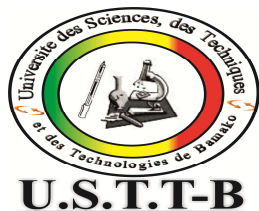


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013 N

TITRE

**LES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS CHEZ LES
MERES D'ENFANTS MALNUTRIS DANS LE
DISTRICT SANITAIRE DE NIORO DU SAHEL**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/11/2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par M. Thierno Abdoulaye Dia

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Pr. Baba Koumaré

Membre :

Pr. Souleymane Coulibaly

Membre :

Pr. Boubacar Togo

Directeur:

Pr. Arouna Togola

Dédicace

Je dédie ce travail à **ALLAH**, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux.

Par sa bonté et sa grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail si long. Fasse que je me souvienne de Ta miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie, cette vie si éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète **MOHAMED** (P.S.L).

« **AL. HAMDOU-LILAH** »

Remerciement

Je remercie très sincèrement :

- Mon père, Tidiane DIA

Pour les grands sacrifices consentis afin de nous donner une éducation exemplaire. Tu nous as légué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité et du travail bien accompli. Ce modeste travail est le fruit de ta patience et de ta combativité. Il se veut par ailleurs être une récompense pour tes efforts intenses et pour tout ce que tu as enduré. Que le Maître de la rétribution t'accorde une longue vie qui te sera profitable ici-bas et à l'au-delà. Amen !

- Ma mère, Fanta DIARRA

Mère dévouée, courageuse, tolérante, toujours prête à sécher nos larmes et à nous soutenir. Tes sacrifices pour nous sont inestimables et ont fait de nous ce que tu as souhaité. Tu incarnes pour nous, la bonté, l'amour pur et naturel.

Nous ne saurons jamais payer le prix de l'amour que tu nous portes.

Merci Maman, que le bon Dieu te garde encore le plus longtemps possible prêt de nous. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction.

Je t'aime.

- A ma grande mère, Binta SANGARE

Pour moi tu es plus qu'une grande mère.

Tu serais fière aujourd'hui de voir ton « petit » mari gâté porter la blouse blanche. Que le Maître de la rétribution t'accorde une longue vie qui te sera profitable ici bas et à l'au-delà.

Amen !

A mon Père feu Oumar DIALLO, à ma tante feu Goundo COULIBALY, à ma mère Feu Youma DIARRA.

J'aurai souhaité votre présence aujourd'hui dans ce bas monde car l'enfant que vous aviez pris soins jusqu'aux jours où vous nous aviez quitté vient d'accomplir votre souhait de lui voire médecin

Que Dieu vous garde aussi longtemps dans notre cœur et dans son paradi Amen

- Ma tante, Adama BA

Tu as été plus qu'une tante pour moi, tu m'as entouré de tout l'amour qu'une mère peut donner à son enfant. Ton plus grand souci a été toujours notre réussite, sois en remercié.

- Mes frères et sœurs :

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à vos égards. Vous êtes et vous serez mes premiers compagnons pour la vie.

Je suis de bon cœur avec vous et vous souhaite courage et bonne chance pour qu'ensemble nous puissions combler de bonheur nos parents.

Je voudrais particulièrement remercier **Daya DIAetBiramaBATHILY** pour l'affection que vous m'avez accordé en tant que jeune frère, en outre remercier tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette thèse. Que tous retrouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements vont :

-A mon cher pays le grand Mali

-Au corps professoral de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Chers maîtres, merci pour toutes les connaissances apprises auprès de vous. Soyez rassurés que j'en ferais bon usage.

- A mes Maîtres du service de Psychiatrie du CHU-Point G :

- Pr. Baba KOUMARE chef du service

-Pr Bakoroba COULIBALY

- Pr Arouna TOGORA

- Pr Souleymane COULIBALY

-Feu Pr Bou DIAKITE

- Feu Dr Modibo SISSOKO

-aux personnels du service

Cher maître votre disponibilité, votre gentillesse et votre ouverture d'esprit ont beaucoup facilité la réalisation de la présente œuvre. Retrouvez à travers ces lignes toute l'expression de mon infinie gratitude.

-Au CSRéf de NIORO du Sahel:

Au Médecin chef Oumar COULIBALY

Et tout le personnel

Je vous remercie du séjour très instructif

-A mes Oncles : Lakamy DIARRA, Amadou DIARRA ,Kaba DIARRA, Faradji DIARRA dit Démbourou

Vous m'aviez encouragé dans les moments les plus difficiles. Merci pour vos multiples soutiens et vos conseils. Qu'Allah nous aide et nous protège pour l'avenir.

-A Boubakar KONE et tous ces personnels (Cyber –Héros) médinacoura

Vous m'avez accueilli à bras ouvert tel que je suis. Retrouvez en ces lignes ma profonde gratitude.

-A Bouna BATHILY

Merci de vos encouragements ; ce travail est aussi le vôtre. Soyez rassuré de ma profonde gratitude.

- A tous mes amis et singulièrement Moussa Kaba Diakité

Vous êtes des amis formidables. Nous avons partagé des moments pénibles et des moments de joie et jamais vous ne m'avez déçu. C'est l'occasion pour moi de vous dire merci. Que le Tout Puissant raffermisse nos liens. Amen !

- A tous les étudiants de la section Médecine promotion 2005-2006.

Je n'oublierai jamais les bons moments passés ensemble.

- A Mes frères et sœurs Mamadou Koïta DIALLO, Yoro DIALLO et Doro DIA

Votre affection, votre soutien, vos doux et judicieux conseils ne m'ont manqué à aucun moment. Vous m'avez inculqué le sens de la fraternité et du travail bien fait. Vous dans ces quelques lignes l'expression de ma profonde gratitude. Puisse ALLAH éternise nos liens.

- A Mes collaborateurs

Toutes ces personnes merveilleuses que j'ai rencontrées au cours de ces années studieuses. J'avoue avoir été énormément amendé sur le plan social à votre contact.

- A Mes cousins et cousines

Vous avez toujours su vous manifester par votre présence aux moments ultimes de mon existence. Vous avez toujours su m'entourer de votre affection et m'apporté votre soutien indéfectible et vos conseils précieux.

- A Ma nièce Assa KONATE

Merci pour tout le respect à mon égard.

A tout ce beau monde, je dis merci infiniment.

- Dr Zakaria Keita pour l'aide à l'analyse et à la rédaction.

- Monsieur Ibrahima Boua SACKO responsable de la cellule informatique et **Dr Ousmane KONE** pour votre disponibilité constante et l'accueil tout au long de cette thèse.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Président du jury

Professeur Baba Koumare

- Professeur titulaire de psychiatrie à la FMOS.
- Chef de service de psychiatrie du CHU du Point-G
- Président de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie.

Cher maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Honorable maître, votre rigueur sans rancune, votre souci constant du travail bien fait, votre faculté d'écoute, votre disponibilité, votre respect de la personne humaine ont forcé notre admiration.

Maître incontesté, ouvert, travailler à vos côtés a été une très grande chance pour nous.

Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail et sans vous ce travail n'aura pas de pertinence scientifique.

A notre Maître et Membre du juge

Professeur Boubacar Togo

-Maitre de conférences à la FMOS

-Spécialiste d'hémato-oncologie pédiatrique

-Chef d'unité d'hémato-oncologie au service de pédiatrie du CHU G-T

Cher maître

Nous avons été marqués par vos qualités scientifiques, votredisponibilité, votre immense gentillesse et contact facile. Vous avoir dans ce jury est un privilège pour nous.

Veillez retrouver ici cher maître, l'expression de notre admiration et notre profond respect.

A notre Maître et Membre du jury

Professeur Souleymane Coulibaly

-Maitre de conférences à la FMOS.

-Chargé de cours de psychologie à la FMOS

-Psychologue clinicien au service de psychiatrie du CHU du P-G

Cher maitre

Nous avons été séduits par votre simplicité,votre esprit de compréhension et votre sens élevé du devoir.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury malgré vos multiples occupations.

Ceci est un éloquent témoignage de votre qualité exceptionnelle d'homme respectueux et respectable et engagé pour la cause humaine.

L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse nous comble.

Recevez, cher maître,notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Arouna Togora

-Maître de conférences à la FMOS

-Professeur de psychiatrie

-Spécialiste de pédopsychiatrie au service de psychiatrie du CHU du P-G

Cher maître

Ce travail est le vôtre, vous avez fait preuve d'une large disponibilité dans sa réalisation.

Vos qualités pédagogiques, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme fait de vous un maître admiré.

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faites preuve font de vous une personne remarquable.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude, de notre grande admiration et de notre attachement à votre égard.

En ce jour nos vœux les plus chers est que le maître soit fier de l'élève.

Sommaire

1. Introduction.....	1
1.1. Objectifs :.....	3
1.1.1. Objectif général :.....	3
1.1.2. Objectifs spécifiques:.....	3
2. Généralités	4
2.1. Définition de l'anxiété.....	4
2.2. Classification internationale des maladies (CIM 10) des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.....	4
2.2.1. Troubles anxieux phobiques	4
2.2.2. Autres troubles anxieux	4
2.3. La dépression	6
2.3.1. Définition	6
2.3.2. Intérêt	6
2.3.3. Classification	6
2.3.4. Autres formes cliniques	10
2.3.5. Diagnostic différentiel.....	11
2.3.6. Etiopathogénie.....	11
2.3.7. Evolution	13
2.4. Interactions mères enfants et ses troubles	16
2.4.1. Interaction comportementale :	16
2.4.2. Interactions affectives	17
2.4.3. Interactions fantasmatiques	17
2.4.4. Troubles des interactions.....	18
2.4.5. Prise en charge des troubles des interactions	19
2.5. Malnutrition.....	20
2.5.1. Définition	20
2.5.2. Classification des malnutritions	20
2.5.3. Etiopathogéniedela malnutrition.....	21
2.5.4. Etude clinique des malnutritions	22
3. Méthodologie	28
3.1. Cadre d'étude :	28
3.1.1. Monographie sommaire du cercle.....	28
3.1.2. Carte sanitaire du cercle	29
3.1.3. L'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)	29
3.2. Population, type et période d'étude	30
3.3. Variables dépendantes (définitions opérationnelles)	30
3.4. Variables indépendantes (les caractéristiques sociodémographiques des mères) :.....	31
3.5. Critères d'éligibilité	31

3.5.1.	Critères d'inclusion :	31
3.5.2.	Critères de non inclusion :	31
3.6.	<i>Collecte et support des données</i>	32
3.7.	<i>Considération éthique:</i>	32
4.	Résultats	34
	Profession	42
5.	Discussion	45
6.	Conclusion	53
7.	Recommandations	54
8.	Références	55
	Annexes	58

Liste des abréviations, sigles et acronymes

CHU :	Centre H ospitalier U niversitaire.
CILSS :	Comité permanent I nter-états de L utte C ontre la S écheresse dans le S ahel.
CIM 10 :	C lassification I nternationale des M aladies version 10.
CSCOM :	Centre de S anté C ommunautaire.
CSREF :	Centre de S anté de R éférence.
DNS :	D irection N ationale de la S anté.
DSM IV :	M anuel de D iagnostic et S tatistique des M aladies M entales.
FMOS :	F aculté de M édecine et O dontostomatologie.
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé.
IG :	I mmunoglobuline.
IRM :	I magerie par R ésonance M agnétique.
ISRS :	I nhibiteurs S électifs de R ecapture de la S érotonine.
KWK :	K washiorkor.
LCR :	L iquide C éphalorachidien.
PSNAM :	P lan S tratégique N ational pour l' A limentation et la N utrition.
TEP :	T omographie par E mission de P roton.
UNICEF :	Fond des nations unies pour l'enfance.
URENI :	U nité de R écupération et d' E ducation N utritionnelle I ntensive.

1. Introduction

La malnutrition survient quand les besoins de l'organisme ne sont pas couverts par les apports alimentaires qualitatifs (caloriques) ou quantitatifs (Oligo-éléments, vitamines). La particularité chez l'enfant tient au fait qu'il s'agit d'un organisme en croissance et que la croissance staturo-pondérale peut être affectée à des degrés divers par toutes situations de malnutrition (**Armango 2000**).

La malnutrition constitue un problème de santé publique de très grande importance surtout dans les pays en voie de développement. On estime que 6 millions d'enfants meurent chaque année de causes directement ou indirectement liées à la malnutrition, elle représente 55% de la mortalité infantile globale. Au Mali la malnutrition constitue à elle seule directement ou indirectement plus de 51% des cas de décès infantiles (**UNICEF 2002**). Malgré ce bilan alarmant, les causes les plus importantes de malnutrition et les interventions les plus appropriées pour en réduire la prévalence sont toujours sujet à débat (**Smith et al 1999**). La malnutrition infantile provient rarement d'un seul niveau d'explication à l'exclusion des autres, mais d'un ensemble de facteurs en résonance les uns par rapport aux autres. De ce fait, un potentiel élevé de malnutrition persiste malgré des ressources alimentaires adéquates (**Guedeney 1986**). La question de l'antériorité ou de la causalité respective des facteurs en jeu est généralement résolue à la faveur des arguments les plus scientifiques (biomédicaux et nutritionnels). Faute d'argument contraire, les facteurs psychologiques sont le plus souvent considérés comme des effets secondaires induits par l'état somatique de l'enfant. Dans cette perspective, la dégradation des relations mère-enfant est généralement amputée au manque d'attractivité de l'enfant malnutri au lieu d'être considérée comme un facteur déclenchant et le comportement anorexique de l'enfant est plutôt attribué aux erreurs diététiques des adultes maternant qu'à une stratégie défensive de l'enfant. (**Bouville 1996**). Les raisons des perturbations de la relation mère-enfant sont multiples, l'une des principales causes est probablement la dépression maternelle (**Guedeney A 1986**). Au Mali, la lutte contre la malnutrition est une préoccupation quotidienne qui concerne de nombreux agents de santé. De par leur formation professionnelle, ceux-ci limitent encore trop souvent leurs interventions à la surveillance de la croissance physique et au traitement curatif des enfants malnutris. Les actions préventives reposent sur des conseils hygiéno-diététiques, visant à apporter à l'enfant une ration alimentaire quantitativement et qualitativement adaptée à ses besoins. Les facteurs psychologiques (relation mère-enfant) ne sont que très rarement pris en compte dans l'approche thérapeutique des enfants souffrant de malnutrition (**Bourillon 2000**).

