INBS 9241593180

### **8. WHO, UNICEF:**

Integrated Management of Childhood Illness: Model Chapter for Textbooks. In: World Health Organization; 2001

9. WHO:  
Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1. 2005 ISBN 9241592330
10. OMS :  
Traitement et prévention des diarrhées aiguës. Genève:OMS;1989
11. Imbert J. :  
Prise en charge des diarrhées aiguës de l'enfant en milieu tropical. Med Trop 2001 ; 61 : 226-30
12. Ministère de la santé et de la population/Direction de la prévention/  
Sous direction santé maternelle et infantile d'Algérie:  
Guide de Prise en charge de la diarrhée chez l'enfant.
13. Thapar N, Sanderson I.:  
Diarrhoea in children: an interface between developing and developed countries. Lancet 2004; 363 : 641-53
14. BalloM.B, Traoré S.M, Niambélé I, Ba S, et al :  
Enquête démographique et de santé Mali (EDSIII), juin 2002 ; p130
15. Samake S, Traore S, Ba S, Dembele E, Diop M, et al.:  
Enquête démographique et de santé Mali (EDSM IV). Maryland : Macro international Inc, 2007 ; p137
16. Nguendo Y, Delali B. :  
Diarrheal diseases in the history of public health. Arch of Med Res 2007 ; 38 : 159-63
17. Pichard E, Beytout J, Delmont J, Marchou B. :  
Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2002 ; 589p.
18. Ministère de la santé, Mali :  
Annuaire statistique du Système Local d'Informations Sanitaires 2006.
19. Déclaration Commune OMS-UNICEF :

Prise en charge de la diarrhée aigue, 2004, WHO/FCH/CAH/o4.7 ou UNICEF/PAYS EN DEVELOPPEMENT/Diarrhoea/01, page 2.

20. S. Alain\*, F. Denis ; *Service de BacMriologie- Virologie-Hygikne, CHU Dupuytren, 2 av Martin Luther King 87042 Limoges cedex, France*

Epidemiology of infectious acute diarrhoea in France and Europe.

Archives de pédiatrie 14 (2007) S 132-S 144

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

21. Diarrhée – déshydratation ;

Classification des diarrhées, type de diarrhée, origine possible ; consulté sur [WWW.bioltrop.fr/00-entete/diarrhee-deshydratation.htm](http://WWW.bioltrop.fr/00-entete/diarrhee-deshydratation.htm) le 08 mars 2010.

22. WHO/CDD/SER/80.2. :

Traitement de la diarrhée : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés. 3ème révision du document, 1980, 51p.

23. Percent change in use of oral rehydration therapy during the two most recent Demographic and Health Surveys. Birth in three years precedind survey; source: <http://www.measuredhs.com/last> accessed august 28.2008.

24. OMS :

Evaluation mondiale des conditions d'alimentation en eau et assainissement: Rapport sur la santé dans le monde.

25 SCHUBERT J, DIWETE J :

Étude qualitative sur la prise en charge de la diarrhée et l'introduction du zinc en RDC (Katanga, Kasai oriental, Kinshasa), mars 2008 ; p 50

26 KOUNTA Cheick Haïballa :

La prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de moins de 5ans en milieu communautaire. Thèse de Médecine .Université de Bamako, 2008, 197p.

**ANNEXE 1: OUTIL D’EVALUATION DU PRESTATAIRE DE SERVICES DE SANTE (INTERVIEWS DETAILLEES)**

*Groupes cible(s): Prestataire de services de santé (structure de santé primaire, magasins de vente de médicaments et prestataire communautaire).*

Fiche de consentement pour le prestataire des soins médicaux:

Bonjour, je m’appelle ----- . Je mène une étude sur la prise en charge de cas de la diarrhée. Dans cette étude, nous aimerions savoir les perceptions, les pratiques et les recommandations de prestataires de services de santé et de soignants concernant la prise en charge de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de 3 ans.

Je voudrais d’abord observer le processus de prise en charge de la diarrhée dans cet établissement, et par après, je vous poserai quelques questions au sujet de la prise en charge des cas de diarrhée. Cet exercice va durer 60 minutes. Il n’y a aucune rémunération ni matérielle directe si vous participez à cette évaluation. Les résultats de l’étude permettront le gouvernement, les autorités de la santé, les communautés et d’autres partenaires à planifier et à améliorer les services de prise en charge de la diarrhée dans ce pays. Nous vous invitons donc à participer à cette étude aussi importante.

