

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014

N°...../

Thèse

**ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES FACE A
LA DIARRHEE AIGUE CHEZ LES ENFANTS DE
MOINS DE 5 ANS DANS LA COMMUNE URBAINE
DE GAO (MALI)**



Présentée et soutenue publiquement devant le jury de
La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Monsieur Abdoulaye Maiga

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr. Samba DIOP

Membre : Pr. Akory AG IKNANE

Membre : Dr. Fatou DIAWARA

Directeur : Pr. Adama DIAWARA



DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **ADieu, Allah** : le Clémentet Miséricordieux
- **A son prophèteMohamed** (paix et salut sur lui)
- **A mon Père Dr Maiga Minkaila D.** : Cher papa tu seras toujours un modèle pour nous. Merci pour tout ce que tu nous as appris et donné. Tu as toujours voulu que nous apprenions au-dessus de tout : la crainte de Dieu, la simplicité dans la vie, le sens de l'hospitalité et la valeur de la famille. Dévoué pour la cause d'Allah tu t'es toujours investi pour les autres souvent même au détriment de ta famille. Tu nous as inculqué le sens de l'honneur, l'amour du travail, la rigueur dans le travail, l'humilité et le dégoût de l'injustice. Cher papa ce travail n'est que le reflet de ta clairvoyance, que ce travail soit le témoignage de notre indéfectible affection.
- **A ma Mère ZeinabaYounoussa** : Je dois ma réussite à ta générosité, ton amour pour les autres enfants ton courage, tes sacrifices. Ce modeste travail ne suffit certes pas à apaiser tes souffrances endurées, puisse-t-il cependant te donner réconfort et fierté, mais aussi être le témoignage de notre grand amour. Je souhaite de tout cœur qu'Allah te laisse encore parmi nous.
- **A mon épouse ZeinabaMazou** : Pour le soutien, sans faille, que tu n'as cessé de m'apporter. Ce travail porte ta marque. Tu as toujours été là au moment où il fallait. Tu as été à la fois ma conseillère, mon guide et surtout tu as fait preuve d'un amour indéfectible. Dieu merci pour t'avoir choisie pour moi. Puisses-t-il guider nos Pas et bénir notre Union.

REMERCIEMENTS

- **A Dr Maiga Diadié :** Il ya des actes qui sont au- dessus du remerciement, saches que la générosité et l'amour s'appellent Dieu. Qu'Allah le tout puissant te récompense de tout ce que tu faisais pour l'aboutissement de ce travail. Je te remercie de toute ton assistance, tes conseils et tout l'amour que tu m'as accordé
- **A Dr KalogaAissata :** Vous avez été un grand soutien pour moi, ce travail est aussi le vôtre. Merci infiniment.
- **A tous le personnel du centre de santé de référence en particulier le médecin chefet son adjoint ainsi que à ceux de l'Hôpital régional de Gao, en particulier ceux du service de pédiatrie et du service d'accueil des urgences :** Pour les encouragements, l'assistance et la disponibilité dont vous avez fait preuve. Vos apports ont été considérables dans l'élaboration de cette thèse.Recevez ici toute ma reconnaissance.
- **A Dr Coulibaly Antoine pédiatre (Hôpital Régional de Gao) :** Votre bonté, votre sagesse et votre sens de l'amour pendant tout ce long parcours ont contribué à la réalisation de ce travail. Que Dieu vous bénisse!
- **A mon logeur et oncle à Gao, Moussa Ouedrago ainsi qu'aux membres de toute sa famille** Trouvez ici dans ce travail ma profonde gratitude
- **A mes Amis (es) de la Faculté de Médecine :**Dr NouhoumTouré, Dr Boubacar Camara, Dr Mohamed Mariko,Dr Diallo Malick, Dr Aziz YacoubaMaïga, feu HoussamaMaïga (que ton âme repose en paix), Dr

Keita Mariam, Pierre Magma Konaté, Dr SeybaKané en souvenir des agréables moments passés ensemble, je vous souhaite plein de succès.

- **A la direction et au corps professoral de la F.M.O.S** : pour la qualité de l'enseignement reçu.
- **A tous mes maîtres des cycles antérieurs** :C'est vous qui avez posé les premières pierres de ce travail. Soyez en remercier et acceptez ici l'expression de ma très haute considération.
- **A tous les habitants de Point-G Village** :Badri et son grand frère Abdoulaye Kantao, Jeffrey, Dramé, Luda et tous les autres en souvenir.
- **A mes frères et sœurs** :Haoua, Moussa, Weyboncana et Djibril. L'unité familiale n'a pas de prix puisqu'elle demeure pour nous l'objectif premier. Ce travail est le vôtre, qu'il puisse vous servir d'exemple et vous inciter à faire mieux. Que Dieu consolide nos relations.
- **A mes oncles** :MazouDjibrilla,AbdrahamaneYounoussa, AllousseyiniYounoussa Vous n'avez ménagé aucun effort pour me voir réussir.
- **Aux cousins et cousines** : Dr Abdoulaye dit Papa Maiga, Dr Abdoul Aziz Yacouba, BintouMazou



HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Samba DIOP

- ✓ Maitre de conférences en anthropologie médicale
- ✓ Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique

Cher maître,

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

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

Veillez accepter cher maître, nos remerciements et trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Akory AG IKNANE

- ✓ Maitre de conférences en Santé Publique à la FMOS,
- ✓ Directeur général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA),
- ✓ Président du Réseau Malien de Nutrition (REMANUT),
- ✓ Secrétaire général de la Société Malienne en Santé Publique(SOMASAP),
- ✓ Ancien Chef du Service Nutrition à l'INRSP
- ✓ Ancien Directeur du GIE Santé pour tous

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce modeste travail.

L'opportunité nous est ainsi donnée pour vous faire part de l'estime et de l'admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous.

Votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous serviront de modèle dans notre carrière.

Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Fatou DIAWARA

- ✓ Médecin de Santé Publique, spécialisée en Epidémiologie
- ✓ Ancien Point focal des activités de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako
- ✓ Chef de Division Surveillance Epidémiologique de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA)

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme juge dans notre jury de thèse. Votre ouverture d'esprit et votre rigueur dans le travail sont un exemple éclatant que nous voudrions nous approprier pour notre propre carrière professionnelle.

Acceptez ici cher maître, notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PrAdama DIAWARA

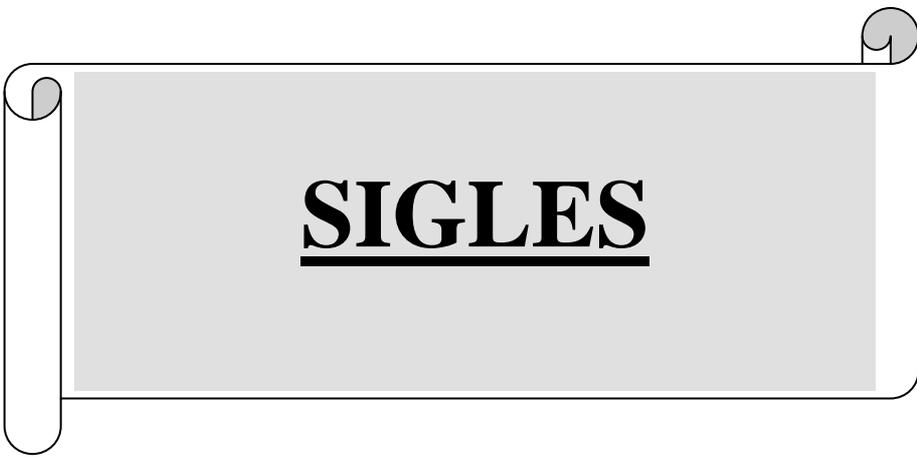
- ✓ Maître de conférences en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), Université de Bamako.
- ✓ Ancien chef de division assurance qualité et économie du médicament à la direction de la Pharmacie et du Médicament.
- ✓ Ex Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux
- ✓ Ex. Secrétaire Général du Ministère de la Santé
- ✓ Conseillé vaccination à l'Organisation mondiale de la santé

Cher Maître,

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

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

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



SIGLES

LISTE DES SIGLES

BDM : Banque de développement du Mali

BNDA : Banque nationale de développement agricole du Mali

CHU : Centre hospitalier universitaire

CS REF : Centre de santé de référence

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PNLMD : Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques

PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

RVO : Réhydratation par voie orale

SRO : Sels de réhydratation orale

SSS : Solution salée-sucrée

TRO : Thérapie par réhydratation orale

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

USAID : Agence des états-unis pour le développement international

VIH/SIDA : Virus immuno-humaine/Syndrome immuno-déficience acquise



TABLES DES
MATIERES

TABLES DES MATIERES

1. Introduction.....	1
2. Objectifs.....	4
2.1.Objectif général.....	5
2.2.Objectifs spécifiques.....	5
3. Généralités sur la diarrhée.....	7
3.1.La déshydratation.....	8
3.2.La malnutrition.....	8
3.3.Évaluer, classer l'enfant atteint de diarrhée.....	9
3.3.1.Évaluation de la diarrhée [10].....	9
3.3.2.Classer la diarrhée.....	9
3.4.Prise en charge de la diarrhée aiguë.....	11
3.4.1.Plan A : Traiter la diarrhée à domicile.....	11
3.4.2.Plan B : Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution SRO [10].....	14
3.4.3.Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère	18
3.4.4.Alimentation	20
4.Méthodologie	24
4.1.Cadre de l'étude.....	24
4.2.Type d'étude	29
4.3.Période d'étude	29
4.4.Population d'étude.....	29
4.5. Echantillonnage.....	29
4.5.1.Critères d'inclusion.....	30
4.5.2.Critères de non inclusion	30
4.5.3. Taille de l'échantillon.....	30
4.5.4. Variables étudiés.....	30
4.6.Plan de collecte des données	31
4.7.Plan d'analyse	31
4.8. Ethique.....	31
5.Résultats.....	33
5.1.Description de l'échantillon.....	33

5.2. Attitudes et pratiques des mères vis-à-vis de la diarrhée et son traitement.....	34
6. Commentaires et discussion.....	39
7. Conclusion et recommandations.....	47



INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé définit la diarrhée par l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour, ou à une fréquence anormale pour l'individu. Elle est généralement le symptôme d'une infection gastro-intestinale pouvant être causée par diverses bactéries, divers virus ou parasites [1].