Plusieurs études d'intérêt clinique et épidémiologique ont été réalisées sur la malnutrition au Mali, très peu d'études ont été réalisées sur l'abord psychologique de la malnutrition de l'enfant au Mali.

En 1989 une étude a été menée dans un quartier périphérique d'urbanisation récente (à l'époque) de Bamako (quartier Banco ni), ayant pour thème (Malnutrition et Troubles Relationnels Mère-Enfant En Milieu Urbain Au Mali)(**Keita 1989**). En 2009 une autre étude a été réalisée de façon prospective pendant 6 mois au service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE(CHU –GT) de Bamako, avec pour thème (L'évaluation de l'état psychique chez les mères des enfants malnutris)(**Maïga 2010**).

Le but de notre étude est d'évaluer les troubles anxio-dépressifs des mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel, en visant les objectifs suivants :

1.1. Objectifs :

1.1.1. Objectif général :

Evaluer les troubles anxio-dépressifs des mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

1.1.2. Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence destroubles anxio-dépressifs des mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des troubles anxio-dépressifs des mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.
- Décrire les signes cliniques des troubles anxio-dépressifs des mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

2. Généralités

2.1. Définition de l'anxiété

L'anxiété est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » (Janet) ou comme « le sentiment pénible d'un danger impecs et mal définissable » (Guyotat).

Les termes d'anxiété et d'angoisse sont souvent utilisés actuellement comme synonymes mais pendant longtemps ils ont été différenciés soit pour exprimer des degrés d'intensité d'un même phénomène (inquiétude, anxiété, angoisse) soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable(anxiété) et les sensations physiques de constriction et d'oppression (angoisse) (**Lemperiereet al 1987**).

2.2. Classification internationale des maladies (CIM 10) des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

2.2.1. Troubles anxieux phobiques

Groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension. L'anxiété phobique est souvent associée à une dépression. Pour déterminer s'il convient de faire deux diagnostics (anxiété phobique et épisode dépressif), ou un seul (anxiété phobique ou épisode dépressif), il faut tenir compte de l'ordre de survenue des troubles et des mesures thérapeutiques au moment de l'examen.

2.2.2. Autres troubles anxieux

2.2.2.1. Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]

Les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible. Comme dans d'autres troubles anxieux. On ne doit pas faire un diagnostic principal de trouble panique quand le sujet présente un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de panique ; les attaques de panique sont, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression.

2.2.2.2. Anxiété généralisée

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Les symptômes dominants sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête légère », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique

2.2.2.3. Trouble anxieux et dépressif mixte

Cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres, et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés, et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Comprend : Dépression anxieuse (légère ou non persistante).

2.3. La dépression

2.3.1. Définition

On dit qu'il y a dépression, état dépressif chaque fois qu'existe un fléchissement, passager ou durable, du tonus neuropsychique. Cette référence à la notion de tonus neuropsychique a longtemps conduit à y inclure toutes sortes d'états psychopathologiques. Depuis JEAN DELAY, l'accent est mis sur la dimension affective de ses états et sur le concept de trouble de l'humeur. La dépression devient ainsi un état affectif douloureux et ne désigne pas tant le fléchissement d'une fonction qu'à l'inverse le relèvement de l'humeur dans le sens d'une hypermimie douloureuse. Cette modification d'une des variétés normales de l'humeur qu'est la tristesse est alors pathologique, soit par son intensité, soit par sa durée, soit encore par sa qualité ou enfin en raison de circonstances de survenue particulière (**Porot 1996**).

2.3.2. Intérêt

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Sa prévalence en population, est de 3% chez l'homme et 6% chez la femme. Le risque majeur de la dépression non traité est le suicide, 15 % des déprimées décèdent par suicide(**Gasman 2004**).

2.3.3. Classification

Il n'y a pas d'accord globale sur la meilleure méthode pour classer les troubles dépressifs(**Gelder et al 2005**). Plusieurs approches ont été tentées, fondées sur :

- L'étiologie présumée (réactionnelle versus endogène) ;
- La symptomatologie (mélancolique versus névrotique) ;
- L'évolution (unipolaire versus bipolaire).

2.3.3.1. Classification selon l'étiologie présumée

Cette classification << réactionnelle endogène >> s'appuie sur le constat que l'on peut séparer les troubles dépressifs en deux sortes. Dans l'une la symptomatologie est provoquée par des facteurs internes au sujet, indépendants des facteurs externes (dépression endogène) tandis que, dans l'autre cas, les symptômes apparaissent en réponse à des facteurs de stress externe (dépression réactionnelle).

2.3.3.2. Classification selon la symptomatologie

Il semble y avoir une corrélation entre les profils dépressifs différentiels et la sévérité de la dépression .Il en résulte deux possibilités :

- La distinction entre dépression légère, modère ou sévère est une question de sévérité au sein de différentes formes cliniques en fonction d'un continuum de sévérité ;

- Il existe au moins deux types de dépressions, l'un avec caractéristiques biologiques fréquentes (dépression mélancolique) l'autre où prédomine la caractéristique névrotique (dépression névrotique).

2.3.3.3. Classification selon l'évolution

-**Trouble unipolaire et bipolaire** : les troubles de l'humeur ont pour caractéristique d'être récurrents :

.Ceux ayant seulement des accès maniaques (accès maniaque).

.Ceux qui ont à la fois des troubles dépressifs et des accès maniaques (bipolaire).

.Le patient ayant seulement des épisodes dépressifs (dépression).

- **Troubles à cycle rapide** : certains troubles bipolaires récidivent régulièrement avec un intervalle entre les épisodes de quelques semaines ou mois seulement.

- **Dépression saisonnière** : Certains patients développent de façon répétée un trouble dépressif à une période de l'année (l'automne et l'hiver).

Tableau2 : Classification des troubles selon le C.I.M 10 et D.S.M.IV.

C.I.M10	D.S.M.IV
EPISODE DEPRESSIF : Léger Modéré Sévère Sévère avec psychoses	EPISODE DEPRESSIF MAJEUR Léger Modéré Sévère Sévère avec psychoses
AUTRE EPISODE DEPRESSIF : Dépression atypique	
TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENTS Légère Modère Sévère Sévère avec psychose En rémission	EPISODE DEPRESSIF MAJEUR RECURRENT
TROUBLES DE L'HUMEUR PERSISTANT Cyclothymique Dysthymie	TROUBLE DYSTHYMIQUE
AUTRES TROUBLES Dépression brève récurrente	TROUBLES DEPRESSIF NON SPECIFIÉS Dépression brève récurrent

La C.I.M 10 et le D.S.M IV classent les épisodes dépressifs selon la sévérité et la présence ou non de caractéristiques psychotiques.

2.3.4 Etude clinique

La dépression est un état affectif douloureux qui s'exprime par 3 symptômes fondamentaux :

Humeur dépressive : Le patient se sent déprimé. Il n'éprouve plus de plaisir (anhédonie) et se détache de ses centres d'intérêt habituels (ne lit ne bricole plus, ne regarde plus la télévision). Il a l'impression de ne plus rien ressentir, notamment vis-à-vis de ses proches (anesthésie affective). Quand l'indifférence affective est plus légère on parle d'émoussement affectif. Le patient se sent coupable de son état et indigne des autres et de sa famille. IL à une vision négative de lui avec une perte de l'estime de soi et une auto dévalorisation.

IL peut à l'extrême présenter des idées d'incurabilité. Son pessimisme concerne également sa vision du monde, avec des idées de catastrophe, de guerre.IL éprouve une souffrance morale souvent qualifiée de douleur morale.

Des idées suicidaires apparaissent comme solution pour mettre fin à ses souffrances. Le suicide peut être prémédité parfois longtemps à l'avance. Le suicide peut être impulsif sous forme de raptus(**Gasman 2004**).

Anxiété : Elle se manifeste sous forme d'un état de tension psychologique.

Le sujet est dans l'attente d'un danger. Il devient intolérant aux bruits, il est pris de réactions de sursauts, il ne peut pas se détendre. Au maximum, il ne se tient plus en place.

Ralentissement psychomoteur :

Le ralentissement est visible d'emblée dans la présentation du sujet. Le visage est presque figé, pauvre en mimiques. Le discours est ralenti, les mouvements sont rares et lents. Le sujet se déplace difficilement (inertie, apragmatisme). La fatigue dont se plaint le patient (asthénie) ne cède pas au repos. Le moindre effort lui coûte. A l'extrême, il ne sort plus de son lit (clinophilie). Ne se lave, ne s'habille plus, son cerveau tourne au ralenti. Il présente des difficultés de concentration majeures. Il a l'impression de perdre la mémoire et de ne plus rien retenir (trouble de la mémoire antérograde). Il se sent décisé, incapable de faire un choix. Ses troubles ont un retentissement majeur sur les activités intellectuelles et sur sa vie professionnelle (ou scolaire). Il est dans l'incapacité d'assurer son travail professionnel(**Gasman 2004**).

Troubles somatiques :

Le sommeil est perturbé. Le sujet a du mal à s'endormir (insomnie d'endormissement), il se réveille tôt le matin (réveil matinal précoce, insomnie du petit matin) et a tendance à dormir dans la journée (hypersomnie).

Il perd l'appétit (anorexie), ce qui occasionne un amaigrissement. Le refus alimentaire complet correspond à un équivalent suicidaire. Plus rarement on observe une hyperphagie avec prise de poids. On observe également une baisse de la libido (baisse du désir sexuel, éviction des rapports sexuels)(**Gasman 2004**).

Conduites suicidaires :

Les idées suicidaires doivent toujours être recherchées devant la présence d'un état dépressif. Elles peuvent ne pas être exprimées clairement ou être dissimulé par culpabilité. Si elles sont présentes, il est nécessaire de demander au sujet qu'elle projet il a élaboré pour en finir. Il est important de ne pas banaliser des idées suicidaires en les réduisant à un simple appel au secours et en ne prenant pas en compte, l'évaluation thymique du sujet. Le suicide peut être impulsif dans un raptus mais peut également être prémédité, parfois longtemps à l'avance(**Gasman 2004**).

2.3.4. Autres formes cliniques

2.3.4.1. Dépression agitée

Ce terme s'applique à un trouble dépressif dans lequel l'agitation prédomine. Cette forme de dépression est plus souvent retrouvée chez des patients d'âge moyen ou âgés que chez des patients plus jeunes(**Gelder et al 2005**).

2.3.4.2. Dépression ralentie

Dans ce cas le ralentissement psychomoteur est au premier plan, dans sa forme la plus sévère la dépression ralentie devient dépression stuporeuse.

2.3.4.3. Dépression stuporeuse

Dans un trouble dépressif sévère, le ralentissement moteur et la pauvreté du discours peuvent atteindre un tel degré que le patient est immobile et mutique. (**Gelder et al 2005**).

2.3.4.4. Dépression légère

Caractérisée par, L'humeur dépressive, l'absence d'énergie et l'irritabilité, Il existe une perturbation du sommeil, mais pas de réveil matinal précoce si caractéristique des troubles dépressifs plus sévères. A la place on observe volontiers, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes, ordinairement suivis par une période de sommeil en fin de nuit. (Gelder et al 2005).

2.3.4.5. Dépression atypique

Ce terme est généralement utilisé pour des troubles dépressifs de sévérité moyenne. Le sens de ce terme à changer au cours du temps mais à l'heure actuelle il s'applique à des troubles caractérisés par :

- Une humeur dépressive d'intensité variable mais avec une réactivité de l'humeur à des évènements positifs ;
- une hyperphagie et une hypersomnie ;
- une fatigue extrême et une sensation de membres lourdes et
- une anxiété marquée.

2.3.5. Diagnostic différentiel

Les troubles dépressifs peuvent être différenciés de :

- la tristesse normale,
- la schizophrénie (recherche d'éléments caractéristiques de la schizophrénie : syndrome dissociatif),
- le syndrome cérébral organique,
- l'anxiété et les troubles névrotiques :

Il est parfois difficile de différencier les troubles dépressifs légers des troubles anxieux .Le diagnostic correcte dépend de l'évaluation de la sévérité relative des symptômes anxieux et dépressifs et l'ordre de leur apparition(Gelder et al 2005).

2.3.6. Etiopathogénie

Il n'existe pas une théorie qui à elle seule puisse rendre compte de l'étiopathogénie de la dépression. L'origine de la dépression est probablement multifactorielle. Il peut exister des facteurs déclenchant mais également des facteurs prédisposant(Gasman 2004).

2.3.6.1. Facteur de risque de la dépression :

Impact des événements de la vie :

L'influence des stress chroniques et des événements néfastes sur le développement de la dépression ont fait l'objet de nombreux travaux.

Facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques présentent une part de vulnérabilité dépressive et sont constitués essentiellement par la personnalité.(Gasman 2004).