Tout ce que nous allons discuter sera traité de confidentiel. Il n’y aura aucune mention de noms dans ce rapport, sentez-vous donc à l’aise en vous exprimant, sans crainte de répercussions. Votre participation dans cette étude est purement volontaire et vous avez la liberté de choisir si vous allez participer.

**Quelle est votre réponse à cette demande ? (Cochez svp)**

**Je suis d’accord**

**Je ne suis pas d’accord**

**No. D’IDENTITE : -----**

**Pays : MALI**

**District : -----**

**Date de l’interview : -----**

**Nom du collectionneur de données: -----**

## **SECTION 1: DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT**

1. Nom de l'établissement -----

2. Type de l'établissement

Centre de santé communautaire

Dispensaire

Poste de santé

Clinique

Pharmacie

Magasin de vente de médicaments

Kiosque

Structure communautaire

Autre (veuillez préciser) -----

3. Propriété de l'établissement

(1) Public (gouvernement central ou local)

(2) Privé, à but non lucratif (par ex. unité Missionnaire, de la Croix Rouge)

(3) Privé, à but lucratif

(4) Autre (veuillez préciser) -----

4. Emplacement de l'établissement de santé

(1) Urbain

(2) Rural

5. Distance au centre de référence le plus proche (en km) (veuillez préciser)

----- (vérifiez à l'aide d'un guide)

## **SECTION 2: ENTRETIEN AVEC LE PRESTATAIRE DE SERVICES DE SANTE**

1. Nom de la personne à interroger (facultatif) -----

2. Sexe de la personne à interroger (Cochez)

(1) Masculin

(2) Féminin

3. Désignation de la personne à interroger [*Spécifique au pays*] (Cochez)

Médecin

Clinicien

Infirmier

Sage-femme

Aide-soignant

Pharmacien

Distributeur de médicaments

Responsable du magasin de médicaments

Agent de santé communautaire

Autre (veuillez préciser) -----

4. Niveau de formation le plus haut de la personne à interroger [*Spécifique au pays*]

(Entourez)

(1)           Aucun/Ecole maternelle

(2)           Primaire

(3)           Secondaire

(4)           Certificat

(5)           Diplôme des études universitaires générales

(6)           Diplôme universitaire (Licence)

(7)           Maîtrise

(8)           Doctorat

(9)           Autre (veuillez préciser) -----

5. a) Avez-vous suivi une formation sur l'utilisation des ORT dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ?      Oui/Non

b) Si oui, comment et quand est-ce que vous avez suivi cette formation? (Indiquez le mois et l'année)

6. a) Avez-vous été formé sur l'utilisation de compléments de zinc dans la gestion de la diarrhée chez les enfants ?      Oui/Non

b) Si oui, comment et quand est-ce que vous avez suivi cette formation ? (Indiquez le mois et l'année)

### **Connaissances & pratiques**

7. Quels signes spécifiques cherchez-vous qui annoncent la diarrhée chez un enfant âgé de moins de trois ans ?
8. Comment prenez-vous en charge le cas d'un enfant qui vient chez vous avec la diarrhée simple ?

### **Thérapie de réhydratation par voie orale**

9. a) Etes-vous au courant de la nouvelle formulation des ORS (ORS à faible osmolarité) dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ? Oui/Non (Montrez à la personne à interroger les sachets que vous avez apportés)  
b) Si oui, quel est l'avantage d'utiliser les ORS à faible osmolarité dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants, au lieu des ORS standards ?
10. a) Qui est responsable de l'amélioration des pratiques du personnel de santé dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ?  
b) La personne responsable de l'amélioration des pratiques du personnel de santé dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants fait-elle vraiment son travail ? Oui/Non  
c) Si oui, comment cette personne améliore-t-elle les pratiques du personnel de santé dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ?  
d) Si non, pourquoi est-ce que cette personne ne fait-elle pas son travail ?
11. *Que peut-on faire pour améliorer les pratiques du personnel de santé dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ?*
12. a) Avez-vous prescrit la nouvelle formulation ORS (ORS à faible osmolarité) à votre dernier cas de diarrhée chez un enfant âgé de moins de trois ans ? Oui/Non  
b) i) Si oui, comment est-ce que vous avez prescrit les ORS à cet enfant ?  
ii) Quelle quantité des ORS avez-vous prescrite pour l'enfant ? (Indiquer le nombre de sachets)  
iii) Combien de fois avez-vous recommandé que l'enfant prenne les ORS ?  
iv) Quelle durée avez-vous recommandée que l'enfant prenne les ORS ? (Indiquez la durée en terme de jours)  
c) Si non, pourquoi est-ce que vous n'avez pas prescrit la nouvelle formulation ORS (ORS à faible osmolarité) à votre dernier cas de diarrhée chez un enfant ?
13. Comment proposez-vous la réhydratation d'un enfant avec de la diarrhée simple utilisant des ORS standards ?