La diarrhée est un important problème de santé publique pour la population infantile, et en particulier dans les pays en voie de développement. On compte environ 1,7 milliard de cas de diarrhée chaque année dans le monde [1]. Elle est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq et est à l'origine de 760 000 décès d'enfants par an [1].

Les pays développés sont moins concernés [2]. Avant l'âge de cinq ans, un enfant présente trois à neuf épisodes diarrhéiques par an. Dans certains pays en développement, un enfant fait jusqu'à 12 épisodes de diarrhée par an (Asie du sud Est ; Amérique du Nord ; Afrique sub-saharienne) [2].

Plusieurs facteurs concourent à la fréquence et à la gravité des diarrhées en milieu tropical : difficultés d'accessibilité à l'eau potable ; prévalence élevée des agents pathogènes dans l'environnement ; coïnfections avec la rougeole, l'infection VIH/Sida ; intrication avec la malnutrition protéino-énergétique et les avitaminoses ; association avec la drépanocytose et les schistosomes [3]. Selon la 4^{ème} enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-IV) en 2006 environ deux ménages sur trois (66 %) n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau (ajout de chlore ou d'eau de javel, filtrage à travers un linge ou utilisation d'un filtre à eau)[4]. Ces différents facteurs, couplés au déficit d'hygiène individuelle, font qu'au Mali les maladies diarrhéiques toutes causes confondues, constituent la 3^{ème} cause de consultation après le paludisme et les infections respiratoires aiguës [5]. Sa prévalence est de 19% chez les enfants de 0 à 5 ans. Enfin, la diarrhée est la 2^{ème} cause de mortalité infantile au Mali [6].

Les solutions pour lutter contre la diarrhée ne nécessitent pas de nouvelles découvertes scientifiques. Des interventions qui ont fait leurs preuves

existent. En effet, la recherche montre que des interventions, dont certaines sont à la portée des mères, donnent des résultats tangibles. On peut énumérer, notamment : 1) l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement au sein avec une alimentation complémentaire appropriée. Ces interventions réduisent les risques de diarrhée et diminuent la gravité des affections; 2) les sels de réhydratation orale (SRO) qui ont fait leur preuve comme traitement vital pour les enfants atteints de diarrhée [7].

Le service des maladies infectieuses pédiatriques du centre hospitalier universitaire (CHU) de Casablanca a effectué une enquête en 1990[8]. Celle-ci a permis d'évaluer le niveau des connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de traitement de la diarrhée dont 81% des mères interrogées estiment que la diarrhée peut être causée par la consommation de fruits de saison, 73% citent la poussée dentaire et 46% la sorcellerie. Les mains sales n'ont été évoquées que par 7,8% des mères. Pendant la phase initiale de diarrhée, 87% des mères donnent à leurs enfants des boissons en quantité accrue, dont le sel de réhydratation orale dans 9% des cas. L'étude montre également que l'automédication était une pratique fréquente, soit chez 84% des mères. Le délai moyen de consultation était de 5 jours [8].

Les résultats de la 4^{ème} enquête démographique et de santé au Malien 2006 nous donnent une indication du niveau de connaissance des mères sur la diarrhée. Elle montre que 66% des mères d'enfants de cinq ans et moins connaissent les sachets de SRO. Au cours des épisodes diarrhéiques, près de la moitié, soit 46% des enfants souffrant de diarrhée ont reçu la même quantité de liquide que d'habitude lorsqu'ils étaient malades. En ce qui concerne les aliments, 9% seulement des enfants ont eu leur alimentation augmentée, 33% ont reçu la même quantité. La majorité, soit 54% ont reçu un peu moins, beaucoup moins ou rien. Ces résultats indiquent que beaucoup de femmes dans la zone d'intervention manquent d'information concernant l'alimentation correcte des enfants durant la diarrhée. En effet, si 25% des enfants vivant dans la zone d'intervention ont vu leur

consommation de liquide augmentée que d'habitude pendant les épisodes de diarrhée, 34 % des enfants dans l'ensemble du Mali à l'EDSM-IV en 2006 ont vu leur consommation de liquide augmentée que d'habitude **[4]**.

Ce constat nous a poussés à réaliser cette étude dans la région de Gao afin d'évaluer les attitudes et pratiques des mères d'enfant de moins de 5 ans face à la diarrhée aigüe.



OBJECTIFS

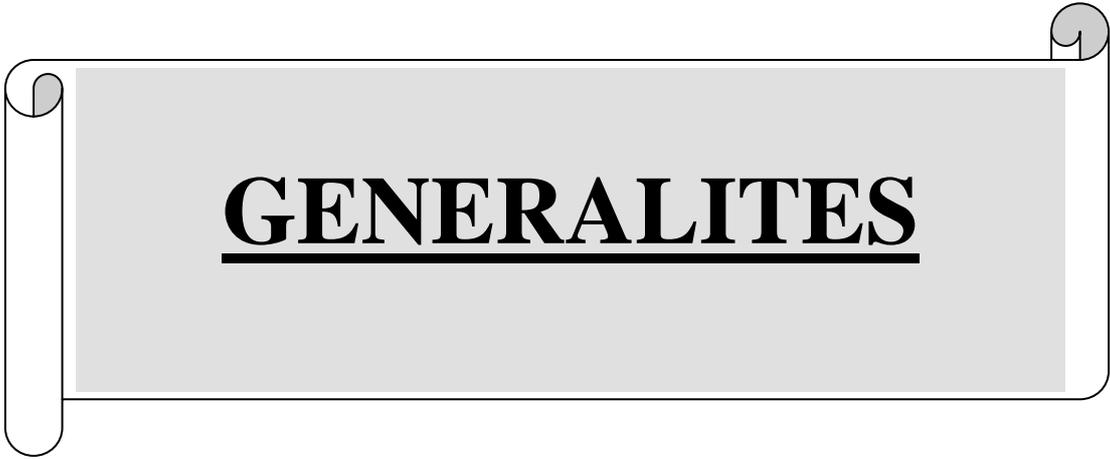
2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer les attitudes et pratiques des mères en matière de prise en charge de la diarrhée aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le pourcentage de mères évoquant la déshydratation comme la principale cause de décès de l'enfant de moins de 5 ans en cas de diarrhée aiguë dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.
- ✓ Déterminer le pourcentage de mères ayant déjà eu recours au comprimé de zinc dans le traitement de la diarrhée aiguë de l'enfant de moins de 5 ans dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.
- ✓ Déterminer le pourcentage de mères ayant continué l'allaitement en cas de diarrhée aiguë surtout chez les enfants de moins de 2 ans dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.
- ✓ Déterminer les pratiques alimentaires des mères en cas de diarrhée aiguë chez leur enfant diarrhéique dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.
- ✓ Déterminer les types de recours aux soins par les mères en cas de diarrhée aiguë de leurs enfants de moins de (5) cinq ans dans la commune urbaine de Gao (Mali) en 2012.



GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Définition de la diarrhée: [9].

La diarrhée est l'émission de selles molles ou liquides, au moins trois fois en 24 heures. Cependant, c'est la consistance plutôt que le nombre de selles qui importe le plus. L'émission fréquente de selles moulées ne traduit pas une diarrhée. Les enfants nourris exclusivement au sein émettent des selles molles, pâteuses, qu'il ne faut pas non plus assimiler à la diarrhée.

3.2. Types cliniques des maladies diarrhéiques :

Il est plus pratique de fonder le traitement de la diarrhée sur le type clinique de la maladie, facile à déterminer au premier examen de l'enfant. On distingue quatre types cliniques de diarrhée, associés chacun à la pathologie et aux troubles physiologiques principaux :

3.2.1. La diarrhée aqueuse aiguë (y compris le choléra),

qui dure moins de 14 jours. Le principal danger est la déshydratation. Une perte de poids survient également lorsque l'alimentation n'est pas poursuivie.

3.2.2. La diarrhée persistante,

qui dure 14 jours ou plus. Le principal risque encouru est la malnutrition et l'infection parentérale grave ; la déshydratation est également possible.

3.2.3. La diarrhée sanglante aiguë, également appelée dysenterie.

Les principaux risques sont les lésions intestinales, la septicémie et la malnutrition. D'autres complications, dont la déshydratation, sont également possibles.

3.2.4. La diarrhée accompagnée de malnutrition grave (marasme ou kwashiorkor) ;

Les principaux risques sont les suivants : les infections générales graves, la déshydratation, l'insuffisance cardiaque, les carences en vitamines et en sels minéraux.

NB : On entend par **diarrhée chronique (DC)**, l'augmentation de fréquence, de volume et/ou de liquidité des selles persistant depuis au moins

semaines. Les causes sont multiples. Les principales résultent d'une malabsorption, d'un mal digestion, ou d'une colopathie. La prise en charge de ces différents types de diarrhée doit permettre de prévenir ou de traiter les principaux risques de chacun d'entre eux.

3.3. La déshydratation :

Au cours de la diarrhée, l'organisme subit une perte accrue d'eau et d'électrolytes (sodium, chlorure, potassium et bicarbonate) par les selles liquides. La déshydratation apparaît lorsque ces pertes ne sont pas adéquatement compensées et que l'organisme présente un déficit en eau et électrolytes. Le degré de déshydratation est estimé en fonction des signes et symptômes qui reflètent la quantité de liquide perdu.

3.4. La malnutrition :

La diarrhée est en fait autant un problème d'ordre nutritionnel qu'un déficit hydro-électrolytique. Les enfants qui meurent d'une diarrhée, malgré une bonne prise en charge de la déshydratation sont en général gravement malnutris. La malnutrition à son tour contribue à renforcer la diarrhée, la maladie étant plus grave, prolongée, voir même fréquente chez les enfants malnutris.

3.5. Évaluer, classer l'enfant atteint de diarrhée

3.5.1. Évaluation de la diarrhée [10] :

L'état de l'enfant qui souffre de diarrhée est évalué en fonction de :

- la durée de la diarrhée,
- la présence de sang dans les selles afin de déterminer si l'enfant est atteint de dysenterie,
- signes de déshydratation.

Evaluer la diarrhée de l'enfant de 2 mois à 5 ans :L'enfant a-t-il la diarrhée ?Si oui, demander :

- .depuis combien de temps ?
- .y a-t-il du sang dans les selles ?

Observer et palper :

- .Observer l'état général de l'enfant, est-il :

Léthargique ou inconscient ?