Influence des conditions de vie :

Dans une étude menée en région parisienne, la dépression serait plus fréquente chez les personnes qui sont exposées à des conditions de vie difficiles (difficulté de logement difficulté de financière).(Gasman 2004).

2.3.6.2. Théorie psychopathologique :

Théorie psychanalytique :

Les principaux travaux concernant la dépression et mélancolie sont le fait de FREUD (deuil et mélancolie) et Abraham. La perte d'amour(deuil, amour), ou le sentiment d'en être privé (blessure narcissique), serait à l'origine de la situation dépressive. La perte d'amour réactiverait les situations d'abandon plus anciennes, notamment celle de la période orale, où il existe une ambivalence pour l'objet d'amour (sa mère) . L'objet n'étant plus présent la haine se retourne contre le moi du sujet , << le moi peut se tuer lorsqu' il peut, par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme objet >>.

Théorie cognitive :

La théorie de Beck sur la notion de schéma cognitif. Selon l'auteur les individus à risque de développer une dépression ont acquis dans l'enfance des schémas dysfonctionnels pour s'adapter à des situations traumatisantes de perte ou d'échec; Puis lorsque ces individus sont exposés de nouveau à des situations traumatisantes, leur contenu de pensée négative est réactivé et sont responsable d'un traitement erroné de l'information (biais cognitif).(Gasman 2004).

2.3.6.3. Facteurs biochimiques de la dépression

Hypothèse monoaminergique :

La dépression serait due à un déficit fonctionnel en neurotransmetteurs (Noradrénaline, sérotonine et ou dopamine). Cette hypothèse s'appuie sur des observations cliniques et des expérimentations animales, qui ont montré que la réserpine, qui est responsable d'une déplétion des stocks pré-synaptiques, de noradrénaline, sérotonine et dopamine induit un symptôme similaire à la dépression. (Gasman 2004).

Anomalies endocriniennes :

Plusieurs anomalies hormonales ont été mises en évidence dans la dépression, dont celle du taux de cortisol, des hormones de croissance (gHz) et hormones thyroïdiennes, qui indiquent l'existence d'une dysrégulation endocrinienne notamment une dysfonction de l'axe hypothalamo-piutito-adrénergique (HPA) et /ou une dysrégulation de la fonction thyroïdienne.

- Rôle de la sérotonine et de la noradrénaline dans la physiopathologie de la dépression :

Le rôle des monoamines, et en particulier de la sérotonine et de la noradrénaline, dans la physiopathologie de la dépression est aujourd'hui bien étayé. Les arguments, appuyant ces hypothèses sont issus d'études pharmacologiques, d'analyses cérébrales post mortem et de données de l'imagerie cérébrale. (Fanga 1976).

Facteurs génétiques

De nombreuses études des jumeaux et d'adoption ont mis en évidence l'existence de facteurs génétiques impliqués dans l'étiologie des troubles affectifs. Il ne s'agit pas d'un modèle mendélien classique et par conséquent, il n'existe pas un seul gène majeur impliqué dans les troubles de l'humeur. Un modèle complexe qui postule l'interaction de plusieurs gènes entre eux et avec des facteurs environnementaux sous-tend probablement en partie les troubles de l'humeur.

2.3.7. Evolution

Dans la dépression le risque suicidaire est majeur. Cependant la dépression est responsable également d'une souffrance morale accrue pour le sujet, avec une répercussion sur son entourage et une altération du fonctionnement social professionnel. En absence de traitement, un épisode dépressif est spontanément réversible dans la majorité des cas, mais le risque suicidaire et les conséquences néfastes de la dépression justifient la prise en charge médicamenteuse et parfois psychothérapeutique. (Gasman 2004).

2.3.7.1. Traitement médicamenteux

Un traitement est recommandé pour les dépressions d'intensité modérée ou sévère, l'hospitalisation est nécessaire s'il s'agit d'une dépression sévère, si le risque suicidaire est important, s'il n'existe pas d'entourage familial pour le patient, s'il y a échec de deux traitements ambulatoires à dose efficace pendant un temps suffisant. Dans d'autres cas le traitement peut être débuté en ambulatoire. Le patient sera vu régulièrement une fois par semaine dans un premier temps. On utilise les antidépresseurs :

- En première intention les IRSS, qui ont peu d'effet secondaire : fluoxétine (**Prozac^R**) 1 gélule par jour, Paroxétine (**Deroxat^R**) 1 comprimé par jour.

-En deuxième intention, sera prescrit un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline : **Venlafaxine (Effexor^R)** 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir en fonction de l'intensité de la dépression on augmente progressivement la dose jusqu' a un maximum de 6 comprimés par jour(**Gasman 2004**).

-En troisième intention, on choisira un anti- dépresseur tricyclique, ils restent la référence, Ils ont fait la preuve de leur efficacité, mais ils sont responsable d'effets secondaires et nécessitent un bilan somatique pour en éliminer les contres indications. On prescrira **Clomipramine (Anafranil^R25mg)** 1 comprimé par jour, à augmenter progressivement de 25 mg par jour, la dose moyenne est de 150mg par jour mais doit être adaptée en fonction du patient. Chez les sujets âgés, on peut utiliser la **miansérine (Athymil^R)** à raison de 30 à 60 mg par jour car elle est bien supportée sur le plan cardiovasculaire, avec des effets sédatifs et anxiolytiques(**Gasman 2004**).

2.3.7.2. Traitement associé

La prescription des benzodiazépines ne doit pas être systématique. Les benzodiazépines sont prescrites en début de traitement antidépresseur à visé anxiolytique, (**Xanax^R**) demi comprimé 3 fois par jour. Les neuroleptiques peuvent être utilisés à faible dose dans les cas où l'angoisse est majeure, avec risque suicidaire notamment : cyamemazine (**Tercian^R**) 25 à 75mg par jour, chlorpromazine(**Largactil^R**) 25 à 5 mg par jour. Les hypnotiques sont fréquemment prescrits en début de traitement en raison des troubles du sommeil (**Stilton^R**)(**Gasman 2004**).

2.3.7.3. *Traitement adjuvant*

2.3.7.4. *Psychothérapie*

Lors d'un épisode dépressif aigu d'intensité sévère et /ou la présence de symptômes psychotiques ou mélancoliques, une prise en charge exclusivement psychothérapeutique est fortement déconseillée. Une prise en charge uniquement psychothérapeutique est souvent proposée dans les dépressions d'intensité légère. La plupart du temps, la prise en charge psychothérapeutique s'associe aux traitements médicamenteux. Elle est indiquée lorsque les difficultés psychologiques ou relationnelles au déclenchement de l'épisode dépressif persistent après la rémission de cet épisode. Il peut s'agir de psychothérapie de soutien, de psychothérapie analytique, de psychothérapie comportementale et cognitive ou de thérapie familiale(Gasman 2004).

2.4. Interactions mères enfants et ses troubles

De manière générale l'interaction est définie comme l'action réciproque de deux phénomènes. Le terme d'interaction suppose au minimum une action d'un partenaire et une réponse de celui-ci à qui cette action est adressée (**Bourillon 2000**). L'interaction mère-enfant est l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et son entourage. Cette relation est la poursuite d'une relation déjà bien nouée pendant la grossesse(**Gasman 2004**). Les toutes premières interactions se développent entre une femme souhaitant une maternité et un enfant dit imaginaire car purement conceptuel, représentant toutes ses aspirations ses rêves et ses fantasmes(**Bourillon 2000**). Dès le premier jour de la vie les compétences du nouveau-né, ses capacités sensorielles, tactiles, auditives, visuelles, olfactives, ses aptitudes à communiquer par la voix, la mimique vont induire chez la mère un sentiment d'amour de satisfaction de plénitude qui l'amèneront à son tour à transmettre par les caresses, le regard, la voix , cette tendresse infinie qu'elle ressent. Par un jeu d'interaction permanent la mère et son enfant vont entrer en résonance, vivre de manière synchrone. Il est classique de distinguer trois types d'interactions (**Briley 2004**).

2.4.1. Interaction comportementale :

Les interactions comportementales se définissent comme des séquences de comportements directement observables, qui peuvent intéresser des registres très différents (tenue, échanges visuels, langagiers ; etc.).

2.4.1.1. Tenue et posture

La manière dont la mère tient son nourrisson dans ses bras est très hautement significative de la relation qu'elle entretient avec lui (**Robert et al 2000**).

Interaction visuelle

L'échange de regard constitue un moyen privilégié de communication entre la mère et le nourrisson. Le regard mutuel est à l'origine des sentiments très intenses tant chez l'enfant que chez la mère. Le regard mutuel contribue à renforcer la confiance de la mère en ses propres capacités maternelles. (**Winnicott 1969**).

2.4.1.2. Interactions auditives et langagières

La parole est utilisée dès la grossesse par la mère dans la relation à son enfant, dont nous avons vu qui est capable dès la naissance, d'identifier la voix maternelle. Celle-ci véhicule les préoccupations affectives et fantasmatiques de la mère envers son enfant, mais aussi tout ce que la mère perçoit du ressenti de son enfant. Elle contribue ainsi à l'organisation des premiers rudiments de sa vie mentale (CILSS 2008).

Interactions olfactives

Certains auteurs ont tenté de savoir si l'odeur corporelle de la mère pouvait être reconnue par l'enfant, et vis-versa. La discrimination olfactive est favorisée par les contacts cutanés précoces (Montagnier 1988).

2.4.2. Interactions affectives

Les affects sont présents dans toutes communications mère-enfant. Les expressions d'affect sont très précoces chez l'enfant. La mère perçoit les affects de son nourrisson, les reconnaît, les verbalise, leur attribue une signification et, souvent se met en harmonie avec eux. Le nourrisson est capable de percevoir les affects éprouvés par sa mère et dans un certain nombre de cas, de le reprendre à son compte, s'identifiant ainsi, en miroir aux affects maternels (exemple du stilb face) (Winnicott 1969).

2.4.3. Interactions fantasmatiques

Le fantasme est une image hallucinatoire représentant des désirs plus ou moins refoulés. L'activité fantasmatique prend sa source dans les couches les plus profondes de la vie psychique inconsciente. Habituellement, maintenue loin de la conscience par un système défensif, l'activité fantasmatique est fortement réactivée chez la jeune mère dans la relation avec l'enfant. Cette réactivation est due à l'intense activité pulsionnelle de ce dernier, mais aussi à ce que représente l'enfant nouveau-né pour l'inconscient maternel. Cette activité fantasmatique va imprégner le comportement et le discours de la mère. IL est difficile de savoir en quoi consiste précisément l'activité fantasmatique du bébé, mais on peut légitimement penser que si celle-ci se développe de façon relativement autonome, elle s'organise cependant en interaction avec l'activité fantasmatique de la mère. Eclairées par l'apport de la psychanalyse, les consultations mère -bébé montrent qu'il existe certaines interactions mères-bébés dans lesquelles s'actualisent des activités fantasmatiques de l'un et de l'autre en correspondance mutuelle ou en complémentarité.

Plusieurs cas de figure sont possibles : soit la mère et l'enfant paraissent partager la même activité fantasmatique avec l'angoisse qui en découle, soit la mère semble utiliser l'enfant pour se défendre d'une activité fantasmatique angoissante (**Briley 2004**).

2.4.4. Troubles des interactions

Les interactions mère-enfant peuvent être perturbées soit du fait des attitudes de l'enfant, soit du fait des attitudes maternelles, soit encore du fait de l'ensemble de la dyade. Les modalités de perturbation des interactions sont variées.

2.4.4.1. Aspect quantitatif

Les perturbations interactives peuvent être dues au niveau trop bas ou trop élevé des stimulations que reçoit l'enfant (**Miquel-Garcia et al 1992**). Les perturbations peuvent être imputables à un manque de stimulations. L'hypostimulation s'observe dans différentes situations cliniques dont la plus fréquente et la mieux étudiée est la dépression maternelle.

On observe chez les nourrissons de 2 mois des réactions de repli et d'échappement à la relation (**Briley 2004**). D'une analyse comparative des séquences interactives mères déprimées nourrissons et mères non déprimées nourrissons, il ressort qu'une mère déprimée adopte certains comportements, assez constamment perturbés qui traduisent une diminution de l'intérêt qu'elle porte à son enfant.

Ces comportements (appauvrissement de la mimique, du langage, diminution des initiatives interactives) aboutissent à raccourcir les périodes de jeu mutuel ; d'attention visuelle partagée pour les objets, et peuvent provoquer une mauvaise harmonisation des affects entre la mère et le nourrisson. Chez le nourrisson ainsi hypo stimulé, on observe une perte des initiatives, habituellement susceptibles d'entretenir l'intérêt de la mère, parfois même, des attitudes de retrait, voire des moments répétés de rupture dans la relation avec la mère (**Rangger et al 1984**).

2.4.4.2. Aspect qualitatif

D'autres perturbations des interactions peuvent mettre en jeu, non plus la quantité des stimulations, mais leur qualité. Ainsi, dans certains troubles psychotiques précoces, ont pu être repérés des phénomènes d'évitement du regard de la part du bébé, ou la pauvreté voire l'absence de jeux de lallation (**Winnicott 1969**).

2.4.5. Prise en charge des troubles des interactions

Les psychothérapies brèves parent-nourrisson se sont révélées particulièrement efficaces dans le traitement des troubles (sommeil, et alimentation) du comportement (pleure permanent, crise de colère, agressivité) et de l'attachement. Deux types de traitements seront présentés, un privilégiant les représentations parentales (psychothérapie psycho-dynamique), l'autre l'interaction parent bébé (thérapie de guidance interactive) (**Robert et al 2000**).