14. Comment proposez-vous la réhydratation d'un enfant avec de la diarrhée simple utilisant une solution sel sucre ?
15. a) Etes-vous satisfait des services de prise en charge de la diarrhée chez les enfants dans cet établissement ? Oui/Non.  
b) Si oui, pourquoi êtes-vous satisfait desdits services ?  
c) Si non, pourquoi est-ce que vous n'êtes pas satisfait des services de prise en charge de la diarrhée chez les enfants dans cet établissement ?
16. A votre avis, quelles améliorations aimeriez-vous voir dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants à ce niveau ?

### **Compléments de zinc**

17. a) Etes-vous au courant de l'administration des compléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant ? Oui/Non (*veuillez lui montrer les comprimés que vous avez apportés*)  
b) Si oui, quelle est l'importance de prescrire les compléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant ?
18. a) Avez-vous prescrit les compléments de zinc dans votre dernier cas de diarrhée chez un enfant ? Oui/Non  
b) Si oui, comment avez-vous prescrit les compléments de zinc à l'enfant ? (*Enquêtez afin de savoir l'âge de l'enfant ainsi que la quantité, la fréquence et la durée qu'il/elle a prescrit des compléments de zinc*)  
c) Si non, pourquoi est-ce que vous n'avez pas prescrit les compléments de zinc dans le dernier cas que vous avez pris en charge de diarrhée chez un enfant ?
19. Que peut-on faire pour promouvoir la prescription des compléments de zinc dans la prise en charge de diarrhée chez l'enfant par les prestataires de services médicaux ?
20. a) Donnez-vous des informations aux soignants concernant les compléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ? Oui/Non  
b) Si oui, quelles informations donnez-vous sur les compléments de zinc ?  
c) Si non, pourquoi est-ce que vous n'avez pas donné les informations sur les compléments en zinc?

## **MATERIELS IEC**

32. a) Disposez-vous de matériels IEC (affiches, brochures, prospectus) sur la prise en charge de cas de la diarrhée ?

b) Si oui, demandez à voir ces matériels et notez les caractéristiques suivantes.

Aspect pour évaluer l'IEC	Matériel 1	Matériel 2	Matériel 3
Type de matériels IEC par ex. des affiches, des brochures et des prospectus			
Les messages sur la diarrhée sont-ils mélangés avec les messages dans l'IMCI (Oui/Non)			
Est-ce que les messages sur la diarrhée sont mis à jour selon les nouvelles recommandations de la prise en charge de cas de la diarrhée d'utiliser les ORS à faible osmolarité et le zinc (Oui/Non)			

c) Si le matériel n'est pas disponible, pourquoi est-ce que vous n'avez pas ce matériel IEC sur la prise en charge de la diarrhée à cet établissement ?

## **MATERIELS NECESSAIRES DANS L'ADMINISTRATION DES ORS**

33. Quel est l'état de matériels nécessaires dans l'administration des ORS comme l'eau potable, les tasses des ORS, des cuillères et de l'équipement de lavage ? Recherchez sur la disponibilité de tout ce matériel. Si disponible, demandez de voir chaque matériel et faites des remarques concernant la propreté et la fonctionnalité.

Matériels d'administration ORS	Disponible Oui/Non	Remarque sur la propreté (propre/sale)	Fonctionnalité
Eau potable			
Tasses des ORS			
Cuillères			
Equipement de lavage			

## **RESSOURCES HUMAINES**

34. a) Quel personnel est responsable de la prise en charge de la diarrhée chez les enfants à cet établissement ? Recherchez pour établir leur désignation/poste

b) Est-ce qu'il y a suffisamment de personnel responsable de la prise en charge de la diarrhée en termes de nombres ? Oui/Non (Veuillez indiquer combien de personnes sont impliqués)

c) Le personnel responsable de la prise en charge de la diarrhée est-il orienté dans l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (ORT) y compris les compléments de zinc ?

Merci beaucoup !