Agiter et irritable ?

.Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés ?

.Offrir à boire à l'enfant : est-il incapable de boire ou boit-il avidement, est-il assoiffé ?

.Pincer la peau de l'abdomen, le pli cutané s'efface-t-il très lentement (plus de 2 secondes) ? , lentement (moins de 2 secondes) ?

3.5.2. Classer la diarrhée : Il y a trois classifications pour la diarrhée :

3.5.2.1. La durée de la diarrhée :

- Tout enfant qui a la diarrhée depuis 14 jours ou plus mais qui ne présente aucun signe de déshydratation est classé comme **DIARRHÉE PERSISTANTE**.
- Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus et si l'enfant souffre également de déshydratation sévère ou signe évident de déshydratation, classer **DIARRHÉE PERSISTANTE SEVERE**.

3.5.2.2. La présence de sang dans les selles :

L'enfant qui souffre de la diarrhée et dont les selles contiennent du sang, doit être classé **DYSENTERIE**.

3.5.2.2.1. La déshydratation :

Ily a trois classifications possibles de la déshydratation pour l'enfant qui a la diarrhée :

- **PAS DE SIGNE DE DESHYDRATATION**

Pas assez de signes pour classer comme signes évidents de déshydratation ou de déshydratation sévère.

- **SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION : deux des signes suivants :**

*Agité, irritable

*Yeux enfoncés

*Boit avidement, assoiffé

*Pli cutané s'efface lentement

- **DESHYDRATATION SEVERE : deux des signes suivants :**

- *Léthargique ou inconscient
- *Yeux enfoncés
- *Incapable de boire ou boit difficilement
- *Pli cutané s'efface très lentement

3.6. Prise en charge de la diarrhée aiguë : Le traitement a pour objectifs :

- Prévenir la déshydratation, s'il n'y a pas de signes de déshydratation ;
- Traiter la déshydratation, lorsque le malade est déshydraté ;
- Prévenir tout trouble nutritionnel en alimentant le malade pendant et après la diarrhée.

On peut atteindre ces objectifs en suivant le plan de traitement selon les recommandations de l'OMS dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

3.6.1. Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

Les enfants qui ne présentent pas de signes de déshydratation ont besoin d'une quantité supplémentaire de liquide et de sels pour remplacer les pertes hydro-électrolytiques dues à la diarrhée, faute de quoi des signes de déshydratation peuvent apparaître. Il faut expliquer aux mères les méthodes de prévention de la déshydratation à domicile en donnant à l'enfant d'avantage de liquide ; comment prévenir la malnutrition en continuant de l'alimenter ; leur expliquer l'importance de ces mesures. Il faut leur apprendre à reconnaître les signes indiquant qu'il faut présenter l'enfant à un agent de santé. Ces démarches sont résumées dans les trois règles du traitement à domicile.

- ✓ Première règle : faire boire l'enfant plus de liquide que d'habitude pour prévenir la déshydratation (annexe).
- ✓ Deuxième règle : continuer l'alimentation pour prévenir la malnutrition. Il faut poursuivre l'alimentation pendant la diarrhée et augmenter ensuite les quantités. Il ne faut jamais priver le malade de nourriture ni de diluer les aliments que l'enfant prend d'habitude. L'allaitement maternel sera

toujours poursuivi. Il s'agit de donner autant d'aliment riche en nutriments que l'enfant acceptera d'en prendre.

✓ Troisième règle : quand revenir ? les signes indiquant à la mère de revenir voir l'agent de santé immédiatement :

- L'enfant est incapable de boire ou de téter,
- devient plus malade,
- Il a de la fièvre.

Si l'enfant a la diarrhée, expliqué également à la mère qu'elle doit revenir avec l'enfant :

- Si les selles contiennent du sang,
- S'il boit difficilement.

Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les trois règles du traitement à domicile :

Donner d'avantage de liquide ; Continuer l'alimentation et Quand revenir.

1. Donner d'avantage de liquide (autant que l'enfant veut bien prendre).

➤ EXPLIQUER A LA MERE :

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment au sein et prolonger la durée de tétée.
- Que si l'enfant est nourri uniquement au sein, il faut lui donner une solution de SRO ou de l'eau propre en plus du lait maternel.
- Que si l'enfant n'est pas nourri uniquement au sein, il faut lui donner une ou plusieurs fois : solution de SRO, aliments liquides (soupe de poisson ou de viande plus légumes, lait caillé, eau de riz) ou eau propre.

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si :

- L'enfant était sous traitement par plan B ou C pendant la visite
- L'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave.
- APPRENDRE A LA MERE COMMENT MELANGER ET ADMINISTRE LA SOLUTION SRO.
- DONNER A LA MERE DEUX SACHETS DE SOLUTION SRO A UTILISER DOMICILE.
- MONTER A LA MERE QUELLE QUANTITE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE :
 - Jusqu'à 2 ans : 50 à 100ml après chaque selle liquide (1/2 à 1 louche SD)
 - 2 ans et plus : 100ml à 200ml après chaque selle (1 à 2 louches SD)
- Expliquer à la mère qu'il faut :
 - Donner fréquemment à boire dans une tasse par petites gorgées.
 - Si l'enfant vomit attendre 10 minutes puis continuer plus lentement.
 - Continuer à donner d'avantage de liquide jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. CONTINUER L'ALIMENTATION POUR PREVENIR LA MALNUTRITION :

Continuer à lui donner le sein fréquemment.

- Si l'enfant n'est pas nourri au sein, lui donner le lait habituel.
- Si l'enfant a 6 mois ou plus, ou prend déjà des aliments solides :
 - Lui donner aussi des céréales ou des féculents, mélangés si possible avec des légumineuses, des légumes et de la viande ou du poisson ; ajouter une ou deux cuillerées d'huile végétales.
 - Lui donner du jus de fruit frais ou de bananes écrasées qui apportent du potassium.
 - Lui donner des aliments fraîchement préparés, bien cuits et écrasés purée.
 - Encourager l'enfant à manger : lui donner à manger au moins six fois par jour.
 - Continuer à lui donner ces mêmes types d'aliments une fois que la diarrhée a cessé et lui donner un repas supplémentaire par jour pendant deux semaines.

3. QUAND REVENIR : amener l'enfant à l'agent de santé s'il ne va pas mieux dans les trois jours ou si l'un des symptômes suivants apparaît :

- ® incapable de boire ou de téter ; ® devient plus malade ; ® la fièvre ;
® boit difficilement ; ® vomissements répétés ; ® sang dans les selles.

3.6.2. Plan B : Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution SRO [7].

Les malades présentant des signes évidents de déshydratation doivent bénéficier de la thérapie par réhydratation orale (TRO) avec une solution SRO, dans un établissement de santé selon le plan du traitement B.

3.6.2.1. Composition de la solution SRO et action physiologique : la formule des sels de réhydratation orale (SRO) recommandée par l'OMS et par l'UNICEF est donnée dans le (**tableau I**) Les quantités indiquées conviennent pour la préparation d'un litre de solution, la concentration des éléments de cette solution est donnée dans le (**tableau II**) Convenablement préparée et administrée, la solution de SRO fournit à l'organisme des quantités adéquates d'électrolytes pour corriger les déficits dus à la diarrhée aiguë. La présence de potassium est importante, car la diarrhée aiguë provoque des pertes importantes de potassium, en particulier chez les enfants de bas âge. Le citrate ou le bicarbonate présent dans la solution a pour fonction de corriger l'acidose. L'absorption du sodium et de l'eau par l'intestin grêle est accélérée en présence de glucose. Ce fait est toujours vrai quelle que soit la cause de la diarrhée. Il constitue la base physiologique du traitement de réhydratation par voie orale au moyen de la solution de SRO. Les SRO contiennent assez de potassium pour corriger les pertes potassiques chez la plupart des malades atteints de diarrhée aiguë. Cependant aux malades qui souffrent de dénutrition sévère et présentant déjà un déficit substantiel en potassium avant le début de la diarrhée on administrera un supplément de potassium par voie buccale.

Cycle entéro-systémique de l'eau :

- En 24 heures, il transite par le tube digestif de l'adulte environ 1 à 1,5 litres de liquides dont :
- Secrétions digestives: Salive +suc gastrique+bile+suc pancréatique+ secrétions intestinale =7,5 litres/24 heures
- Eau de boisson et aliments 1 à 1,5 litres
- Toute cette quantité de liquide est absorbée et on ne retrouve dans les selles que 100 à 200 millilitres.