2.4.5.1. Psychothérapie dynamique

Le traitement objectif, permet d'élucider la manière dont le passé conflictuel du parent, interféra dans la perception qu'il a de son enfant et l'empêche d'établir une relation harmonieuse avec lui. L'interprétation entraîne une diminution des symptômes et une amélioration des interactions parent-nourrisson (**Robert et al 2000**).

2.4.5.2. Guidance interactive

Ce traitement se centre sur les interactions parent- nourrisson observées en séance, afin de permettre d'abord aux parents de prendre conscience de leurs compétence, puis d'augmenter leur sensibilité aux signaux de l'enfant. Ce traitement vise à modifier les perceptions et les comportements parentaux à travers une meilleure lecture, une compréhension et une interprétation émise par différents participants de l'interaction (**Robert et al 2000**).

2.5. Malnutrition

2.5.1. Définition

La malnutrition est un ensemble de manifestations cliniques dues à un apport inadéquat en quantité et/ou en qualité dans l'alimentation, de substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme(DNS-Mali 2007).

2.5.2. Classification des malnutritions

La définition de la malnutrition fait l'objet de plusieurs classifications(Kremp 2004) :

2.5.2.1. Classification de GOMEZ

Pourcentage du poids par rapport à la norme de l'âge :

Poids du sujet x100 /poids de l'enfant du même âge

90 -100 : Bon état nutritionnel

75 – 90 : Malnutrition mineure

60-75 : Malnutrition modérée

Inférieur 60 : Malnutrition grave

2.5.2.2. Classification de KANAWATI et de MACLAREN

Rapport du périmètre Brachial et du périmètre crânien.

PB /PC = 0 ,31 : Etat nutritionnel correcte

PB/PC de 0,28 à 0,31 : Dénutrition légère

PB/ PC de 0,25 à 0.28 : Dénutrition moyenne

PB/PC inférieur à 0,25 : Dénutrition sévère

2.5.2.3. Classification de WATERLOW

Elle est faite en fonction du pourcentage de poids et taille par rapport à la norme(Kremp 2004).

Tableau 1 : Classification de WATER LOW

Etat nutritionnel	normal	Malnutrition mineure	Malnutrition modérée	Malnutrition sévère
Taille /âge	95	90 -95	85 -90	85
Poids/âge	90	80- 90	70 -80	70

Taille en centimètre et le poids en Kg

2.5.3. Etiopathogenie de la malnutrition

La malnutrition peut être considérée comme la conséquence de l'inadéquation nutritionnelle par rapport à la croissance et au développement rapide de l'enfant, soit par diminution des entrées, soit par augmentation des pertes nutritionnelles ou soit par augmentation des besoins calorico-azotés (vitamines, minéraux et oligo-éléments) (**Rangger et al 1984**).

-Diminution des entrées nutritionnelles :

Elle est souvent due à :

- . Une situation de précarité économique ou de famine ;
- .des régimes restrictifs, pauvres en calories, inadaptés au goût ;
- .une anorexie : comportement rencontré fréquemment au cours des affections diverses, associé souvent à l'hospitalisation.

-Augmentation des pertes nutritionnelles :

Elle peut s'expliquer par :

- .une mal digestion et une malabsorption digestive, des vomissements ;
- .des pertes urinaires des nutriments ou au niveau du dialysât en cas d'insuffisance rénale, des ponctions d'ascite ou pleurale itératives.

-Augmentation des besoins énergétiques :

Il est prouvé actuellement que beaucoup d'affections médico-chirurgicales, s'accompagnent d'un hyper catabolisme et ou d'un anabolisme de réparation, ayant pour conséquence une dette calorico-azotée, minérale et vitaminique, source de dénutrition. Ce type de malnutrition se rencontre au cours des maladies inflammatoires, des infections graves, d'une chimiothérapie lourde, d'interventions chirurgicales, des brûlures, d'hépatopathies chroniques.

2.5.4. Etude clinique des malnutritions

2.5.4.1. Les circonstances de survenue

Les facteurs favorisant la malnutrition sont nombreux et peuvent être différents d'une région à l'autre(Armango 2000) :

-Age : les malnutritions sont surtout fréquentes dans les premières années de la vie .Le kwashiorkor est directement lié au sevrage et se voit entre 10 et 30 mois. Le marasme s'observe beaucoup plus tôt, mais on peut le rencontrer chez les enfants plus grands et les adultes en période des guerres, catastrophes ou en région de famine.

- Le régime et les habitudes alimentaires :

Il s'agit surtout des erreurs diététiques :

Allaitement artificiel trop précoce, avec mauvaise utilisation des laits en poudre ou du lait concentré sucré mal dilué ; sevrage trop brutal, avec emploi des méthodes agressives pour l'enfant (piment, feuilles ou médicaments amères).

-Facteurs psychologiques et familiaux :

Les enfants malnutris sont parfois rejetés, abandonnés ou mal aimés. Le sevrage survient souvent au moment d'une nouvelle grossesse de la mère. L'enfant est alors séparé brutalement de sa mère qui l'a jusqu'alors entouré de soins très attentifs et à laquelle il est très attaché. La négligence d'une mère hyper-sollicitée est souvent à l'origine de la malnutrition. Les enfants de famille très nombreuse, avec grossesses trop rapprochées, les enfants de mères célibataires, les enfants de parents séparés ou divorcés sont plus exposés à la malnutrition.

- Facteurs socioéconomiques :

L'urbanisation, le surpeuplement dans les bidon villes entraînent un bouleversement des coutumes et un mode de vie défavorable pour le jeune enfant.

- Facteurs médicaux :

Les infections répétées (les parasitoses, la tuberculose, la rougeole, la coqueluche) accélèrent l'évolution de la maladie et font apparaître des signes graves de la malnutrition chez un enfant déjà en équilibre nutritionnel instable.

2.5.4.2. Diagnostic de malnutrition

Le diagnostic de malnutrition doit s'appuyer sur une bonne évaluation du statut nutritionnel, qui fait appel à la confrontation des données anamnestiques cliniques, anthropométriques et biologiques.

Anamnèse :

Doit comprendre :

-Une enquête alimentaire permettant de situer le niveau de consommation alimentaire, ceci peut conduire à mettre en évidence les insuffisances quantitatives d'apport et les erreurs diététiques.

-Une anamnèse médicale permettant de connaître les antécédents, la durée de l'affection, les conditions socio-économiques.

Anthropométrie :

Poids : indicateur précoce, dynamique et sensible de la malnutrition, il est faussé souvent par la présence d'œdème.

À partir du rapport poids-taille on peut évaluer le degré de maigreur.

Taille (stature) : Elle permet d'apprécier le passé nutritionnel, lorsqu'on la rapporte à l'âge.

Le pli cutané : permet l'appréciation du degré d'adiposité.

Le périmètre brachial : il varie peu avec l'âge entre 1 à 5 ans ; il permet d'apprécier la masse grasse et la masse maigre (**Kremp 2004**).

Clinique :

Les formes de début :

- La stagnation de la courbe de poids est un indicateur sensible.

- D'autres signes peuvent alerter : l'enfant devient triste, se replie sur lui-même, une diarrhée traînante, une anorexie, des discrets œdèmes des chevilles et une diminution des masses musculaires (**Rangger, Aholi 1984**).

Les formes graves :

Kwashiorkor :

Il correspond à une carence protéique pure, alors que l'apport calorique global peut être suffisant ou non. Cette pathologie se rencontre dans le tiers monde et est caractérisée par des signes de dénutrition protéique plus marqués, elle débute tardivement (2 à 18 mois). Le début est en général brutal et l'association clinique est caractéristique :

- œdèmes importants, localisés au visage, aux membres supérieurs et inférieurs et aux organes génitaux externes,
- perte de poids (une fois les œdèmes disparus) minime,
- absence de retard statural car l'évolution est aiguë,
- panicule adipeux est conservé, mais importante altération de la peau et des phanères (dépigmentation des cheveux ; chéilite, ulcération ; zone de desquamation).
- hépatomégalie de stéatose est habituelle, participant au ballonnement abdominal,
- enfant triste ; apathique avec souvent anorexie,
- hypothermie.

Le marasme :

Correspond à une carence alimentaire ou calorique survenant dans des conditions socio-économiques défavorables et débutant plus précocement. Il se caractérise par :

- une perte de poids importante avec atrophie musculaire, prédominant aux racines, entraînant une diminution du tonus,
- retard statural débutant en général après le retard pondéral,
- une absence d'œdème,
- une absence d'altération de la peau et des phanères,
- une disparition des panicules adipeux voire même des boules de bichât.

E-ÉLEMENTS PARACLINIQUES :

Conséquence métabolique :

Au niveau des urines :

- Hydroxyprolinurie dont la baisse reflète la dépression du métabolisme du collagène.
- La créatinémie et le 3 méthyle histidine urinaire, dont les chutes traduisent la fonte musculaire.

Au niveau du sang :

-Protides totaux très peu modifiés en raison du taux élevé de gammaglobuline. Albuminémie, test spécifique surtout en cas de kwashiorkor, mais peu sensible, son taux est bas surtout en cas de kwashiorkor.

- Pré albumine, indice sensible son taux est abaissé en cas d'infection et d'atteinte hépatique. Protéine vectrice du rétinol, très bonne sensibilité, son taux dépend du statut en vitamine A.

-La cholestérolémie, triglycéridémie, sont abaissées. Les acides gras libres sont augmentés suite à une perturbation du métabolisme glucidique. Une carence potassique souvent profonde, avec hypo volémie efficace malgré une hypercholestérolémie secondaire.

-Le taux circulant de l'insuline likegrow factor-1 est diminué.

Conséquence sur le système immunitaire :

Ce sont :

-l'atrophie thymique rapide.

-dépression de l'immunité cellulaire par diminution des T lymphocytes.

-défaut de contrôle des B lymphocytes avec fréquence d'hyperglobulinémie IgG, A, M, E.- Défaut d'IgA sécrétoire participant à la faiblesse des défenses des muqueuses.

-défaut fréquent de la phagocytose.

Conséquences digestives :

L'atrophie des muqueuses gastriques et jéjunales, le déficit enzymatique de la bordure en brosse, pérennisent et aggravent la dénutrition en rendant l'alimentation orale souvent impossible ou en étant source de diarrhées sécrétoires et infectieuses(**Ranggeretal 1984,Kremp2004**).

F-COMPLICATIONS DE LA MALNUTRITION :

-L'otite suppurée :

Considérée suivant les cas, comme une association morbide, comme une complication ou même comme le processus causal.

-Les ulcérations bucco-pharyngées chroniques :

·les plaques pterygoidiennes, réalisent des ulcérations superficielles sur les parties latérales du voile du palais et sont prises généralement à tort pour des lésions de stomatite,

·le Muguet, cette complication est très fréquente et grave, le facteur prédisposant est l'acidité du milieu buccal, le facteur déterminant est la présence de l'oïdium gallicans, champignon transmissible par sa spore. L'aspect clinique habituel, semi de petits élevures arrondis d'un blanc éclatant, siégeant surtout sur la face interne des joues et sur la face dorsale de la langue. Elles reposent sur une muqueuse rouge et sèche, et parfois cette rougeur existe seule, soit que des soins récents font disparaître l'enduit blanc, soit même qu'il s'agit de formes seulement érythémateuses.

-Les autres localisations gastriques, caecale, sont rares ou au moins difficile à dépister.

-Les Complications cutanées :

Un érythème rebelle, une ulcération, une escarre occipitale, sacrée et talonnière de décubitus, une pyodermite souvent occipitale et cervicale postérieure, d'où l'indication impérieuse de ne pas laisser constamment l'enfant en décubitus dorsal, de changer fréquemment la posture

. -Complications pulmonaires :

Bronchopneumonie évoluant avec un minimum de signe.

-Les Complications viscérales multiples et terminales :

Les avitaminoses diverses, scorbut, rachitisme, kératomalacie, une néphrite, une pyélonéphrite, une méningite, une péritonite suppurée une anémie et un purpura (**Robert et al 2000**).

2.5.4.3. Principes du traitement des malnutritions

Traitement préventif :

Le problème est avant tout, celui de l'élévation du niveau social, économique et sanitaire. Le maintien d'un allaitement maternel, à condition que la mère ne soit pas elle-même dénutrie est fondamental car il protège le petit nourrisson des infections entérales bactériennes, virales ou parasitaires qui souvent par les diarrhées successives qu'elles entraînent, sont le point de départ d'une dénutrition (Armango 2000).

Traitement curatif :

La gravité de ce type de situation nécessite une prise en charge en unité de soins intensifs, qui assurera le maintien des fonctions vitales par maintien de l'hémodynamie et correction de l'hypo volémie efficace, avec des perfusions de macromolécules ou d'albumine, la transfusion sanguine en se méfiant d'une décompensation cardiaque, assistance ventilatoire. Le traitement (s) antibiotique ou parasitaire en fonction du contexte clinique et des premiers résultats ou parfois large à l'aveugle, dans les situations à risque, en visant habituellement les gram négatifs. La correction des carences vitaminiques (A, C, D, acide folique) et des dettes proteinocalorique. L'impossibilité d'utiliser, dans les formes graves de malnutrition, le tube digestif, même par nutrition entérale à débit constant (NEDC), nécessite le recours à une renutrition parentérale. Les apports, en volume glucides, protides, électrolytes doivent être adaptés en fonction de la tolérance de l'enfant (glycémie et glycosurie) et de la réponse obtenue. Il n'y a donc pas de schéma de renutrition mais une adaptation cas par cas,

60-80ml/kg/j ; 40-60kcal/kg/j, apport azoté de 150mg /kg/j,

Na : 2-5mEq/kg/j, K : 2-3mEq/kg/j, Ca : 20-40 mg/kg/j (ou 3mmol/gramme d'azote), Mg : 10mg/kg/j. L'augmentation sera progressive par pallier pour obtenir un anabolisme satisfaisant avec un apport de l'ordre de 120 kcal/kg/j et azoté l'ordre de 500 à 600mg/kg/j apport de solutés lipidiques, après stabilisation de la situation, un apport calorique intéressant en corrigeant la carence en acide gras essentiels. Reprise de l'alimentation entérale.

