

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But -Une Foi

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DELA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

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



U.S.T.T-B



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

ANNEE ACCADEMIQUE: 2014- 2015

No.../M

TITRE

PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHEE A DOMICILE CHEZ
LES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS DANS L'AIRE DE SANTE
DE YIRIMADIO

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le..... /...../ 2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

M. Mohamed Boubou DIAKITE

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

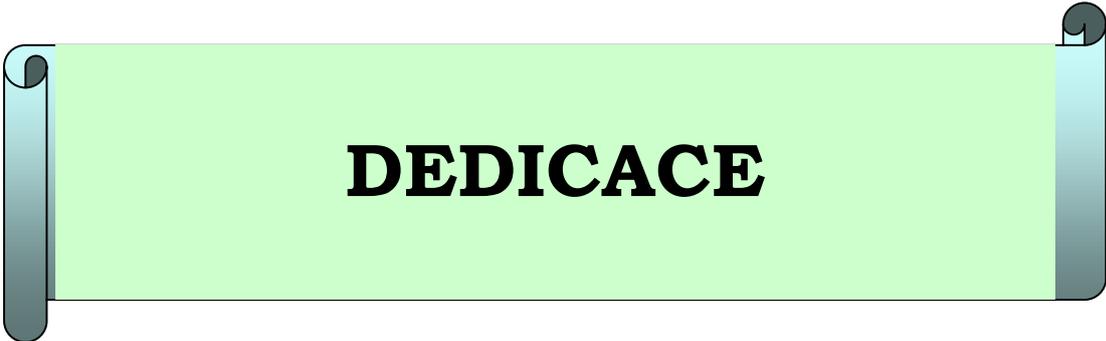
JURY

Président : Pr. Boubacar TOGO

Membre : Pr. Diéneba DOUMBIA

Co-directeur : Dr. Hamed DIALLO

Directeur de thèse : Pr. Adégné NIANGALY



DEDICACE

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

**Louange à ALLAH seigneur de l'univers, l'omnipotent, l'omniscient,
L'omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail. Je dédie ce
travail à :**

Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que
j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

**A notre Prophète MOHAMED ; paix et salut sur LUI, à toute sa Famille, tous
ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.**

Mes PERES : FEU BOUBOU DIAKITE ET KALY DIALLO

Pour le soutien sans faille, pour l'éducation exemplaire, et surtout le sens du
devoir et du travail bien fait : en ce jour de gloire, je suis fier de vous exprimer toute
ma gratitude. Papa chéri, reçoit à travers ce travail fini, l'expression des efforts
consentis durant ces longues années d'étude: merci encore; vous auriez voulu être
là en ce jour mémorable; ce travail est le fruit de vos bénédictions; je le dédie
entièrement à votre mémoire.

Puisse Allah le tout puissant vous accepte dans son paradis, et que ton âme repose
en paix.

Ma MERE : TANAWETTE WALETTE RAKADE

Ta douceur et ton courage m'ont toujours fasciné; merci pour tout l'amour, la
disponibilité, la générosité et les sacrifices.

Tu as su cultiver en nous le sens de la tolérance et de l'amour ; que DIEU te donne
longue vie pour que tu puisses jouir du fruit de ce travail qui est le tien.

Maman tu es unique, je t'adore. Trouve ici le témoignage de mon éternelle reconnaissance.

MES TANTES :

FEUE ADJARATOU WALETTE RAKADE, RAKIATA CHERIF, AWA COULIBALY, AISSATA TRAORE, FATOUMATA KEMESSO

Vous vous êtes toujours souciés du devenir scolaire de vos enfants. Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens pour vous. Je prie DIEU pour qu'il vous prête longue vie afin que vous jouissiez de vos œuvres.

MES FRERES :

SOULEYMANE DIALLO, LASSANA DIALLO, Docteur SEKOU DEMBELE, OUSMANE DIALLO, Docteur MOHAMED DIALLO, YACOUBA DIALLO, BASSIROU DIALLO, SEYDOU DIT PAPA KEMESSO, KALY DIALLO

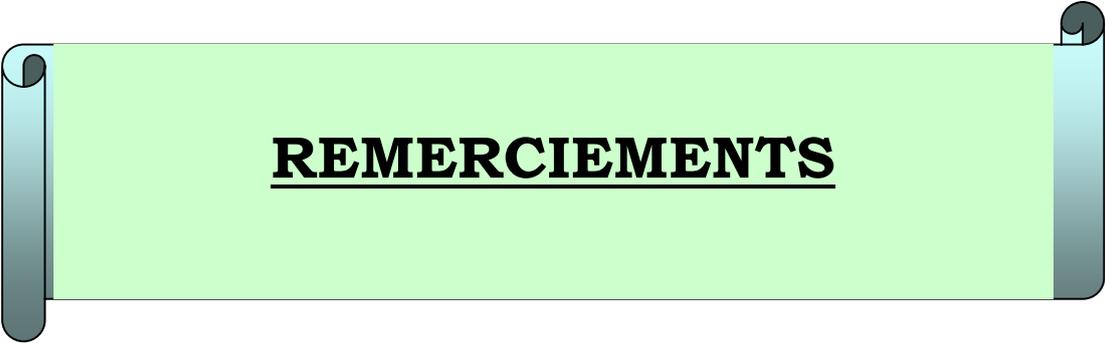
Sachez que rien de beau, rien de grand n'est possible sans l'union dans la famille .Votre Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral, physique et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement .Ce travail est le vôtre .Que DIEU nous accorde longévité, santé et succès dans nos entreprises

MES SŒURS :

AISSA DIALLO, ALIMA DIALLO, ROKIATOU DIALLO, COUMBA DIALLO, HABI DIALLO, AMINATA DIALLO, SOURAKA DIALLO, ADIARATOU DIAKITE, DJENEBOU DIAKITE, FATOUMATA DIALLO, HAWA BERTHE, ROKIATOU DIARRA, RAMATA DIAWARA

Soyons et restons unis dans la vie. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemi. Ce travail est le votre

Que DIEU nous accorde longévité, santé et succès dans nos entreprises.



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Cette thèse m'offre l'heureuse opportunité d'adresser mes remerciements à toutes les mains visibles et invisibles qui ont contribué à sa réalisation.

Mes sincères remerciements vont à :

*Tout le personnel de la **FMOS**, particulièrement au corps Professoral.

*Au Président et à tous les membres de l'ASACROYIR.

*A tout le personnel du CSCOM de l'ASACROYIR.

*Aux Familles : **DIALLO**(SEGOU), **DIAKITE** (SIRAKORO KITA)

- **A mes Amis Docteurs : Dr CISSE IBRAHIM, Dr OUOLEGUEM DOURO, Dr BAKARY DIARRA, Dr BOUBOU TRAORE, Dr DRISSA Z SANGARE, Dr BOUBACAR MALLE COULIBALY, Dr MAHAMADOU M CAMARA, Dr NOEMIE GAUDRE, DR BOUBOU TRAORE, Dr NOUHOUM SOW, DR SOW YAYA, Dr SALIF TRAORE, DR MOUSSA DIARRA, Dr MAGANE SAMBOU, Dr KANTE ADAMA, DR DOUMBIA ADAMA, DR TOURE DRAMANE, DR CLEMENCE SANOU, DR MARIAM KEITA , Dr HABIBOU DOUCARA et à tout le personnel de l'ASACROYIR**

A mes jeunes frères académiques : **Mr. KEMESSO BOUBACAR, Mr.KASSOGUE HAMADY, Mr Haidara, Mr MOHAMED DIARRA, Mr ADAMA K TRAORE**



HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Président du jury
Professeur Boubacar Togo

Maître de conférences agrégé de pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako;
Pédiatre et hémato-oncologue;
Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique au CHU Gabriel Touré.

Cher maitre

Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de Présider ce Jury, malgré vos multiples occupations.

Votre grande culture scientifique, vos qualités pédagogiques, votre amour du travail bien fait, expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants de la faculté.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge
Professeur Diénéba Doumbia

-Maitre de conférences en anesthésie réanimation, médecine d'urgence et de catastrophe à la faculté de médecine et d'odonto-stomalogie

-chef de service des urgences du CHU de point G

Cher maître

Nous sommes très heureux de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre disponibilité constante, vos conseils et vos suggestions nous ont toujours permis d'améliorer la qualité de ce travail.

C'est le lieu pour nous de vous adresser nos sincères remerciements

**A notre Maître et Co-directeur de thèse
Docteur Hamed DIALLO**

À notre maître et co-directeur

Docteur Ahmed DIALLO

Médecin généraliste

Directeur technique du Centre de Santé de communautaire Yirimadio

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

Votre façon particulière d'établir un rapport basé sur la confiance entre le maître et son élève a orienté tout notre dévouement vers le chemin de la science.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

Recevez cher maître toute notre gratitude et notre profonde considération.

A notre Maître et Directeur de thèse
Professeur Adégné NIANGALY

Maître de Recherche de classe exceptionnelle
Chef du Centre de Recherche et de Formation en Zone Rurale de
Sélingué
Professeur de Méthodologie de la Recherche à l'Université de
Ségou
Membre du Comité Scientifique de la Maison des Aînés
Membre du Comité Scientifique du Centre National d'appareillage
orthopédique du Mali

- Cher maître,
Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous
avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser.
Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre
rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié.
Vous constituez une référence pour la jeunesse de ce pays en
quête de repère.
Permettez – moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive
reconnaissance et de mon profond respect.

Sigles et abréviations

AC : Agent Communautaire
AEC : Agence d'Exécution Communautaire
AME : Allaitement Maternel Exclusif
ARC : Agent Relais Communautaire
AS : Agent de Santé
ASACROYIR : Association de Santé Communautaire de Yirimadio
ASC : Agent de Santé Communautaire
ATB : Antibiotique
CPN : Consultation Périnatale
CS : Centre de Santé
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
Cs REF : Centre de Santé de Référence
DHA : Déshydratation
DNS : Direction Nationale de la Santé
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EPS : Education pour la Santé
IDE : Infirmier d'Etat
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-C : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PEC : Prise en Charge
PIC : Paquet Intégré de Comportements; Paquet Intégré de Conseils
SRO : Solution de Réhydratation Orale
SSI : Selon le Schéma de réhydratation par voie Intraveineuse
TRO : Thérapie de Réhydratation Orale
TS : Technicien de Santé
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : carte sanitaire de la commune VI.....

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des chefs de concession selon l'âge

Tableau II : Répartition selon l'occupation principale

Tableau III : Répartition selon le degré de connaissance d'une langue

Tableau IV : Répartition selon le nombre d'années d'étude

Tableau V : Répartition selon le nombre de personnes par concession

Tableau VI : Répartition selon le nombre de chambres par concession

Tableau VII : Répartition selon le lien avec la concession

Tableau VIII : Répartition des chefs de ménage selon l'âge

Tableau IX : Répartition selon l'occupation principale

Tableau X : Répartition selon le degré de connaissance d'une langue

Tableau XI : Répartition selon le nombre d'années d'étude

Tableau XII : Répartition selon le niveau en français

Tableau XIII : Répartition selon le nombre de personnes par ménage

Tableau XIV : Répartition selon le nombre de chambres par ménage

Tableau XV : Répartition des enfants selon l'âge

Tableau XVI : Répartition des « mères » selon l'âge

Tableau XVII : Répartition des « mères » selon le niveau d'instruction

Tableau XVIII : Répartition selon la langue parlée au sein du ménage

Tableau XIX : Répartition selon la faculté des « mères » à lire et écrire une langue

Tableau XX : Répartition selon les principales activités génératrices de revenus

Tableau XXI : Répartition des mères selon les indications citées pour le « kènèyadji »

Tableau XXII : Répartition selon les sources de kènèyadji citées

Tableau XXIII : Répartition selon la fréquence d'administration du SRO

Tableau XXIV : Répartition des mères selon l'étiologie évoquée pour la diarrhée chez les enfants

Tableau XXV : Répartition selon l'aspect des selles et les signes

Tableau XXVI : Répartition selon la fréquence de la tétée pendant la diarrhée

Tableau XXVII : Répartition selon la fréquence de l'alimentation liquide pendant la diarrhée

Tableau XXVIII : Répartition selon la fréquence de l'alimentation solide ou semi-solide pendant diarrhée

Tableau XXIX : Répartition selon le traitement reçu par les enfants pendant les premières 24 heures

Tableau XXX : Facteurs identifiés pour l'utilisation de la réhydratation par voie orale dans les premières 24 heures

Tableau XXXI : Facteurs identifiés pour les « mères » qui n'ont rien fait dans les premières 24 heures

Table des matières

Dédicaces	I
Remerciements.....	II
Hommages aux membres du jury.....	III
Sigles et abréviations.....	IV
Liste des figures.....	V
Liste des tableaux.....	VI
Introduction.....	1

I- OBJECTIFS

- 1.1 Objectif general
- 1.2 Objectifs spécifiques

II- GÉNÉRALITÉS

- 2.1 Définition et types de diarrhée
- 2.2 Mode de transmission et facteurs de risque
- 2.3 Agents étiologiques des diarrhées aiguës

III- METHODOLOGIE

- 3.1 Cadre de l'étude
 - 3.1.1 Présentation sommaire de la Commune VI
 - 3.1.2 Présentation de Yirimadio
 - 3.1.3 Présentation du CSCOM de Yirimadio
- 3.2 Type d'étude et période
- 3.3 Population d'étude
- 3.4 Echantillonnage
- 3.5 Variables d'étude
- 3.6 Collecte des données
- 3.7 Traitement et analyse des données
- 3.8 Considérations éthiques

IV- RESULTATS

- 4.1 Caractéristiques sociodémographiques des chefs de concession
- 4.2 Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage
- 4.3 Caractéristiques sociodémographiques des enfants
- 4.4 Connaissances des « mères » sur les médicaments et le traitement de la diarrhée
- 4.5 Connaissances des « mères » sur l'étiologie de la diarrhée
- 4.6 Prise en charge de la diarrhée à domicile
- 4.7 Conditions de la maison
 - 4.7.1 Approvisionnement en eau
 - 4.7.2 Assainissement/latrines
 - 4.7.3 Source principale d'énergie
 - 4.7.4 Moyen de déplacement le plus utilisé
 - 4.7.5 Principaux matériaux du toit, du sol et des murs de la chambre

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-CONCLUSION

VII-RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES :

Questionnaire

Tableaux du cadre d'étude

Fiche signalétique

Serment d'Hippocrate



INTRODUCTION

Introduction :

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Chaque année, il y a environ 4 milliards de cas de diarrhée dans le monde entier dont 1,3 milliards chez les enfants de moins de cinq ans [1].

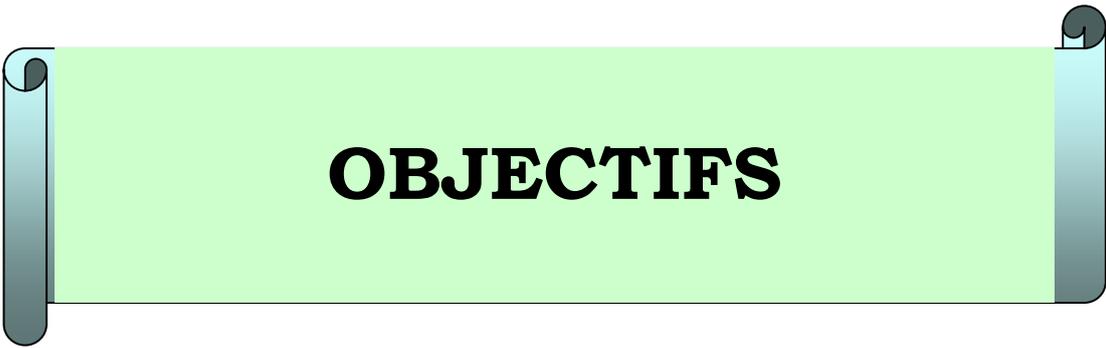
Les maladies diarrhéiques sont à l'origine de 4% des décès dans le monde, soit 1,5 millions d'enfants de moins de cinq ans en 2009 [2] dont 90% en Afrique subsaharienne.