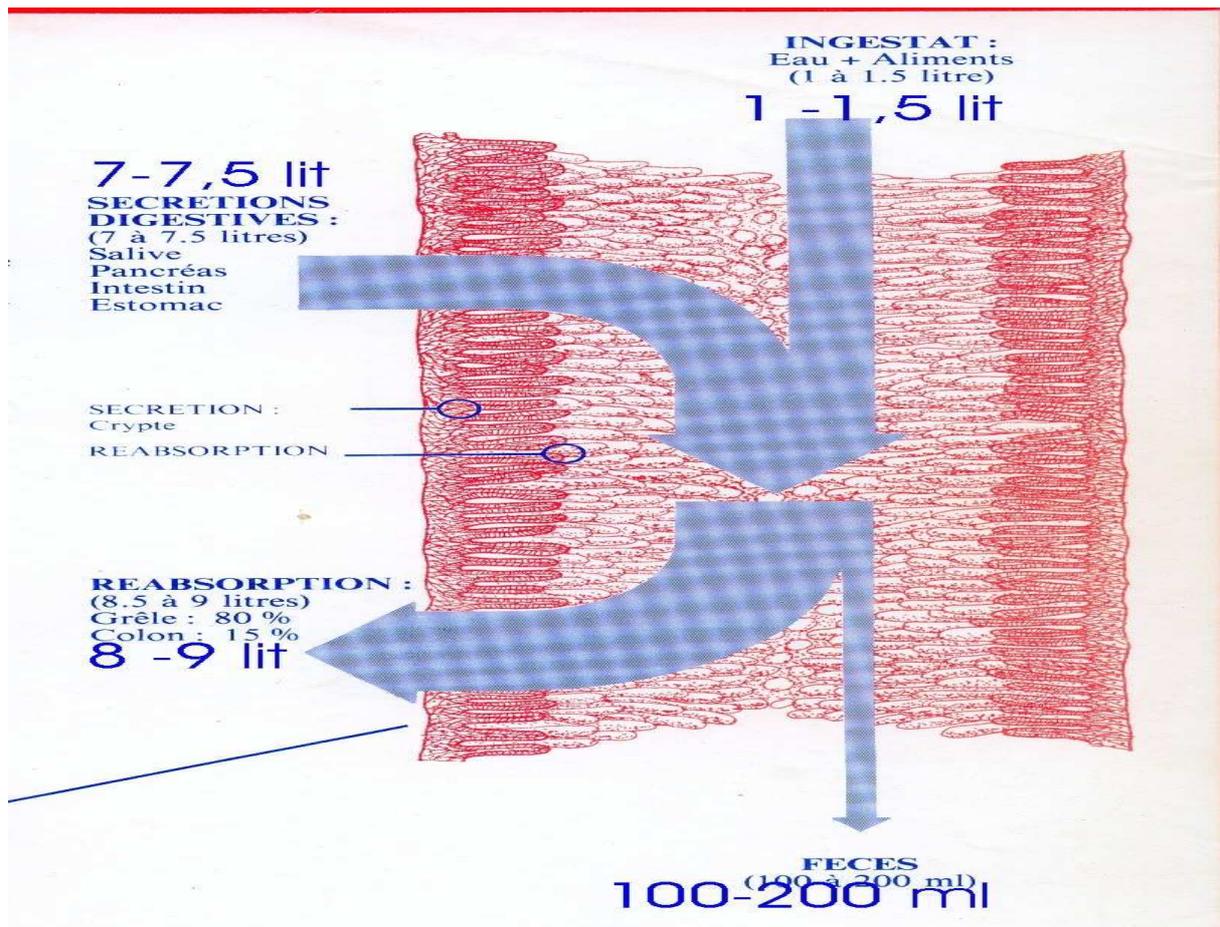


Tableau I : Composition en poids des Sels de Réhydratation Orale (SRO) [7].
Quantité indiquée pour la préparation d'un litre de solution de SRO

Ingrédients	Grammes / litres
Chlorure de sodium	3,5
Citrate tri sodique ou	2,9
Bicarbonate de sodium	2,5
Chlorure de potassium	1,5
Glucose anhydride ou	20
Saccharose	40

Tableau II : Concentration molaire des constituants de la solution SRO [7].

Constituants	Grammes/Litres	
	SRO citrate	SRO bicarbonate
Sodium	90	90
Potassium	20	20
Chlorure	80	80
Citrate	10	-
Bicarbonate	-	30
Glucose	111	111

3.6.2.2. ACCEPTABILITE DE LA SOLUTION SRO [7].

Il n'est pas toujours simple de faire accepter un «traitement» qui a l'aspect banal de l'eau et qui, loin de guérir la maladie évoquée en consultation, se satisfait d'endiguer les conséquences. De surcroît, ce n'est même pas un remède contre la diarrhée ! Tous ces «apparents défauts» de la solution SRO nécessitent une information soigneuse des parents. L'enfant, quant à lui, lorsqu'il est déshydraté accepte volontiers le SRO, dont le goût est pourtant à la fois salé et sucré. En revanche, un enfant non déshydraté refusera généralement d'en boire. Dans ce dernier cas, il suffit d'offrir des boissons dont la composition dès lors a nettement moins d'importance. On notera toutefois que les jus de pomme, contiennent des grandes quantités de fructose, pouvant induire en elle-même une diarrhée osmotique. L'utilité et l'efficacité du traitement de la gastro-entérite par SRO ont été clairement démontrées. Néanmoins, tant les médecins que les patients y restent plus ou moins réfractaires. La réhydratation lente (sur un délai de 24 heures) est encore souvent la préférence, ainsi que l'administration liquidienne IV, laquelle est perçue comme plus «sûre» par les médecins. Par ailleurs, les schémas thérapeutiques obsolètes faisant appel à la réintroduction progressive de l'alimentation, bien ancrés dans les habitudes, sont à ce jour appliqués. Leur mise en œuvre n'est pas bien cautionnée par les directives d'envergure internationale, qui sont basées, sur des études cliniques scientifiques.

La règle d'or impose aujourd'hui une réhydratation rapide, de préférence par SRO, ainsi qu'une réintroduction précoce de l'alimentation. Il est important de souligner que les SRO sont destinés à traiter et à prévenir les conséquences de la diarrhée, qui se traduisent par des phénomènes de déshydratation. L'échec de la réhydratation orale peut dicter le recours au traitement intraveineux, encore que ce type d'incident soit rare. La réintroduction précoce d'une alimentation adéquate accélère le rétablissement et empêche le passage de la diarrhée à la chronicité. La normalisation des selles et de l'appétit ne constitue pas l'objectif prioritaire du traitement. Suite à une réhydratation et à un rétablissement de l'état nutritionnel correctement menés, la guérison constitue en effet, un aboutissement naturel.

3.6.2.3. Inefficacité ou échec de la Réhydratation par Voie Orale [9].

Dans environ **5** pour **100** des cas, les signes de déshydratation ne disparaissent pas pendant la TRO ; il arrive même qu'ils s'empirent après une amélioration initiale. Les raisons en sont le plus souvent les suivantes :

- diarrhée aqueuse profuse (plus de **15** à **20** ml / kg / heure) ;
- apport insuffisant de solution SRO due à la fatigue ou à la léthargie ;
- vomissements fréquents et importants.

3.6.3. Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

On s'abstiendra d'alimenter l'enfant pendant les 4 premières heures de la réhydratation. Toutefois, les enfants qui suivent le plan B pendant plus de 4 heures doivent être alimentés toutes les 3 à 4 heures suivant le plan A. Il faut alimenter tous ceux qui sont âgés de plus de 6 mois avant de les renvoyer chez eux, afin de montrer aux mères qu'il est important de poursuivre l'alimentation durant la diarrhée. La voie intraveineuse n'est nécessaire que chez les malades sévèrement déshydratés et uniquement pour rétablir le volume sanguin et supprimer le choc hypovolémique. Bien qu'il existe plusieurs solutions intraveineuses toutes ne contiennent pas certains électrolytes nécessaires pour corriger le déficit observé chez le malade déshydraté suite à une diarrhée. Pour assurer le remplacement des électrolytes en quantité suffisante, une quantité de solution de SRO sera

administré dès que le malade est capable de boire même si les besoins initiaux en liquide sont assurés par voie intraveineuse. La solution de Ringer Lactate (ou soluté de Hartmann pour injection) est la meilleure solution disponible dans le commerce. Sa concentration en sodium est suffisante, contient une quantité suffisante de lactate métabolisé en bicarbonate pour corriger l'acidose ; la concentration en potassium par contre est faible et ne fournit pas de glucose pour prévenir une hypoglycémie. La solution de Ringer Lactate peut être utilisée dans tous les groupes d'âge pour corriger une déshydratation due à une diarrhée aigüe quelle qu'en soit la cause. L'administration rapide de SRO et la reprise aussi vite que possible d'une alimentation normale fourniront les quantités voulues de potassium et de glucose.

Lorsqu'on ne dispose pas de Ringer Lactate on utilise :

- Le sérum physiologique (ou soluté isotonique) est souvent facile à se procurer. Il ne contient pas de base pour corriger l'acidose, ne remplace pas les pertes en potassium cependant on peut y ajouter du bicarbonate ou du lactate de sodium (20 à 30 mmol/litre) et du chlorure de potassium (5 à 15 mmol/litre), mais cela suppose que l'on ait les solutions stériles appropriées.
- La solution de D'Arrow diluée de moitié (ou solution de lactate de potassium) contient moins de chlorure de sodium qu'il n'en faut pour corriger efficacement le déficit de sodium chez les sujets atteints de déshydratation sévère ; elle est préparée en diluant une solution de D'Arrow normale dans un volume égale de glucosé (50 ou 100 gr/litre).
- Le sérum physiologique dilué de moitié dans soluté glucosé (50 ou 100 gr/litre) ; comme la solution salée normale, il ne corrige pas l'acidose et ne remplace pas les pertes en potassium. De plus, il contient moins de chlorure de sodium qu'en exige une correction optimale de la déshydratation.

NB : la solution glucosée simple ne doit pas être utilisée car elle ne fournit que de l'eau et du glucose. Elle ne contient pas d'électrolytes par conséquent

ne remplace pas les pertes et ne compense pas l'acidose. Elle ne corrige pas efficacement l'hypo volémie.

3.6.4. Alimentation

L'enfant ne sera pas alimenté pendant les 4 premières heures de la réhydratation. Toutefois, les enfants qui suivent le plan B pendant plus de 4 heures doivent être alimentés toutes les 3 à 4 heures suivant le plan A. Il faut alimenter tous ceux qui sont âgés de plus de 6 mois avant de les renvoyer chez eux, afin de montrer aux mères qu'il est important de poursuivre l'alimentation durant la diarrhée.

Plan B : Traiter les signes de déshydratation avec une solution de SRO

- **Administrer au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de SRO recommandée**
- **DETERMINER LA QUANTITE DE SRO A ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIERES HEURES**
 - **N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de solution (de SRO nécessaire en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75.**
 - **Si l'enfant veut d'avantage de solution SRO, lui en donner plus**
 - **Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également**

AGE*	jusqu' à 4 mois	De 4 mois à 12 mois	De 12 mois à 2ans	De 2ans à 5ans
POIDS	<6kg	6-10kg	10<12kg	12-19kg
QUANTITE	100-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

100-200 ml d'eau propre pendant cette période.

- **Montrer à la mère comment donner la solution SRO**
 - **Donner fréquemment à l'enfant à la tasse, par petites gorgées**
 - **Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes, puis continuer plus lentement**
 - **Continuer à allaiter au sein quand l'enfant réclame.**
- **Après 4 heures**
 - **Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation**
 - **Choisir le plan approprié pour continuer le traitement**
 - **Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé**
- **Si la mère doit partir avant la fin du traitement**
 - **Lui montrer comment préparer la solution SRO à domicile**
 - **Lui montrer quelle quantité de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4heures à domicile.**
 - **Lui donner assez de sachet de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 sachets comme recommandés dans le plan A.**
 - **Expliquer les 3 règles du traitement à domicile**
 - 1. **DONNER PLUS DE LIQUIDE pour les liquides recommandés**
 - 2. **CONTINUER L'ALIMENTATION et**
 - 3. **QUAND REVENIR ? CONSEILLER LA MERE**

Voir plan A

voir annexe

PLAN C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

➤ Suivre les flèches si la réponse est « oui » faire ce qui est indiqué à droite. Si la réponse est « non » passer à la question suivante.