## **ANNEXE 2 : OUTIL D’EVALUATION DES SOIGNANTS (FOCUS GROUP) MALI**

***Attention:*** Avant de procéder à la discussion en groupe, assurez-vous que :

- A. Vous avez apporté quelques sachets d’ORS standard et d’ORS à faible osmolarité**
- B. Vous avez apporté quelques comprimés de zinc**

**Vous avez  
apporté un  
magnétoph  
one et des  
formulaire  
s de  
consentem  
ent à cette  
discussion  
en groupe**

Formulaire  
de  
consenteme  
nt du  
groupe

Bonjour! Merci d'avoir accepté notre invitation. Mon nom est encore ----- et mon collègue s'appelle ... .. Nous sommes ici dans le but de mener une enquête sur la prise en charge de la diarrhée chez des enfants âgés d’au moins de 3 ans. Dans cette discussion nous aimerions savoir ce que vous connaissez et pensez de la diarrhée et de sa prise en charge. L'objectif est d'identifier les lacunes qui doivent être abordées afin de contribuer aux efforts du gouvernement, des autorités chargées de la santé, des communautés et des autres partenaires en vue d'améliorer les services de prise en charge des cas de diarrhée dans ce pays.

Nous voudrions donc vous inviter à faire partie de cette enquête importante en participant à cette discussion. Cette activité va durer 2 heures environ.

Soyez assuré que tout ce que nous discutons ici sera traité de manière confidentielle et anonyme, sans la mention de noms des personnes. Par conséquent, n'hésitez pas, exposez votre point de vue sans crainte d'aucune répercussion. Sachez également que la participation à cette enquête est purement volontaire, et que vous êtes libre de choisir de participer. Tout ce

que nous allons discuter ici sera enregistré par mon collègue à la fois sur papier et sur support électronique. Ceux-ci seront stockés en toute sécurité et détruit au bout d'une année lorsque les rapports auront été rédigés.

**Qu'est-ce que vous pensez de ceci ? (Cochez)**

**C. Acceptable**

**D. Refuse de participer**

### **Charge au niveau communautaire**

1. Où allez-vous faire soigner l'enfant atteint de la diarrhée?
2. Pourquoi vous choisissez de chercher les traitements de premier secours dans cet endroit ?
3. a) Etes-vous satisfait de services chargés de la diarrhée infantile offerts au point de vente de médicaments/kiosque? Oui/Non
  - b) Si oui, pourquoi ?
  - c) Si non, pourquoi ?
- 4) a) A votre avis, quel est le meilleur traitement pour la diarrhée chez les enfants ?
  - b) Pourquoi vous pensez que le traitement que vous avez mentionné est le meilleur?
    - a) Quand vous allez chez un vendeur de médicaments, quel médicament/produit demandez-vous ?
    - c) Pourquoi vous demandez au vendeur ce médicament/produit en particulier ?
6. a) Quand vous allez chez un agent communautaire de santé, quel médicament / produit demandez-vous?
  - b) Pourquoi vous demandez à l'agent communautaire de santé ce médicament/produit en particulier ?
7. Selon vous, comment devrait-on mener les services / diarrhée de l'enfant au niveau de la communauté/des ménages, afin d'améliorer les soins des enfants/leur survie?

La diarrhée infantile et sa prise en charge au niveau de Centre de Santé

8. a) Etes-vous satisfait des services de prise en charge de la diarrhée infantile offerts au centre de santé proche de chez vous ? Oui/Non
- b) Si oui, qu'est-ce qui rend les services de prise en charge de la diarrhée infantile offerts au centre de santé proche de chez vous satisfaisants ?
- c) Si non, pourquoi vous n'êtes pas satisfait des services de prise en charge de la diarrhée infantile offerts au centre de santé proche de chez vous ?
9. A votre avis, comment envisageriez-vous la prise en de la diarrhée infantile au sein de la structure de santé?