3. Méthodologie

3.1. Cadre d'étude :

3.1.1. Monographie sommaire du cercle

La ville de Nioro du sahel a été fondée au début du XIII^e siècle de notre ère sur un axe de transhumance Nord-Sud par un peulh : le DiawandoBeydari TAMBOURA.

Le nom Nioro viendrait selon les sources du mot maure «nour» ou du mot peulh «Nioro» lesquels signifient respectivement la lumière et la médisance.

Le qualificatif « du Sahel » a été ajouté au temps de la colonisation française pour le distinguer de son homonyme Sénégalais, Nioro du rift.

Nioro a été érigée en commune de moindre exercice (C'est à dire dont le commandant était aussi le maire) en 1960, avant d'être érigée en commune de plein exercice en 1966. En 1978, le cercle de Nioro a été découpé donnant les cercles de Nioro et de Diéma.

Situé à l'extrême Nord-Est de la région de Kayes, le cercle Nioro du sahel couvre une superficie de 11060 Km².

La population du cercle est estimée à **208273** habitants en **2009**. La population est essentiellement composée de Peulhs et de Maures semi-nomades, de Soninkés et de Bambaras sédentaires. La religion majoritaire est l'Islam, il existe aussi le Christianisme et l'Animisme.

Dans le cercle les mouvements de la population sont très importants : le nomadisme à la recherche de points d'eaux, l'émigration et l'immigration. Il existe des poches d'esclavage traditionnel.

Le Climat est de type sahélien avec une alternance de 2 saisons : une saison sèche, et une saison de pluie. L'hydrographie : Il n'y a pas de cours d'eau important dans le cercle, seuls existent des rivières, des marigots et des mares saisonnières. La pluviométrie dépasse rarement les 800 mm d'eaux par an.

La population a un pouvoir d'achat relativement bas. Elle repose sur l'élevage, le commerce, l'agriculture et l'artisanat.

3.1.2. Carte sanitaire du cercle

Le cercle de Nioro compte 28 aires de santé dont 24 fonctionnelles. *La ville de Nioro compte : un CSRéf, deux CSCom, une infirmerie degarnison, trois cabinets médicaux et un cabinet de soin.*

Figure 3 : Carte sanitaire du cercle de Nioro du sahel



3.1.3. L'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)

Cette unité s'inscrit dans le cadre du plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (PSNAM), élaboré par le ministère de la santé et ses partenaires, pour faire face aux nombreux problèmes de nutrition qui affectent la population. Son but est de promouvoir le meilleur traitement possible, de faciliter la récupération et le plein rétablissement nutritionnel. Ses cibles sont les enfants de 0-59 mois.

Ses activités consistent :

- Au dépistage de la malnutrition,
- À la prise en charge de la malnutrition,
- Au suivi des enfants malnutris.

Il comprend :

La salle de consultation externe

- Un grand hangar de 50 mètres carrés nouvellement construit.

L'unité nutritionnelle constituée par :

- un (1) médecin d'appui,
- un (1) infirmier,
- une (1) infirmière,
- un étudiant thésard.

3.2. Population, type et période d'étude

Population d'étude :

L'étude a porté sur 300 mères des enfants qui ont été vus pour malnutrition dans le CSRef de Nioro du sahel.

Nous avons considéré comme mère aussi bien les mères biologique que les substitues.

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif.

Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2012 au 31 juin 2013.

3.3. Variables dépendantes (définitions opérationnelles)

Anxiété :

L'anxiété est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » (Janet) ou comme « le sentiment pénible d'un danger impecs et mal définissable » (Guyotat).

Les termes d'anxiété et d'angoisse sont souvent utilisés actuellement comme synonymes mais pendant longtemps ils ont été différenciés soit pour exprimer des degrés d'intensité d'un même phénomène (inquiétude, anxiété, angoisse) soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable(anxiété) et les sensations physiques de constriction et d'oppression (angoisse) (**Lemperiereet al 1987**).

Dépression :

On dit qu'il y a dépression, état dépressif chaque fois qu'existe un fléchissement, passager ou durable, du tonus neuropsychique. Cette référence à la notion de tonus neuropsychique a longtemps conduit à y inclure toutes sortes d'états psychopathologiques. Depuis JEAN DELAY, l'accent est mis sur la dimension affective de ses états et sur le concept de trouble de l'humeur. La dépression devient ainsi un état affectif douloureux et ne désigne pas tant le fléchissement d'une fonction qu'à l'inverse le relèvement de l'humeur dans le sens d'une hypermimie douloureuse. Cette modification d'une des variétés normales de l'humeur qu'est la tristesse est alors pathologique, soit par son intensité, soit par sa durée, soit encore par sa qualité ou enfin en raison de circonstances de survenue particulière (**Porot 1996**).

Critère diagnostic de la dépression :

Le critère diagnostic utilisé était l'échelle d'Hamilton (voir fiche d'enquête en annexe).

Malnutrition :

La malnutrition est un ensemble de manifestations cliniques dues à un apport inadéquat en quantité et/ou en qualité dans l'alimentation, de substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme(DNS-Mali 2007).

Critère diagnostic de la malnutrition :

Les paramètres anthropométriques (périmètre brachiale, la taille, le poids, le périmètre crânien) se référer à la table poids/taille: Z-score (voir annexe).

3.4. Variables indépendantes (les caractéristiques sociodémographiques) :

Mère : L'âge, le statut matrimonial, le niveau scolaire, la profession, la provenance, l'ethnie, syndrome dépressif, désir ou non de la grossesse de l'enfant malnutri.

L'enfant : L'âge, le sexe, le type de malnutrition, le degré de malnutrition, choix du prénom, choix du sexe.

3.5. Critères d'éligibilité

3.5.1. Critères d'inclusion :

Étaient incluses dans notre étude :

- ❖ Les mères des enfants qui étaient vues pour malnutrition dans le CSRef de Nioro du sahel pendant la période de l'étude.
- ❖ Les mères des enfants malnutris qui avaient accepté de participer à l'étude.

3.5.2. Critères de non inclusion :

- ❖ Mères des enfants malnutris qui n'avaient pas accepté de participer à l'étude.
- ❖ Mères des enfants qui étaient vues pour autres pathologies, mais si pas de malnutrition associée.
- ❖ Mères avec une atteinte psychiatrique connue.

3.6. Collecte et support des données

Le recueil des données a été fait lors de l'inclusion des enfants malnutris à l'unité de nutrition par un entretien des mères d'enfants malnutris avec un questionnaire (voir annexe).

Le questionnaire utilisé comportait quatre parties :

Une première partie relative à l'identification des caractéristiques socio démographiques de la mère.

Une seconde partie concernait l'évaluation psychiatrique, faite d'une échelle internationalement validée : échelle de la dépression d'Hamilton à 17items (Hamilton rating score), 9 items sont cotés de 0 à 4 points correspondant respectivement à des symptômes absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens ou importants, 8 autres items sont cotés chacun sur une échelle de 0 à 2 correspondent à des symptômes absents, douteux ou non significatif, légers, moyens ou importants. Il suffit d'additionner les scores obtenus des 17 items pour avoir la note totale.

Un score de 0 à 7 : absence de dépression

Un score de 8 à 17 : dépression légère

Un score de 18 à 25 : dépression modérée

Un score de 26 à 52 : dépression sévère

Une troisième partie en rapport avec les caractéristiques de l'enfant : Elle était faite de 2 composantes, une première relative aux caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et une seconde relative à l'aspect nutritionnel qui était évalué en fonction du poids et la taille.

Une quatrième partie relative à la relation mère-enfant dont la qualité était évaluée par l'enquêteur, en tenant compte des interactions : langagière, visuelle, tactile. Elle a été qualifiée d'harmonieuse lorsque que la qualité des interactions était bonne et disharmonieuse lorsque que la qualité des interactions était mauvaise.

Les données ont été saisies et analysées sur Epi info version 3.5.3. Le test statistique utilisé était le Chi2 (significatif si supérieur à 3,84 à 1 degré de liberté), la probabilité avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Difficultés rencontrées : Etaient liées à l'accès géographique de certain CSCom et les moyens de déplacement limités.

3.7. Considération éthiques:

Les objectifs de l'étude étaient bien expliqués aux participants. Leur consentement verbal libre et éclairé était obtenu avant l'inclusion à l'étude. Nous n'avons pas donné de compensation aux participants. La confidentialité des informations recueillies était garantie.

4. Résultats

Au cours de notre étude nous avons retenu 300 dyades mère- enfants malnutris qui étaient réparties comme suit :

A-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

A-1 DES MERES :

Tableau I: Répartition des mères selon l'âge

Age en année	Fréquence	Pourcentage
15-24	137	45,7
25-34	117	39,0
35-44	34	11,3
45-54	7	2,3
50-59	5	1,7
Total	300	100

La tranche d'âge 15-24 a été la plus représentée avec 45,7 %.

Tableau III : Répartition des mères selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Peulh	136	46,0
Soninké	110	37,3
Bambara	24	8,1
Maure	8	2,7
Autres	22	5,9
Total	300	100

Autres=Diawando, Sorai, Malinké, Khassonké, non nationales

Les Peulhs étaient majoritairement représentés avec 46%.

Tableau IV : Répartition des mères selon la scolarisation.

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisées	285	95,5
Scolarisées	15	4,5
Total	300	100

Les mères non scolarisées étaient plus représentées avec 95,5%.

Tableau V : Répartition des mères selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Mariée	295	98,3
Non mariée	5	1,7
Total	300	100

Non mariés : célibataires, veuves, divorcées

Les mères mariées étaient les plus représentées avec 98,3%.

Tableau VI : Répartition des mères selon la provenance.

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Zone non urbaine*	212	70,7
Zone urbaine**	88	29,3
Total	300	100

*Hameau et village ; **Ville de Niono.

Les mères habitant dans les zones non urbaines étaient les plus représentées avec 70,7%.

A -2 L'ENFANT

Tableau VII: Répartition des enfants selon les tranches d'âge.

Age de l'enfant en mois	Fréquence	Pourcentage
6-23	253	84,3
24-41	42	14,0
42-59	5	1,7
Total	300	100

Les enfants âgés de 6-23 mois étaient les plus représentés avec 84,3% . .

Tableau VIII: Répartition des enfants malnutris selon le sexe

Sexe de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Féminin	178	59,3
Masculin	122	40,7
Total	300	100

Le sexe féminin était majoritaire avec 59,3%.

Tableau IX : Répartition des enfants malnutris selon le désir de grossesse de la mère.

désir de Grossesse	Fréquence	Pourcentage
Oui	255	85,0
Non	45	15,0
Total	300	100

Les mères qui avaient désiré leurs enfants étaient plus représentées avec 85%.

B-CLINIQUE :

B-1Enfant :

Tableau X: répartition des enfants malnutris selon le degré de la malnutrition

Degré de la malnutrition	Fréquences	Pourcentages
Modérée	162	54,0
Sévère	138	46,0
Total	300	100

Les enfants malnutris modérés étaient plus représentés avec 54%.

B-2 LA MERE

Tableau XII : Répartition des mères selon l'humeur dépressive

Humeur dépressive	Fréquence	Pourcentage
Oui	281	93,7
Non	19	6,3
Total	300	100

Les mères qui présentaient une humeur dépressive étaient majoritaires avec 93,7%.

Tableau XIII: Répartition des mères selon la présence d'idée suicidaire

Idées suicidaires	Fréquence	Pourcentage
Oui	165	55,0
Non	135	45,0
Total	300	100

Les mères qui présentaient une idée suicidaire représentaient 55%.

Tableau XIV: Répartition des mères selon la présence d'une insomnie.

Troubles du sommeil	Présence		Absence		Total	
	N	%	N	%	N	%
Insomnie d'endormissement	180	60,0	120	40,0	300	100
Insomnie du milieu de la nuit	179	59,7	121	40,3	300	100
Insomnie du petit matin	145	48,3	155	51,7	300	100

Soixante pourcent des mères avaient une insomnie de début de la nuit.59,7% une insomnie du milieu de la nuit,48,3% une insomnie du petit matin.

Tableau XV: Répartition des mères selon la présence de perturbation dans leur travail et activité

Perturbation du travail et activité	Fréquence	Pourcentage
Oui	154	51,3
Non	146	48,7
Total	300	100

Cent cinquante-quatre mères soit 51,3% signalaient des perturbations dans leurs activités quotidiennes.

Tableau XVI: Répartition des mères selon la présence d'une anxiété psychique

Anxiété	Fréquence	Pourcentage
Oui	208	69,3
Non	92	30,7
Total	300	100

Plus de la moitié de nos mères étaient anxieuses avec 69,3%.

Tableau XVII : répartition des mères selon la présence d'une anxiété somatique

Anxiété somatique	Fréquence	Pourcentage
Oui	168	56,0
Non	132	44,0
Total	300	100

Les mères qui présentaient une anxiété somatique étaient représentatives avec 56 %.

Tableau XVIII : Répartition des mères selon la présence de troubles sexuels

Troubles sexuels	Fréquence	Pourcentage
Non	151	50,3
Oui	149	49,7
Total	300	100

Les troubles sexuels étaient absents avec 50,3%.