La déshydratation provoquée par les diarrhées aiguës de toutes causes et dans tous les groupes d'âge est responsable de la plupart des décès par diarrhée. Pour réduire la mortalité liée à la diarrhée, l'UNICEF et l'OMS recommandent l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) et la thérapie de réhydratation orale (TRO). Malgré le lancement de cette stratégie de lutte contre les maladies diarrhéiques basée sur la TRO et la prise en charge nutritionnelle des cas de diarrhée depuis les années **1980**, selon une étude faite au Mali [5] les maladies diarrhéiques demeurent toujours une des principales causes de mortalité infanto-juvénile avec **22%** de décès représentant jusqu'à **2,5 millions** de décès d'enfant par an dans le monde. En moyenne, les enfants de moins de trois ans connaissent trois épisodes de diarrhées par année dans les pays en développement

Ce constat s'expliquerait par le fait que les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques ont mis beaucoup plus d'accent sur l'utilisation et la vulgarisation des SRO que sur l'éducation de la population et du personnel sanitaire sur le processus de la déshydratation et les pratiques de réhydratation.

Devant ce constat, l'OMS et l'UNICEF ont formulé de nouvelles recommandations insistant sur la nécessité d'améliorer les connaissances sur la prise en charge des maladies diarrhéiques au niveau communautaire.

La présente thèse s'inscrit dans le cadre de l'évaluation du niveau actuel des mères dans ce domaine.



OBJECTIFS

I. Objectifs

1.1. Objectif général :

Evaluer la prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de moins de 5 ans.

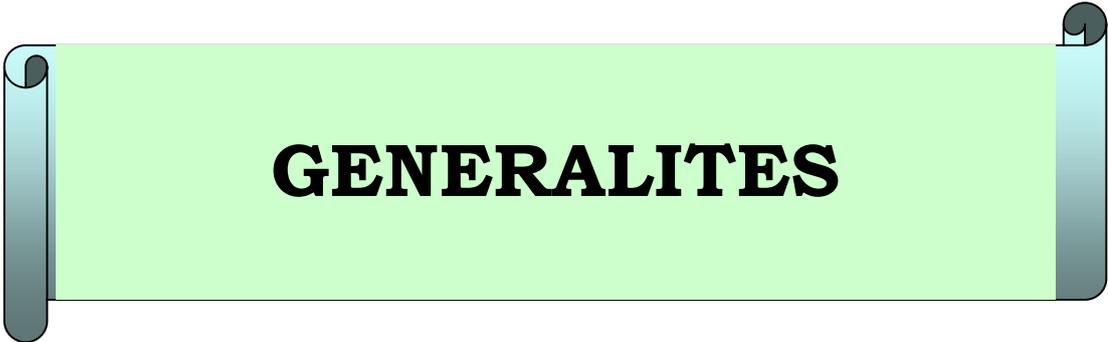
1.2. Objectifs spécifiques :

a) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des chefs de concession, chefs de ménage, enfants diarrhéiques et leurs « mères » ;

b) Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des « mères » concernant la diarrhée des enfants de moins de 5 ans ;

c) Décrire la situation des ménages concernant l’approvisionnement en eau potable, l’assainissement, les sources d’énergie, moyens de déplacement et les matériaux de construction ;

d) Identifier les facteurs déterminant l’utilisation de la réhydratation par voie orale (RVO) dans les premières 24 heures en cas de diarrhée chez l’enfant de moins de 5 ans.



GENERALITES

II- GENERALITES

II.1. DEFINITION ET TYPES DE DIARRHEE: [2]

Dans les études épidémiologiques, on définit la diarrhée comme l'évacuation d'au moins trois selles molles ou liquides par 24 heures. On entend par selle molle une selle qui prend la forme d'un récipient.

Les nourrissons exclusivement nourris au sein ont normalement plusieurs selles molles ou semi liquides par jour; chez eux il est préférable de dire qu'il existe une diarrhée s'il y a augmentation du nombre de selles ou de leur liquidité, considérée par la mère comme anormale.

On définit trois syndromes cliniques de la diarrhée, qui reflètent chacun une pathogénie différente et qui justifient des traitements différents :

- La diarrhée aqueuse aiguë : diarrhée qui a un début brusque et qui dure moins de 14 jours.
- La dysenterie : diarrhée s'accompagnant de sang visible dans les selles.

Ses causes sont des lésions de la muqueuse intestinale dues à l'envahissement de celle-ci par les bactéries. Les principales conséquences sont une anorexie et un amaigrissement.

- La diarrhée persistante : diarrhée à début brusque, mais dont la durée est longue (au moins 14 jours).

II.2. MODE DE TRANSMISSION ET FACTEURS DE RISQUE :

Les agents infectieux qui provoquent les diarrhées se propagent par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminée, ou par contact de mains souillées.

Plusieurs facteurs contribuent à l'accroissement de la transmission d'agents entéro-pathogènes qui sont:

- allaitement artificiel, même partiel pendant les 6 premiers mois de la vie ;
- approvisionnement en eau insuffisant ;
- utilisation d'eau contaminée ;
- absence d'installations sanitaires (élimination non hygiénique des excréments) ;
- mauvaise hygiène (pas de lavage des mains) ;
- préparation et conservation inadéquates de l'alimentation ;
- mauvaises pratiques de sevrage (arrêt précoce de l'alimentation au sein).

Facteurs liés à l'hôte :

Plusieurs facteurs liés à l'hôte contribuent à une réduction de la résistance à la maladie diarrhéique, notamment:

- allaitement au sein interrompu avant l'âge de 2 ans,
- malnutrition,
- déficit immunitaire,
- hypo acidité gastrique,
- motricité intestinale réduite et facteurs génétiques.

Facteurs d'âge :

La plupart des épisodes diarrhéiques se produisent au cours des 2 premières années de la vie. L'incidence la plus élevée s'observe dans la tranche d'âge de 6 à 11 mois, âge auquel le sevrage est fréquent.

Facteurs saisonniers :

Des saisons distinctes de diarrhée ont été observées dans de nombreuses régions géographiques. Sous les climats tempérés, les diarrhées d'origine bactérienne ont tendance à survenir pendant la saison chaude, tandis que les diarrhées virales (Rotavirus) s'observent pendant l'hiver.

Dans les régions tropicales, les diarrhées à rota virus surviennent pendant toute l'année. Tandis que les diarrhées d'origine bactérienne ont tendance à atteindre le maximum de fréquence pendant la saison pluvieuse (plus chaude).

II.3. LES AGENTS ETIOLOGIQUES DES DIARRHEES AIGUËS :

Dans les pays en développement, les rota virus, Escherichia coli, entérotoxigène (ETEC), Campylobacter jejuni, Shigella et Cryptosporidium sont les causes les plus importantes de diarrhée infantile.

D'autres peuvent avoir une importance locale : Vibrio cholerae (dans les régions d'endémie et pendant les épidémies) ; Salmonella autres que typhi (dans les régions où les aliments traités sont largement utilisés) et E.coli entéropathogène (EPEC) chez les nourrissons en milieu hospitalier.

Des infections mixtes dues à 2 agents entéropathogènes ou davantage se produisent dans 5 à 20 % des cas observés dans des établissements de soins.

Un certain nombre de germes ne figurent pas dans ce tableau. En général, leur rôle dans l'étiologie de la diarrhée aiguë est minime.

On trouve également des germes entéropathogènes chez environ 30% des enfants sains de moins de 3 ans (porteurs sains). Ceci est particulièrement vrai Giardia lamblia, dont les kystes se retrouvent presque aussi souvent chez les enfants sains que chez les enfants diarrhéiques.

Dans 20 à 30% des cas il n'y a pas de germe décelé dans les selles.

Le tableau I montre aussi que les anti-microbiens ne sont recommandés que lorsque les signes cliniques font craindre des infections à Shigella ou à V.cholerae.

Dans tous les autres cas et donc pour la plupart des épisodes diarrhéiques aigus chez le jeune enfant, les anti-microbiens sont inefficaces (cas des rota virus) où le choix d'un anti-microbien ne peut (coproculture) être fait qu'après identification de l'agent par culture de selles.

Pour certaines bactéries (Salmonella), l'anti-microbien peut même prolonger l'infection intestinale.

Pour toutes ces raisons, les antibiotiques donnés systématiquement à tous les diarrhéiques sont généralement inefficaces.

II.4. APPORT DES CONNAISSANCES EN EPIDEMIOLOGIE ET EN PHYSIOPATHOLOGIE SUR LE TRAITEMENT :

Le diagnostic étiologique de la diarrhée par des examens au laboratoire ne peut être fait couramment, et il est également impossible sur les seuls signes cliniques, le traitement du diarrhéique doit donc être basé sur les principales caractéristiques de la maladie et la compréhension de la pathogénie sous-jacente.

Les principes essentiels du traitement sont les suivants :

- Une diarrhée aqueuse, qu'elle qu'en soit l'étiologie, exige le remplacement des liquides et des électrolytes perdus.
- L'alimentation doit être poursuivie, dans tous les types de diarrhée et augmentée pendant la convalescence afin d'éviter tout effet néfaste sur l'état nutritionnel.
- Des antimicrobiens et des antiparasitaires ne doivent pas être systématiquement utilisés; la plupart des épisodes diarrhéiques, y compris lorsqu'ils sont graves et accompagnés de fièvre, ne répondent pas à un tel traitement :

II.5. PHYSIOPATHOLOGIE DES DIARRHEES AIGUËS :

II.5.1. DEFINITION :

- Définition clinique de la diarrhée : émission de selles trop fréquentes liquides et /ou trop abondantes(R .Modigliani),
- Définition de l'OMS : au moins 3 selles liquides / 24heures
- mais définition insuffisante : cas de la diarrhée prandiale de l'enfant nourri au sein

II.5.2. RAPPEL DES MOUVEMENTS DE L'EAU AU NIVEAU DE L'INTESTIN

II.5.2.1 L'équilibre sécrétion – absorption de l'eau :

Le« cycle entéro- systémique de l'eau »

L'homme est un être fait d'eau : 75% à la naissance, 60% > 6 mois, mais cette eau n'est pas « stagnante ».

La plaque tournante, c'est la surface de l'intestin.

La ½ de l'eau extra- cellulaire est libérée chaque jour dans l'intestin : 9 litres chez l'adulte :

- 2 litres (aliments)
 - 1 litre de salive
 - 2 litres de liquide gastrique
 - 1 litre de bile
 - 2 litres de liquide pancréatique
 - 1 litre de liquide intestinal
- Or l'eau excrétée chez l'adulte = 100 à 200 ml

Donc les liquides libérés sont presque en totalité réabsorbés :

- 50% dans le jéjunum
- 30% dans l'iléon
- 15% dans le colon

Toute rupture du cycle sécrétion – absorption de l'eau (cycle entéro systémique) entraîne la diarrhée (définition physiopathologique)

II.5.2.2. L'absorption de l'eau et des électrolytes :

L'eau suit les mouvements du sodium

1er mécanisme : passif (gradient de concentration) au niveau des espaces intercellulaires des entérocytes (« tight junction »).

2ème mécanisme : Pénétration passive par la face luminale – rejet par la face sanguine actif (système « pompe à sodium » = Na + K⁺ ATPase)

3ème mécanisme : transport couplé du Na⁺

L'absorption du Na⁺ est augmentée par le couplage à certains :

- nutriments : surtout le glucose
- électrolytes : ex. le chlore

II.5.2.3. La sécrétion de l'eau et des électrolytes :

L'eau suit les mouvements du chlore

II.5.3. PHYSIOPATHOLOGIE DES DIARRHEES

La physiopathologie des diarrhées s'explique par trois mécanismes :

Premier mécanisme : « les diarrhées sécrétoires » dont le prototype est le **choléra**. Le germe agit par l'intermédiaire de sa toxine qui stimule l'adénylcyclase → augmentation AMPc → augmentation de la sécrétion de Cl⁻.

Les autres germes agissant par le même mécanisme sont certaines souches d'E. coli et les staphylocoques.

Deuxième mécanisme : « les diarrhées à germes invasifs » dont le prototype est la diarrhée à **Salmonelle**, ou à **Shigelle**. Ces germes sont dits « invasifs » car ils pénètrent dans la cellule qu'ils détruisent (→ selles glairo-sanglantes). Il y a une atteinte colique prédominante qui va aboutir à une baisse de la capacité d'absorption du colon.

Troisième mécanisme : « les diarrhées virales »

Il y a une altération minime de la bordure luminale de l'entérocyte → baisse de l'absorption du Na⁺ et de l'eau.

En résumé :

Diarrhées sécrétoires : les capacités d'absorption de l'eau sont intactes

Diarrhées glairo-sanglantes : l'absorption est basse au niveau du colon mais normale pour le grêle

Diarrhées virales : La capacité d'absorption du grêle est basse, mais toujours suffisante.

II.5.4 PRINCIPE DU TRAITEMENT DES DIARRHEES :

II.5.4.1. Rééquilibration hydro électrolytique par voie orale :

- Réhydratation par voie orale = basée sur le fait que l'absorption du sodium (et donc de l'eau) est facilitée par la présence concomitante du glucose (Rapport molaire idéal = 1/1)
- Les pertes en potassium doivent être compensées car c'est un ion essentiel pour le métabolisme de la cellule.
- La correction de la perte du bicarbonate par les selles est utile.

Soluté le meilleur = soluté de l'OMS, un sachet pour un litre d'eau.

20 grammes de glucose

2,5 grammes de bicarbonate de sodium

Ou **2,9** « de citrate trisodique

3,5 grammes de sel

1,5 gramme de chlorure de potassium

II.5.4.2. Maintien de l'équilibre nutritionnel :

Il faut continuer à alimenter les enfants pendant l'épisode diarrhéique (y compris par le lait artificiel si c'est le mode d'alimentation du bébé).

II.5.4.3. Les médicaments :

Ni anti – infectieux, ni ralentisseur du transit ni quelque autre anti-diarrhéique que ce soit, ils sont inutiles, voire dangereux.

II.5.5. EN CONCLUSION

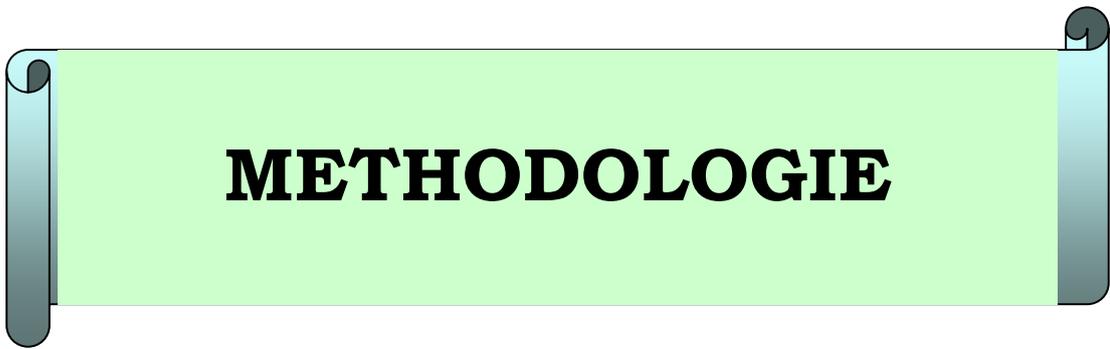
Le **traitement de la diarrhée** repose sur la réhydratation par voie orale associée au maintien de l'alimentation.

Sauf cas de déshydratation grave avec collapsus, c'est toujours la réhydratation par voie orale.

II.6. OBJECTIFS DE L'EVALUATION CLINIQUE DE L'ETAT DU DIARRHEIQUE

Pour évaluer l'état de l'enfant, il faut obtenir une brève anamnèse et examiner l'enfant. Les objectifs sont de :

- détecter une déshydratation éventuelle ;
- déterminer le degré de gravité (A, B, C) ;
- diagnostiquer une diarrhée persistante éventuelle ;
- évaluer l'état nutritionnel afin de déceler une malnutrition grave ;
- diagnostiquer une affection concomitante.



METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

3.1 CADRE DE L'ETUDE

3.1.1 Présentation sommaire de la commune VI :

3.1.1.1. Historique

Il ressort des résultats du diagnostic participatif, que l'occupation de la zone remonterait à la fin du XIXe siècle. En effet, le quartier de Sénou qui est considéré comme le plus vieil établissement humain de la commune a été créé en 1887 par des Bambaras venus de la région de Ségou. Leur départ de cette région serait lié aux nombreuses guerres tribales qui minaient la zone. Le quartier de Yirimadjo, qui est le second quartier de la commune a été également fondé par des Bambaras venus de Ségou, tandis que Magnanbougou, fondé en 1925, est le quartier le plus récent de la commune.

Au fil de l'évolution de l'histoire, le processus d'implantation des populations s'est poursuivi à la faveur de la disponibilité des terres, de la proximité du fleuve et de la position de la commune par rapport au centre-ville. Aujourd'hui, la Commune VI renferme une population cosmopolite, composée des différentes ethnies présentes au Mali mais aussi issues des pays limitrophes.

3.1.1.2. Limites géographiques

La commune VI est située sur la rive droite du fleuve Niger et couvre la partie Sud Est du district de Bamako. Elle couvre une superficie de 70 km² et compte dix (10) quartiers administratifs dont trois (3) à caractère urbain (Faladié, Banankabougou et Sogoniko) et Sept(7) à caractère semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Sokorodji, Sénou, Yirimadio et Magnanbougou).

La commune VI est limitée :

- à l'Est et au sud par le cercle de Kati
- à l'Ouest par la Commune V
- au Nord par le fleuve Niger

3.1.1.3. Peuplement et démographie

La commune VI est la plus peuplée du district de Bamako. Cette population est répartie sur une superficie de 70 Km², soit une population de 578 269 habitants en 2014, est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Bozo, Peulhs, Sonrhaï, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo) qui sont réparties entre 76 436 ménages. Elle est inégalement répartie sur l'ensemble des 10 quartiers de la commune avec une forte présence des localités de plus de 20000 habitants.

3.1.1.4. Activités économiques :

Les populations de la commune VI mènent plusieurs activités économiques qui leur procurent des revenus. Ces derniers leur permettent de faire face aux différents besoins du ménage.

L'analyse de la typologie des activités montre une forte présence des activités de services, de commerce et d'artisanat au détriment des activités agropastorales. La prédominance du secteur tertiaire est due à la position de carrefour que constitue la commune et à la présence de plusieurs équipements et infrastructures de dimension nationale (les Halles de Bamako, la gare routière de Sogoniko et l'aéroport international de Bamako-Sénou).

Le secteur primaire qui occupe 16,2% des ménages, concerne les activités maraîchères pratiquées sur les berges du fleuve ainsi que l'élevage.

3.1.1.5 Infrastructures sanitaires :

La Commune VI comprend les infrastructures sanitaires suivantes :

- ❖ **Centre de santé de référence de la Commune VI, sis à Sogoniko**
- ❖ **Hôpital du Mali, sis à Missabougou !**
- ❖ **Centres de santé communautaires (CSCOM) :**

Il y en a 11 (au moins un dans chacun des dix quartiers).

- ❖ **Centres de santé confessionnels**

Il y en a deux : Un à Niamakoro et un autre à Magnambougou.

- ❖ **Centres de santé privés :**

Les principaux centres de santé privés sont au nombre de dix huit en commune VI.

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE VI

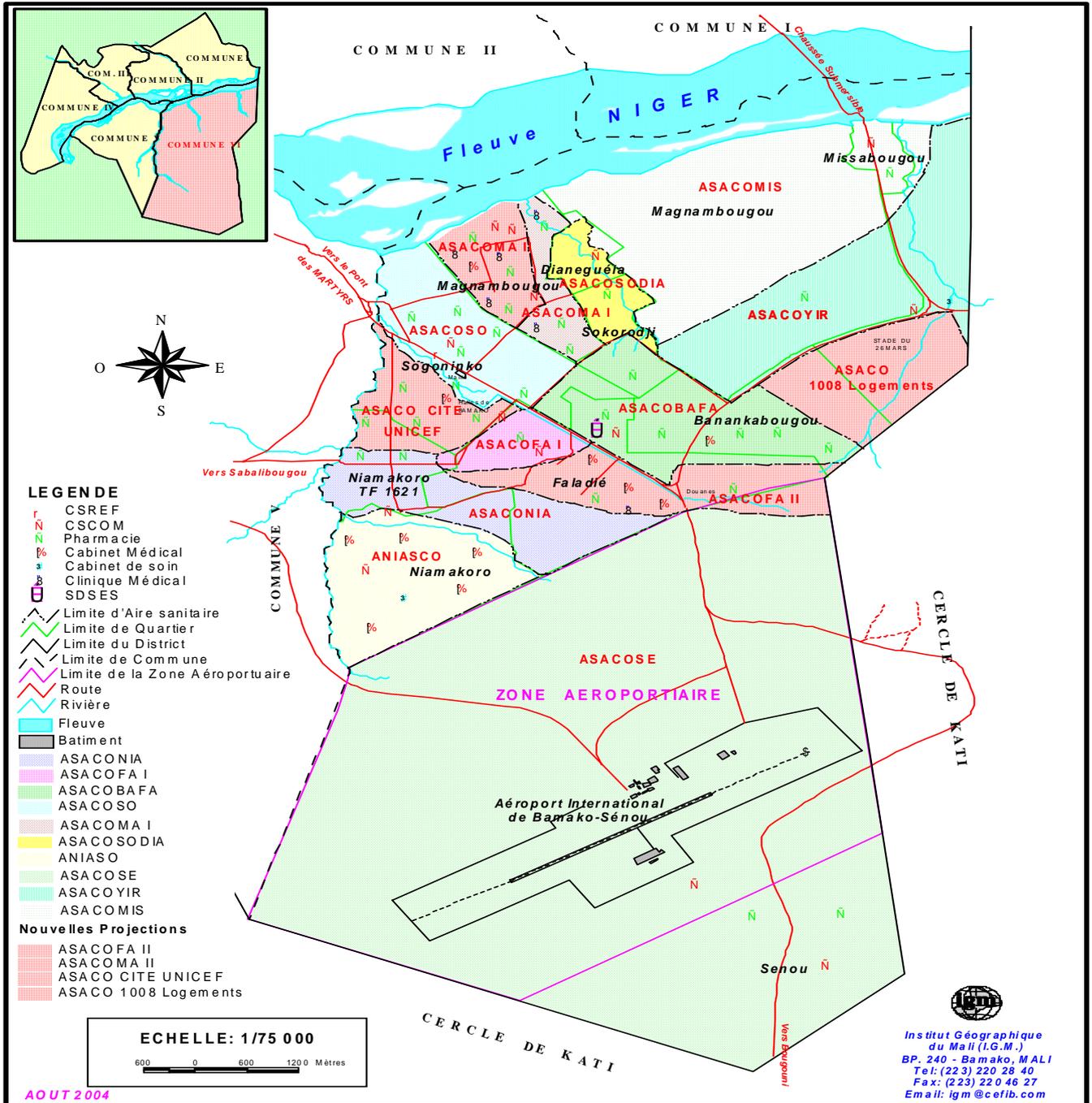


Figure1 : Carte sanitaire de la commune VI

3.1.2. Présentation sommaire de Yirimadio :

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité Est de la commune VI du district de Bamako, il est l'un des dix (10) quartiers de cette commune.

3.1.2.1. Historique :

Dans l'histoire, Yirimadio existe depuis le temps de Maridié Niaré (premier chef de village de Bamako). Les fondateurs sont venus de Mouroudhja dans le cercle de Nara : ce sont les Diarra du Village.

Il y a trois (03) familles qui composent Yirimadio, la chefferie est tenue par les Diarra. Plus tard ce fut la cohabitation avec les Traoré puis les Coulibaly.

De sa création à nos jours une dizaine de chefs de village se sont succédé dont le premier fut Demba Diarra. Après lui, ce fut le tour de Dosson Diarra, Samory Diarra, Namissa Diarra, Saado Diarra, Siriman Diarra, Noumery Diarra décédé en Mai 1986, Néguéssé Diarra qui est décédé après 9 mois en Décembre 1986, Lassana Dotié Diarra de 1987 à 2006 et Youba Diarra, Don Diarra depuis 2012.

3.1.2.2. Situation Géographique :

Avec une superficie de 350 hectares, Yirimadio est limité :

- A l'Est par le village de Niamana ;
- Au Nord par Missabougou ;
- Au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ;
- A l'Ouest par Banankabougou Faladié

3.1.2.3. Relief:

Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par un chaînon de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Douba koulou ; à l'Ouest Fama koulouni et à l'Est Niama koulou.

3.1.2.4. Hydrographie :

Le village est traversé par un ravin qui draine les eaux hivernales au fleuve Niger.

3.1.2.5. Climat :

Le climat est de type soudanais caractérisé par une saison de pluie (Juin-Septembre) et une saison sèche (Octobre- Mai).

3.1.2.6. Caractéristique démographique :

La population est de 63502 habitants en 2015. Elle est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulh, Sonrhaï, Dogon, Sarakolé, Sénoufo, Mianka, Bobo).

3.1.2.7. Activités économiques :

Les activités menées par cette population sont, l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

Les Ressources Humaines des ménages :

L'étude portant sur les ressources des ménages de Yirimadio, montre que les revenus annuels sont très faibles et ne permettent pas aux ménages de couvrir leurs besoins quotidiens. En effet, dans tous les quartiers de la commune, le revenu annuel des ménages est largement en deçà des dépenses. L'analyse de la structure des dépenses montre que l'alimentation occupe une bonne place car elle représente 29,0% des dépenses mensuelles des ménages. Les dépenses relatives à la santé (27,2%) et à l'éducation (22,5%) sont également très importantes. Les autres dépenses des ménages concernent l'habillement (15,6%), le loyer (3,1%), le transport (1,1%) et les cérémonies socioculturelles (0,8%). Le diagnostic participatif a permis d'avoir une idée sur la perception de la pauvreté par les populations locales. La pauvreté a été appréciée à travers plusieurs critères tels que l'insécurité alimentaire, les difficultés d'accès à l'eau potable, aux infrastructures d'assainissement, l'enclavement, le type d'activité.

3.1.2.8. Religion :

Les religions pratiquées sont, l'Islam (avec 40 Mosquées) le Christianisme (8 Eglises) et l'Animisme.

3.1.2.9. Education :

Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire, secondaire, professionnel et l'Institut National de la Jeunesse et des Sport(INJS) au Stade du 26 Mars.

3.1.2.10. Partenaires au développement:

- **G I E :**

Il y a deux groupements d'intérêt économique (**Faso Dambé et Sininyèsigui**) qui s'occupent de la salubrité et du transport des déchets ordinaires.

- **ONG :**

- **Action contre la faim**
- **DEMESSO**
- **World Vision** qui donne un appui en matériel informatique et en médicaments pour les enfants nés de parents indigents.
- **Musso ladamunen** qui appuie dans la lutte contre le Paludisme

3.1.2.11 Infrastructures Sanitaires :

- Hôpital du Mali
- **Centres de santé communautaires**

Il y a deux CSCOM :

ASACYOYIR
ASACOCY

- **Centres de santé privés :**

On a recensé huit(8) principaux à Yirimadio.

3.1.3 Présentation du CSCOM ASACOYIR

3.1.3.1 Genèse :

Le CSCOM de l'ASACOYIR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de 3 ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement a été fait en avril 2006, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 2eme mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance.

Le CSCOM de l'ASACOYIR est l'un des 11 CSCOM de la commune VI. L'aire de santé de l'ASACOYIR est limitée au nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de Banankabougou- Faladié.

3.1.3.2. La Structure du CSCOM :

Le centre comprend :

❖ **Une unité de médecine** composée de :

- Quatres salles de consultations ;
- Quatres salles d'observations (homme et femme) ;
- Une salle de soins infirmiers ;
- Trois salles de dépôt des médicaments ;
- Un magasin ;
- Trois toilettes ;
- Un hangar ;
- Une terrasse.

❖ **Une maternité** comprenant :

- Un bureau pour Sage –femme ;
- Deux salles de Consultation Périnatale, Consultation Postnatale, Planning Familiale et Programme Elargi de Vaccination ;
- Une salle d'attente ;
- Une salle d'accouchement ;
- Deux salles d'observation ;
- une salle de réunion ;
- Une salle de garde.
- Un couloir ;
- **Un hangar** : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de Communication pour le Changement de Comportement, de promotion nutritionnelle et de formation continue.

❖ **Une Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)**

composés :

- Une salle de consultation
- Une salle d'hospitalisation
- Un magasin

- Une terrasse
- Un hangar
- ❖ **Un laboratoire**

- ❖ **Un bureau pour le Gestionnaire.**

- ❖ **Un magasin pour le stockage des intrants.**

- ❖ **Un logement pour le Gardien.**

- ❖ **Deux toilettes externes.**

3.1.3.3. Les activités du CSCOM:

Le paquet minimum d'activités comprend :

- les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.
- les activités promotionnelles qui se résument essentiellement à la CCC (Communication pour le Changement de Comportement).

3.1.3.4- Le personnel du CSCOM

Il est composé de 36 agents aidés par des médecins de garde et les stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre.

3.1.3.5-Les matériels du CSCOM :

Les matériels repartis entre les différentes unités du centre sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Liste des matériels de l'ASACOYIR

Matériels	Quantités
Moyens de transport	
Ambulance	01
Dispensaire	
Table de consultation	04
Bureau à 2 tiroirs	04
Chaise de bureau	12
Pèse Personne	04
Tensiomètres	04
Tables de pansement	02
Lits pour perfusion	18
Boite de pansement	02
Chariots	01
Stérilisateur manuel	01
Porte serum	08
Bancs métalliques	10
Maternité	
Table d'accouchement	03
Bureau à 2 tiroirs	02
Trousse matron	01
Tablier en plastic	01
Lits métalliques avec matelas	07
Pèse bébé	01
Bassin de lit	02
Toise couchée	00
Toise debout	01
Boite d'accouchement	01
Speculum vaginal GM, PM, MM	30
Porte serum	06
Banks métalliques	10
Tensiomètres	02
Pèse personne	01
Chaine de froid	01
Panneaux solaires	01
Porte vaccins	10

3.2- Type d'étude et période:

L'étude s'est déroulée du premier juin 2012 au premier juin 2013 dans le quartier de Yirimadio. Il s'agissait d'une étude transversale de la prise en charge à domicile de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

3.3- Population d'étude:

Les populations cibles étaient les enfants de moins de 5 ans, leurs "mères", les chefs de concessions et les chefs de ménage

3.4-Echantillonnage:

L'échantillonnage a été de type exhaustif, comprenant tous les cas de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois notifiés au Centre de Santé Communautaire de Yirimadio durant la période d'étude.

3.4.1- Critères d'inclusion:

Tout cas de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois résidant à Yirimadio et notifié au Centre de Santé Communautaire de Yirimadio durant la période d'étude.

3.4.2- Critères de non inclusion:

Tout cas n'obéissant pas aux critères d'inclusion.

3.4.3 Taille de l'échantillon

Calcul du nombre de mères à enquêter :

$$n = Z_{\alpha}^2 \times K (P \times Q) / i^2$$
$$n = 4 \times 1 \times (0,05) \times (1 - 0,05) / (0,05)^2$$

$$n = 76 \text{ mères}$$

n= taille de l'échantillon

Z α = valeur du coefficient pour un risque alpha de 5% (=1.96 \approx 2)

K= facteur de correction allant de 1.2 à 4

P= prévalence de la caractéristique dans la population cible

Q= 1-P

i= précision souhaitée (0.05 en général)

3.5- Variables d'étude :

Les variables d'étude sont :

- Les caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leur «mère », chefs de concessions et chefs de ménage ;

- Les connaissances, attitudes et pratiques des mères concernant la diarrhée ;
- Les caractéristiques de la diarrhée ;
- La disponibilité de sources d'eau potable, de latrines, sources d'énergie, moyens de déplacement et la qualité du logement.

3.6- Collecte des données :

Nous avons identifié à partir du registre de consultations du CSCOM les mères ayant un enfant âgé de moins de cinq ans qui a fait la diarrhée pendant les deux dernières semaines.

Une fois sur les lieux, nous avons dit aux mères que nous sommes venus nous informer de l'état de santé de l'enfant. Nous avons ensuite expliqué à la mère que nous voulions mener une étude sur la prise en charge à domicile de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. La fiche de consentement leur a été lue et toutes les mères ont accepté d'être interrogées à partir du questionnaire.

3.7- Saisie et analyse des données:

Les données ont été saisies sur Microsoft Word et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0.

3.8- Considérations éthiques :

Le but et le principe de l'étude ont été expliqués aux prestataires de services du CSCOM de Yirimadio pour bénéficier de leur accord.

Les recommandations de l'étude seront portées à leur connaissance au moment opportun.

Les responsables communautaires de Yirimadio (le Chef de quartier et ses conseillers) et les « mères » d'enfants de moins de 5 ans ont eu toutes les informations sur le but et le principe de l'étude, les bénéfices et un petit inconvénient qui est la longueur du questionnaire (environ une heure de temps) afin d'avoir leur consentement éclairé.

Nous leur avons fait savoir que les fiches d'enquête remplies ne feront l'objet d'aucune divulgation et ne seront utilisés qu'à titre scientifique.

RESULTATS

IV-Résultats :

4.1- Description des concessions et des ménages

L'enquête a été menée au niveau de 69 concessions et a concerné 76 ménages.

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des chefs de concession

Tableau I : Répartition des chefs de concession selon l'âge

Tranches d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
25-29	0	0
30-39	28	40,57
40-49	40	57,97
50-59	1	1,44
60 +	0	0
TOTAL	69	100%

La tranche d'âge la plus représentée chez les chefs de concession est celle de 40-49 ans (57,97%).

L'âge moyen était de 44,5 ans \pm 5,17 avec des extrêmes de 30 ans et 59 ans.

Tableau II : Répartition selon l'occupation principale

Occupationn principal	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	1	1,44
Fonctionnaire	16	23,18
Eleveur	5	7,24
Ouvrier	24	34,78
Commerçant	11	15,94
Artisan	6	8,70
Autres	6	8,70
Total	69	100

Autres: boucher, entrepreneur, gardien

Les ouvriers étaient les plus représentés (34,78%) suivis des fonctionnaires (23,18%) et des commerçants (15,94%).

Tableau III : Répartition selon le degré de connaissance d'une langue

Degré de connaissance d'une langue	Effectif	Pourcentage
Sait lire et écrire dans une langue	37	53,62
Ne sait pas lire et écrire dans une langue	32	46,38
TOTAL	69	100%

Plus de la moitié des chefs de concession (53,62%) savent lire et écrire une langue.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'étude

Nombre d'années d'étude	Effectif	Pourcentage
Néant ou < 1 an	32	46,38
1-6 ans	0	0
7-9 ans	9	13,04
10-12 ans	9	13,04
Bac + 1 à 2 ans	1	1,44
Bac + 3 à 4 ans	10	14,49
Bac + 5 à 7 ans	8	11,60
TOTAL	69	100

Ceux qui n'ont pratiquement pas été à l'école sont les plus représentés parmi les chefs de concession (46,38 %).

Tableau V : Répartition selon le nombre de personnes par concession

Nombre de personnes par concession	Effectif	Pourcentage
2-5	27	39,13
6-10	40	57,97
Plus de 10	2	2,89
TOTAL	69	100%

La majorité des concessions (57,97%) comprenait 6-10 personnes chacune.

Tableau VI : Répartition selon le nombre de chambres par concession

Nombre de chambres par concession	Effectif	Pourcentage
1-3	32	46,38
4-6	35	50,72
Plus de 6	2	2,89
TOTAL	69	100%

La moitié des concessions (50,72%) comprenait 4 à 6 chambres chacune.

Tableau VII : Répartition selon le lien avec la concession

Lien avec la concession	Effectif	Pourcentage
Appartient à la famille	41	59,42
Locataire	28	40,58
TOTAL	69	100%

La majorité des concessions (59,42%) appartenait aux familles.

4.1.2- Caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménage

Les chefs de ménage étaient au nombre de 76.

Relation du chef de ménage avec l'enfant :

Dans la majorité des cas (74 sur 76, soit 97,36%) le chef de ménage était le père de l'enfant

Dans 7 cas sur 76, soit 9,21%, le chef de ménage de l'enfant n'était pas le chef de concession.

Tableau VIII : Répartition des chefs de ménage selon l'âge

Tranches d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
25-29	1	1,31
30-39	30	39,47
40-49	41	53,94
50-59	2	2,63
60 +	0	0,00
NSP	2	2,63
TOTAL	76	100%

L'âge moyen des chefs de ménage était de 42 ans \pm 5 ans. Là aussi, la tranche d'âge la plus représentée était celle des 40-49 ans (53,94%) suivie des 30-39 ans (39,47%).¹

Tableau IX : Répartition selon l'occupation principale

Occupation principale	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	3	3,94
Fonctionnaire	13	17,10
Eleveur	7	9,21
Ouvrier	31	40,78
Commerçant	16	21,05
Artisan	4	5,26
Autres	2	2,63
TOTAL	76	100%

Les ouvriers étaient encore les plus représentés (40,78%), mais suivis cette fois des commerçants (21,05%).

Tableau X : Répartition selon le degré de connaissance d'une langue

Degré de connaissance d'une langue	Effectif	Pourcentage
Sait lire et écrire dans une langue	42	55,26
Ne sait pas lire et écrire dans une langue	34	44,74
TOTAL	76	100%

Comme les chefs de concession, plus de la moitié des chefs de ménage (55,26%) sait lire et écrire dans une langue.

Tableau XI : Répartition selon le nombre d'années d'étude

Nombre d'années d'étude	Effectif	Pourcentage
Néant ou < 1 an	32	42,10
1-6 ans	0	0
7-9 ans	13	17,10
10-12 ans	11	14,47
Bac + 1 à 2 ans	1	1,31
Bac + 3 à 4 ans	10	13,16
Bac + 5 à 7 ans	9	11,84
TOTAL	76	100

Comme les chefs de concession, les chefs de ménage qui n'ont pratiquement pas été à l'école étaient les plus représentés (42,10%), suivis de loin par ceux qui ont le niveau second cycle fondamental (les 7 à 9 ans avec 17,10%).

Tableau XII : Répartition selon le niveau en français

Parler en français	Effectif	Pourcentage
Pas du tout	20	26,31
Un peu	31	40,79
Bien	21	27,63
Très bien	4	5,26
TOTAL	76	100%

Le quart des chefs de ménage (26,31%) ne parle pas du tout français et 40,79% ne le parle qu'un peu.

Tableau XIII : Répartition selon le nombre de personnes par ménage

Nombre de personnes	Effectif	Pourcentage
2-4 personnes	13	17,10
5-7 personnes	51	67,10
>7 personnes	12	15,79
TOTAL	76	100%

La plupart des ménages (67,10%) comprennent 5-7 personnes chacun.

Tableau XIV : Répartition selon le nombre de chambres par ménage

Nombre de chambres par ménage	Effectif	Pourcentage
1-2	50	65,79
3-4	20	26,31
Supérieur à 4	6	7,89
TOTAL	76	100%

La majorité des ménages (65,79%) ont 1-2 chambres chacun.

4.2- Caractéristiques socio-démographiques des enfants enquêtés :

L'échantillon était dominé par les enfants de sexe féminin (41 sur 76 soit 53,94%).

Tableau XV : Répartition des enfants selon l'âge

Tranches d'âges mois	Effectif	Pourcentage
0-5 mois	0	0,00%
6-11 mois	19	25,00%
12-23 mois	28	36,84%
24-47 mois	28	36,84%
48-59 mois	1	1,31%
TOTAL	76	100%

L'âge moyen des enfants était de 32 mois ± 5 mois avec des extrêmes de 6 mois et 59 mois. Les tranches d'âge de 12-23 mois et de 24-47 mois étaient les plus fréquentes (36,84% pour chacune de ces deux tranches).

4.3- Caractéristiques socio-démographiques des « mères »

Lien avec l'enfant :

Dans la majorité des cas l'enquêtée était la mère biologique de l'enfant (70 sur 76 soit 92,10%)

Tableau XVI : Répartition des « mères » selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	2	2,63%
20-29 ans	39	51,31%
30-39 ans	35	46,05%
40-49 ans	0	0,00%
TOTAL	76	100%

La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée avec 39 cas sur 76 soit 51,31%

Tableau XVII : Répartition des « mères » selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des « mères »	Effectif	Pourcentage
Néant ou < 1 an	37	48,68
1-6	20	26,31
7-9	8	10,53
10-12	6	7,89
Bac + 1 à 2	3	3,94
Bac + 3 à 4	2	2,63
Bac + 5 à 7	0	0
TOTAL	76	100%

Les « mères » non instruites (48,68%) étaient les plus représentées, suivies de loin par celles qui ont le niveau premier cycle du fondamental (1-6 ans avec 26,31%).

Situation matrimoniale des « mères » et religion

Toutes les « mères » étaient mariées dont 69 sur 76, soit 90,78% étaient dans un couple monogamique.

- 72 sur 76 soit 94,73% étaient la première épouse ;
- 73 sur 76 soit 95,05% étaient musulmanes.

Tableau XVIII : Répartition selon la langue parlée au sein du ménage

Langues parlées	Effectif	Pourcentage
Bambara	61	80,26%
Peulh	6	7,89%
Sonrhäi	2	2,63%
Bobo	2	2,63%
Soninké	2	2,63%
Dogon	1	1,31%
Minianka	1	1,31%
Malinké	1	1,31%
TOTAL	76	100%

Le Bambara était la langue la plus parlée avec 61 cas soit 80,26%

Tableau XIX : Répartition selon la faculté des « mères » à lire et écrire une langue

Français			Autre langue	
Lire et écrire	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Facilement	9	11,84%	15	19,73%
Un peu	34	44,73%	0	0,00%
Avec difficulté	0	0,00%	23	30,26%
Pas du tout	33	43,42%	38	50,00%
TOTAL	76	100%	76	100%

Une minorité de « mères » (11,84%) lisait et écrivait couramment le français, contre 19,73% pour leur langue maternelle. Les autres ne parlaient pas du tout français (50,00%) ou avec difficulté (30,26%).

Tableau XX : Répartition selon les principales activités génératrices de revenus

Principales AGR	Effectif	Pourcentage
Vente médicaments, cosmétiques, savon	9	18,75
Vente charbon/bois	7	14,58
Travail salarié	6	12,50
Collecte de karate	5	10,42
Artisanat	4	8,33
Autres	17	35,42
TOTAL	48	100

Autres : vente nourriture préparée, petit élevage, employée de maison, vente de céréales

Plus de la moitié des « mères » (48 sur 76, soit 63,16%) menaient des activités génératrices de revenus. Les vendeuses de médicaments, cosmétiques et savon étaient les plus représentées (18,75%), suivies des vendeuses de charbon et de bois (14,58%).

4.4- Connaissances, attitudes et pratiques des mères concernant la diarrhée

Toutes les mères ont entendu parler du sachet de réhydratation orale (SRO).

Tableau XXI : Répartition des mères selon les indications citées pour le SRO

Indications	Effectif	Pourcentage
Diarrhée	76	100%
Dysenterie	10	13,15%
Myose digestive	4	5,26%
Paludisme	1	1,31%

Toutes les mères ont cité la diarrhée comme indication du SRO, suivies de loin par la dysenterie (13,15%)

Tableau XXII : Répartition selon les sources de SRO citées

Source	Effectif	Pourcentage
CSCOM	76	100%
Pharmacie privée	68	89,47%
CSRéf	26	34,21%
Autres	1	1,31%

Les sources les plus citées étaient le CSCOM (100%) et la pharmacie privée (89,47%).

La majorité des enquêtées (94,73%) connaît **la quantité d'eau dans laquelle le sachet de SRO est préparé** (1 litre d'eau).

Tableau XXIII : Répartition selon la fréquence d'administration du SRO

Modalité	Effectif	Pourcentage
A volonté	25	32,89%
Après chaque selle liquide	24	31,57%
Matin, midi, soir	24	31,57%
Sur demande de l'enfant	2	2,63%
NSP	1	1,31%
TOTAL	76	100%

Il y a autant de mères qui donnent le SRO à volonté qu'après chaque selle liquide ou matin, midi, soir (31,57% à 32,89%).

La majorité des mères (51 sur 76 soit 67,10%) a affirmé que le SRO coûte 100FCFA (ce qui est son prix) contre 24 qui ne savent pas (soit 31,57%) et 1 qui a annoncé plus de 100F.

Tableau XXIV : Répartition des mères selon le type de diarrhée évoqué

Type de diarrhée	Effectif	Pourcentage
Diarrhée liquide	24	31,57
Diarrhée simple	6	7,89
Diarrhée liée à l'éruption dentaire	18	23,68
Dysenterie	12	15,78
Mycose digestive	10	13,15
Paludisme	6	7,89
TOTAL	76	100

La plupart des mères ont évoqué une diarrhée liquide (31,57%). Elles étaient suivies de celles qui ont évoqué l'éruption dentaire (23,68%).

L'épisode diarrhéique a duré 1-3 jours dans l'ensemble. Toutes les mères ont affirmé que la diarrhée est arrêtée. Dans l'ensemble, l'enfant faisait 4 selles ou plus par jour.

Tableau XXV : Répartition selon l'aspect des selles et les signes

Aspects des selles et signes	Effectif	Pourcentage
Presence de sang	12	15,78%
Presence de glaire	74	97,36%
Lèvres sèches	19	25,00%
Yeux enfoncés	46	60,52%
Pli cutané	4	5,26%
Fontanelle déprimée	64	84,21%

Dans l'échantillon, les selles glaireuses étaient les plus fréquentes (97,36%)
Une majorité de « mères » ont évoqué la dépression de la fontanelle (84,21%) ou les yeux enfoncés (60,52%).

Tableau XXVI : Répartition selon la fréquence de la tétée pendant la diarrhée

Fréquence de la tétée pendant la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Plus qu'avant la diarrhée	29	61,70%
Comme avant	11	23,40%
A fini par cesser de tétée	7	14,89%
TOTAL	47	100%

La majorité des enfants étaient encore au sein (47 sur 76, soit 61,84%).

Pendant la diarrhée, plus de la moitié des mères (61,7%) ont donné la tétée à l'enfant plus qu'avant la diarrhée.

La majorité des enfants avait l'habitude de boire des aliments liquides autres que le lait maternel (75-76, soit 98,7%).

Tableau XXVII : Répartition selon la fréquence de l'alimentation liquide pendant la diarrhée

Fréquence de l'alimentation liquide pendant la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Plus qu'avant la diarrhée	64	85,33%
Moins qu'avant	7	9,33%
Comme avant	4	5,33%
TOTAL	75	100%

La majorité des enfants avait l'habitude de boire des aliments liquide plus qu'avant la diarrhée (64 sur 75, soit 85,33)

Tableau XXVIII : Répartition selon la fréquence de l'alimentation solide ou semi-solide pendant diarrhée

Fréquence de l'alimentation solide ou semi-solide pendant la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Plus qu'avant la diarrhée	49	70%
Comme avant	6	8,57%
Moins qu'avant	15	21,42%
TOTAL	70	100%

La majorité des enfants avait l'habitude de boire des aliments solides ou semi-solides plus qu'avant la diarrhée
 Les aliments solides ou semi-solides ont été donnés à l'enfant plus qu'avant la diarrhée (70% des cas)

Tableau XXIX : Répartition selon le traitement reçu par les enfants pendant les premières 24 heures

Traitement reçu dans les 24 premières heures	Effectif	Pourcentage
Médicament traditionnel	35	46,05%
Rien	16	21,05%
Sachet SRO	9	11,84%
Autres	16	21,05%
Total	76	100%

Autres : Ganidan, chloroquine, métronidazole, amoxicilline, paracétamol, cotrimoxazole

Le traitement traditionnel à été le traitement de choix dans les 24 premières heures (46,05%) contre 21% pour divers médicaments, ou rien du tout (21%).
 Seulement 11,84% des enfants ont reçu le sachet de réhydratation orale dans les 24 premières heures.

Tableau XXX : Facteurs identifiés pour l'utilisation de la réhydratation par voie orale dans les premières 24 heures

Facteurs	Effectif dans l'ensemble des	Effectifs des « mères » qui ont fait la RVO dans les premières 24 heures	%

	ménages N = 76		
1. Caractéristiques sociodémographiques			
Age des « mères »			
15-29 ans	41	3	7,31
30-49 ans	35	6	17,14
Scolarisation			
Mère scolarisée	39	6	15,38
Mère non scolarisée	37	3	8,10
Activités génératrices de revenus (AGR)			
AGR	48	9	18,75
Pas d'AGR	28	0	0
2. Type de diarrhée			
Eruption dentaire	18	1	5,55
Diarrhée liquide	24	7	29,16
Diarrhée simple	6	1	16,66
3. Signes de déshydratation			
Fontanelle déprimée	64	6	9,37
Lèvres sèches	19	1	
Yeux enfoncés	46	4	
Peau plissée	4	0	
4. Source principale d'eau de la famille			
Robinet public	69	9	13,04
Puits fermé avec margelle	5	0	
Puits ouvert avec margelle	2	0	
5. Type de latrine			
Latrine avec sol en ciment	69	8	11,59
Toilette moderne	5	1	100
Latrine avec sol en banco	2	0	0
6. Autres traitements			
Injection	6	0	0
Médicaments traditionnels	33	0	0

La proportion des « mères » qui ont pratiqué la RVO dans les premières 24 heures est plus élevée chez les « mères » plus âgées (17,14%).

Il en est de même des « mères » scolarisées (15,38%) contre 8,10% chez les non scolarisées.

Toutes les « mères » qui ont pratiqué la RVO dans les premières 24 heures exercent une activité génératrice de revenus.

Les « mères » dont les enfants ont fait une diarrhée liquide ont plus fait la RVO dans les premières 24 heures (29,16%) que celles dont les enfants ont eu d'autres types de diarrhée.

La fréquence de signes de déshydratation est plus faible chez les enfants qui ont bénéficié de RVO dans les premières 24 heures (9,37%) que dans l'ensemble des enfants (84,21%).

Quant aux conditions des ménages, tous les 9 ménages s’approvisionnent en eau au robinet public et disposent d’une latrine avec sol en ciment (8 sur 9) et une toilette moderne (le 9^e ménage). Aucune des 9 « mères » n’a sollicité une injection ou des médicaments traditionnels pour son enfant.

Tableau XXXI : Facteurs identifiés pour les « mères » qui n’ont rien fait dans les premières 24 heures

Facteurs	Effectif dans l’ensemble des ménages N = 76	Effectifs pour les « mères » qui n’ont rien fait dans les premières 24 heures	%
1. Caractéristiques sociodémographiques			
Age des « mères »			
15-29 ans	41	6	14,63
30-49 ans	35	10	28,57
Scolarisation			
Mère scolarisée	39	10	25,64
Mère non scolarisée	37	6	16,21
Activités génératrices de revenus			
AGR	48	11	22,91
Pas d’AGR	28	5	17,85
2. Type de diarrhée			
Diarrhée liquide	24	6	25,00
Diarrhée simple	6	2	33,33
Eruption dentaire	18	6	33,33
Dysentérie	12	0	0
Mycose	10	1	10,00
Paludisme	6	1	16,66
3. Signes de déshydratation			
Fontanelle déprimée	64	12	18,75
Lèvres sèches	19	2	
Yeux enfoncés	46	10	
Peau plissée	4	0	
4. Source principale d’eau de la famille			
Robinet public	69	14	20,28
Puits fermé avec margelle	5	2	40,00
Puits ouvert avec margelle	2	0	0
5. Type de latrine			
Latrine avec sol en ciment	69	14	20,28
Toilette moderne	5	2	40,00
Latrine avec sol en banco	2	0	0
6. Autres traitements			
Injection	6	1	16,66
Médicaments traditionnels	33	0	0

La fréquence des « mères » qui n'ont rien fait dans les premières 24 heures est plus élevée chez les « mères » plus âgées (28,57%). Ce sont des « mères » scolarisées (25,64%), menant des AGR (22,91%) et dont les enfants ont fait une diarrhée simple (33,33%) ou liée à une éruption dentaire (33,33%). La déshydratation a été moins fréquente (18,75%) que pour l'ensemble des cas (84,21%). Ces « mères » utilisent moins de robinet public (20,28%), plus de puits fermés avec margelle (40,00%) et plus de toilette moderne (40,00%). Ces mères n'ont pratiquement pas cherché des injections pour la diarrhée de leur enfant (16,66%), ni de médicaments traditionnels.

Toutes les « mères » ont arrêté de mener leurs activités pour soigner l'enfant : 59 mères sur 76 (77,63%) ont arrêté 1 – 3 jours contre 17 mères (22,36%) pour moins d'un jour.

Toutes les « mères » ont utilisé la réhydratation par voie orale (RVO) pendant la diarrhée de l'enfant : la solution salée sucrée (SSS) ou le sachet de réhydratation orale (SRO).

Les mères ont donné le sachet de réhydratation orale pour la diarrhée dans 59 cas sur 76 (77,63%). Le sachet a été acheté au CSCOM dont 51 fois sur 76 (67,10%) par le père, 5 fois par la mère et 3 fois par un autre parent masculin.

Dans 17 cas sur 76 (22,36%), le sachet a été donné par le relais.

Le sachet de SRO a été donné à l'enfant pendant 4-6 jours par la majorité des mères (73 sur 76 soit 96,05%) qui en ont utilisé.

La moitié des mères (43 sur 76 soit 56,57%) connaît le prix du sachet dans leur CSCOM (100 FCFA) contre 31 sur 76 (40,78%) qui ont affirmé qu'elles ne savent pas et 2 qui ont dit plus de 100 FCFA.

Une minorité d'enfants a reçu des injections pendant leur diarrhée (6 sur 76 soit 7,89%), deux mères sur 6 (33,33%) ont pu citer le nom du produit (arthemeter et quinimax), quatre ont cité la structure où l'injection a été payante contre 2 gratuite et deux qui n'en savent rien.

74 sur 76 (97,36%) **ont donné des médicaments modernes à l'enfant malade** et ont affirmé qu'elles peuvent montrer les restants ou la plaquette ; 7 sur 74 (9,45%) ont dit qu'elles ont donné d'autres médicaments qu'elles n'ont plus à la maison.

33 sur 76 (43,42%) **ont donné des médicaments traditionnels** achetés pour la plupart au marché (20 cas sur 33 soit 60,60%) ou obtenu avec les voisins (5 sur 33 soit 15,15%) une vieille (5 cas), un guérisseur traditionnelle (3 cas).

4.5 Conditions de la maison :

4.5.1 Approvisionnement en eau

La principale source en eau est le robinet (69 sur 76 soit 90, 78%) les 7 autres familles s'approvisionnent aux puits fermés avec margelle (5 cas) ou aux puits

ouverts avec margelle (2 cas) les sources d'eau sont pour la plupart publiques (67 sur 76 soit 88, 15%) contre 9 sur 76 (11,88%) qui sont dans la concession.

Le temps d'aller retour de la source est d'une demi-heure à une heure pour 26 familles sur 67 (38,8 ou plus d'une heure pour 26 autre familles.

4.5.2 Latrines :

La plupart des gens de ménage utilise une latrine avec sol en ciment (69 sur 76 soit 90, 78%)

4.5.3 Source principale d'énergie:

La principale source d'énergie utilisé par la concession pour préparer les repas est le bois de chauffe (66 sur 76 soit 86, 84%) contre 13,1% pour le charbon de bois.

4.5.4 Moyen de déplacement le plus utilisé :

Le moyen de déplacement le plus utilisé dans le ménage est la moto (53 sur 76 soit 69,73%) contre 15,8% a pied et 10,5% en voiture.

4.5.5 Matériaux de construction :

Le matériel principal du toit de la chambre est constitué de tôle en acier dans la plupart des cas (68 sur 76 soit 89,47%) contre 7 en béton.

Le matériel du sol de la chambre est en ciment dans la plupart des cas (65 sur 76 soit 85,52%).

Le matériel des murs est en ciment dans la plupart des cas (62 sur 76 soit 81, 57%).

4.6. Evolution :

Dans l'ensemble l'évolution a été favorable, puisqu' il n'y a pas eu de décès



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

V-Commentaire et discussion

5.1. Méthodologie

Notre étude a permis d'analyser 76 fiches d'enquête concernant les enfants pris en charge à domicile pour diarrhée.

La méthodologie de travail nous a permis d'atteindre la plupart des objectifs de l'étude :

- Les caractéristiques sociodémographiques des chefs de concession, chefs de ménage, enfants diarrhéiques et de leurs « mères » ont été décrites;
- Les connaissances, attitudes et pratiques des « mères » concernant la diarrhée des enfants de moins de 5 ans ont été évaluées ;
- La situation des ménages concernant l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, les sources d'énergie, moyens de déplacement et les matériaux de construction a été décrite.

Cependant, nous avons rencontré quelques difficultés qui sont les limites de l'étude :

- la longueur du questionnaire a souvent fatigué les « mères » enquêtées ;
- certaines « mères » ne connaissaient pas bien des informations sociodémographiques des chefs de ménage puisque ce sont elles qui étaient interrogées (exemples : l'âge, le nombre d'années d'études) ;
- notre questionnaire ne demandait pas les raisons :
 - Aux « mères » qui n'ont rien donné dans les premières 24 heures
 - Aux « mères » qui n'ont pas du tout donné de SRO pendant la diarrhée

5.2 Résultats

Nous avons comparé nos résultats avec ceux de la littérature.

5.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des enfants :

➤ **Age:**

Chez les enfants, les tranches d'âge de 12 à 23 mois et 24 à 47 mois ont été les plus fréquentes avec 36,84% pour chacune.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kounta [48] avec 36,2% et 32,4% respectivement.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le début de la locomotion, avec baisse des anticorps maternels et la diversification alimentaire.

➤ **Sexe** :

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 53,94%. Ce résultat s'oppose à celui de Kounta [48] et Sanou I et al. [17] qui trouvent respectivement 52,8% et 54,7% en faveur du sexe masculin.

5.2.2 Caractéristiques sociodémographiques des chefs de concession

- La tranche d'âge la plus représentée est celle de 40 à 49 ans avec 57,97%, la moyenne d'âge étant de 44,5 ans ± 5,17.
- Les ouvriers constituent l'occupation principale la plus représentée (34,78%) suivis des fonctionnaires (23,18%).
- Les chefs de concession non instruits sont les plus représentés avec 40,78%.

Les enfants exposés à la diarrhée provenaient des familles dont les chefs de concession appartenaient à la tranche d'âge de 40 à 49 ans, non instruits et essentiellement ouvriers.

5.2.3 Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage

- Les plus représentés étaient :
- La tranche d'âge de 40 à 49 ans avec 55,26% ;
- Les ouvriers avec 34,21% ;
- Les non instruits avec 42,10%.

Les paramètres sociodémographiques des chefs de ménage sont donc comparables à ceux des chefs de concession.

- La plupart des chefs de ménage étaient en même temps chefs de concession (90%).

5.2.4 Caractéristiques sociodémographiques des mères :

- La tranche d'âge la plus représentée était celle des 20-29 ans avec 51,31%.
- Les non instruits étaient les plus représentées avec 48,68%. Ce résultat est inférieur à celui de Kounta [48] qui est de 90,50%.
- Les principales sources de revenus étaient la vente de médicaments et cosmétiques (18,75%) et celle du charbon et du bois (14,58%). Dans l'étude de Kounta [48], les deux premières sources de revenus étaient les travaux champêtres (26,90%) et le petit commerce (16,80%).

Les enfants atteints de diarrhée étaient de mères non instruites qui faisaient le petit commerce comme activité génératrice de revenus, donc avaient peu de temps à accorder aux soins des enfants.

5.2.5. Connaissances des mères concernant la diarrhée et le sachet de réhydratation orale (SRO)

Toutes les mères connaissent le SRO, son indication principale (diarrhée) et sa source principale (CSCOM). La majorité (94%) sait comment préparer la solution de réhydratation orale à partir du sachet.

5.2.6. ATTITUDES THERAPEUTIQUES DES MERES :

5.2.6.1 Dans les premières 24 heures

- **Le traitement de première intention a été le traitement traditionnel** avec 46,05%. Ce résultat est supérieur à celui de Kounta (25,8%). Par contre, dans l'étude de Khaoula, les « mères » ont d'abord eu recours aux agents de santé (42%).
- **Seize « mères » sur les 76 (21,05%) n'ont donné aucun traitement à l'enfant dans les premières 24 heures.**

La fréquence de ces « mères » est plus élevée chez les plus âgées (28,57%), les scolarisées (25,64%), celles menant des AGR (22,91%) et celles dont les enfants ont fait une diarrhée simple (33,33%) ou liée à une éruption dentaire (33,33%).

La déshydratation a été moins fréquente (18,75%) que pour l'ensemble des cas (84,21%). Ces « mères » utilisent moins de robinet public (20,28%), plus de puits fermés avec margelle (40,00%) et plus de toilette moderne (40,00%).

Après les premières 24 heures, toutes ont cherché un traitement moderne et aucun médicament traditionnel; une seule a cherché en plus une injection.

- **Neuf « mères » sur les 76 (11,84%) ont utilisé la RVO dans les premières 24 heures :**

Chez ces 9 « mères », la proportion de celles qui ont pratiqué la RVO dans les premières 24 heures est plus élevée chez les plus âgées (17,14%) et les scolarisées (15,38%). Toutes les 9 exercent une activité génératrice de revenus.

Du point de vue type de diarrhée, la fréquence d'utilisation de la RVO dans les premières 24 heures par les « mères » est plus élevée chez celles dont les enfants ont fait une diarrhée liquide (29,16%).

La fréquence de signes de déshydratation est plus faible chez les enfants qui ont bénéficié de RVO dans les premières 24 heures (9,37%) que dans l'ensemble des enfants (84,21%).

Les conditions des maisons sont elles aussi meilleures : tous les 9 ménages s'approvisionnent en eau au robinet public et disposent d'une latrine avec sol en ciment (8 sur 9) et une toilette moderne (le 9^e ménage).

Après les premières 24 heures, toutes ont cherché un traitement moderne. Aucune des 9 n'a sollicité une injection ou des médicaments traditionnels.

5.2.6.2 Après les premières 24 heures.

- **La réhydratation par voie orale (RVO) a été utilisée par toutes les « mères ».**

Les sachets ont été utilisés par 77,63% des « mères ». La quantité d'eau utilisée pour préparer le sachet est connue de la plupart de celles qui l'ont déjà utilisé (94,73%). Ce résultat est supérieur à celui de **Kounta** qui est de 64%.

Pour ce qui est du **mode d'administration**, 32,89% des mères administraient le sachet à volonté. Ce résultat est similaire à celui de Kounta de 26,8%.

31,57% le donnaient après chaque selle liquide, ce qui est supérieur au résultat de Kounta de 3,90%.

Cette différence peut s'expliquer par le niveau d'information plus faible en milieu rural qui est Bougouni.

- **Les autres traitements donnés à l'enfant**

- 74 enfants sur 76 (97,36%) **ont reçu des médicaments modernes**
- 33 sur 76 (43,42%) **ont reçu des médicaments traditionnels** achetés pour la plupart au marché (20 cas sur 33 soit 60,60%)
- 6 enfants sur 76, soit 7,89% **ont reçu des injections** pendant la diarrhée Deux mères sur 6 (33,33%) ont pu citer le nom des produits (arthemeter et quinimax), quatre ont cité la structure où l'injection a été faite (2 payantes et 2 gratuites).

5.2.7. Etiologie de la diarrhée

La majorité des mères évoque la diarrhée liquide comme étiologie avec 31,57%. La majorité des enfants faisait 4 selles ou plus par jour. Les signes de déshydratation étaient présents dans 84,21%.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de **Kounta** avec respectivement 26,8% de diarrhée simple, selles liquide avec 46,40% et signe de déshydratation avec 58,8% (présence d'au moins deux signes).

5.2.8. Prise en charge de la diarrhée à domicile

Pendant l'épisode diarrhéique, les mères ont augmenté la fréquence des tétées (61,70%), de l'alimentation liquide (85,33%) et de l'alimentation solide ou semi-solide (70%).

Pendant l'épisode diarrhéique, 77,63% des mères ont arrêté leurs activités de 1-3 jours. Toutes les mères ont donné le SRO et cela pendant 4-6 jours dans 96,05% des cas. Pendant la diarrhée 33,33% des mères ont pratiqué une automédication à base de produit pharmaceutique.

Ces résultats sont supérieurs à celui de kounta [48] qui a trouvé 18% d'augmentation de la fréquence de tété, 30% d'augmentation de l'alimentation liquide.

5.2.9. Conditions de la maison

➤ Source d'eau :

La principale source d'eau est le robinet avec 90,78% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de KONATE B. [49] de 66%

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que Yirimadio est un quartier périphérique et que l'enquête de KONATE a été réalisée au centre ville de Bamako.

Dans 88,15% des cas, la source est publique avec un temps de déplacement d'une demi-heure à une heure.

➤ Latrine :

La plus utilisée est la latrine avec sol en ciment (90,78%)

➤ Energie :

Il s'agit de l'énergie utilisée pour la préparation des aliments. La source d'énergie est essentiellement le bois de chauffe (86,8%).

➤ Le moyen de déplacement :

Le plus utilisé est la moto avec 69,73%

➤ Matériaux de construction :

Le sol et le mur sont en ciment, respectivement 85,52% et 84,57%. Le toit est en tôle en acier.

5.2.10. Facteurs déterminant l'utilisation de la réhydratation par voie orale dans les premières 24 heures

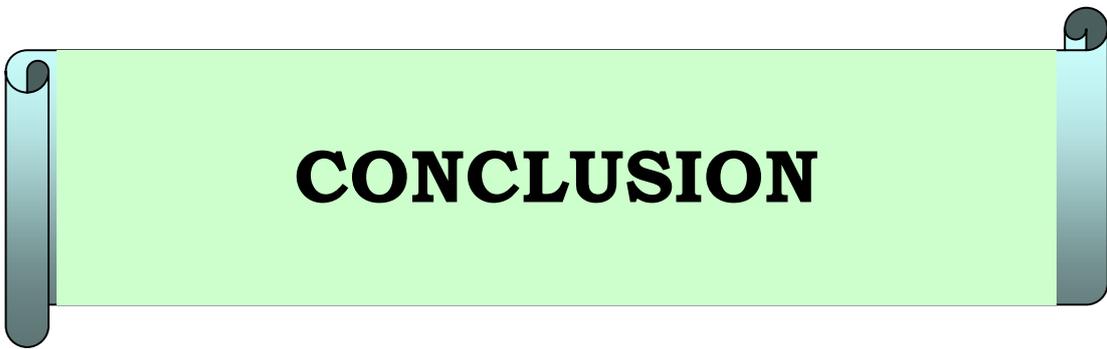
Nous avons testé les principaux facteurs pouvant déterminer l'utilisation de la réhydratation par voie orale dans les premières 24 heures :

- Caractéristiques sociodémographiques des mères : âge, scolarisation, activités génératrices de revenus ;
- Type de diarrhée ;
- Signes de déshydratation ;
- Source principale d'eau de la famille ;
- Type de latrine.

La RVO dans les premières 24 heures semble liée à l'âge de la mère, à la scolarisation et aux revenus, car sa pratique est plus fréquente chez les « mères » plus âgées, scolarisées et exerçant une activité génératrice de revenus.

Il en est de même du type de diarrhée (diarrhée liquide). Nous ne pouvons nous prononcer sur l'influence des sources d'eau potable et du type de latrine car ces conditions sont les mêmes dans la majorité des ménages enquêtés.

Il y a eu moins de cas de déshydratation chez les enfants qui ont bénéficié de RVO dans les premières 24 heures. Cette situation favorable est une conséquence et non une condition déterminante de la RVO précoce.



CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Notre étude a révélé les principales caractéristiques socio-démographiques des enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée, ainsi que celles de leurs parents.

Le profil socio-démographique est celui d'un enfant de sexe féminin de moins de 3 ans, de mère jeune, non instruite et petite commerçante. Le chef de ménage est un jeune adulte, ouvrier et non scolarisé.

Les mères avaient de bonnes connaissances sur l'indication du SRO, sa source, le mode de préparation, la fréquence d'administration de la solution.

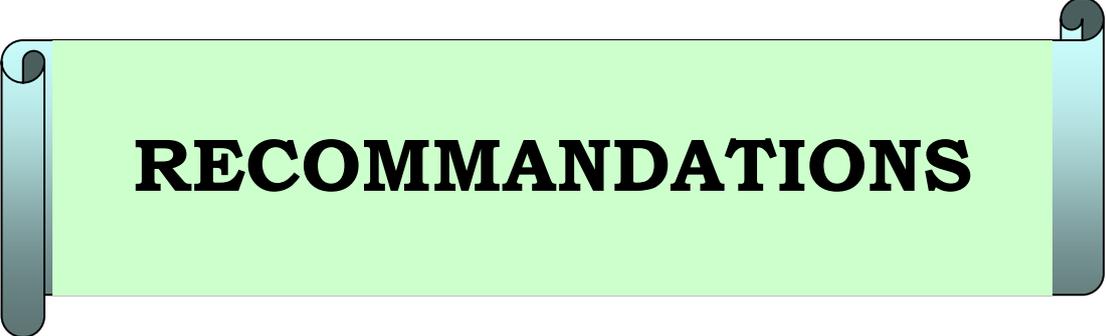
Elles connaissaient aussi les différents types de diarrhée, la bonne fréquence des tétées, de l'alimentation liquide, solide ou semi-solide.

Cependant, elles avaient une mauvaise connaissance de la prise en charge de la diarrhée de l'enfant dans les premières 24 heures.

La taille moyenne des ménages d'enfants diarrhéiques était comparable à celle du niveau national, soit 7 personnes par ménage.

La majorité des ménages s'approvisionnent à une source d'eau potable et les latrines sont en bon état. La plupart des maisons sont faites en ciment pour le sol et les murs.

Les facteurs qui déterminent la RVO dans les premières 24 heures sont l'âge de la mère, la scolarisation, l'exercice d'une activité génératrice de revenus par la mère et le type de diarrhée (diarrhée liquide).



RECOMMENDATIONS

VII.RECOMMANDATIONS

Nos recommandations visent trois points importants :

- a) La compréhension par les familles et les communautés de la stratégie de prise en charge de la diarrhée ;
- b) La prise en charge de la diarrhée dès les premiers signes ;
- c) La scolarisation des filles.

7.1 Aux mères, familles, parents et communauté

- Prévenir la déshydratation par l'administration de quantités significatives de liquides appropriés ou de solution de réhydratation orale ; dans les premiers 24 heures.
- Maintenir l'alimentation (ou accroître l'allaitement) pendant l'épisode et augmenter toutes les formes d'alimentation après ;
- Reconnaître les signes de déshydratation et amener l'enfant à un agent de santé pour obtenir une solution de réhydratation orale ou le perfuser avec des solutés électrolytiques et se familiariser avec les autres symptômes nécessitant un traitement médical (p. ex. diarrhée sanglante) ;
- Prendre conscience de la nécessité de la scolarisation des filles (autant que celles des garçons)

7.2 Aux agents de santé :

- Conseiller aux mères de commencer à administrer des liquides adaptés disponibles à la maison dès l'apparition d'une diarrhée chez l'enfant ;
- Traiter la déshydratation avec une solution de réhydratation orale (ou une perfusion intraveineuse de solutés électrolytiques dans les cas sévères de déshydratation) ;
- Rappeler aux mères que l'alimentation ou l'allaitement doivent se poursuivre pendant l'épisode de diarrhée, et qu'il faut augmenter l'alimentation après ;
- Utiliser des antibiotiques uniquement dans les cas nécessaires, c'est-à-dire en présence d'une diarrhée sanglante ou d'une shigellose, et s'abstenir de donner des médicaments anti-diarrhéiques ;
- Rappeler aux mères la nécessité d'augmenter les apports en liquide et de maintenir l'alimentation lors de futurs épisodes.

7.3 Aux autorités sanitaires et administratives:

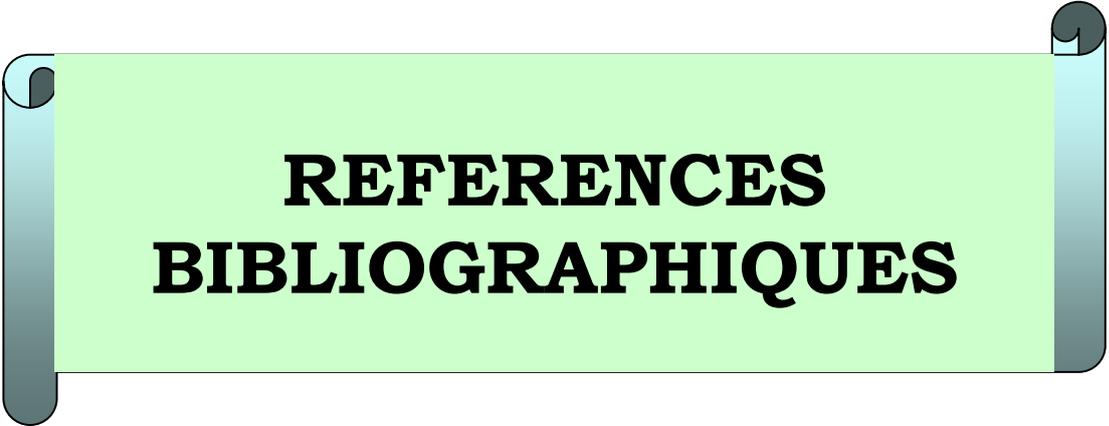
- Elaborer un plan de 3-5 ans de réduction des taux de mortalité par maladies diarrhéiques ;
- Evaluer les progrès du contrôle des maladies diarrhéiques en surveillant les taux d'utilisation de SRO/TRO à domicile ;

- Utiliser les médias et la communication interpersonnelle, promouvoir et raffiner les messages sur la prévention des diarrhées, leur prise en charge à la maison et la recherche de soins appropriés ;
- Donner la priorité à l'amélioration de la disponibilité des SRO, avec l'aide des secteurs privé et public ;
- Elaborer des stratégies adaptées pour enseigner aux agents de santé à tous les niveaux l'utilisation des SRO dans le traitement des diarrhées ;
- Identifier tout ce qui entrave l'utilisation des SRO et le traitement à domicile dans la prise en charge de la diarrhée aiguë.