Commencer ici



Est-vous en mesure de procéder immédiatement à une perfusion intraveineuse (IV) ?

OUI

Commencer immédiatement la perfusion intraveineuse. si l'enfant est capable de boire, lui donner une solution de SRO par voie orale pendant que la perfusion est mise en place. Donner 100ml par KG de solution de Ringer lactate (ou si elle n'est pas disponible, une solution salée isotonique) comme suit :

AGE	Donner d'abord 30ml/Kg en :	Puis donner 70ml/Kg en :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure*	5 heures
Enfants (12mois à 5ans)	30 minutes*	2 1/2 heures

- Renouveler une fois le pouls est encore très faible ou imperceptible.
- Réexaminer toutes les 1-2 heures. Si l'hydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
- Donner également une solution de SRO (environ 5ml/Kg/heure) aussitôt que l'enfant est capable de boire (notamment après 3-4 heures pour les nourrissons et 1-2 heures pour les enfants)
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures et un enfant après 3 heures. Classifier la déshydratation ensuite. Choisir le plan approprié (A ; B ou C) pour continuer le traitement

NON

Le traitement IV est-il disponible dans les environs (dans les 30 minutes) ?

OUI

- Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur pour perfusion intraveineuse

- Si l'enfant est capable de boire, donner à la mère une solution de SRO et lui apprendre à donner fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route

Est-vous formé pour utiliser une sonde nasogastrique pour la réhydratation ?

NON

Commencer la réhydratation à l'aide d'une sonde (ou par voie orale) et la solution de SRO : administrer 20ml/Kg/heure pendant 6 heures (total : 120ml/Kg)

- Réexaminer l'enfant toutes les 1-2 heures
 - ✓ En cas de vomissements répétés ou de distension abdominale, administrer le liquide plus lentement
 - ✓ Si l'hydratation n'améliore l'état de l'enfant après 3 heures, transférer l'enfant pour perfusion intraveineuse
 - ✓ Après 6 heures, réévaluer l'enfant. Classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A ; B ou C) pour continuer le traitement.

OUI

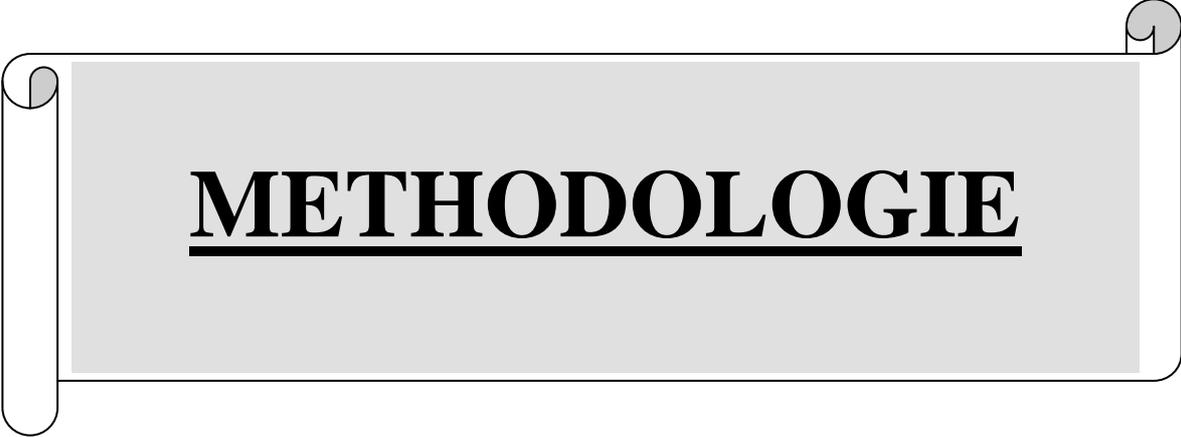
NON

Est-ce que l'enfant est capable de boire ?

Transférer d'urgence à l'échelon supérieur pour perfusion intraveineuse ou traitement naso-gastrique

REMARQUE

Si possible, garder l'enfant en observation pendant 6 heures au moins après la réhydratation pour s'assurer que la mère peut maintenir l'hydratation en administrant à l'enfant la solution de SRO par voie orale.



METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

La commune urbaine de Gao a servi de cadre pour le déroulement de notre étude.

4.1.1. Données géographiques et historiques

Ancienne capitale de L'empire Songhoï, la ville de Gao est la capitale de la 7^{ème} région du Mali au nord- est du pays. La commune de Gao est l'une des premières communes de la région de Gao. Elle est composée de 9 quartiers (Gadeye, Farandjiré, Aljanabanbia, Djoulabougou, Saneye, SossoKoïra, Boulgoundjé, Château et Djidara). La commune est limitée au Nord par la commune de Soni Ali Ber, au Sud par la commune de Gounzoureye, à l'Est par la commune d'Anchawadj et à l'Ouest par la commune de Gounzoureye. Le chef-lieu de la commune est Gao.

4.1.2. États des lieux

Traits physiques

Relief :le relief de la commune est très monotone et est Dominé par la présence de plaine surtout dans la vallée du fleuve Niger.

Climat:le climat à l'instar d'une grande partie des communes de la région est de type sahélien caractérisé par une alternance de 2 saisons : une saison sèche de 8 à 9 mois et une saison de pluie de 3 à 4 mois. Les quantités de pluie par an sont de l'ordre de 200 à 250 mm d'eau. Les principaux vents sont : le harmattan et la mousson.

Végétation :la végétation correspondante est la savane arborée avec prédominance d'espèce acacia. Les sols sont de type argilo sablonneux.

Hydrographie :la commune de Gao est traversée du nord au Sud par le fleuve Niger sur une distance d'environ 15 km.

Traits humains

Population : la commune compte une population d'environ 60.761 habitants répartie comme Suit : hommes 29.665 ; femmes31.091 sur la base desdonnées de la Direction Régionale du Plan et de la Statistique en 2004.

Ethnies: cette population essentiellement composée de Songhoï, de Tamasheq, de Peulh, Bambara, Dogon, Bozo, Yrouba, Haoussa, et Arabes.

Religion: la principale religion de la commune est l'Islam qui se divise en plusieurs confréries notamment la Tidjania, Kadria et autres. La seconde religion est le Christianisme qui comprend des Catholiques et des Protestants. On note la présence de plusieurs mosquées et de deux églises.

Mouvements migratoires : la migration de la population est surtout dirigée vers Mopti, Sikasso et Bamako. Une colonie importante de la commune se trouve au Niger au Ghana et au Nigeria.

Réalités économiques :

Activités économiques :

Les principales activités économiques de la commune sont :

L'agriculture : elle porte sur :

- la culture du riz de submersion libre dont la superficie cultivée est de 600 ha sur 700ha
- Le mil dunaire avec superficie cultivée de 5ha sur une superficie totale de 50ha.

Le maraîchage, activité pratiquée en bordure du fleuve avec une superficie cultivée de 70 ha sur une superficie totale de 100 ha. Il porte sur les légumineuses et les tubercules. Cette agriculture est tributaire des aléas climatiques mais bénéficie de la fertilité Alluvionnaire des sols

L'élevage : il est pratiqué par la majorité de la population et demeure extensif, cet élevage porte sur tout sur les ovins – caprins, et la volaille. Cet élevage comme l'agriculture est victime du manque d'organisation, d'équipement et d'encadrement des éleveurs.

La pêche: elle est pratiquée dans la vallée du fleuve Niger mais reste tributaire des aléas naturels : faible crue du fleuve, ensablement du fleuve. Ce secteur aussi connaît un problème d'organisation et d'équipement des producteurs.

Le commerce: c'est l'une des activités les plus importantes dans la commune. Il se manifeste par l'importation et l'exportation à travers la

commercialisation des produits d'articles divers, du bétail, du poisson, des produits artisanaux. La commune dispose de 5 marchés notamment le marché des légumes, du bétail et le marché des tissus, sel et divers (marché Washington). Les principales zones d'approvisionnement sont : la république du Niger, le Nigeria, l'Algérie, la Mauritanie, Le Burkina Faso, le Togo, la Côte d'Ivoire et enfin les villes de Mopti, Sikasso et Bamako

L'artisanat : il porte sur :

- Les produits de maroquinerie (sacs, chaussures, oreillers, pochettes...)
- Les produits de la forge : couteaux, houes, dadas, pioches, râteliers Binettes, haches....
- Les produits de la poterie : canaris, jarres, gouttières, etc. ; auquel il faut ajouter les bijouteries, les ateliers de confection de pirogues....

Le transport : ce secteur connaît de plus en plus un essor considérable. Il est assuré entre la commune et les communes voisines par des taxis brousse et des pinasses tandis que le transport inter urbain est assuré par de grandes compagnies de transport. Des gros porteurs font également le transport des marchandises entre la ville et d'autres villes ou d'autres pays.

Infrastructures : le degré d'équipement de la commune en infrastructures est moyen malgré les actions des ONG et Projets et de l'Etat malien. On note entre autres :

Ecoles : la commune compte au total 17 écoles primaires, 8 seconds cycles, un lycée, 4 instituts secondaires, 3 jardins d'enfants. Ces écoles toutes publiques connaissent également des problèmes d'équipement, de personnel enseignant et d'effectif pléthorique.

Santé humaine: la commune dispose de 5 centres de santé communautaires inégalement répartis. Il s'agit des centres de santé de Gadeye, d'Aljanabandia, Boulgounbjé et Château. La commune compte également un hôpital, un centre de santé de référence, un centre de protection maternel et infantile et 4 pharmacies de santé humaine. Ces infrastructures connaissent des problèmes de personnel, d'équipement et de dotation en médicaments.

L'hôpital régional de Gao : situé en plein centre-ville et couvre tout le cercle de Gao .Il possède plusieurs services dont :

- le service des urgences
- le service de pédiatrie (contenant l'unité de soins nutritionnels)
- le service d'anesthésie et réanimation
- le service de médecine interne
- le service de chirurgie

Santé animale : la commune de Gao ne compte qu'un seul parc de vaccination situé à Boulgoundjé. La commune dispose également de 4 pharmacies vétérinaires, une aire d'abattage et unaire d'abattoir frigorifique.