Tableau XIX : Répartition des mères en fonction de la présence de ralentissement psychomoteur

Ralentissement psychomoteur	Fréquence	Pourcentage
Oui	166	55,3
Non	134	44,7
Total	300	100

Les mères qui avaient de ralentissements psychomoteurs représentaient 55,3%.

Tableau XX : Répartition des mères des enfants malnutris selon la présence d'une dépression

Dépression	Fréquences	Pourcentages
Présente	245	81,7
Absente	55	18,3
Total	300	100

Les mères présentaient un syndrome dépressif dans 81,7 % des cas.

Tableau XXI: Répartition des mères des enfants malnutris selon la prise de conscience de la dépression

Prise de conscience	Fréquences	Pourcentages
Oui	238	97,1
Non	7	2,9
Total	245	100

Les mères qui étaient conscientes de leur état de dépression représentaient 97,1%.

Tableau XXII : Répartition des mères des enfants malnutris selon le degré de dépression

Degré de dépression	Fréquences	Pourcentages
Dépression légère	142	58,0
Dépression modérée	93	38,0
Dépression sévère	10	4,0
Total	245	100

La dépression légère a été retrouvée chez 58% des mères.

Tableau XXIII: âge de la mère et dépression

Age de la mère en année	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
15-24	115	82,7	24	17,3	139	100
25-34	98	81,0	23	19,0	121	100
35-44	25	80,6	619,4		31	100
45-54	7	77,8	2	22,2	9100	
Total	245	81,7	55	18,3	300	100

Les mères âgées de 15 -24 faisaient beaucoup plus la dépression avec 82,7%

$$X^2=0,63 \quad P=0,8895130$$

Tableau XXIV : Niveau d'étude de la mère et dépression

Niveau d'étude	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
non scolarisées	235	82,5	50	17,5	285	100
Scolarisées	10	66,7	5	33,3	15	100
Total	245	81,7	55	18,3	300	100

Les mères non scolarisées faisaient plus de dépression avec 82,5%.

$$X^2=1,43 ; P=0,1185.$$

Tableau XXV : Situation matrimoniale de la mère et dépression

Situation matrimoniale	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non mariées*	5	100,0	0	0,0	5	100
Mariées	240	81,4	55	18,6	295	100
Total	245	81,7	55	18,3	300	100

Les mères non mariées faisaient plus de dépression à 100%.

*Célibataires, veuves, divorcées

$\chi^2=0,23$; $P=0,3605$.

Tableau XXVI: Répartition des mères selon leur ethnie et dépression

Ethnie	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bambara	23	95,8	1	4,2	24	100
Soninké	91	82,7	19	17,3	110	100
Peulh	111	81,6	25	18,3	136	100
Maure	7	87,5	1	12,3	8	100
Autres	13	59,1	9	40,9	22	100
Total	245	81,7	55	18,3	300	100

Les bambaras faisaient plus de dépression avec 95,8%.

$\chi^2=2,83$ $P=0,5858$

Tableau XXVII : Dépression et catégorie professionnelle de la mère

Profession	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ménagère	243	83,8	54	16,2	297	100
Travailleuse	2	66,7	1	33,3	3	100
Total	245	83,5	55	16,5	300	100

Les ménagères faisaient plus la dépression avec 83,8%. $\chi^2=0,45$; $P=0,4565$.

Tableau XXVIII : Provenance de la mère et dépression.

Provenance	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
Zone non urbaine	180	84,9	32	15,1	212	100
Zone urbaine	65	73,9	23	26,1	88	100
Total	245	83,5	55	16,5	300	100

Les mères qui habitaient aux zones périurbaines et rurales faisaient plus de dépression avec 84,9%. $X^2=4,35$; $P=0,0202$.

Tableau XXIXI:degré de malnutrition de l'enfant et degré de dépression de la mère

Degré de malnutrition	Dépression		Absence de dépression		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sévère	123	95,5	15	4,5	138	100
Modérée	122	88,0	40	12,0	162	100
Total	245	83,5	55	16,5	300	100

Les mères des enfants atteints de malnutritions sévères faisaient plus de dépression avec 95,5%. $X^2=34,75$ $P=0,0001$

Tableau XXXX: Désir de grossesse de la mère et dépression de la mère

Désir de grossesse de la mère	Dépression		Absence		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grossesse non désirée	43	89,2	5	10,8	48	100
Grossesse désirée	202	80,2	50	19,8	252	100
Total	245	81,7	55	18,3	300	100

Les mères qui avaient des enfants non désirés faisaient plus de dépression avec 89,5%.

$\chi^2=1,80$; $P=0,0847$.

5. Discussion

Pendant notre étude, nous avons retenu un échantillon de 300 mères des enfants malnutris, qui accompagnaient leurs enfants pour prise en charge nutritionnelle à l'unité de nutrition dans le district sanitaire de Nioro du Sahel. Cette étude nous a permis de déterminer la fréquence de troubles anxio-dépressifs chez les mères des enfants malnutris mais par ailleurs, notre étude n'élucide pas si toute fois ces troubles psychologiques (anxio-dépressifs) des mères concomitants à la malnutrition de l'enfant, sont antérieurs ou consécutifs à la malnutrition de l'enfant, autrement dit si ces troubles sont la cause ou la conséquence de la malnutrition de l'enfant.

A-ETUDE SOCIO –DEMOGRAPHIQUE :

1-La mère :

1-1 La tranche d'âge :

La tranche d'âge de 15-24 ans, était la plus représentée (137 mères) soit 45,7%, suivie de la tranche d'âge de 25-34 ans avec un âge médian de 24,5 ans. Parmi les mères des enfants malnutris les jeunes étaient les plus fréquents. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces jeunes n'ont pas l'expérience nécessaire pour couvrir les besoins nutritionnels et socio-affectifs de l'enfant. Ces résultats confirment les données du CILSS qui avait trouvé dans son étude analyse des causes de la malnutrition dans 3 pays du sahel : Mali, Tchad et Burkina Faso que la malnutrition poids pour taille est plus élevée chez les enfants dont les mères sont plus jeunes. Elle tend à diminuer quand l'âge de la mère augmente (CILSS 2008).

Nos résultats sont comparables à ceux de MAIGA Moussa dans son étude menée à Bamako (Mali) sur l'évaluation de l'état psychique des mères des enfants malnutris au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, qui avait trouvé que (48,0 %) de ses mères étaient jeunes avec un âge médian de (25,4 ans)(Maïga 2010). Comparables aussi à ceux de T. Baubet, dans son étude menée à Hébron (en Palestine) sur les facteurs psychiques dans les malnutritions infantiles en situation de post-conflit, qui avait trouvé que l'âge médian de la mère à l'inclusion était de 27,5 ans (24–33)(Baubet et al 2003).

1-3 Ethnie :

Les mères étaient des Peulhs dans 46% des cas, suivies des soninkés dans 37,3% des cas. Cela pourrait être dû au fait que notre étude a été faite à Nioro du Sahel (cercle), qui est une ville située en milieu peulh, soninké, maure.

Nos résultats diffèrent de ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé les Bambaras majoritaires dans (44%)des cas, suivies des Soninkés dans (15%) des cas (Maïga 2010).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que leur étude a été menée à Bamako (la capitale) qui est une ville située en milieu Bambara où se trouve la plupart des ethnies Maliennes dont les soninkés par suite d'exode rural

1-4 Provenance :

La plupart des mères vivaient dans les zones non urbaines avec (212/300) mères, soit 70,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la malnutrition survient rarement dans les groupes fortement intégrés socialement, elle est plus fréquente au contraire dans les quartiers où l'urbanisation est rapide hâtive et récente(**Colomb et al**).

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé (198/300) mères soit (66%), vivaient en milieu défavorisé (zones périurbaines et rurales) (**Maïga 2010**). Et ceux du CILSS qui avait trouvé que la malnutrition est plus prégnante en milieu rural qu'en milieu urbain. Les pays où la population est plus fortement urbanisée, ont une prévalence plus faible (**CILSS 2008**).

1-5 Niveau de scolarisation :

Dans notre étude 285 mères des enfants malnutris soit 95,5% étaient non scolarisées. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une mère instruite est mieux informée des soins et de l'alimentation appropriés pour ses enfants ; elle est plus encline aux respects des messages de prévention et de protection de l'enfant contre les maladies et la malnutrition ainsi qu'à la préservation d'un environnement propre et plus hygiénique(**CILSS 2008**).

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa et de KEITABintou qui avaient trouvé dans leurs études respectivement, que 76,0% et 76,7% des mères n'étaient pas scolarisées(**Maïga 2010, Keita 1989**).

1-6 Situation matrimoniale :

La majorité des mères(295) soit 98,3% étaient mariées. Ce fait pourrait s'expliquer par le dysfonctionnement du foyer ; La plupart de ces couples venant chercher du travail en ville, le mari en travail et la femme(mère) isolée avec l'enfant coupée de toutes les réalités sociales.

Ces résultats confirment ceux de MAIGA Moussa et de KEITA Bintou, qui avaient trouvé tous deux (2), que (83,3%) des mères étaient mariées(**Maïga 2010, Gasman 2004**).

2 L'ENFANT :

2-1 Age de l'enfant :

Les enfants âgés de 6-23 mois étaient les plus fréquents avec 84,3%. L'âge médian des enfants était de 18,9 mois et l'âge moyen à 32,5 mois. Ces résultats confirment les données du CLISS qui avait trouvé que le taux de malnutrition augmente avec l'âge de l'enfant de la naissance à (24 mois), cette tendance s'inverse très rapidement et de façon significative après (24 mois)(**CILSS 2008**).

Nos résultats sont comparables à ceux de MAIGA Moussa, qui avait trouvé que (84%) des enfants étaient âgés de (6-23 mois)(**Maïga 2010**). Mais nos résultats dépassent ceux de T. Baubet et de KEITA Bintou qui avaient trouvés respectivement que :

L'âge médian de l'enfant était (5mois) ;

L'âge moyen des enfants était (22,96mois).

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que :

Notre étude a concerné les enfants de (0-59mois) tandis que celle T. Baubet n'avait pris en compte que les enfants de (0-36mois) et celle de KEITA Bintou les enfants de (10-23 mois)(**Baubet et al 2003, Keita 1989**).

2-2 Sexe de l'enfant :

Le sexe féminin était le plus fréquent dans notre étude avec 178 cas soit 59,3%.

Nos résultats confirment ceux de T Baubet qui avait trouvé que (236/382) cas soit (62 %) des enfants étaient de sexe féminin(**Baubet et al 2003**).

Nos résultats sont différents de ceux du CLISS qui avait trouvé que (les filles de moins de 5 ans) sont relativement moins nombreuses que les garçons à être malnutries(**CILSS 2008**).

Nos résultats sont différents de ceux de KEITA Bintou, qui avait trouvé que le sexe masculin représentait (67,7%)(**Keita 1989**).

2-5 Désir de grossesse de la mère:

Les enfants qui étaient désirés par la mère étaient majoritaires à 85%.

Culturellement il est contraire à toute l'éthique de ne pas désirer un enfant .il sera donc impossible à une femme africaine de dire qu'elle n'a pas désiré un enfant, sans craindre l'opprobre des siens vivants et morts(**Geber 1985**).

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa, qui avait trouvé que (95%) des enfants étaient désirés par leurs mères (**Maïga 2010**).

B) ETUDE CLINIQUE :

1-L'ENFANT :

Malnutrition de l'enfant :

Dans notre étude sur les 300 enfants malnutris des mères recensées 162 soit 54 % présentaient une malnutrition modérée, 138 cas soit 46% une malnutrition sévère. Pour les enfants malnutris sévères nous avons 118 cas soit 85,5% de marasme ,20 cas soit 14,5% de kwashiorkor. Cette grande fréquence de malnutrition modérée dans notre échantillon pourrait s'expliquer par le fait que, notre étude s'est déroulée dans un district sanitaire.

Nos résultats sont différents de ceux de MAIGA Moussa, qui avait trouvé que (219) soit (73%) présentaient une malnutrition sévère, (81) cas soit (27%) une malnutrition modérée(Maïga 2010).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude s'est déroulée dans une unité consacrée uniquement à la prise en charge de la malnutrition particulièrement les cas sévères.

2-Relation mère enfant :

Les troubles de la relation mère-enfant étaient absents à 96,3%. Cela peut s'expliquer par le fait que notre échantillon est composé minoritairement de cas sévères de malnutrition, et le pourcentage des cas sévères que nous avons est constitué de 75,6% de marasme contre 16,7% de kwashiorkor. Ce qui pourrait confirmer les données des auteurs différents qui ont souligné que le kwashiorkor devait être compris dans le cadre de dysfonctionnements des interactions mère-enfant, et plus globalement de dysfonctionnements familiaux, et ont noté que ce trouble concernait généralement un seul enfant par fratrie(Geber 1996, Guedeney 1995).

Nos résultats sont différents de ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que la relation mère-enfant était disharmonieuse dans (87,3%) des cas(Maïga 2010).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son échantillon était constitué majoritairement des cas sévères de (219/300 soit 73% cas)(Maïga 2010).

3-La mère :

3-1) troubles dépressifs de la mère :

Dans notre échantillon, 245 mères soit 81,7% présentaient des troubles dépressifs. Cela vient confirmer des données connues de longue date. Dès les années 1950 en effet, des cliniciens comme Geber et Dean avaient établi l'importance des facteurs psychiques dans la kwashiorkor, maladie liée à une carence protéino-calorique, lorsqu'elle survient en dehors d'une période de pénurie alimentaire aiguë (Baubet et al 2003, Keita 1989).