### **Les sels de réhydratation par voie orale (ORS)**

10. a) Connaissez-vous les sels de réhydratation par voie orale (ORS)? (*Montrez-leur les deux types des ORS que vous avez apportés*) Oui/Non
- b) Si oui, quelle est l'utilité d'administrer les ORS aux enfants lors de la prise en charge de la diarrhée ?
- c) Quels sont les bienfaits issus de l'utilisation de la nouvelle formulation des ORS (ORS à faible osmolarité) par rapport à l'ORS standard ?
11. a) Avez-vous donné les ORS à l'enfant âgé de moins de 3 ans la dernière cet enfant a eu la diarrhée ? Oui/Non
- b) Si oui, Où est-ce que vous avez trouvé les ORS ?
- c) i) Avez-vous acheté les ORS que vous avez donnés à l'enfant ? Oui/Non
- ii) Si oui, combien avez-vous payé les ORS par sachet ? (Indiquez le coût en monnaie locale ainsi que l'équivalent en dollars américains)
- d) Pensez-vous que le prix des ORS est abordable ? Oui/Non
- e) Si oui, expliquez pourquoi vous pensez que le prix est abordable
- f) Si non, expliquez pourquoi vous pensez que ce n'est pas abordable
12. a) i) Combien d'ORS préparés avez-vous donné à l'enfant ?
- ii) Pourquoi avez-vous donné à l'enfant cette quantité d'ORS ?
- b) i) Quelle a été la fréquence d'administration d'ORS à l'enfant par jour ?
- ii) Pourquoi avez-vous choisi cette fréquence ?

c) i) Pendant combien de temps avez-vous donné les ORS à l'enfant ? (Indiquez la durée en jours)

ii) Pourquoi avez-vous administré les ORS pour à l'enfant pendant cette durée ?

13. a) Selon votre expérience, quels sont les obstacles les plus courants à l'utilisation des ORS dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants ?

b) Comment peut-on surmonter ces obstacles ?

14. a) Lorsque vous n'utilisez pas d'ORS lors de la prise en charge de la diarrhée infantile, que utilisez-vous pour réhydrater l'enfant ?

b) Pourquoi vous servez-vous de cette option ?

### **Les suppléments de zinc**

15. a) Etes-vous au courant des suppléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée infantile ? Oui/Non (Montrez-leur les comprimés de *zinc*)

b) Si oui, quelle est l'utilité d'administrer le zinc dans la prise en charge de la diarrhée infantile ?

16. a) Avez-vous administré les suppléments de zinc à l'enfant la dernière fois que celui-ci a eu la diarrhée ? Oui/Non

b) Si oui, où vous êtes-vous procuré les suppléments de zinc ?

17. Combien les suppléments de zinc vous ont-ils coûtés ? (Indiquez le coût en monnaie locale ainsi que l'équivalent en dollars américains)

18. a) Pensez-vous que le prix des suppléments de zinc est abordable ? Oui/Non

b) Si oui, expliquez pourquoi vous pensez que le prix est abordable

c) Si non, expliquez pourquoi vous pensez que ce n'est pas abordable

19 a) i) Quelle a été la fréquence d'administration des suppléments de zinc à l'enfant par jour?

ii) Pourquoi avez-vous choisi cette fréquence ?

b) i) Pendant combien de temps avez-vous donné les suppléments de zinc à l'enfant ? (Indiquez la durée en jours)

ii) Pourquoi avez-vous administré les suppléments de zinc à l'enfant pendant une telle durée ?

20. Que peut-on faire pour promouvoir l'utilisation des suppléments de zinc dans la prise en charge de la diarrhée infantile ?

21. a) A part le zinc, quels sont les autres médicaments que vous donnez à l'enfant âgé de moins de trois ans pour le traitement de la diarrhée ?

b) Pourquoi avez-vous donné les médicaments mentionnés à l'enfant âgé de moins de 3 ans ?

### **Information, Education et Communication**

23. Où vous procurez-vous les informations sur la prise en charge de la diarrhée infantile ?

24. Quelles informations exactes avez-vous reçues sur la thérapie de réhydratation par voie orale (ORT) ?

25. Quelles informations exactes avez-vous reçues sur suppléments de zinc ?

26. Selon votre expérience, qu'est-ce qui empêche les soignants d'obtenir les informations relatives à la prise en charge de la diarrhée infantile ?

27.a) Quelles sont les personnes qui peuvent influencer positivement sur les connaissances, les attitudes ou les pratiques des soignants envers la prise en charge de la diarrhée ?

b) Comment peut-on impliquer ces personnes ?

28.a) Quelles sont les institutions/organisations qui peuvent influencer positivement sur les connaissances, les attitudes ou les pratiques des soignants envers la prise en charge de la diarrhée ?

b) Comment peut-on impliquer ces institutions/organisations ?

Merci beaucoup!