Aménagements hydro -agricoles et hydrauliques :l'équipement de la commune en aménagement hydro agricole est faible du fait de l'importance des superficies cultivables. Il existe une dizaine d'ouvrages de submersion contrôlée. Les digues de ceinture réalisées par les populations et les intervenants ne suffisent plus à sécuriser les champs contre les inondations et les poissons rhizophages. La commune dispose de l'adduction d'eau et de l'électricité.

Infrastructures marchandes : la commune compte au total 5 marchés journaliers notamment le marché des légumes, du bétail, le marché des tissus, sel et divers (marché Washington), la maison des artisans et le marché de nuit.

Banques de céréales : la commune dispose de 6 coopératives d'achat et de vente.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective.

4.3. Mode de recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens en mode face à face avec les mères. Le recueil des informations auprès de mères s'est effectué au niveau des structures de santé durant les jours ouvrables et les heures de service, au niveau des concessions après les heures de service et les jours non ouvrables.

4.4. Outils de recueil des données

Nous avons utilisé un questionnaire pour le recueil des données.

4.5. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 01 décembre 2011 au 30 Mars 2012.

4.6. Population de l'étude

Il s'agissait de :

- l'ensemble des mères d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de diarrhée le jour de l'enquête ou dans les 15 jours précédant.
- Tous les enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée le jour de l'enquête ou dans les 15 jours précédant.

4.6.1. Critères d'inclusion

Mères d'enfant de 5 ans et moins atteint de diarrhée vu dans un établissement de santé ou dans un ménage et qui accepte l'interview.

4.6.2. Critères de non inclusion

Mères d'enfants de 5 ans et moins ne pouvant se soumettre à l'interview pour raison de santé d'elle-même, ou événements malheureux survenus dans la famille affectant son moral, ou refus sans raison.

4.6.3. Échantillonnage

Nous avons procédé à un sondage aléatoire. Dans les structures de santé, les mères étaient sélectionnées au hasard en fonction de leur arrivée. En ville, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire pour la sélection des mères. Nous avons commencé devant le domicile du chef de quartier par jeter un stylo dont le bout indiquait la direction à suivre. Nous sommes

rentrés dans chaque concession à partir de la première en allant vers la droite. La direction était toujours la droite à la fin de la rue sans rentrer dans une rue déjà visitée.

Afin de ne pas inclure deux fois la même femme dans l'étude, nous avons dupliqué la section des renseignements sociodémographiques de notre fiche d'enquête qu'on remettait à la mère après l'interview dans la structure de santé. En ville, nous avons systématiquement demandé les mères si elles avaient reçu ce duplicata synonyme d'inclusion. Et dans le cas de l'affirmative, elles n'étaient plus interviewées.

4.6.4. Taille de l'échantillon

Nous avons calculé la taille de l'échantillon par la formule de Daniel Schwartz. Nous avons utilisé la fréquence de diarrhée de 10,54‰. Dans l'annuaire statistique 2011, Gao a enregistré 2 483 nouveaux cas de diarrhée (cas incidents) sur un total de 235 505 chez les enfants de moins de 5 ans [11].

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

$z = 1,96$ pour un risque α de 5%

$p = 10,54 = 0,11$

$q = 1 - p = 1 - 0,11 = 0,89$

$i = 0,05$ pour une précision de 95%

$n = 150,43 \approx 150$

4.6.5. Variables étudiées

Nous avons étudié les variables ci-dessous :

- Paramètres Socio démographiques des parents : Age, profession, niveau d'étude ;
- Paramètres des enfants : Age et sexe ;
- Attitudes et pratiques des mères : Alimentation, allaitement et réhydratation.

4.7. Plan de collecte des données

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire préétabli. A cet effet nous avons expliqué les objectifs de notre étude aux mères d'enfants. Après avoir obtenu leur consentement, nous avons vérifié que les enfants répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Lorsque c'était le cas, nous avons d'abord enregistré les variables sur l'identité des enfants et des parents. Et ensuite chaque mère a été interrogée de façon confidentielle sur ses attitudes et pratiques chez l'enfant diarrhéique

4.8. Plan d'analyse

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 3.3.2. Nous avons procédé à des calculs de pourcentage et les résultats présentés sous forme de tableaux.

4.9. L'éthique

Pour toutes les mères ayant fait l'objet de l'enquête un consentement éclairé individuel verbal est obtenu.



RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Description de l'échantillon :

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des mères

	n	%
Type de structure	150	
Hôpital régional		42,7
Cs réf		25,3
Cscom		24,7
Domicile		7,3
Provenance	150	
Milieu urbain		90,0
Milieu rural	10,0	
Niveau d'instruction des mères	150	
Aucun		52,7
Primaire		21,3
Secondaire et plus		26,0
Profession des mères	150	
Ménagère		66,7
Élève et étudiante		12,7
Enseignante		8,7
Secrétaire		5,3
Commerçante		4,0
Agente comptable		2,0
Infirmière		0,6

Ce tableau montre qu'une grande majorité des mères de notre échantillon d'étude provenait du milieu urbain, soit 90% d'entre eux. En cas de diarrhée de leurs enfants, plus de 92% des mères ont eu recours aux formations sanitaires, dont un peu moins de la moitié qui utilisent l'hôpital régional. Une grande majorité des mères des enfants était ménagère, soit 66,7%. Plus de la moitié d'entre elles était analphabète, soit 52,7%.

Tableau IV : Caractéristiques démographiques des enfants

	n	%
Age des enfants en mois	150	
0-11		31,3
12-23		40,7
24-48		28,0
Sexe des enfants	150	
Masculin		64,7
Féminin		35,3

Les enfants appartenait majoritairement à la classe d'âge de moins de deux ans, soit donc plus de 70% d'entre eux. L'âge moyen des enfants était de 17,9 mois. La majorité des enfants était de sexe masculin, soit 64,7%.

5.1. Attitudes et pratiques des mères vis-à-vis de la diarrhée et son traitement

Tableau V : Causes de décès des enfants diarrhéiques selon leurs mères.

	n=150	%
Déshydratation		59,3
Selles liquides fréquentes et abondantes		8,0
Vomissement		3,3
Fièvres		3,3
Sang dans les selles		1,3
Je ne sais pas		24,8

La déshydratation était la plus citée par les mères comme principale cause de décès en cas de diarrhée, soit par 59,3% d'entre elles.

Tableau VI : Administration de traitement aux enfants diarrhéiques par leurs mères pendant les premières 24 h.

	n	%
Recours au traitement médicamenteux	150	
Antibiotiques		23,3
Médicament traditionnel		16,7
SRO + Cp de Zinc		16,0
Rien		44,0
Antibiotiques administrés aux enfants	24	
Métronidazole sirop		58,3
Amoxicilline sirop		25,0
Cotrimoxazole sirop		16,7

Près de la moitié des mères n'ont pas fait recours à aucun traitement en cas de diarrhée.

Tableau VII : Continuation de l'allaitement des enfants non sevrés de deux ans et moins en cas de diarrhée.

	n=83	%
Mères ayant continué l'allaitement		90,3
Mères ayant interrompu l'allaitement		9,7

Une très grande majorité des mères ont continué l'allaitement pendant la diarrhée de l'enfant (90,3%).

Tableau VIII : Administration d'aliments liquides aux enfants par leurs mères en cas d'épisode de diarrhée.

	n	%
Administration de repas liquide aux enfants	150	
Mères ayant continué l'administration de repas liquide		49,3
Mères ayant interrompu l'administration de repas liquide		50,7
Fréquence d'administration de repas liquide	74	
Moins que d'habitude		47,3
Comme d'habitude		28,4
Administration de repas liquide au début, puis arrêt		23,0
Plus que d'habitude		1,3

La moitié des mères ont continué l'administration d'aliments liquides chez leurs enfants après un épisode de diarrhée aigüe.

Tableau IX : Administration d'aliments solides aux enfants par leurs mères en cas d'épisode de diarrhée.

	n	%
Administration de repas solide aux enfants	150	
Mères ayant continué l'administration de repas solide		30,7
Mères ayant interrompu l'administration de repas solide		69,3
Fréquence d'administration de repas solide	46	
Moins que d'habitude		50,0
Comme d'habitude		34,8
Administration de repas liquide au début, puis arrêt		15,2
Plus que d'habitude		1,3

En ce qui concerne la continuation de l'alimentation solide, c'est seulement un peu moins d'une femme sur trois qui mettaient en œuvre cette pratique.

Tableau X : Utilisation des services de santé par les mères en cas de diarrhée chez leurs enfants.

Recours	n=150	%
Centres de santé (hôpital, CS Réf et Cscm)		56,3
Dépôt de pharmacie		17,2
Tradithérapeute		17,2
Famille et amis		6,2
Accoucheuse traditionnelle		3,1

En cas d'épisode de diarrhée aigüe chez leurs enfants, 73,5% des mères ont eu recours aux centres de santé (hôpital, CS Réf et Cscm), et au dépôt de pharmacie.



COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Sur notre échantillon de **150 enfants** de moins de 5 ans, **64,7%** était des garçons. L'âge moyen des enfants était de 17,9 mois (**Tableau IV**). La tranche d'âge de **12 à 23 mois** était la plus représentée dans notre échantillon, soit de **40,7%** (**Tableau IV**). Cette répartition correspond à celle que l'on retrouve dans des calculs d'incidence de la maladie au sein des populations infantiles. Dans l'étude menée par Shelby E et al. en 2012 au Burkina-Faso [10] l'incidence de la diarrhée au sein de la tranche d'âge de **12 à 23 mois** était de **48,8%**. Cependant, l'étude menée par Sanou I et al. en 1999 [12] trouvait que la diarrhée était plus fréquente dans la tranche d'âge de **0 à 11 mois**, tout comme dans l'étude de Coulibaly A et al. en 1990 [13]. Les tranches d'âges concernées par une forte prévalence de la diarrhée sont aussi les moments à partir desquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent à la période pendant laquelle les enfants commencent explorer leur environnement et sont, de ce fait davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes.