Ces résultats dépassent ceux de MAIGA Moussa et de Bintou KEITA qui avaient trouvé respectivement que (55%, 56%) des mères avaient des troubles dépressifs (Maïga 2010, Keita 1989).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que tous deux (2), leurs études ont été réalisées à Bamako (capitale) qui est un milieu urbain.

3-2 Signes cliniques des troubles anxio-dépressifs chez la mère :

Au cours de notre étude 165/300 mères soit 55% présentaient des idées suicidaires, 281 des mères soit 93,7% présentaient une humeur dépressive, 166 des mères soit 55,3% présentaient un ralentissement psychomoteur. L'anxiété psychique était retrouvée chez 69,3% des mères et l'anxiété somatique chez 56% des mères.

Nos résultats confirment ceux de T. BAUBET et de KEITA Bintou qui avaient trouvé respectivement que :

Les symptômes anxieux étaient retrouvés chez (87%) des mères ;

L'anxiété généralisée chez (56,7%) des mères et l'angoisse somatique

Chez (63,3%) des mères (Bourillon 2000, Keita 1989).

3-2) Age de la mère et dépression :

Les mères âgées de 15-24 faisaient plus de dépression suivies des mères âgées de 25-34 avec des fréquences respectives 115 sur 139 soit 82,7%, 98 sur 121 soit 81%. La dépression était plus majoritaire chez les jeunes mères, avec $X^2 : 0,13$ $P : 0,7163$.

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et l'âge de la mère.

Cette fréquence élevée de dépression chez ces jeunes mères pourrait s'expliquer par l'inexpérience de ces mères jeunes face aux difficultés du maternage ; Mais aussi un autre facteur pourrait entrer en jeu, qui est la relation couple mère-enfant et père.

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les jeunes mères faisaient plus de dépression à (56,9/100, $X^2 : 0,63$ $P : 0,8895$) (Maïga 2010).

3-4) Niveau de scolarisation et dépression de la mère :

Les mères non scolarisées faisaient plus de dépression que les mères scolarisées soit respectivement 82,5% contre 66,7%, avec $X^2 : 1,44$ $P : 0,1185$

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et la scolarisation de la mère.

Cette fréquence élevée de dépression chez les mères non scolarisées pourrait être dû au fait du risque de dépression plus important chez les personnes sans diplôme ou avec un niveau d'études primaires, moindre chez celles ayant fait des études universitaires et qu'une scolarité d'au moins 12 ans serait un facteur de protection de la dépression. [28,30.2, 5,25]

Nos résultats sont différents de ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les mères non scolarisées faisaient plus de dépression à (59,6%, avec $X^2 : 8,30$ $P : 0,0040$)(Maïga 2010).

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le plus haut niveau scolaire de nos mères scolarisées s'arrête au primaire.

3-5) Provenance et dépression :

Les mères qui habitaient dans les zones péri urbaines et rurales faisaient plus de dépression avec une fréquence de 180 sur 212 soit 84,9%, avec $X^2 : 4,35$ $P : 0,0369$.

Ces valeurs traduisent qu'il y a une relation entre la survenue de la dépression et la provenance de la mère.

Ce fait pourrait s'expliquer par le fait que la mère avec son mari arrivent en ville pour faire fortune ; Finalement le couple se trouve en périphérie de la ville, vues les difficultés de logement au centre.

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les mères habitant dans les zones péri urbaines et rurales faisaient plus de dépression à (51,9%, avec $X^2 : 0,94$ $P : 0,0472$)(Maïga 2010).

3-6 Situation matrimoniale et dépression :

Dans notre étude les mères non mariées faisaient plus de dépression, à 100% avec $X^2 : 0,24$ $P : 0,3605$.

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et la situation matrimoniale de la mère.

Cette fréquence élevée de dépression chez les mères non mariées, pourrait s'expliquer par le fait que le célibat, le divorce, le veuvage, ainsi que le fait de vivre seul sont des situations familiales qui présentent une association forte avec la survenue d'une dépression(Christine et al 2005).

Nos résultats sont différents de ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les mères non mariées faisaient plus de dépression à (68,9%, avec $X^2 : 4,13$ $P : 0,0422$)(Maïga 2010).

Cette différence pourrait s'expliquer par le faible pourcentage des mères non mariées dans notre échantillon, 5/300 mères soit 1,6%.

3-7 Catégorie professionnelle de la mère et dépression :

Les ménagères faisaient plus de dépression, 243 cas sur 297 mères soit 83,8%, avec $X^2 : 0,01$ $P : 0,04565$.

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et la profession de la mère.

Cette fréquence élevée de dépression chez les ménagères pourrait être dû au fait, que le plus souvent, elles sont sans emploi donc sans revenu propre à elles.

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les ménagères faisaient plus de dépression à (58,8/100, avec $X^2 : 0,34$ $P : 0,5617$)(Maïga 2010).

3-8 Ethnie et dépression :

Les Bambaras faisaient plus de dépression, 23 sur 24 mères soit 95,8%, avec $X^2 : 0,00$ $P : 0,9535$.

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et l'ethnie de la mère.

Cette fréquence élevée de dépression chez les Bambaras, pourrait s'expliquer par le fait, que les femmes Bambaras s'intègrent et s'adaptent difficilement en milieu Peulhs, Soninkés, et Maures.

3-12 Désir de grossesse et dépression :

Les mères qui avaient des enfants non désirés faisaient plus de dépression avec une fréquence de 43 sur 48 soit 89,5%, avec $X^2 : 1,80$ $P : 0,1792$.

Ces valeurs traduisent qu'il n'y a pas de relation entre la survenue de la dépression et le désir de la grossesse.

Cette fréquence élevée de dépression chez les mères des enfants non désirés, pourrait s'expliquer par le fait que, ces grossesses sont le plus souvent contractées en dehors d'un mariage, ainsi ces mères jeunes sans expérience, sont le plus souvent abandonnées et laissées sans soutien, parce qu'elles ont violé un code de conduite sociale : celui de la sexualité.

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les mères des enfants non désirés faisaient plus de dépression à (71,4%, avec $X^2 : 1,60$ $P : 0,2057$)(Maïga 2010).

3-13 Malnutrition de l'enfant et dépression de la mère : Les mères des enfants atteints de malnutrition sévère faisaient plus de dépression, avec une fréquence de 123 sur 138 soit 95,5%, avec $X^2 : 8,61$ P : 0, 0033.

Ces valeurs traduisent qu'il y a une relation entre la survenue de la dépression et le degré de malnutrition de l'enfant.

KOUMARE et al ont rapporté le cas de l'enfant dit <<sereden>> au Mali, enfant né d'une procréation transgressive car ayant eu lieu dans le post-partum immédiat (**Moro 2000, Ferarie 2002**). La mère établit avec lui une relation marquée par l'ambivalence, son nourrissage pose problème, ce qui conduit à la malnutrition et à un risque de décès si un tiers comme une grand-mère ne le prend pas en charge. Ces tableaux cliniques sont favorisés par les migrations internes des familles, l'arrivée en zone suburbaine bouleversant les relations avec la famille élargie et les possibilités traditionnelles de suppléances.

D'un autre côté, l'état grave de l'enfant pourrait entraîner une décompensation affective chez la mère, du fait qu'une modulation permanente du visage (visage) de la mère, s'effectue en fonction de ce qu'elle perçoit de son bébé, de telle sorte qu'elle lui communique, par son regard, ce qu'elle a de lui (**Koumare et al 2000**).

Nos résultats confirment ceux de MAIGA Moussa qui avait trouvé que les mères des enfants atteints de malnutrition sévère faisaient plus de dépression à (34,7%, avec $X^2 : 34,75$ P : 0, 0000) (**Maïga 2010**).

6. Conclusion

Au Mali, la lutte contre la malnutrition est une préoccupation quotidienne qui concerne de nombreux agents de santé. Les facteurs psychologiques, ne sont que rarement, si non jamais pris en compte dans l'approche thérapeutique des enfants souffrant de malnutrition et dans l'établissement des programmes de soins nutritionnels. En dehors des crises alimentaires aiguës, la malnutrition infantile apparaît comme un trouble au déterminisme complexe dont les facteurs psychologiques de la mère.

Ainsi, il ressort de cette étude une forte fréquence des troubles anxieux dont 69,3 % d'anxiété psychique et 56,0 % des signes somatiques de l'anxiété. 81,7 % des mères présentaient un syndrome dépressif (58,0 % légère, 38,0 % modérée et 4,0 % de dépression sévère) selon la CIM 10. Cet état psychique et sa prise en charge doivent faire partie prenante des causes et traitement de la malnutrition.

7. Recommandations

Aux autorités administratives (Ministère de la santé)

- D'intégrer au cours des stratégies de prévention et de la prise en charge de la malnutrition chez l'enfant, les aspects psychologiques des mères.
- Créer d'autres services de psychiatrie à l'intérieur du pays pour assurer la formation du personnel socio-sanitaire de santé dans le domaine de la santé mentale afin d'assurer une large couverture sanitaire psychiatrique.
- Lutter contre la malnutrition.

Aux personnels de santé

- Informers les mères des enfants malnutris sur le rôle de leur état psychique dans la malnutrition de leur enfant,
- De tenir compte sur le plan curatif de la malnutrition de l'enfant, de l'état psychique de la mère.
- Renforcer la collaboration multidisciplinaire (Pédiatrie, Psychiatrie, Psychologie) pour une meilleure prise en charge de l'enfant malnutri et de la mère déprimée.

Aux mères des enfants malnutris

- De respecter rigoureusement le régime alimentaire prescrit par le personnel soignant ;
- De participer aux séances d'éducation nutritionnelle;

8. Références

1. **Bates JE, Claire A, Freeland B, LounsburyML.**, 1979. Measurement of infant difficulties .Child dev, ,50. N °3 (pp. 794-803).
2. **lerBaubet T Gabouiller, Grouil Belanger, VandiniSalgin.**, 2003. Facteur psychiques dans les malnutritions infantiles. 160(8) (pp. 611-613).
3. **Bourillon A.**, 2000. Pédiatrie pour le praticien 3ieme edition Masson Paris. (pp. 239-265) ;
4. **Bouville J.F.**, 1996. L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical, science sociale et santé; 14(1). (pp.103 -115).
5. **Bowlby J.**, 1978. Attachement et perte, voll L'attachement, Paris, PUF. 1ere édition. (pp. 318-346).
6. **Briley M, Stahl S.**, 2004. Understadin pain in depression .Hum psychopharmacolclinExp; 19:S1. Issu edited by LanHindmarch. S.Wessely. (pp.S1-S35).
7. **Christine C, David S, Guilbert P.**, 2005. Facteurs Sociodémographiques associés à l'épisodes dépressif majeur, enquête Anadep. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 42, boulevard de la libération 93203 Saint-Denis Cedex France. (pp.335-36).
8. **CILSS.**, 2008. Analyse des causes de la Malnutrition dans trois pays du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad, INSAH-juillet.
9. **Colomb .H et State P.**, 1969. Circonstance d'apparition des kwashiorkors observées dans le service de pédiatrie de l'hôpital universitaire de Dakar ; bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française, XIV, 4. (pp.809-819).
10. **Didier A.**, 2000. Pédiatrie. Collection Medline (pp.75-79).
11. **DNS-Mali.**, 2007. Manuel de référence sur la prise en charge de la malnutrition, Bamako. (pp .21-43).
12. **FangaJF.**, 1976. Infant recognition of invariant feasures of face. Childdev, 47.(pp.627-638).
13. **Ferarie P** 2002. Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, medecines sciences flamarion, rue casmir-delavigne, 75006 Paris.

- 14. Gasman I.**, 2004. Psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte, Masson Paris. (pp.82).
- 15. Geber M, DAN R, Francis A.**, 1955. Psychological factors in etiologi of kwashior bull Who 12. (pp.471-475).
- 16. Geber M.**, 1985. <<Examiner et traiter l'enfant Africain dans une approche culturelle >>Revue de l'infirmière.18. (pp.38-40).
- 17. Geber M.**, 1996. Psychothérapie d'un enfant atteint de Kwashiorkor. Devenir des enfants atteints du kwashiorkor. 8. (pp.23-40).
- 18. Gelder M, MayouR, Cowen P.**, 2005. Traité de psychiatrie. (pp.263, 267).
- 19. Guedeney A.**, 1986. Les aspects psychosomatiques de malnutritions proteino caloriques de la première enfance en milieu tropical Psychiatrie de l'enfant,; 29(2). (pp.155-189).
- 20. Guedeney A.**, 1995. Kwashiorkor, depression and attachment disorders. Lancet;346:1292. 346(8985). (pp.1151-1152).
- 21. ICIS.**, 2012. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.* (pp. 242-244). Canada.
- 22. Keita B.**, 1989. Malnutrition et troubles relationnels mères enfant en milieu urbain au Mali thèse médecine. (pp. 33-61).
- 23. Koumare B.**, 2000 Sere den, quand le nourrir questionne la naissance et la mort. L'autre Cliniques Cultures Sociétés;1. (pp.65-8).
- 24. Kremp L.**, 2004. Puériculture et pédiatrie. (pp.522-26).
- 25. Lamboy B., Leon C., Guilbert P.**, 2007. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre santé 2005. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 55, n° 3 : (pp. 222-7).
- 26. Lebovici S Storelu S.**, 1983. Le nourrisson la mère et le psychanalyste, Paris. Le centurion.(pp.377).