### **ANNEXE 3 : OUTIL D’EVALUATION DES SOIGNANTS (OBSERVATION DIRECTE, INTERVIEWS NIVEAU MENAGE) MALI**

#### ***Attention: Avant de procéder à l'entretien, assurez-vous que:***

Le répondant soit le soignant d’un enfant âgé d’au moins de 3 ans

L’historique de la diarrhée de l’enfant date d’il y a 2 semaines

Vous ayez apporté des sachets des ORS standards et de faible osmolarité

Vous ayez apporté du sucre et sel

#### **Formulaire de consentement du soignant:**

Bonjour, je m’appelle ----- . Je mène une étude sur la prise en charge de cas de la diarrhée. Dans cette étude, nous aimerions savoir les perceptions, les pratiques et les recommandations de prestataires de services de santé et de soignants concernant la prise en charge de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de 3 ans.

Je voudrais d’abord observer le processus de prise en charge de la diarrhée dans cet établissement, et par après, je vous poserai quelques questions au sujet de la prise en charge des cas de diarrhée. Cet exercice va durer 60 minutes. Il n’y a aucune rémunération ni matérielle directe si vous participez à cette évaluation. Les résultats de l’étude permettront le gouvernement, les autorités de la santé, les communautés et d’autres partenaires à planifier et à améliorer les services de prise en charge de la diarrhée dans ce pays. Nous vous invitons donc à participer à cette étude aussi importante.

Tout ce que nous allons discuter sera traité de confidentiel. Il n'y aura aucune mention de noms dans ce rapport, sentez-vous donc à l'aise en vous exprimant, sans crainte de répercussions. Votre participation dans cette étude est purement volontaire et vous avez la liberté de choisir si vous allez participer.

Quelle est votre réponse à cette demande ? (Cochez svp)

- (1) Je suis d'accord
- (2) Je ne suis pas d'accord

Recrutement pour les FGDs

Plus tard, nous allons mener une discussion en groupe avec d'autres soignants où vous, en tant que mères /soignants de cette communauté, échangerez des points de vue sur la prise en charge de la diarrhée afin que nous puissions comprendre ce qui peut être fait du point de vue de la communauté.

La discussion aura lieu

Lieu: ... ..

Heure: ... ..

Quelle est votre réponse à cette demande ? (Cochez svp)

- (1) Je suis d'accord
- (1) Je ne suis pas d'accord

## **SECTION 1: Observation au sein du ménage**

Date d'observation: ----- No d'identité: -----

Nom de la/des personne(s) à interviewer -----

1. Nom du répondant (facultatif) -----

2. Age du répondant selon le dernier anniversaire (en année): -----

3. Sexe du répondant (Cochez)

(1) Masculin

(2) Féminin

4. Religion du répondant (Cochez)

(1) Adventiste

(2) Anglican

(3) Catholique

(4) Musulman

(5) Pentecôte

(6) Autres (veuillez préciser) -----

5. Profession/métier du répondant (Cochez)

(1) Chômeur/chômeuse (y compris la femme au foyer à plein temps)

(2) Paysan/agriculteur de subsistance

(3) Commerçant/Femme d'affaires

(4) Travailleur occasionnel

(5) Professionnel

(6) Autres (veuillez préciser) -----

(99) Ne sais pas/ne se souvient pas/ne répond pas

6. Niveau de formation le plus haut de la personne à interroger [*Spécifique au pays*] (Cochez)

a. Aucun/Ecole maternelle

b. Première partie du primaire (4 premières années)

c. Partie finale du primaire (environ 3 dernières années)

d. Première partie du secondaire (4 premières années)

e. Partie finale du secondaire (environ 2 dernières années)

f. Bas tertiaire (certificat)

g. Haut tertiaire (licence)

(99) Ne sais pas/ne se souvient pas/ne répond pas

7. Situation familiale du répondant (Cochez)

(1) Marié(e)

(2) Célibataire

(99) Ne sais pas/ne se souvient pas/ne répond pas

### **Solution de réhydratation orale (SRO)**

1. a) i) Avez-vous déjà utilisé des ORS dans la prise en charge de la diarrhée chez un enfant ? Oui/Non

ii) Si oui, présentez au soignant le sachet ORS que vous avez apporté et demandez-lui de faire une démonstration de préparation des ORS. Observez-les aspects/processus suivants :

Liste de contrôle sur l'observation de préparation des ORS	ORS à faible osmolarité	ORS standard
Le soignant s'est-il lavé les mains avant de commencer la préparation de l'ORS? Oui/Non		
Est-ce que les ustensiles utilisés étaient propres ? Oui/Non		
Quel type d'eau le soignant s'est-il servi pour la préparation de l'ORS?		
Quelle est la quantité d'eau que le soignant a utilisé pour préparer l'ORS?		

B. Suite à la démonstration de préparation de l'ORS par le soignant demandez-lui d'expliquer/décrire

- i) la quantité d'ORS qu'il donne à l'enfant
- ii) pourquoi il a choisi de donner cette quantité d'ORS à l'enfant ?
- iii) La fréquence d'administration de l'ORS à l'enfant par jour
- iv) Pourquoi ils ont choisi de donner l'ORS autant de fois par jour
- v) Pour combien de temps ils ont administré l'ORS à l'enfant ? (Indiquer la durée en jours)
- vi) Pourquoi ils ont donné l'ORS à l'enfant pour cette période
- vii) Combien de temps ils gardent l'ORS une fois elle est préparée
- viii) Pourquoi ils ont gardé l'ORS pour cette durée une fois préparée
- ix) Où ils gardent l'ORS une fois préparée

1. Disposez-vous de quelques sachets d' l'ORS en ce moment? Oui/Non

- *Si oui, demandez à ce que l'on vous montre l'ORS disponible à la maison et notez les caractéristiques suivantes:*

<b>indicateur de l'évaluation</b>	<b>ORS à faible osmolarité</b>	<b>ORS Standard</b>
Type de l'ORS disponible à la maison		
Marque de l'ORS		
Pays de fabrication		
Nom du fabricant		
Date de fabrication		
Date d'expiration		
Où s'est-on procuré l'ORS?		
Coût (en monnaie locale et l'équivalent en dollars américains)		

Solution sucre sel (SSS) et d'autres liquides

2. a) i) Avez-vous déjà utilisé la solution sucre sel (SSS) dans la prise en charge de l'enfant souffrant de la diarrhée ? Oui/Non
- ii) Si oui, présentez au soignant le sucre et le sel que vous avez apportés et demandez-lui de faire une démonstration de préparation de la SSS. Observez les aspects/processus suivants :

<b>Liste de contrôle sur l'observation de préparation des SSS</b>	<b>Réponse</b>
Le soignant s'est-il lavé les mains avant de commencer la préparation le SSS? Oui/Non	
Est-ce que les ustensiles utilisés étaient propres ? Oui/Non	
Quel type d'eau le soignant s'est-il servi pour la préparation d'SSS?	
Combien d'eau le soignant a utilisé pour préparer le SSS?	

- b. Suite à la démonstration de préparation des SSS par le soignant demandez-lui d'expliquer/décrire
- i) La quantité de SSS qu'il donne à l'enfant ?
- ii) Pourquoi il a choisi de donner cette quantité de SSS à l'enfant ?
- iii) La fréquence d'administration des SSS à l'enfant par jour
- c. Pourquoi ils ont choisi de donner les SSS autant de fois par jour
- d. Pour combien de temps ils ont administré les SSS à l'enfant ? (Indiquer la durée en jours)
- e. Pourquoi ils ont donné les SSS à l'enfant pour cette période
- f. Combien de temps ils gardent les SSS une fois elle est préparée
- g. Pourquoi ils ont gardé les SSS pour cette durée une fois préparée

i) Où ils gardent les SSS une fois préparée

### **Le supplément du zinc**

1.a) i) Avez-vous déjà utilisé le supplément du zinc dans la prise en charge de l'enfant souffrant de la diarrhée ? Oui/Non

b) Si oui, demandez au soignant d'expliquer/décrire

i) Pour combien de temps ils ont administré le zinc à l'enfant ? (Indiquer la durée en jours)

ii) Pourquoi ils ont donné le zinc à l'enfant pour cette période

iii) Combien de comprimés de zinc donnent-ils à l'enfant par jour

iv) Pourquoi ils ont donné à l'enfant tant de comprimés

v) Sous quelle forme ils donnent les suppléments de zinc à l'enfant (ex. écrasés et en même temps que l'ORS ou avec d'autres liquides, ou pas écrasés mais avalés directement par l'enfant, etc.)

2. Pourquoi ils ont donné le zinc de la façon décrite

3.a) Disposez-vous actuellement de quelques comprimés de suppléments de zinc à la maison ? Oui/Non

b) Si oui, demandez à ce que l'on vous montre les comprimés de zinc dont ils disposent à la maison et notez les caractéristiques suivantes:

<b>Indicateur de l'évaluation</b>	<b>ORS à faible osmolarité</b>	<b>ORS Standard</b>
Marque de l'ORS		
Pays de fabrication		
Nom du fabricant		
Date de fabrication		
Date d'expiration		
Où s'est-on procuré le zinc?		
Coût (en monnaie locale et l'équivalent en dollars américains)		

Alimentation continue de l'enfant (autres liquides et aliments solides)

7 a) i) Avez-vous donné d'autres liquides à l'enfant quand il/elle a récemment eu la diarrhée ?

Oui/Non

ii) Si oui, quel type de liquides ont été donnés (notez tout ce que dit le soignant. Enquêtez s'il y a eu l'allaitement continu, au cas où ceci n'est pas mentionné)

iii) Demandez au soignant de vous faire une démonstration pour préparer l'autre liquide principal donné à l'enfant quand ce dernier souffrait de la diarrhée. Observez les aspects/processus suivants :

<b>Liste de contrôle sur l'observation de préparation d'autres liquides principaux</b>	<b>Réponse</b>
Citer l'autre liquide dont le soignant a fait la préparation comme démonstration	
Le soignant s'est-il lavé les mains avant de commencer la préparation du liquide ? Oui / Non	
Est-ce que les ustensiles utilisés étaient propres ? Oui/Non	
Quel type d'eau le soignant s'est-il servi pour la préparation du liquide ?	
Combien d'eau le soignant a utilisé pour préparer le liquide ?	

b. Suite à la démonstration de préparation de cet autre liquide principal qu'il donne à l'enfant lors de la prise en charge de la diarrhée, demandez au soignant d'expliquer/décrire

i) la quantité du liquide principal qu'il donne à l'enfant

ii) la fréquence en alimentation utilisant ce liquide par jour

iii) Pour combien de temps ils ont donné ce liquide à l'enfant ? (Indiquer la durée en jours)

iv) Combien de temps ils ont gardé le liquide une fois préparé

v) Où ils gardent le liquide une fois préparé

8. a) Avez-vous donné tout autre aliment solide à l'enfant récemment quand ce dernier a connu le problème de diarrhée? Oui/Non

b) i) Si oui, quel type d'aliment solide avez-vous donné à l'enfant ? (notez tout ce que le soignant mentionne)

ii) Quelle quantité des aliments solides avez-vous donné à l'enfant par repas ? (Enquêter pour savoir s'ils donnaient moins que d'habitude, comme d'habitude ou bien plus que d'habitude)

iii) La fréquence de l'alimentation en solides que l'enfant a connu par jour

Merci beaucoup!

Rappelez aux soignants le lieu et l'heure du rendez-vous pour la discussion en groupe s'ils ont accepté de participer à la discussion.

**Fiche signalétique :**

**Nom : DIARRAH**

**Prénom : Maïmouna Thiédel**

**Titre : Diarrhée simple chez les enfants de moins de 3ans ; connaissances et pratiques des mères et des prestataires dans l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale et de la supplémentation en zinc dans les cercles de Bougouni et de Barouéli.**

**Année anniversaire : 2010-2011**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Pays d'origine : MALI**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque FMOS Université de Bamako.**

**Secteurs d'intérêt : Pédiatrie – Santé publique**

**Résumé :** La diarrhée chez les enfants demeure un problème de santé publique au MALI et sa prévention nécessite un changement de comportements des personnes qui s'occupent de l'enfant.

La présente étude vise à évaluer les connaissances et pratiques des mères et des prescripteurs dans l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale face à la diarrhée. Ainsi, nous avons mené une enquête transversale et qualitative auprès de 72 mères dans 6 CSCOM dont 3 rurales à Barouéli et 3 urbains à Bougouni.

1/3 des soignants de la zone d'étude ont une bonne connaissance de la méthode de préparation de sachets de SRO et de la conservation de la solution préparée.

La quantité à administrer et la fréquence d'administration ne sont pas toujours maîtrisées.

Au-delà de la zone d'étude, les soignants ne connaissent pas le zinc (au MALI, le SRO est considéré comme le meilleur traitement de la diarrhée chez les enfants par les mères, même si dans la pratique, elles ne l'utilisent pas systématiquement en cas de diarrhée d'une part et d'autres part y associent des produits autres que le zinc.)

Environ la moitié des prestataires, surtout ceux des pharmacies et dépôts de vente n'ont pas une grande connaissance du SRO à faible os molarité et du zinc.

Les prestataires dans les points de vente à la différence des prescripteurs des centres de santé associent très souvent des anti- diarrhéiques au SRO dans le traitement de la diarrhée.

Nous recommandons donc une promotion de formation et d'éducation par la santé des populations sur la prise en charge de la diarrhée au Mali.

- Les mots clés : ***Diarrhée – mères –Prestataires – TRO – Zinc– Bougouni – Barouéli.***

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.