7.4 Aux partenaires : UNICEF, l'OMS et autres

Soutenir ces actions en :

- Jouant un rôle d'intermédiaire et investissant des ressources pour s'assurer que les pays adoptent et mettent en œuvre ces recommandations ;
- Travaillant avec les gouvernements et le secteur privé, y compris les organisations non gouvernementales et les entreprises, pour diffuser rapidement ces recommandations ;
- Apportant les SRO aux pays qui ne sont pas en mesure d'en fabriquer aux normes voulues ;
- Participant à la communication destinée à améliorer la prévention et la prise en charge de la diarrhée, notamment en encourageant l'utilisation de routine des SRO.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS - Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde 2000, ISBN 92 4 256198 3 ISSN 1020 332X NLM : WA 540.1 Juin 2000.
2. Ministère de la santé et de la population/Direction de la prévention/
Sous direction santé maternelle et infantile d'Algérie - Guide de prise en charge de la diarrhée chez l'enfant.
3. OMS/PLMD
WHO/CDR/ 95.3. Traitement de la diarrhée.
Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés.
4^{eme} révision du document WHO/CDD/SER/80.2 et remplace le document WHO/CDR/ 95.3. (1995)
4. FOFANA A : Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Université de Bamako, 2004,81.
5. OMS : La stratégie OMS de coopération avec la république du Mali 2003-2007, p40.
6. Mac Divitt et al, Maladies diarrhéiques : la thérapie par réhydratation Orale, 79 (10) : 1246-1255.1994
7. La déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF :
La prise en charge clinique de la diarrhée aiguë.WHO/FCH/CAH/o4.7
ou UNICEF/PAYS EN DEVELOPPEMENT/Diarrhée/01, Mai 2004
8. Cellule de planification et de statistique du MSSPA.
Enquête démographique et de santé (EDS).
EDS IV, Mali, 2006.
9. Save the children/USA Mali : Rapport final sur la recherche qualitative du Projet pilote de l'introduction du traitement avec du zinc des enfants atteints de diarrhée dans le cercle de Bougouni, Mali 2005.
10. GUINDO B: Analyse des données du système local d'information sanitaire sur le paludisme, les IRA basses et les diarrhées dans le cercle de Niono. Thèse de Médecine, Université de Bamako, 2006.

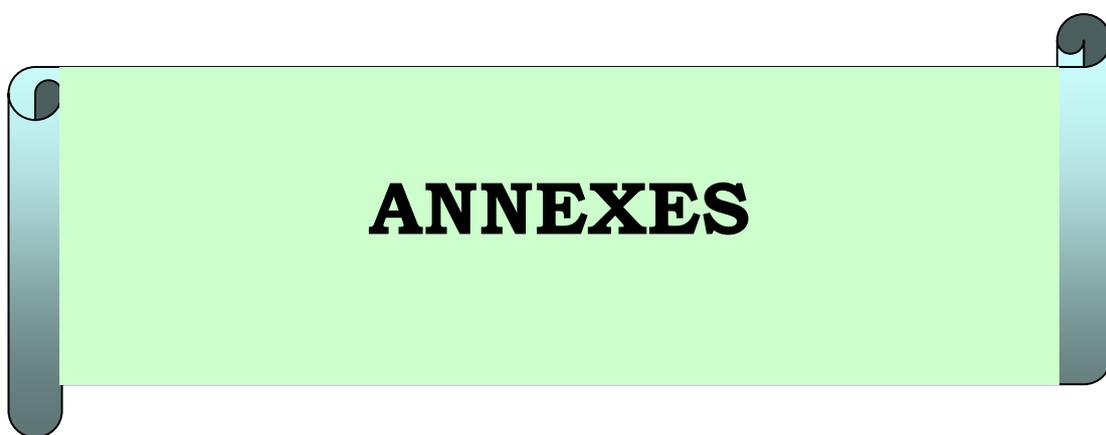
11. SIDIBE I M : Les évacuations sanitaires obstétricales au Centre de Santé de référence de Bougouni (à propos de 329 cas).Thèse De Médecine, Université de Bamako, 2006.
12. Save the children/USA Mali : Guide pour la mise en œuvre du système des Caisses pharmaceutiques villageoises, 2004.
13. DIAGNE J, CAMARA B, DIOUF S et al : Les diarrhées infantiles en Pratique hospitalière. L'expérience du service de pédiatrie du CHU de Dakar. Médecine d'Afrique noire 1993 ; 40, 5 :349-353.
14. CRUZ J R, BARTLETT A V, MENDEZH et al : Epidémiologie de la Diarrhée persistante chez les enfants du Guatemala rural. Acta Pédiatrie (suppl.) 1992 ; 381 : 22-26.
15. KANKI B, CURTIS V, MERTEUS Th, TRAORE E, COUSENS S, TALL Fr, Et al : Des croyances aux comportements : Diarrhée et pratiques D'hygiène au Burkina-Faso. Le cahier de santé 1994 ; 4 :359-66.
- 16.DUBOZ P, LAFRANCE N, VAUGELADE J, SANKARA M : Maladies Diarrhéiques chez les enfants de 0-4ans et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale. Ouagadougou, UNICEF, 1988 : 19-193.
17. SANOU I., KAM K.L., TOUGOUMA A., SANGARE L., NIKIEMA J.H.P., SANOU I., KOUETA F¹, DAO L., SAWADOGO S.A., SOUDRE R.B : Diarrhées aiguës de l'enfant : Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Evolutifs en milieu hospitalier pédiatrique A Ouagadougou .Médecine D'Afrique Noire : 1999, 46 (1).
18. Coulibaly A, Rey JI, Davis CE, Soro NB, Diarra A, Houénou Y, Trolet C : Morbidité et mortalité hospitalières dues aux maladies diarrhéiques en Côte d'Ivoire. Publications médicales africaines 1988; 91:23-9.
- 19.Maaroufi S, Ben Dridi MF, Ben Chaabane T, et al: Épidémiologie des Diarrhées aiguës infantiles. Tunisie médicale 1986; 64:673-7.
- 20.SALL MG, DIOUF A. D., DIOUF S., NDIAYE O., KUAKUVI N : Etude comparative de la SRO seule et de l'association eau de riz + al 110 : Dans la prise en charge des diarrhées aiguës infantiles a Dakar. Résultats préliminaires. Médecine d'Afrique Noire: 1999, 46 (10).
21. LY BARRY H: Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-36mois dans Les départements de Pikine et Guédiawoye, Hôpital de l'enfant d'Albert Royen Fann. Thèse de Médecine, Université de Dakar, 1996.
22. OMS : Rapport intérimaire du programme de lutte contre les maladies Diarrhéiques, 1992.
23. PULUNGSIH S P, ITTIRAVIVONGS A, PATTARA-ARECHA I J : Assessment of the effectiveness of oral rehydration.

Southeast Asian J Trop Med 1992; 23, 3: 420-426.

24. KAPOOR P, RAJPUT V J: Maternal knowledge, attitudes and practice in diarrhea. Indian pédiatrie 1993; 30, 1:85-88.
25. MSPAS/DSF/PNLMD: La prise en charge de la diarrhée dans les formations sanitaires de Bamako, 1988.
26. MSPAS/DNSP/DSF/PNLMD : Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de la RVO, 1988.
27. TOURE DIALLO F : Etude de l'utilisation de la réhydratation orale au centre d'application en santé familiale et nutritionnelle de Bamako. Thèse de Médecine, Université de Bamako, 1987 ; 14.
28. OMS : Faits et chiffres : l'eau et la santé, 2003. Les maladies diarrhéiques, WWW/Water year 2003.
29. Enquête démographique et de santé 1995–1996. Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bamako, Mali. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
30. Ministère de la Santé, Secrétariat Général de la Santé et Pauvreté : La Problématique de la santé et de la pauvreté au Mali. Analyse des Indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale De lutte contre la pauvreté au Mali, Septembre 2004 ; Département du Développement humain, Région Afrique, Banque mondiale.
31. KANGAH D, KOUAME KJ, HOUENOU Y, TIMITE M, DOSSO M, ASSI ADOU J. Les diarrhées aiguës infantiles en Côte d'Ivoire. Médecine D'Afrique Noire, 1981; 28:725-6.
32. Données du système d'information sanitaire du Mali 2000, 2001, 2002 et 2003.
33. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1998.
34. BALIQUE H, OUATTARA O, AG IKNANE A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. Santé publique 2001, volume 13, no 1, pp. 35-48.
35. Organisation mondiale de la santé : Travailler ensemble pour la santé Rapport sur la santé dans le monde, ISBN 92 4 256317 X ISBN 978 924 256317 7 ISSN 1020-332 X NLM classifications: WA 530.1, 2006.
36. OMS, Les statistiques sanitaires mondiales, ISBN 92 4 256321 8 NLM Classification: WA 900.1 ISBN 978 92 4 256321 4, 2006.
37. PETER J. WINCH, KAREN LEBAN, LARRY CASAZZA, LYNETTE WALKER, AND KARLA PEARCY : Un cadre de mise en oeuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau Communautaire. Projet BASICS II, Arlington Virginie, CORE,

WashingtonDC, John Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, et World Vision US, Washington, DC, USA.

38. OMS : Modèle de chapitre pour les manuels PCIME. Santé et Développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH) 2001.
39. Statistiques sanitaires nationales : Système national d'informations sanitaires. Tome I : Pays. Annuaire statistique national du SIS-1996. Juin 1997. Pages 77.
40. O.M.S : Cours sur la diarrhée: Manuel de l'étudiant. Genève: Sadag, 1993:147p.
41. DOUMBIA M N : La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Université de Bamako, 2001, 119.
42. OMS : Réduire la mortalité due aux principales maladies mortelles de l'enfance. Aide Mémoire 1997 ; 178.
43. Politique sectorielle de santé et de population au Mali : Répertoire analytique des documents relatifs à la mise en oeuvre – Tome I – Draft juin 1997.
44. DILLON. J.C. : Evolution de la santé des enfants dans le monde au Cours de la période 1990-2000. Med Trop 2003; 63 (407-412).
45. OMS, Rapport sur la santé dans le monde résumé, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.
46. Ministère de la santé de Ouagadougou, Centre de documentation et D'information sur le médicament (CEDIM) : Publication trimestrielle 10^{ème} année Vol 8, N°24, juin 2005.
47. Kate Gilroy: Patterns of care seeking and treatment among sick children In Bougouni district, Mali. January 2007.
48. Kounta C.H.
La prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de moins de 5 ans en milieu communautaire. Thèse Med, Bamako, FMPOS, 2008, N° 197 : p 60
49. Konaté B.
Surveillance épidémiologique des diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans dans les services de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.
Thèse Med, Bamako, FMPOS, 2007, N° 27 : p 160
50. Khaoula J.
Prise en charge de la diarrhée aiguë de l'enfant de moins de 5 ans ; enquête auprès des médecins et des parents de la ville de Mèknès.



ANNEXES

5. Commerçant (boutique, vendeur)
 6. Artisan (forgeron, cordonnier...)
 9. Autre à spécifier. _____
4. Niveau d'instruction du chef de concession :
- a. Le chef de concession sait t-il lire et écrire une langue ?
 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
- b. Le chef de concession a fait combien d'années d'étude ? ____Années
 ...1. N'a pas été à l'école ou moins d'une année
 2. Ne sait pas
5. Nombre de personnes qui habitent dans la concession : _____ personnes
6. Nombre de chambres / cases dans la concession : _____ chambres / cases
7. A qui appartient la concession ?
 1. Propre à la famille 2. Partager avec une autre famille
 4. Autre, à spécifier : 3. Location

2.2 : Ménage de l'enfant choisi

8. Quelle est la relation du chef de ménage (guwatigi) avec l'enfant ?
 1. Père 3. Grand-père
 2. Mère 4. Oncle
 5. autre à spécifier _____
9. Est-ce que le chef de la concession est aussi le chef du ménage de l'enfant choisi ?
 1. Oui 2. Non
10. Nom et prénom du chef de ménage : _____
11. Occupation principale du chef de ménage :
 1. Cultivateur
 2. Fonctionnaire
 3. Eleveur
 4. Ouvrier (mécanicien, maçon, menuisier...)
 5. Commerçant (boutique, vendeur)
 6. Artisan (forgeron, cordonnier...)
 9. Autre à spécifier. _____
12. Age du chef de ménage : _____ ans 00. Ne sait pas
13. Le chef de ménage sait t-il lire et écrire une langue ? 1. Oui 2. Non 88. NSP
14. Le chef de ménage a fait combien d'années d'étude ? ____Années
 00. N'a pas été à l'école 88. Ne sait pas
15. Parle t-il français?
- Lire la liste et cocher une seule réponse
 1. Pas du tout 3. Bien
 2. Un peu 4. Très bien 88. Ne sait pas
16. Nombre de personnes qui habitent dans le ménage de l'enfant choisi : _____ personnes
17. Nombre de chambres / cases du ménage de l'enfant choisi : _____ chambres/cases

SECTION 3 : Questions pour les FEMMES

SECTION 3-1 : Information sur l'enfant et la personne interviewée

18. Nom et prénom de l'enfant:

19. Sexe de l'enfant : 1. Masculin 2. Féminin

20. Date de naissance ____/____/____ 88. ne sait pas

► mettre 15 pour le jour si elle connaît le mois et l'année mais la date exacte est inconnue

21. Âge de l'enfant 228a. ____ ans et 228b. ____ mois

► Ecrire 0 à 228a. Si l'âge de l'enfant est < 1 an

22. Nom et prénom de la mère/tutrice :

23. Relation avec l'enfant : 1. Mère 2. Autre parent

Spécifier la relation avec l'enfant _____

24. Âge de la mère/tutrice _____ ans 00. Ne sait pas

25. Avez-vous été à l'école? 1. Oui

2. Non → 27

26. Si oui, combien d'années d'étude avez-vous faites ?

____ Années

00. N'a pas été à l'école

27. Êtes-vous mariée ? 1. Oui 2. Non → 30

28. Combien d'épouses à votre mari ? _____

29. Etes-vous la première (1^{ère}) _____, deuxième (2^e) _____, troisième (3^e) _____, quatrième (4^e) _____ épouse de votre mari?

30. Quelle est votre religion ?

1. Musulmane 3. Animiste

2. Chrétienne 99. Autre (Préciser) 237x.

31. Quelle langue parlez-vous dans votre ménage ?

► Cocher une seule réponse

1. Bambara 5. Sonraï 9. Malinke

2. Dogon 6. Peulh 10. Tamacheck

3. Bobo 7. Senoufo 11.

Sarakolé/Soninké/Marka

4. Français 8. Minianka

99. Autre (Préciser) 238x. _____

32. Savez-vous lire et écrire une langue ?

► Lire la liste et cocher une seule réponse

[] 1. Facilement / [] 2. Avec difficulté / [] 3. Pas du tout

33. Parlez-vous français?

Lire les réponses et cocher une seule

[] 1. Pas du tout

[] 3. Bien

[] 2. Un peu

[] 4. Très bien

34. Faites-vous une activité génératrice de revenu? [] 1. Oui [] 2. Non → **36**

35. Si oui, quelle est l'activité génératrice principale?

► **Cocher une seule réponse**

[] 1. Travaux champêtres [] 7. Servante/employée domestique

[] 2. Petit élevage

[] 8. Vente de céréale

[] 3. Commerce (vente de produits comme médicaments, cosmétiques, savon)

[] 4. Vente de nourriture (préparée)

[] 9. Vente de charbon/bois

[] 5. Artisan (poterie, tissage, tresse, tailleur)

[] 10. Autres petits commerces

[] 6. Collection/traitement beurre de karité

[] 98. Travail salarié à spécifier 242x. _____

[] 99. Autre à spécifier 242 y. _____

SECTION 3-2 – Connaissances sur les médicaments et le traitement de la diarrhée

3.2.1-Traitements pour la diarrhée

36. Avez-vous entendu parler de kènèyaji / SRO? [] 1. Oui [] 2. Non

Selon vous, pour quels problèmes de santé de l'enfant on doit donner le kènèyaji / SRO ?

► **Cocher toutes les réponses données**

[] 1. Konoboli

[] 4. Déshydratation

[] 2. Konorojoli

[] 5. Vomissements

[] 3. Togotogonin

[] 6. Sumaya

[] 88. Ne sait pas

[] 99. autre, à spécifier

37. Si vous avez un enfant atteint de konoboli / konorojoli / togotogonin où pouvez-vous obtenir le kènèyaji/SRO?

► **Demander « Où encore » plusieurs fois et cocher toutes les réponses données**

[] 1. CSCom, d\g\t\r\so

[] 4. Aide Soignant

[] 2. CS Réf de la commune VI

[] 5. Pharmacie privée

[] 3. Matrone/maternité rurale

[] 88. Ne sait pas

[] 99. Autres, à spécifier :

38. Dans quelle quantité d'eau préparez-vous un sachet de SRO ? a. _____ litre(s)

b. _____ autre quantité à spécifier [] 88. Ne sait pas

39. Quand est ce que vous donnez le SRO à un enfant qui fait la diarrhée ?

► Lire la liste et cocher une seule réponse

[] 1. A volonté [] 3. Sur demande de l'enfant
[] 2. Après chaque selle liquide [] 4. Matin, midi, soir [] 88. Ne sait pas

40. Combien coûte un sachet de kènèyaji/SRO au CSCCom?
Prix _____ CFA [] 88. Ne sait pas

41. Que pensez-vous du prix du kènèyaji/SRO?
[] 1. Pas cher [] 2. Abordable [] 3. Cher [] 4. Très cher [] 5. Pas d'opinion [] 88. Ne sait pas

3.2.2- Symptômes et prise en charge à la maison pendant les la période d'état

3.2.2.1-Symptômes de la diarrhée

42. Maintenant je vais vous lire une liste de maladies diarrhéiques chez les enfants. Dites-moi si l'enfant souffre/souffrait de ces maladies beaucoup, un peu, ou pas du tout pendant,

Symptôme ou maladie	1. Pas du tout	2. Un peu	3. Beaucoup	88. Ne sait pas
a. Xib\ (Gnibo) Ko\no\boli				
b. Kono\boligansan				
c. Kono\boli jima				
d. SumayaKo\no\boli				
e. Togo\to\go\nin				
f. Ko\no\ro\joli				
g. Kunfilanitu				

► Si l'enquêtée répond « Pas du tout » à toutes ces questions allez à 43

► Même si c'est un peu de K\nr\joli, il faut remplir les questions suivantes :

43. Votre enfant a eu la diarrhée (k\n\boli / k\n\ro\joli / t\g\t\g\nin) pendant combien de jours?
_____ Jours

[] 88. Ne sait pas

44. Est-ce que votre enfant a encore la diarrhée (k\n\boli / k\n\ro\joli / t\g\t\g\nin)? [] 1. Oui [] 2. Non
45. Combien de fois par jour l'enfant fait/faisait des selles ? _____ fois par jour [] 88. Ne sait pas
46. Est-ce que les selles de l'enfant sont/étaient liquides (comme de l'eau) ? [] 1. Oui [] 2. Non
47. Est-ce qu'il y a/avait du sang dans les selles de l'enfant ? [] 1. Oui [] 2. Non
48. Est-ce qu'il y a/avait de la glaire dans les selles de l'enfant ? [] 1. Oui [] 2. Non
49. Est-ce que l'enfant a/avait les lèvres seches ? [] 1. Oui [] 2. Non [] 88. NSP
50. Est-ce que l'enfant a/avait les yeux enfoncés? [] 1. Oui [] 2. Non [] 88. NSP
51. Est-ce que l'enfant a/avait la peau plissée ? [] 1. Oui [] 2. Non [] 88. NSP
52. Est-ce que l'enfant a/avait la fontanelle déprimée? [] 1. Oui [] 2. Non [] 88. NSP

3.2.2.2- Prise en charge de la diarrhée à la maison

53. Est-ce que votre enfant est au sein ? 1. Oui
 2. Non → 55

54. Pendant la diarrhée de _____, comment vous lui donnez/donniez le sein...

► Lire la liste et cocher une seule réponse

1. Plus qu'avant la diarrhée 4. L'enfant tétait au début, mais après

2. Exactement comme avant la diarrhée il a arrêté complètement

3. Moins qu'avant la diarrhée 5. L'enfant ne tétait pas

55. Est-ce que votre enfant a l'habitude de boire les liquides autres que le lait maternel ?

1. Oui → 56 2. Non → 57

56. Pendant la diarrhée de _____, comment vous lui donnez/donniez les liquides autres que le lait maternel ?

► Lire la liste et cocher une seule réponse

1. Plus qu'avant la diarrhée 4. J'en ai donné au début, mais après

2. Exactement comme avant la diarrhée j'ai arrêté de lui en donner

3. Moins qu'avant la diarrhée 5. Je lui donnais seulement le lait maternel

57. Est-ce que votre enfant a l'habitude de manger les aliments solides ou semi-solides (comme la bouillie de riz, maïs ou mil...etc) autres que le lait maternel ? 1. Oui → 58

2. Non → 59

58. Pendant la diarrhée de _____, comment vous lui donnez/donniez ces aliments ... ?

► Lire la liste et cocher une seule réponse

1. Plus qu'avant la diarrhée 4. J'en ai donné au début, mais après

2. Exactement comme avant la diarrhée j'ai arrêté de lui en donner

3. Moins qu'avant la diarrhée 5. Je lui donnais seulement les laits maternels et autres liquides

59. Pendant les premières 24 heures de la diarrhée, que lui avez-vous donnée comme traitement ?

1. Rien 6. TRO faites de céréales (Bouillie de riz, pain de singe)

2. Sachets SRO/Keneya-ji 7. Anti-diarrhéiques (Ganidan)

3. Solution salée-sucrée 8. Nivaquine

4. Kunblenibileman 9. Médicaments traditionnels

5. Kunblenijeman 99. Autres à préciser : 418 x :

60. Avez-vous donné la SSS/ (jisukaroma k\k\ma) à votre enfant pendant cet épisode de diarrhée?
 1. Oui →61 2. Non →62
61. Pendant combien de jours avez-vous donné la SSS / (kqngyaji fait à la maison) à votre enfant? ___ jours
62. Est-ce que vous avez arrêté de mener vos activités principales pour soigner ou chercher des soins pour votre enfant diarrhéique?
 1. Oui →63 2.

Non →Volet 5

63. Combien de temps vous avez arrêté vos activités principales ?
 _____ jours
 00. Moins d'un jour

3.2.3- Traitements donnés à l'enfant pendant la période de diarrhée

- 82- Avez-vous donné la **SRO** à votre enfant pendant la période de diarrhée
 1. Oui 2. Non →

►Si « Oui », demandé

- 83a. Pour quel problème ou symptôme principal avez-vous donné la SRO ? _____
- 83b. Où l'avez-vous acheté ou se procurée?

- 83c.. Qui a acheté ce médicament ?
 1. Mère 2. Père 3. Autre parent féminin 4. Autre parent masculin
- 83d. Pendant combien de jours avez-vous donné la SRO à votre enfant? ___ jours
- 83e. Combien de sachets de SRO avez-vous utilisé pour traiter votre enfant?
 ___ sachets
- 83f. Quel était le prix d'un sachet? _____ CFA
88. Ne sait pas
- 84-Est-ce que votre enfant a fait des **injections** pendant la période de diarrhée

1. Oui →

2. Non →

►Si « Oui », demandé

- 85a. Quel était le nom du produit injecté ? _____
-] 88. Ne sait pas
- 85b. Ou avez-vous acheté ce produit ? _____
- 85c. Pour quel problème ou symptôme principal l'enfant a fait des injections? _____
- 85d. Où avez-vous fait les injections _____
- 85e. Quel était le prix (de produits et d'injections)? _____ CFA
-] 88. Ne sait pas
- 86- Avez-vous donné des médicaments modernes à votre enfant pendant la période de diarrhée 1. Oui → 2. Non →
- 87-Avez-vous toujours ces médicaments/plaquettes/boites à la maison ?
 1. Oui

- [] 2. Non
 88- Pouvez-vous me montrer ces médicaments ? []
 1. Oui → []
-] 2. Non →
 89- Avez-vous donné d'autres médicaments modernes à votre enfant que vous n'avez plus à la maison ? [] 1. Oui → [] 2. Non →
 90- Avez-vous donné les médicaments traditionnels ? [] 1. Oui → [] 2. Non →
 91- Si oui, où avez-vous cherché ces médicaments ?
 [] 1. En brousse [] 3. Parent/voisine [] 5. Guérisseur traditionnel
 [] 2. Avec un parent /voisin [] 4. Chez une vieille femme [] 6. Marché
 [] 99. Autre à spécifier [] 7. Relais

► **Dire : Merci bien pour avoir répondu aux questions sur la santé de votre enfant, nous sommes presque vers la fin. Maintenant, je vais vous poser certaines questions par rapport à vous-même et votre famille.**

5.3. - Conditions de la maison

92- Quelle est la principale source d'eau de la famille?

► **Cocher une seule réponse**

- [] 1. Puits ouvert sans margelle [] 5. Fleuve / rivière [] 7. Mare / Lac
 [] 2. Puits ouvert avec margelle [] 6. Pompe [] 8. Eau robinet
 [] 3. Puits fermé avec margelle [] 99. Autres, à spécifier :
 [] 4. Puits fermé sans margelle

93- Où se trouve cette source d'eau principale?

► **Cocher une seule réponse**

- [] 1. Dans la cour/ concession [] 2. Publique / dans le village
 [] 3. Autre à spécifier : _____

94- Combien de temps il vous faut pour aller et revenir de la source d'eau ?

► **Cocher une seule réponse**

- [] 0= Dans la cour [] 3= 31 minutes - 1 heure
 [] 1= Moins de 15 minutes [] 4= Plus d'une heure
 [] 2= 16-30 minutes [] 88= Ne sait pas
 95- Quel genre de latrine la plupart des gens de votre ménage utilisent ?

► **Cocher une seule réponse**

- [] 1. Pas de latrine/nature [] 3. Latrine avec sol en ciment

[] 2. Latrine avec sol en banco [] 4. Toilette moderne
[] 99. Autre, à spécifier : 604 x.

96- Quelle est la principale source d'énergie que vous utilisez dans votre concession pour préparer les repas?

► **Cocher une seule réponse**

[] 1. GAZ/ LPG (liquide pétrole gaz) [] 3. Bois de chauffe
[] 2. Charbon de bois
[] 99. Autres, à spécifier : _____

97- Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé dans votre ménage ?

[] 1. Vélo [] 3. A pied [] 5. Charrette
[] 2. Moto [] 4. Voiture
[] 99. Autre, à spécifier _____

SECTION 4- Observations faites par l'enquêteur même

98- Quel est le matériel principal du toit de votre chambre?

[] 1. Les branches de palmiers ou de rôniers [] 2. Les tôles en acier
[] 3. Les pailles [] 4. Plafond en bois plus banco
[] 99. Autres matériaux, à spécifier : _____

99- Quel est le matériel principal du sol de votre chambre?

► **Si ce n'est pas possible de voir le sol étant dehors, demander cette question à la mère**

[] 1. Ciment [] 3. En terre/ sable
[] 2. Banco [] 4. Carreau
[] 99. Autres matériaux, à spécifier _____

100- Quel est le matériel principal des murs de la chambre ?

[] 1. Briques faites de banco et de paille [] 2. Briques faites de ciment
[] 99. Autres matériaux, à spécifier : _____
_____ Heure de fin d'interview :

► **Je vous remercie**

Annexe 2: Tableaux:

Tableau : Principaux germes pathogènes fréquemment décelés chez les enfants souffrant de diarrhée aiguë et examinés dans des centres de traitement de pays en développement

Germes pathogènes	Pourcentage	Antimicrobiens recommandés
Rotavirus	15-25	Aucun
E. coli entérotoxigène	10-20	Aucun
Shigella	5-15	Sulfaméthoxazole-triméthoprime
Campylobacter jejuni	10-15	Aucun
Vibrio cholerae	5-10	Tétracycline
Salmonella (non typhi)	1-5	Aucun
E.coli entérotoxigène	1-5	Aucun
Cryptosporidium	5-15	Aucun

Source : référence N°2

Tableau : Présentation du personnel

QUALIFICATION	SEXE	FONCTION / RESPONSABILITÉ	SOURCE(S) DE FINANCEMENT
4 MEDECINS	M	DIRECTEUR DE CENTRE ET SES ADJOINTS	3PPTE / 1ASACO
8 SAGES FEMMES	F	MATERNITE	ASACO
4 INFIRMIERS 2 ^{EME} CYCLE	3M/1F	DISPENSARE/MATERNITE	3PPTE/1ASACO
1 GESTIONNAIRE	M	GESTION	ASACO
2 GERANTS DE DEPOT	M	DEPOT MEDICAMENTS	ASACO
1 GARDIEN	M	GARDIENNAGE	ASACO
1 MATRONE	F	MATERNITE	ASACO
7 INFIRMIERES OBSTETRICIENNES	F	MATERNITE	ASACO
1 MANOEUVRE	M	NETTOYAGE	ASACO
2 CHAUFFEURS	M	AMBULANCIERS	ASACO
1 AIDE SOIGNANTE	F	DISPENSARE	ETAT
1 CAISSIER	M	CAISSE	ASACO
3 LABORANTINS	1M/2F	LABORATOIRE	2PPTE/1ASACO

Tableau : Liste des matériels de l'ASACYOYIR

Matériels	Quantités
Moyens de transport	
Ambulance	01
Dispensaire	
Table de consultation	04
Bureau à 2 tiroirs	04
Chaise de bureau	12
Pèse Personne	04
Tensiomètres	04
Tables de pansement	02
Lits pour perfusion	18
Boite de pansement	02
Chariots	01
Stérilisateur manuel	01
Porte serum	08
Bancs métalliques	10
Maternité	
Table d'accouchement	03
Bureau à 2 tiroirs	02
Trousse matron	01
Tablier en plastic	01
Lits métalliques avec matelas	07
Pèse bébé	01
Bassin de lit	02
Toise couchée	00
Toise debout	01
Boite d'accouchement	01
Speculum vaginal GM, PM, MM	30
Porte serum	06
Banks métalliques	10
Tensiomètres	02
Pèse personne	01
Chaine de froid	01
Panneaux solaires	01
Porte vaccins	10

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DIAKITE

Prénom: Mohamed Boubou

Titre: La prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de 0 à 59 mois dans l'aire de santé de Yirimadio.

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Email : diakimed2012@yahoo.fr ; Tel : 74 57 19 77/ 63 44 60 46

Secteur d'intérêt : Epidémiologie, santé communautaire

Résumé :

Pour mieux appréhender l'ampleur des maladies diarrhéiques en Afrique et particulièrement au Mali, nous avons mené une étude sur la prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de 0 à 59 mois dans l'aire de santé de Yirimadio. L'enquête s'est déroulée de Juin 2012 à Juin 2013.

L'étude a concerné **76** enfants malades choisis pendant la période d'étude et son but a été d'évaluer la prise en charge de la diarrhée à domicile. Une prédominance des moins de deux ans a été notée (**61,84 %** des cas), le sexe féminin a été le plus représenté **53,34%**.

Devant la perception de la gravité de la diarrhée par les mères, la majorité d'entre elles ont augmenté la fréquence des tétées (**61,70%**), la fréquence des aliments liquides (**85,33%**) et ont administré les solutions de réhydratation orale dans **77,63%**.

Mais le traitement de première intention dans les premières 24 heures a été le traitement traditionnel. Nous recommandons donc une promotion de l'éducation pour la santé des populations sur la diarrhée.

MOTS - CLES : Diarrhée, enfant de 0 à 59 mois, mères, Yirimadio.

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 leur père.
- 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