La déshydratation comme cause principale de décès en cas de diarrhée est relativement bien connue par les mères des enfants de moins de cinq ans. En effet, **59,3%** des mères citent la diarrhée comme principale cause de décès. La littérature scientifique montre que dans la plupart des cas de décès en cas de diarrhée infantile, les sujets meurent en fait de déshydratation sévère par pertes hydriques. Aussi, dans notre étude, en citant les principales causes de décès en cas de diarrhée, les mères ne placent aucun autre événement avant la déshydratation. Les autres événements considérés comme causes de décès ne sont que faiblement cités. Cependant, avec **40,0%** des mères qui ne considèrent pas la déshydratation comme principale cause de décès en cas de diarrhée, on peut affirmer que le niveau de connaissance sur les causes de la diarrhée n'est pas si élevé que cela paraît et qu'il y a lieu de travailler à l'améliorer au sein de la population de Gao. Cette proportion inclut une femme sur quatre de la population totale

des mères qui disent n'avoir aucune idée sur les causes de décès des enfants en cas de survenue de la diarrhée.

Nos résultats montrent que **50,0%** des mères interrompent l'administration d'aliments liquides en cas de diarrhée chez leurs enfants et seulement un tiers d'entre elles continuent avec l'alimentation solide. De plus, la majorité des mères qui continuent à alimenter leurs enfants leur administrent des quantités inférieures à celles utilisées avant la survenue de la diarrhée. Ceci pourrait indiquer qu'elles croient qu'un certain degré de sous-alimentation est nécessaire pour guérir une diarrhée et qu'il faut éviter à l'enfant d'absorber des liquides. Des études antérieures montrent qu'une telle croyance est bien répandue. Il s'agit là d'une déduction logique qui découle de l'observation que l'absorption d'aliments stimule la production des selles [14].

Il convient de préciser que les pratiques concernant l'alimentation pendant les épisodes de diarrhée ne sont pas conformes aux recommandations de l'OMS. En effet, l'OMS recommande de continuer l'alimentation solide durant la diarrhée [15]. Par ailleurs, si l'on considère l'administration de repas solides, on trouve des résultats comparables aux données de l'enquête démographique et de santé. Nous avons trouvé que chez les mères ayant continué l'administration de repas solides, c'est seulement dans **34,8%** des cas que l'alimentation n'as pas changé. Cette proportion était de **31,0%** dans l'EDSM-IV [16] et dans de Koné A en1989 [17] qui trouve 33,2% pour les régions de Kayes, Gao, Ségou et le district de Bamako et **42,8%** pour la seule région de Gao. Pour **50,0%** des enfants ces rations alimentaires ont été diminuées ; l'étude de Koné A en1989[17]a montré que les rations ont diminué pour **48,1%** des enfants dans les régions de Kayes, Ségou, Gao et le district de Bamako et pour seulement **25,7%** des enfants de la seule région de Gao. Par contre, les rations alimentaires ont diminué pour **43,0%** des enfants selon l'EDSM-IV en 2006. Ces chiffres sont également proches de l'étude menée par Briqueu Ven 2004 au Cameroun [18] selon lequel **32,9%** des mères ont donné la même quantité de repas solide et **51,8%** ont diminué l'administration.

En ce qui concernant la réhydratation, les études montrent qu'il convient de donner plus de liquide durant un épisode diarrhéique afin de compenser les pertes [19]. Sur les **49,3%** des enfants ayant bénéficié de la continuation de l'administration de repas liquides durant l'épisode diarrhéique, seulement **1,3%** ont reçu plus de liquide que d'habitude. Ce taux est très faible si on le compare au taux enregistré au cours de l'EDSM-IV en 2006 [16] (**35,0%**) et à celui de Koné A en 1989 (**41,3%**) [16]. **28,4%** des enfants diarrhéiques ont reçu environ la même quantité d'aliment liquide que d'habitude ; ce taux est de **31,0%** selon l'EDSM-IV en 2006 [16], de **31,7%** pour l'ensemble des 3 régions et le district de Bamako et de **39,5%** pour la seule région de Gao selon Koné A en 1989 [17]. En revanche, **47,3%** des enfants ont reçu moins d'aliments liquides que d'habitude. Ce taux est beaucoup plus élevé que celui de l'EDSM-IV en 2006 (**30%**) [16]. Il est également plus élevé que les taux trouvés par Koné A en 1989 [17] : **24,9%** pour l'ensemble des 3 régions et le district de Bamako et **15,4%** pour la seule région de Gao. Comparée à celle trouvée par Briquet V en 2004 [18] dans son étude seule la proportion des mères ayant donné la même quantité est proche de notre cas de figure soit **27,1%** sinon dans la proportion des mères ayant donné plus de repas liquide ce taux est plus élevée que dans notre contexte soit **54,1%** et beaucoup plus bas dans la proportion des mères ayant donné moins, soit **18,8%**. Ces résultats indiquent qu'une forte proportion de femmes n'applique pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu'elles leur font courir des risques accrus de maladie et de décès (**Tableau VIII, IX**).

Le lait maternel est un aliment irremplaçable dans l'alimentation de l'enfant [15]. Il est stérile, transmet les anticorps de la mère à l'enfant et contient tous les éléments nutritifs et hydratants nécessaires pendant les 6 premiers mois d'existence [15]. Les recommandations de l'OMS [15] par rapport à l'allaitement maternel sont: allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois et poursuite de l'allaitement pendant les 2 premières années. **90,3%** des enfants non sevrés de la tranche d'âge de 0-23 mois, ont continué à prendre le lait maternel pendant la diarrhée (**Tableau VII**). Ce résultat est

inférieur à celui de de Shelby E en 2012[10], où **98,8%** des enfants ont continué avec cet allaitement durant l'épisode diarrhéique et au taux trouvé Briqueu V en 2004[18] dans son étude selon lequel **99,2%** des mères ont allaité leur enfant.

La population d'étude a très majoritairement recours aux formations sanitaires en cas de diarrhée chez leurs enfants. Pendant les premières 24 h qui ont suivi le début de la diarrhée, **46,0%** des mères ont entrepris un traitement contre **44,0%** qui n'ont rien donné ce qui laisse croire qu'elles considèrent l'épisode diarrhéique comme passager (**Tableau VI**). La proportion des mères déclarant avoir entrepris un traitement est relativement plus élevée que celle de l'EDSM-IV en 2006 où seulement que **18,0%** des enfants ont été traité au cours de leur épisode de diarrhée. L'établissement sanitaire a été le premier recours en cas de diarrhée soit chez **56,3%** des mères, suivi du tradithérapeute (**17,2%**) et du dépôt de pharmacie (**17,2%**) et enfin du traitement à domicile soit **6,2%**. Selon l'EDSM-IV en 2006 [16], les taux de fréquentation des établissements sanitaires par les mères dans la région de Gao ainsi que le district de Bamako en cas de diarrhée sont respectivement **29,0%** et **31,0%**. Dans son étude Dans son étude Koné A en 1989[17] trouvait que le traitement à domicile était le recours le plus fréquent avec un taux de **77,6%** suivi de l'établissement sanitaire avec un taux de **35,8%**, le tradithérapeute avait le taux le plus bas soit **3,0%** sur l'ensemble des 3 régions enquêtées avec le district de Bamako.

En ce qui concerne le traitement, **23,3%** des mères déclarent avoir donné des antibiotiques à leurs enfants diarrhéiques (**Tableau VI**), cette proportion est comparable à celle obtenu par Olufemi G O en et al. en 2012[20] selon laquelle **23,6%** des mères ont donné des antibiotiques à leur enfant au cours leur diarrhée et parmi ces antibiotiques le métronidazole sirop était le plus donné soit avec un taux de **58,3%** suivi de l'Amoxicilline soit **25,0%** et en fin du Cotrimoxazole sirop avec un taux de **16,7%**.

Le recours aux médicaments traditionnels concernait **16,7%** des mères. Comparé à **70,6%** trouvé par Koné A en 1989[17] sur l'ensemble de ces 3 régions enquêtées avec le district de Bamako ce taux est très faible.

Seulement **16,0%** des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu des sachets de SRO, ce taux est proche de celui de l'EDSM-IV en 2006(**14,0%**)[16] mais très faible si on le compare à ceux que Shelby E. en 2012[10] qui a trouvé **24,4%** et A. Koné [17] qui a trouvé **25,9%**.



CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. Conclusion

Les deux tiers des mères évoquent la déshydratation comme principale cause de décès de l'enfant de moins de cinq ans en cas de diarrhée.

Lors des diarrhées, les mères continuent majoritairement à allaiter les enfants.

Un peu moins de la moitié des mères ont donné des repas liquides à leur enfant diarrhéique et cela moins que d'habitude.

Une (1) femme sur trois (3) a donné du repas solide à l'enfant et cela moins que d'habitude.

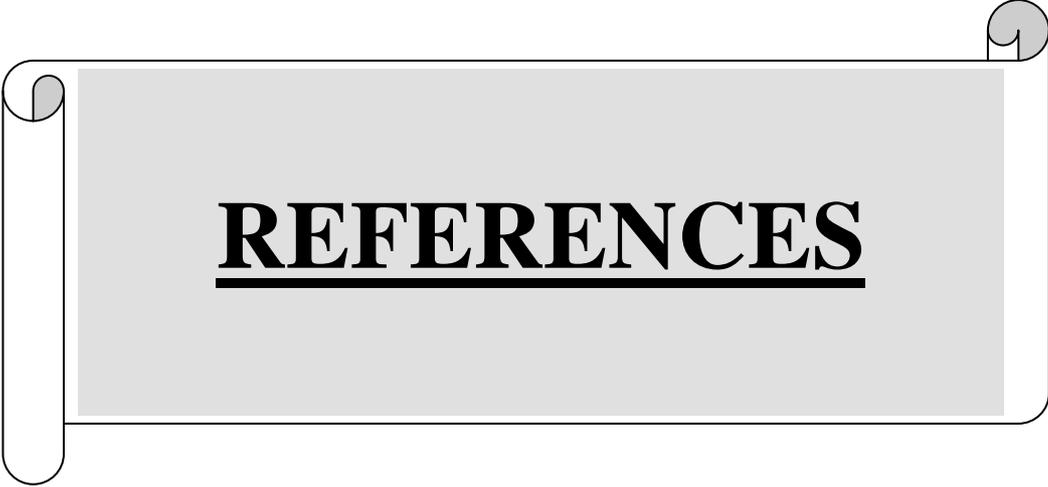
L'utilisation du zinc dans le traitement de la diarrhée à Gao reste faible.

La consultation dans un établissement sanitaire ou para sanitaire reste le premier recours en cas de diarrhée de l'enfant.

7.2. Recommandations

Au regard des résultats obtenus et la conclusion à laquelle l'étude est parvenue, nous formulons les recommandations suivantes et essentiellement à l'endroit du personnel de santé :

- Poursuivre auprès des mères à mettre l'accent sur la déshydratation, comme principale cause de décès des enfants de moins de cinq ans en cas de diarrhée.
- Mettre l'accent auprès des mères sur la conduite à tenir au plan des pratiques alimentaires chez l'enfant diarrhéique.
- Prescrire systématiquement le zinc en cas de diarrhée chez l'enfant.



REFERENCES

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. La diarrhée, [en ligne]. <http://www.who.int/> (Page consultée le 20/05/2011).
- [2] Aubry P. diarrhée-infectieuse, [en ligne]. [Http://www. Médecine tropicale.free.fr/](Http://www.Médecine.tropicale.free.fr/) (page consultée le 20/05/2011).
- [3] Pina P et al. Infection nosocomiales à rota virus dans un service de pédiatrie générale, épidémiologie, typage moléculaire et facteurs de risques. Arch Fr Pédiatr. 2000 Oct; 7(10) :1050-1058.
- [4] Mariko S et al. Connaissance du traitement de la Diarrhée et Alimentation pendant la diarrhée : Santé de la Reproduction et Survie des Enfants dans certaines zones d'Intervention de l'USAID à partir des données de l'EDSM-IV Mali_2006, 88p
- [5] Direction Nationale de la Santé. Annuaire Statistique 2005-2008, [en ligne]. [Http // :www.santé.gov.ml/](Http://www.santé.gov.ml/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [6] Ministère de la santé et de l'hygiène publique. CARTE SANITAIRE DU MALI-EDSM, [en ligne]. [Http // :www.santé.gov.ml/](Http://www.santé.gov.ml/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [7] L'UNICEF et l'organisation mondiale de la santé. Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge clinique de la diarrhée, [en ligne]. [Http // :www.afro.who.int/](Http://www.afro.who.int/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [8] L'ECONOMISTE (premier quotidien économique du Maroc). Santé : Sauver 18000 enfants chaque année en luttant contre les maladies diarrhéiques, [en ligne]. [Http // :www.leconomiste.com/](Http://www.leconomiste.com/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [9] Organisation mondiale de la santé. Traitement de la diarrhée. Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés. 3^{ème} révision du document, [en ligne]. [Http // :www.who.int/](Http://www.who.int/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [10] Shelby E et al. Caregiver Recognition of childhood diarrhea, care Seeking Behaviors and home treatment practices in rural Burkina Faso. Int.J. Environ. Res. Public Health 2012 Jul; 33273 7(3): 955-969
- [11] Direction Nationale de la Santé. Annuaire Statistique 2011, [en ligne]. [Http // :www.santé.gov.ml/](Http://www.santé.gov.ml/) (Page consultée le 20/05/2011)
- [12] Sanou I, Kam K L et al. Diarrhée aiguë de l'enfant : Aspects épidémiologiques, clinique et évolutifs en milieu hospitalier pédiatrique à Ouagadougou. *Publications médicales africaines* : 1999 ; 46(1) :1-9
- [13] Coulibaly A et al. Morbidité et mortalité hospitalières dues aux maladies diarrhéiques en Côte d'Ivoire. *Publications médicales africaines*

1988;9(1):23-9

[14] Morley D 1973. Paediatric priorities in the developing world. London.

Unicef and Organisation mondiale de la santé 2013. Sommaire exécutif. Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025

Le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée. Organisation mondiale de la Santé/The United Nations Children's Fund (UNICEF) 2013.

[15] Organisation mondiale de la santé. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, [en ligne].Http//: www.who.int/(Page consultée le 20/05/2011)

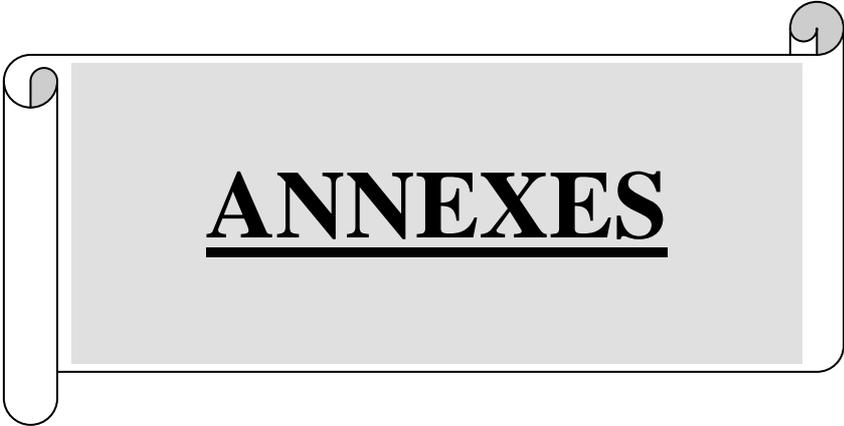
[16] Cellule de la planification sanitaire du Ministère de la santé du Mali.Direction nationale de la statistique et de l'informatique du Ministère de L'Economie, de l'Industrie et du Commerce du Mali. Enquête démographique et de santé au Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : 2007;136p

[17] Koné A et al.Connaissances attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de réhydratation par voie oral au Mali. *Publications médicales africaines*1989 ; 10(1) :69-77

[18] Briqueu V et al.Enquête nutritionnelle et sanitaire sur les connaissances, Attitudes et Pratiques des mères dans le district de santé de Manjo.MédAfrNre 2004;28:725-6

[19]. Organisation mondiale de la santé. Mortalité infantile dans le monde, [en ligne].Http// :www.IFMT.AVF.org(Page consultée le 20/ 05/2011)

[20] Olufemi G O et al.Knowledge, Attitude and practice of home management of childhood diarrhoea among Caregivers of Under-5 Children with Diarrhoeal Disease in northwestern Nigeria; Department of Pediatrics, Ahmadu Bello University, Zaria 2222, Nigeria.2012, 47p



ANNEXES

QUESTIONNAIRE : Diarrhée

Fiche d'enquête n°:.....

Date de l'enquête :...../...../...../.

SECTION IDENTIFICATION

Type de structure :.....

Provenance :.....

Quartier :.....

Nom de l'enfant :

Âge(en mois).....

Sexe : M F ethnie :.....

Nom de la mère de l'enfant :.....

Age de la mère(en année).....

Niveau d'instruction de la mère :

Alphabétisée : OUI NON

Si oui, à quel niveau :

Fond^{mentale} Secor^{aire}

Secor^{aire et plus} Supé^{ur}

Profession de mère :.....

Nom du père :.....

Fiche d'enquête n°:.....

Date de l'enquête :...../...../...../.

SECTION IDENTIFICATION

Type de structure :.....

Provenance :.....

Quartier :.....

Nom de l'enfant

Âge(en mois).....

Sexe : M F ethnie :.....

Nom de la mère de l'enfant :.....

Age de la mère(en année).....

Niveau d'instruction de la mère :

Alphabétisée : OUI NON

Si oui, à quel niveau :

F^{ondamentale} Se^{condaire}

Se^{condaire et plus} Supé^{rieur}

Profession de la mère :.....

Nom du père :.....

.....
.....
 3. comme d'habitude —> pourquoi ?

.....
.....
 l'enfant tétait au début, mais après il a arrêté complètement.

IV) pendant la diarrhée de l'enfant lui avez-vous donné du repas liquide ?

1. OUI —> pourquoi ?

.....
.....
 2. NON —> pourquoi ?

.....
.....
*Si oui, quel repas liquide avez-vous donné ?

-.....
-.....

*Si oui, vous lui avez donné ce repas liquide :

1. Plus que d'habitude —> pourquoi ?

.....
.....
 2 Moins que d'habitude —> pourquoi ?

.....
.....
 3. Comme d'habitude —> pourquoi ?

.....
.....
 4. je lui ai donné ces aliments au début mais après j'ai arrêté complètement
-> pourquoi ?

.....
.....
*Si non, —> je lui donnais seulement le lait maternel —> Pourquoi ?

.....
.....
V) pendant la diarrhée de l'enfant, lui avez-vous donné des aliments solides ou semi-solides (comme la bouillie de riz, maïs ou mil) ?

1. OUI —> pourquoi ?

.....
.....
 2. NON —> pourquoi ?

.....
.....

*Si oui, vous lui avez donné ce repas solide ou semi- solide :

1. plus que d'habitude → pourquoi ?

.....
.....

2. moins que d'habitude → pourquoi ?

.....
.....

3. Comme d'habitude → pourquoi ?

.....
.....

4. je lui ai donné ces aliments au début, mais après j'ai arrêté → pourquoi ?

.....
.....

VI) Selon vous, quelle est la principale cause de décès de l'enfant atteint de diarrhée aigüe ?

1. déshydratation

4. Fièvre

2. vomissement
abondantes

5. Selles liquides fréquentes et

3. Sang dans les selles liquides

6. Je ne sais pas

7. Autres à préciser :

.....
.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom Abdoulaye Maiga

Titre de la thèse : Attitudes et Pratiques des mères face à la diarrhée aigüe chez leurs enfants de moins de 5 ans dans la commune urbaine de Gao.

Année Universitaire : 2013-2014

Lieu de soutenance : FMOS, USTTB, BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Email : abdoulayemaiga16@Yahoo .Fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé Publique, pédiatrie

Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Décembre 2011 au 30 Mars 2012. Elle a été transversale.

Selon les critères d'inclusion 150 enfants âgés de 0 à 5 ans ont été retenus. L'objectif principal était d'évaluer les attitudes et pratiques des mères sur la diarrhée de l'enfant.

Il ressort de notre étude que :

- ✓ La grande majorité des mères évoquaient la déshydratation comme principale cause de décès (59,3%).
- ✓ 90,3 des mères allaitaient leurs enfants pendant la diarrhée.
- ✓ La consultation dans un établissement sanitaire était la première intention thérapeutique ; suivie du dépôt de pharmacie et le guérisseur traditionnel.
- ✓ Le taux d'utilisation chez l'enfant diarrhéique des SRO à domicile était de 16,0% et de 16,7 pour les médicaments traditionnels.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, 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 !