- 27.LemperiereTh, Feline A, Gutmann A, Ades C Pilate J** .Psychiatrie de l'adulte. Masson. (pp. 86).
- 28.Maïga M.**, 2010. L'évaluation de l'état psychique chez les mères des enfants malnutris dans le service de pédiatrie du CHU-GT au Mali. (pp.59-69).
- 29.Mazet PH, Storelu S.**, 1988. Psychopathologie du nourrisson et du petit enfant, Paris, Masson. 1 (pp.317).
- 30.Miquel-Garcia E, Keita B, Koumare B, Soula G.**, 2005. Malnutrition et troubles de la relation mère-enfant en milieu urbain au Mali. Psychopathologie Africaine X, 24, 2,(pp. 205-228).
- 31.Montagnier H.**, 1988. L'attachement les débuts de la tendresse, paris Odile Jacob. 30. (pp. 10).
- 32.Poro A.**, 1996. Manuel alphabétique de psychiatrie .clinque et therapeutique. 7 ieme édition presse universitaire de France, 1952,108, boulevard saint-germain, 75006Paris. (pp 188).
- 33.Rangger J, Aholi P.**, 1984. Manuel de puériculture et de pédiatrie en milieu tropical Africain Doin éditeurs 8, place d'Odéon 75006 Paris. (pp.2.42-2458).
- 34.Robert C, Rusconi S** 2000. Interaction du nourrisson avec ses partenaires. Encyclopédie medico chirurgical .édition scientifique et médicale Elsevier SAS, Paris psychiatrie 37. (pp.8).
- 35.Smith L. Haddadl C.**, 1999. Explaining Child malnutrition in developing countries : A cross country analysis, FCND discussion paper; n 60.
- 36.UNICEF.**, 2001. La situation des enfants dans le monde2002, Edition UNICEF, Paris.
- 37.Winnicott TDW.**, 1969. De la pédiatrie à la psychanalyse, paris. Payot. (pp.310-326).

Annexes

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DIA

PRENOM : Thierno Abdoulaye

TITRE DE THESE : Les troubles anxio-dépressifs chez les mères d'enfants malnutris dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012 -2013

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Pédiatrie, psychiatrie, Santé mentale.

RESUME :

La malnutrition demeure un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Au Mali la lutte contre la malnutrition est une préoccupation quotidienne qui concerne de nombreux agents de santé mais les facteurs psychologiques ne sont que très rarement pris en compte dans l'approche thérapeutique des enfants souffrant de malnutrition. Nous estimons que la malnutrition est un trouble à déterminisme complexe qui comprend des facteurs psychologiques et que la dépression maternelle est la principale cause psychologique. Notre étude a été réalisée de façon prospective pendant 9 mois et a pris en compte 300 mères des enfants malnutris. Elle avait comme but d'évaluer l'état psychique des mères des enfants malnutris. Le recueil des données s'est fait lors d'un entretien individuel avec les mères des enfants malnutris. Au terme de notre étude, la tranche d'âge de 15-24, était la plus représentée (137 mères) soit 45,7%, suivie de la tranche d'âge de 25 à 34 ans avec un âge médian de 25, 4 ans. Les mères étaient des ménagères dans la majorité des cas (283) soit 94,3%. Les mères étaient des Peulhs dans 46% des cas, suivies des soninkés dans 37,3% des cas. La plupart des mères vivaient en milieu défavorisé (zones périurbaines et rurales), 212 mères soit (70,7%), 285 mères soit 95,5% étaient non scolarisées. La majorité des mères (295) soit 98,3% étaient mariées.

Les troubles dépressifs étaient présents chez 81,7% des mères, 55% présentaient des idées suicidaires, 281 des mères soit 93,7% présentaient une humeur dépressive, 166 des mères soit 55,3% présentaient un ralentissement psychomoteur. L'anxiété psychique était retrouvée chez 69,3% des mères et anxiété somatique chez 56% des mères.

Mots clés : Etat psychique, dépression, relation mère-enfant, malnutrition.

FICHE D'ENQUÊTE

A-CARACTERISTIQUES SOCIOEPIDEMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

NOM.....

PRÉNOM.....

PROVENANCE...../...../

1-Zone urbaine

2-Zone péri urbaine

Age:.....Ethnie:.....

Situation matrimoniale...../...../

1-mariée

2-divorcée

3-célibataire

4-veuve

Niveau scolaire :

Profession :

B- ÉVALUATION DE L'ÉTAT PSYCHIQUE DE LA MÈRE (Echelle d'Hamilton)

Humeur dépressive

0-Absente

1-Ces états ne sont signalés que si on interroge le sujet

2-Ces états affectifs sont signalés spontanément (verbalement)

3-Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple par son expression faciale ; son attitude ; sa tendance à pleurer

4-Le sujet ne communique ces états que dans les communications spontanées

SENTIMENT DE CULPABILITÉ

0- Absents

1- S'adresse à des reproches (à lui-même), a l'impression qu'elle a causé des préjudices à des gens

2- Idées de culpabilités ou de ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables

3- La maladie actuelle est une punition

- 4- Entends des voix qui l'accusent, a des hallucinations visuelles menaçantes

SUICIDE

- 0- Absents
- 1- A l'impression que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue
- 2- Souhaite être morte ou équivalent, toute pensée de mort dirigée contre lui-même
- 3- Idée ou geste de suicide
- 4- Tentatives de suicide

INSOMNIE DU DÉBUT DE LA NUIT

- 0- Pas de difficulté à s'endormir
- 1- Se plaint de difficulté éventuelle à s'endormir, par exemple mettre plus d'une demie heure
- 2- Se plaint d'avoir chaque soir de difficulté à s'endormir

INSOMNIE DU MILIEU DE LA NUIT

- 0- Pas de difficulté à s'endormir
- 1- Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit
- 2- Elle se réveille pendant la nuit

INSOMNIE DU MATIN

- 0- Pas de difficulté
- 1- Se réveille de très bonnes heures le matin puis s'endort
- 2- Incapable de s'endormir si elle se réveille

TRAVAIL ET ACTIVITÉS

- 0- Pas de difficulté
- 1- Pensées et sentiments d'incapacité ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- 2- Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente ou bien décrite directement par le sujet, ou indirectement par son apathie ; son indécision et ses hésitations ; il a l'impression qu'il doit se forcer pour avoir une activité
- 3- Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité ; à l'hôpital coté 3 si sujet passe au moins 3h à des actes ; aide aux infirmiers ou thérapie occupationnelle à l'exception des tâches de routines de salle.

- 4- Arrêt de travail en raison de la maladie actuelle a coté 4 si le sujet n'a aucune autre activité que les taches de routine de salle ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

RALENTISSEMENT (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0- Pensé et langage normaux
- 1- Léger ralentissement à l'entretien
- 2- Ralentissement manifeste à l'entretien
- 3- Entretien difficile
- 4- Stupeur, entretien impossible

AGITATION

- 0- Aucune
- 1- Crispation, secousses musculaires
- 2- Joue avec ses mains, ses cheveux, sans cesse
- 3- Instable
- 4- Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

ANXIÉTÉ PSYCHIQUE

- 0- Aucun trouble
- 1- Tension subjective et irritabilité (anxiété légère)
- 2- Se fait des soucis à propos de problèmes mineurs
- 3- Attitude inquiète apparente dans l'expression faciale et le langage
- 4- Peur exprimée sans qu'on lui pose de question

ANXIÉTÉ SOMATIQUE

- 0- Absentes
- 1- Discrète (troubles digestifs, bouche sèche, diarrhée, colique, éructation)
- 2- Moyenne
- 3- Graves (palpitations, céphalées)

SYMPTÔMES GASTRO INTESTINAUX

- 0- Aucun
- 1- Perte d'appétit, mais mange lorsqu'elle est poussée par l'entourage, sentiment de lourdeur abdominale

- 2- Difficulté à manger en absence d'indication du personnel (demande ou a besoin de laxatif, de médicaments intestinaux gastriques)

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

- 0- Absents
- 1- Lourdeur des membres, dos ou de la tête, douleurs dorsales, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité

SYMPTÔMES GÉNITAUX (perte de la libido, troubles menstruelles)

- 0- Absents
- 1- Légers
- 2- Graves

HYPOCONDRIE

- 0- Absente
- 1- Attention concentrée sur son propre corps
- 2- Préoccupation sur sa santé
- 3- Plaintes fréquentes, demande d'aide, conviction d'être malade physiquement
- 4- Idées délirantes hypocondriaques

PERTE DE POIDS (d'après les dits du sujet)

- 0- Pas de perte de poids ;
- 1- Perte de poids probable liée à la maladie actuelle ;
- 2- Perte de poids certaine

PRISE DE CONSCIENCE

- 0- Reconnaît qu'elle est déprimée et malade ;
- 1- Reconnaît qu'elle est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage à un besoin de repos, etc. ;
- 2- Nie qu'elle est malade

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

Age en mois :.....

Sexe :.....

Rapport poids/taille :.....

Degré de malnutrition : /.....

1 Modérée

2-Sévère

Type de malnutrition aigüe sévère /..... /

Choix du prénom de l'enfant /.....

La grossesse était-elle désirée :.....

Le sexe de l'enfant est-il désiré

Attitude de la mère au cours des interactions :

Attitude de l'enfant au cours des interactions :.....

La Relation mère enfant paraissait : /...../

1-Harmonieuse

2-Disharmonieuse

Table Z score

A utiliser pour garçons et filles													
Taille debout	Poids Kg – Z-score						Taille debout	Poids Kg – Z-score					
	Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA		Poids Médian		Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA	Poids Médian	
cm	-4,0	-3	-2	-1,5	-1	0	Cm	-4,0	-3	-2	-1,5	-1	0
Utiliser la taille debout pour 87 cm et plus													
87	9,0	9,6	10,4	10,8	11,2	12,2	104	12,0	13	14	14,6	15,2	16,5
87,5	9,0	9,7	10,5	10,9	11,3	12,3	104,5	12,1	13,1	14,1	14,7	15,4	16,7
88	9,1	9,8	10,6	11	11,5	12,4	105	12,2	13,2	14,3	14,9	15,5	16,8
88,5	9,2	9,9	10,7	11,1	11,6	12,5	105,5	12,3	13,3	14,4	15	15,6	17
89	9,3	10	10,8	11,2	11,7	12,6	106	12,4	13,4	14,5	15,1	15,8	17,2
89,5	9,4	10,1	10,9	11,3	11,8	12,8	106,5	12,5	13,5	14,7	15,3	15,9	17,3
90	9,5	10,2	11	11,5	11,9	12,9	107	12,6	13,7	14,8	15,4	16,1	17,5
90,5	9,6	10,3	11,1	11,6	12	13	107,5	12,7	13,8	14,9	15,6	16,2	17,7
91	9,7	10,4	11,2	11,7	12,1	13,1	108	12,8	13,9	15,1	15,7	16,4	17,8
91,5	9,8	10,5	11,3	11,8	12,2	13,2	108,5	13,0	14	15,1	15,8	16,5	18
92	9,9	10,6	11,4	11,9	12,3	13,4	109	13,1	14,1	15,3	16	16,7	18,2
92,5	9,9	10,7	11,5	12	12,4	13,5	109,5	13,2	14,3	15,5	16,1	16,8	18,3
93	10,0	10,8	11,6	12,1	12,6	13,6	110	13,3	14,4	15,6	16,3	17	18,5
93,5	10,1	10,9	11,7	12,2	12,7	13,7	110,5	13,4	14,5	15,8	16,4	17,1	18,7
94	10,2	11	11,8	12,3	12,8	13,8	111	13,5	14,6	15,9	16,6	17,3	18,9
94,5	10,3	11,1	11,9	12,4	12,9	13,9	111,5	13,6	14,8	16	16,7	17,5	19,1
95	10,4	11,1	12	12,5	13	14,1	112	13,7	14,9	16,1	16,9	17,6	19,2
95,5	10,4	11,2	12,1	12,6	13,1	14,2	112,5	13,9	15	16,3	17	17,8	19,4
96	10,5	11,3	12,2	12,7	13,2	14,3	113	14,0	15,2	16,5	17,2	18	19,6
96,5	10,6	11,4	12,3	12,8	13,3	14,4	113,5	14,1	15,3	16,6	17,4	18,1	19,8
97	10,7	11,5	12,4	12,9	13,4	14,6	114	14,2	15,4	16,8	17,5	18,3	20
97,5	10,8	11,6	12,5	13	13,6	14,7	114,5	14,3	15,6	16,9	17,7	18,5	20,2
98	10,9	11,7	12,6	13,1	13,7	14,8	115	14,5	15,7	17,1	17,8	18,6	20,4
98,5	11,0	11,8	12,8	13,3	13,8	14,9	115,5	14,6	15,8	17,2	18	18,8	20,6
99	11,1	11,9	12,9	13,4	13,9	15,1	116	14,7	16	17,4	18,2	19	20,8
99,5	11,2	12	13	13,5	14	15,2	116,5	14,8	16,1	17,5	18,3	19,2	21
100	11,2	12,1	13,1	13,6	14,2	15,4	117	15,0	16,2	17,7	18,5	19,3	21,2
100,5	11,3	12,2	13,2	13,7	14,3	15,5	117,5	15,1	16,4	17,9	18,7	19,5	21,4
101	11,4	12,3	13,3	13,9	14,4	15,6	118	15,2	16,5	18	18,8	19,7	21,6
101,5	11,5	12,4	13,4	14	14,5	15,8	118,5	15,3	16,7	18,1	19	19,9	21,8
102	11,6	12,5	13,6	14,1	14,7	15,9	119	15,4	16,8	18,3	19,1	20	22
102,5	11,7	12,6	13,7	14,2	14,8	16,1	119,5	15,6	16,9	18,5	19,3	20,2	22,2
103	11,8	12,8	13,8	14,4	14,9	16,2	120	15,7	17,1	18,6	19,5	20,4	22,4
103,5	11,9	12,9	13,9	14,5	15,1	16,4							

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, 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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE