

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES BENEFICIAIRES ET DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHEE AVEC SRO A FAIBLE OSMOLARITE ET LE ZINC DANS LES DISTRICTS PILOTES DE JOAL, KOLDA ET FATICK AU SENEGAL

DIABY A¹, CAMARA B², SALL M. G³

RESUME

Les enfants - notamment ceux de moins de 5 ans – continuent de payer un lourd tribut en termes de morbi-mortalité liée aux maladies diarrhéiques dans les pays en développement. Au Sénégal, en dépit des efforts déployés ces dix (10) dernières années par les autorités sanitaires, elles demeurent une des principales affections infantiles en compétition avec les Infections Respiratoires Aiguës (IRA). Pourtant, elles bénéficient d'une approche thérapeutique nouvelle simple, efficace et peu coûteuse à travers les Sels de Réhydratation Orale (SRO) à faible osmolarité. Aussi, les connaissances, attitudes et pratiques tant du côté des bénéficiaires que des prestataires de soins dans la prise en charge de la diarrhée avec l'association SRO/Zinc constituent un progrès réel dans la réduction de la létalité des maladies diarrhéiques.

En effet, depuis 2008, une intervention pilote de traitement de la diarrhée par les SRO à osmolarité réduite et Zinc, conformément aux recommandations de l'OMS/UNICEF/USAID relatives à l'utilisation du Zinc associé aux SRO à faible osmolarité pour le traitement de la diarrhée, a été mise en œuvre par les autorités sanitaires dans les districts de Joal (Thiès), Kolda et Fatick.

Au bout d'une année de mise en œuvre de ce projet pilote, une évaluation a été menée du 14 novembre au 10 décembre 2010 afin de réunir les arguments pour élaborer un plan de passage à l'échelle.

Les principaux résultats de notre étude indiquent que le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques relatif à l'association du SRO/Zinc est meilleur chez les relais que chez les agents de santé. De même, les mères accordent une place primordiale aux SRO dans l'arsenal thérapeutique de la diarrhée. Cependant, elles avaient très peu d'information sur le nouveau protocole de traitement avec SRO/Zinc ainsi que les règles de prise en charge à domicile. D'où l'intérêt d'accentuer les efforts sur la formation des agents de santé et de sensibiliser davantage la population sur l'importance du nouveau protocole à travers les évidences scientifiques en vue de contribuer à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement n°4 (OMD4).

Mots-clés : Diarrhée aiguë – enfant de moins de 5 ans – SRO/Zinc -Sénégal.

ABSTRACT

KNOWLEDGES, ATTITUDES AND PRACTICES OF BENEFICIARIES AND CARE PROVIDERS IN THE MANAGEMENT OF DIARRHEA WITH A LOW OSMOLARITY (ORS) AND ZINC IN THE DRIVERS JOAL, KOLDA AND FATICK DISTRICTS IN SENEGAL

The children - in particular those of less than 5 years - continue to pay a heavy toll in terms of morbi-mortality connected to the diarrheic diseases in developing countries. In Senegal, in spite of strong efforts displayed these ten (10) years by the health authorities, they remain one of the main children's infections compare to with the acute respiratory infection (ARI). Nevertheless, they benefit from a new effective, little expensive and accessible therapy through the Oral Rehydration Salts (ORS) with low osmolarity approach. So, the knowledge, the attitudes and practices towards both the beneficiaries and their diarrhea health partners the persons receiving benefits of care in the care together with ORS/Zinc association, certainly constitute determining factor in success of the fight against this plague.

Indeed, since 2008, a pilots intervention of therapy of the diarrhea by the ORS in osmolarité reduced and Zinc, according to the recommendations of the WHO / UNICEF / USAID relative to the use of the Zinc associated with the ORS to weak osmolarité for the treatment of the diarrhea, was established by the sanitary health authorities in the districts of Joal (Thiès), Kolda and Fatick. At the end of one year After one year of implementation of this experimental project, an evaluation was led from November 14th till December 10th, 2010 to combine the arguments of elaboration of a new strategic plan of passage in the scale.

Then, the main results of our study indicate that the level of knowledge of the, the attitudes and the practices related to the association of the ORS / Zinc is better for community health helpers than for health agents at the relays than at. Also, the mothers grant an essential place to the ORS in the therapeutic arsenal of the diarrhea. However, they had little information about the new protocol of treatment with ORS / Zinc as well as the rules of care at home. The reason why Where from the interest to stress the efforts on the training of the agents of health must be strenghenand to sensitize more the population about the importance of the new protocol through its scientific evidences with the aim of the achievement of the OMD4 make sensitive to inform.

Keywords: Acute diarrhea - child of less than 5 years - ORS/Zinc-Senegal

1- Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Sante de la Reproduction (IPDSR/UCAD)

2- Centre Hospitalier Universitaire de Pikine, Sénégal ;

3 - Centre Hospitalier Universitaire de A. Le Dantec, Sénégal

Auteur correspondant : Alou DIABY, Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Sante de la Reproduction (IPDSR/UCAD), (+221) 77 275 88 06

INTRODUCTION

Les épisodes de diarrhées aiguës demeurent aujourd'hui encore l'une des principales causes de morbidité et de mortalité des enfants, âgés de moins de 5 ans, dans les pays en développement [1-4]. Pourtant, deux récentes avancées scientifiques dans la prise en charge des maladies diarrhéiques avec la nouvelle formule de sel de réhydratation orale (SRO) à osmolarité réduite, d'une part, et la supplémentation en Zinc, d'autre part a permis de réduire significativement la létalité des d'enfants victimes de maladies diarrhéiques. Cette association thérapeutique, combinée à la prévention, à l'allaitement maternel, au maintien de l'alimentation ont permis la réduction de la létalité par déshydratation et la morbidité d'une part et d'autre part un meilleur usage des antibiotiques. [3].

Au Sénégal, en dépit des efforts importants déployés par les autorités sanitaires ces dix (10) dernières années, la diarrhée demeure une des maladies infantiles les plus létales avec un taux de létalité de 22% [5].

En effet, les connaissances, attitudes et pratiques tant du côté des bénéficiaires que des prestataires de soins dans la prise en charge de la diarrhée avec l'association SRO/Zinc constituent, sans nul doute, un facteur déterminant dans la réussite de la lutte contre ce fléau.

C'est ainsi que, les autorités sanitaires, dans la perspective de réduire la létalité liée à la diarrhée, ont formulé, depuis 2008, les nouvelles directives relatives à la prise en charge de la diarrhée par SRO/Zinc basées sur les recommandations conjointes de l'OMS, l'UNICEF et l'USAID [1, 2, 6].

Au bout d'une année de mise en œuvre du projet pilote de traitement de la diarrhée par SRO/Zinc dans les régions de Thiès, Fatick et Kolda, une évaluation a été réalisée afin de réunir des arguments pour élaborer un plan de passage à l'échelle de cette intervention.

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer la prise en charge de la diarrhée dans les zones pilotes appliquant les directives ministérielles relatives à l'utilisation des SRO à faible osmolarité et le Zinc au Sénégal. De façon spécifique, il s'agissait de (i) collecter et analyser les données de l'utilisation des SRO à faible osmolarité et le Zinc pour la prise en charge de la diarrhée dans les districts de Joal, Fatick et Kolda ; (ii) dégager les forces et faiblesses de cette intervention dans les trois (03) districts et enfin (iii) formuler des recommandations en vue d'un passage à l'échelle de l'intervention.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, qualitative et quantitative relative à la prise en charge de

la diarrhée selon les nouvelles directives nationales à tous les niveaux du système. Réalisée du 14 novembre au 10 décembre 2010, cette étude a concerné l'ensemble des trois (03) districts pilotes de Joal (Thiès), Kolda et Fatick, situés dans les régions de mêmes noms, qui avaient été choisis en 2009 par le Ministère de la Santé et ses partenaires pour l'intervention pilote du traitement de la diarrhée par le Zinc et la SRO à faible osmolarité.

1. Le cadre d'intervention était constitué par le niveau central (Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la prévention (MSHPP), Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), Partenaires tels que Micronutrient Initiative (MI), Projet Santé-Santé Communautaire (PSSC) de l'USAID, et de l'UNICEF et les niveaux intermédiaires et opérationnels des régions de Thiès, Kolda et Fatick

2. La population cible était composée de toutes les personnes qui étaient impliquées dans la mise en œuvre du projet pilote à tous les niveaux du système de santé pour recueillir leur point de vue et leur suggestion pour un passage à l'échelle ainsi que les bénéficiaires de soins dans les trois (03) régions pilotes.

3. Les procédures ont consisté dans un premier temps, à l'organisation d'un atelier de consensus qui a regroupé autour de l'équipe de recherche, tous les membres du comité de pilotage du projet pilote de prise en charge de la diarrhée et des personnes ressources pour s'accorder sur les termes de référence de l'étude et la méthodologie de travail. Ensuite, plusieurs outils de collecte des données ont été conçus et adaptés en fonction de la cible et selon la nature de l'information à renseigner, permettant ainsi à l'équipe de terrain d'adopter soit la démarche de l'enquête quantitative ou qualitative pour la collecte.

4. La collecte des données à différents niveaux dans un second temps, nous a permis au bout de trois (03) jours de terrain consacrés à chacune des trois (03) régions, de rencontrer les informateurs clés afin de leur appliquer soit le guide d'entretien ou le questionnaire qui leur était destiné.

Par ailleurs, avec l'accord du Médecin Chef de Région (MCR) de chaque région, trois (03) membres de l'Equipe Cadre de Région (ECR) ont été impliqués dans la collecte.

La visite des structures a commencé par les structures de référence (hôpital régional pour le cas de Kolda, les centres de santé et la pédiatrie pour Fatick et Joal), puis, suivant le choix du Médecin Chef de District (MCD), nous avons enquêté dans 04 postes de santé (02 en milieu rural et 02 en zones urbaines) et 04 cases de santé.

Dans chaque structure visitée, tous les outils ont été

renseignés, concomitamment une équipe était dans le quartier environnant pour enquêter les dix (10) ménages au choix.

Sur les trois (03) jours de terrain dans chaque région, deux (02) demi-journées ont été dégagées pour tenir 2 focus group avec les femmes (un en milieu rural et l'autre en zone urbaine).

En effet, pour le volet quantitatif, nous avons adressé un questionnaire séparément et respectivement au personnel de santé (agents de santé qualifiés), aux relais/Agents de santé communautaires, aux mères d'enfants de moins de 5 ans et aux mères d'enfants (quel que soit leur âge) à la sortie d'une consultation.

En plus de l'interview des prestataires de soins (agents de santé qualifiés ou agents de santé communautaire et relais) impliqués dans la prise en charge des enfants, tous les supports de données (registres, fiches de traitement...) utilisés par ces prestataires ont été exploités à travers une fiche de dénombrement des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que des prescriptions de SRO nf /Zinc et une grille d'observation des structures de soins. La fiche de dénombrement avait pour objectif de rendre compte des cas de diarrhée et de la consommation des intrants dans les services de consultation et d'hospitalisation d'enfants tandis que la grille d'observation renseignait sur les conditions de la prise en charge dans les services ou unités qui reçoivent quotidiennement les enfants, dans les pharmacies et dépôts de médicaments des structures de santé

En outre, nous avons eu des entretiens avec les mères ou accompagnatrices d'enfants malades de moins de 5 ans, rencontrées à la sortie d'une consultation pour une affection de l'enfant (au besoin toutes les mères le jour de passage de l'équipe) afin de juger indirectement de la qualité des prestations de service et éviter ainsi le biais de l'observation directe.

Nous avons, par ailleurs, adopté la technique d'évaluation rapide des interventions pour enquêter dix (10) ménages ayant des enfants de moins de 5 ans choisis au hasard autour de chaque structure de santé visitée (04 postes de santé et 04 cases de santé) afin d'apprécier la couverture des prestataires sanitaires offerte.

Concernant l'aspect qualitatif, un guide d'entretien a été administré individuellement et respectivement auprès des membres des Equipes Cadres de Région (ECR) et des Equipes Cadres de District (ECD) des trois (03) régions impliqués dans la mise en œuvre du projet à savoir : le Médecin Chef de Région, le Médecin Chef de District ou son adjoint, le Superviseur Régional de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (SRANSE), le Responsable Régional/District de l'Education pour la Santé, le responsable de la Pharmacie Régionale de l'Approvisionnement et le responsable du dépôt de pharmacie du district.

Nous avons eu également des entretiens avec les

principaux responsables de la Direction de la Santé, de la Division de l'Alimentation, Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE), de la Division des Soins de Santé Primaires, du Service National de l'Education pour la Santé, ainsi que de la Pharmacie Nationale D'Approvisionnement (PNA). De même, les partenaires du projet tels que Micronutrient Initiative (MI), Projet Santé-Santé Communautaire (PSSC) de l'USAID, et de l'UNICEF ont été interviewés.

Par ailleurs, nous avons organisé deux (02) focus group par région (en milieu rural et urbain) autour des femmes d'une communauté donnée (8 femmes par focus group) pour appréhender leurs connaissances, attitudes et pratiques sur la prise en charge de la diarrhée de l'enfant en général ainsi qu'au nouveau protocole de traitement de cette affection en particulier

Les informations obtenues à partir des guides d'entretien ont permis de : a) de décrire le processus de mise en œuvre du projet et son suivi ; b) de commenter les fréquences des paramètres étudiés dans les différentes rubriques des questionnaires ; c) d'identifier les forces et faiblesses de ce projet ; d) de formuler les suggestions pour améliorer l'intervention en l'état et dans le cadre d'un passage à l'échelle.

Les données recueillies auprès des bénéficiaires ont été triangulées en confrontant les informations données au cours des focus groups à celles des interviews de sortie de consultations et des interviews des mères à domicile. Sur la base de tous ces éléments nous avons établi le plan d'analyse suivant : 1) analyser les connaissances, attitudes et pratiques des bénéficiaires de soins ; 2) analyser les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins relativement à la diarrhée ; 3) apprécier la qualité de la prise en charge de la diarrhée par rapport aux directives du Ministère de la Santé de l'hygiène publique et de la Prévention ; 4) déterminer les principaux succès enregistrés dans le cadre de cette mise en œuvre ; 5) déterminer les principaux obstacles à une prise en charge adéquate.

5. Le traitement des données

L'analyse statistique des données a été faite avec SPSS version 12. Chaque type de questionnaire a été traité dans un fichier spécifique et nous avons établi des tableaux de fréquence et au besoin comparé les moyennes. Le test de Khi2 pour la comparaison des variables qualitatives afin d'apprécier si la différence est significative ou non.

RESULTATS

A) Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins

Connaissances

a) Agents de santé

Les principaux résultats de notre étude indiquent que 13 (65%) sur 20 agents de santé rencontrés avaient une mauvaise appréciation de la situation épidémiologique de la diarrhée évoquant une baisse de son incidence. Après avoir pris connaissance des nouvelles directives relatives à la prise en charge de la diarrhée avec la SRO nouvelle formule et le Zinc, seulement 9 avaient suivi une session d'orientation sur le sujet. Néanmoins, leur niveau de connaissance peut être jugé comme moyen avec 10 (50%) connaissant les 4 règles de prise en charge de la diarrhée à domicile ; 12 (60%) étaient en mesure de donner les quantités indiquées de SRO à administrer selon l'âge de l'enfant et 14 (70%) étant capables de dire la posologie du Zinc selon l'âge de l'enfant.

b) Relais

Comme les agents de santé, les relais avaient également mal apprécié la situation épidémiologique de la diarrhée car 13 (81,3%) sur 16 pensaient que la diarrhée avait régressé. Tous, sauf un, étaient formés à la prise en charge de la diarrhée avec le SRO nf et Zinc. Ainsi, 9 d'entre eux (56,3%) connaissaient les 4 règles de prise en charge de la diarrhée à domicile et 15 (93%) étaient en mesure de dire les quantités de SRO à administrer selon l'âge et la posologie du Zinc selon l'âge de l'enfant.

Attitudes

Parmi les 132 enfants diarrhéiques qui avaient eu recours à une structure de santé, seuls 42 (31,8%) avaient reçu le traitement recommandé par les nouvelles directives, à savoir uniquement l'association SRO/Zinc. Pour le reste, même si SRO/Zinc étaient prescrits, ils étaient associés à d'autres médicaments injectables ou en suspension buvable (des antibiotiques pour la plupart ou des antiparasitaires).

Pratiques

a) Agents de santé

Neuf (09) agents de santé (45%) avaient déclaré prescrire systématiquement l'association SRO/Zinc. Les autres n'observaient pas cette règle lorsqu'il y avait suspicion d'une infection bactérienne ou parasitaire, ou en cas de déshydratation sévère, ou d'association d'une autre maladie.

b) Relais

Contrairement au personnel de santé, tous les relais déclaraient prescrire systématiquement l'association SRO/Zinc. Cet arsenal thérapeutique était d'ailleurs le seul dont il disposait pour prendre en charge les cas de diarrhée.

La prescription de SRO/Zinc dans les districts

Les districts de Kolda et de Joal présentaient à peu près le même taux de prescription de l'association Zinc et SRO nf (37,9%) et à Fatick, il était égal à 20%

(Tableau I).

Tableau I : Répartition des prescriptions en cas de diarrhée chez l'enfant dans les 3 districts

	Kolda %	Joal %	Fatick %	Total %
SRO nf / Zinc	37,9	37,9	20	31,8
Autres traitements	62,1	62,1	80	68,2

Répartition des prescriptions dans les districts et selon le milieu de résidence

Tableau II : Répartition des prescriptions en cas de diarrhée chez l'enfant dans les trois districts et selon le milieu de résidence.

Médicaments prescrits	Milieu urbain %	Milieu rural %	Total %
SRO nf et Zinc	8,3	23,5	31,8
Autres traitements	33,3	34,8	68,2
Total	41,7	58,3	100
Khi 2 (p = 0,01)			

Tableau III : Répartition des prescriptions en cas de diarrhée chez l'enfant dans les trois Districts pris séparément et selon le milieu de résidence

	Médicaments prescrits	Milieu urbain %	Milieu Rural %	Total %
Kolda	SRO nf et Zinc	10,3	27,6	37,9
	Autres traitements	51,7	10,3	62,1
	Total	62,1	37,9	100
Joal	SRO nf et Zinc	10,3	27,6	37,9
	Autres traitements	25,9	36,2	62,1
	Total	36,2	63,8	100
Fatick	SRO nf et Zinc	4,4	15,6	20,0
	Autres traitements	31,1	48,9	80
	Total	35,6	64,4	100

B) Connaissances, attitudes et pratiques des bénéficiaires

Connaissances

Les résultats majeurs, issus de la confrontation des informations données au cours des focus groups à celles des interviews de sortie de consultations et des interviews des mères à domicile, indiquent que les mères perçoivent la diarrhée comme une maladie grave et elles liaient cette gravité à la déshydratation, au ralentissement de la croissance staturo-pondérale ou à la malnutrition. Cependant, le risque de décès n'était évoqué qu'en cas de d'association avec d'autres maladies.

En ce qui concerne le traitement, elles accordent une place primordiale aux SRO dans l'arsenal thérapeutique de la diarrhée. Par contre, elles avaient très peu d'information sur le nouveau protocole de traitement avec l'association SRO/Zinc ainsi que les règles de prise en charge de la diarrhée à domicile. En effet, seulement 59 (29%) sur 203 ont déclaré avoir eu des informations sur le nouveau traitement de la diarrhée, 7 (11,8%) étaient capables de citer les 4 règles de prise en charge de la diarrhée à domicile, 42 (71%) avaient retenu la règle qui consiste à donner le SRO pour prévenir la déshydratation. La moins évoquée était celle relative aux messages indiquant « quand revenir à la structure de santé ». Quelque soit la source de données (focus group, interviews de sortie et interviews à domicile), nous avons constaté que l'information sur le traitement de la diarrhée n'était pas principalement donnée dans les structures de santé. En effet, parmi les 9 mères qui y avaient amené leur enfant pour diarrhée, 1 seule était informée du nouveau traitement et ce message semblait être mieux véhiculé par les relais communautaires que par les agents de santé du fait d'une meilleure connaissance des femmes du milieu rural que celles du milieu urbain. La perception des bénéficiaires du nouveau traitement était bonne car permettant de « réhydrater l'enfant et d'arrêter la diarrhée ». En plus le Zinc donne à l'enfant « plus d'appétit, plus de force » et « favorise sa croissance ».

Attitudes

Le premier recours des mères, en cas de diarrhée chez l'enfant, était les structures de santé puis un traitement à domicile. En effet, pour les 157 cas de diarrhée dénombrés chez leurs enfants, leur premier recours était la structure de santé ou la case pour 116 cas (73,8%). Les autres recours, en dehors du traitement à domicile, ne représentaient que 14 cas (8,9%). Et lorsque nous considérons tous les recours, quelque soit le niveau (premier ou deuxième recours) la structure de santé était toujours la plus sollicitée (132 cas soit 84,1%). Les principales raisons évoquées pour ce type de recours sont la confiance au personnel et l'efficacité des traitements proposés (40,4%). Le recours est rarement motivé par l'accessibilité géographique (7,4%) ou financière (1%).

Le recours selon les districts : une sollicitation des structures de santé était moins fréquente à Fatick (64,3%) comparée à Joal (75,8%) et à Kolda (77,1%).

Le recours selon le milieu de résidence : les mères qui avaient recours en premier à une structure de santé ou la case de santé étaient plus nombreuses en milieu rural (58,6% contre 41,4%). Les autres recours étaient plus fréquents en milieu urbain (64,3% contre 35,7%).

Pratiques

Parmi les mères interviewées à domicile, 92 (69,7%) avaient utilisé au moins une fois du SRO, même si ce n'était pas toujours en association avec le Zinc. Soixante-treize (79%) d'entre elles pouvaient le préparer correctement et 63 (68,4%) savaient comment l'administrer à l'enfant. La préparation et l'administration du SRO étaient mieux assimilées par les femmes issues du milieu rural que celles du milieu urbain avec respectivement 54,8% contre 45,2% pour la préparation et 55,6% contre 44,4% pour l'administration. Toutes les mères, sauf une, qui avaient utilisé le SRO et le Zinc dans le cadre du nouveau protocole de traitement, trouvaient que le traitement était bien accepté par l'enfant et aucun effet secondaire n'avait été noté.

Au total les mères connaissaient de mieux en mieux le SRO et croyaient à son efficacité. Cependant, elles ne savaient pas assez bien le nouveau protocole thérapeutique pour la diarrhée et celles qui déclaraient en avoir été informées, ne maîtrisaient pas encore toutes les règles de prise en charge à domicile.

C) Qualité de la prise en charge de la diarrhée

Nous avons apprécié la qualité de la prise en charge à travers les informations obtenues à la sortie des consultations toutes affections confondues, car nous partions de hypothèse selon laquelle la qualité du service dépendait fondamentalement, plus des attitudes et aptitudes du soignant, que de l'affection considérée..

Avant la consultation

Le temps d'attente de la consultation était jugé acceptable par la plupart des mères à la sortie des consultations. Néanmoins, 23 (35%) sur les 64 mères, avaient jugé le temps assez long.

Pendant la consultation

Au cours de la consultation 40 (62%) accompagnatrices d'enfants ont déclaré avoir reçu des informations sur la santé de leur enfant et le traitement y figurait en bonne place. Mais pour celles dont l'enfant souffrait de diarrhée, seules 4 mères sur les 9 avaient eu pour traitement l'association SRO et Zinc et 1 seule a eu des informations sur le nouveau protocole de traitement de la diarrhée et les règles de sa prise en charge à domicile.

Après la consultation

41 enfants (64%) avaient pu obtenir sur place tous les médicaments prescrits par l'agent de santé. Pour 16 d'entre eux (25%) au moins, un des médicaments prescrits n'était pas disponible dans la structure. Pour les autres patients, ils n'avaient pas eu tout le traitement parce qu'ils devraient être référés ou bien parce que les parents ne disposaient pas de suffisamment d'argent pour payer les médicaments.

COMMENTAIRE

L'évaluation des attitudes et pratiques des prestataires, en réalité, est difficile quand bien même celles-ci peuvent changer en fonction du milieu d'exercice (structures étatiques ou privées), en face d'un tel ou tel patient, ou de la préférence pour tel ou tel médicaments, la présence physique des enquêteurs, etc. De même, le comportement des bénéficiaires de soins est tributaire de divers facteurs : l'accessibilité géographique ou financière, le mode de paiement, la facilité d'accès aux soins et/ou aux produits, des croyances, pratiques traditionnelles, les coutumes familiales, l'appartenance à telle ou telle ethnie ou tel ou tel groupement communautaire, le profil de la personne même qui prend soin de l'enfant (niveau d'instruction, revenu...), la reconnaissance des signes de danger de la diarrhée par cette dernière, etc..

En dépit de toutes ces insuffisances, notre étude nous a permis d'évaluer effectivement les connaissances, les attitudes et les pratiques tant du côté des prestataires de soins que celui des mères d'enfants de moins de 5 ans à travers les techniques d'investigation que sont : focus group, interviews de sortie et interviews à domicile.

Discussion des données

Données sur les prestataires de soins

Les résultats de notre étude montrent que le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques relatif à la prise en charge de la diarrhée par SRO/Zinc est nettement meilleur chez les relais communautaires en milieu rural que chez les agents de santé dans les zones urbaines. En effet, tous les relais rencontrés, sauf un, étaient formés à la prise en charge de la diarrhée par SRO/Zinc. Par contre, près de la moitié des agents de santé rencontrés avaient suivi une session d'orientation sur le sujet. La même constatation de bonne performance a été observée en République Démocratique du Congo (RDC) chez les relais communautaires déjà formés à l'administration de soins lorsqu'il s'agissait de faire correspondre signes/symptômes à la classification adéquate lors des épisodes de diarrhée (> 80%) [8]. Les relais de site interrogés en RDC ont déclaré, deux (02) mois après la mise en place de la supplémentation du Zinc, qu'aucun cas de diarrhée n'a été enregistré [7].

De même, des résultats similaires ont été obtenus en 2008 dans le district de Bougouni au sud du Mali après l'évaluation de l'étude pilote d'introduction du Zinc destinée à préparer une étude randomisée par grappes visant à éclairer les politiques sur la meilleure façon de présenter et de promouvoir le produit auprès de la communauté.

En effet, Winch P J., Gilroy K E., Doumbia S et al. [9] ont rapporté dans leurs conclusions que l'utilisation

de zinc était beaucoup plus élevée à 66% (29/44) chez les enfants souffrant de diarrhée résidant dans les villages couverts par un agent de santé communautaire quatre mois après l'introduction de ce dernier contre neuf (5%) des 176 enfants souffrant de diarrhée dans les villages sans ASC.

Données sur les bénéficiaires de soins

La gravité de la diarrhée est perçue par la plupart des mères du fait de la déshydratation pouvant entraîner la mort. La même perception de la diarrhée a été rapportée en 2008 par Schubert J. et al. en RDC [7]. Cependant, malgré cette perception de la gravité de la diarrhée, le premier recours des mères ou gardiennes d'enfants en RDC demeure, en général, le traitement traditionnel à base de plantes médicinales. En effet, à peine 12,4% des mères dont les enfants sont atteints de diarrhée les amènent au dispensaire [8]. Par contre, la plupart des mères dans notre étude préfèrent la structure de santé comme premier recours en cas de diarrhée chez l'enfant.

Par conséquent, il est logique de constater que la pratique du SRO en cas de diarrhée chez l'enfant soit largement répandue par les mères des zones pilotes, même si par ailleurs, elles avaient peu d'information sur le nouveau protocole de traitement. Winch P J., Gilroy K E., Doumbia S et al. [9] ont noté les observations similaires de l'augmentation de l'utilisation de la SRO, quatre mois après l'introduction de zinc avec une proportion d'enfants de 18, 3% ayant reçu ce produit contre la diarrhée. Ce qui représentait une augmentation relative de 63% par rapport aux estimations initiales. Contrairement aux mères de la RDC où 17% des enfants malades reçoivent du SRO, bien qu'une forte proportion des mères ait été sensibilisée à ses vertus. De même 22,5 % au moins des ménages reconnaissent ne pas en donner à leurs enfants en cas de diarrhée [8].

CONCLUSION

La fréquence encore élevée des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement prouve à suffisance de la persistance des comportements peu salubres de nos populations, de l'absence de mesures préventives et de prise en charge précoce et correcte des cas, reflétant ainsi l'indicateur du niveau de vie précaire de nos populations.

L'évaluation du projet pilote de la prise en charge de la diarrhée avec la SRO/Zinc nous a permis de constater un niveau meilleur de connaissances, des attitudes et des pratiques des relais communautaires en milieu rural dans la prise en charge de la diarrhée par SRO/Zinc et une bonne perception de la gravité de la diarrhée des enfants par les mères. Cependant, les efforts restent à faire en matière d'éducation de la population pour la santé, l'approvisionnement en eau

potable, l'assainissement du milieu, la lutte contre le péril fécal et la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois..., avant la prise en charge thérapeutique précoce et correcte de la diarrhée et de ses conséquences.

REFERENCES

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF : prise en charge clinique de la diarrhée aiguë. OMS/UNICEF, 2004, 8 p.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Mise en application des nouvelles recommandations pour la prise en charge clinique des cas de diarrhée : directives pour les décideurs et les responsables de programme. OMS, UNICEF, Johns Hopkins BLOOMBERG (School of Public Health), USAID / 2006, 40 p.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Le traitement de la diarrhée : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés. Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. WHO/CDD/SER/80.2, 43 p.
4. Rice L. A., Sacco L., Hyder A., et al. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78:1207-1221.
5. Enquête Démographiques et Sanitaires du Sénégal (EDS IV) (Rapport préliminaire) : 2005. CRDH et ORC Macro éd, Calverton, Maryland, USA, Dakar 2005, 42 p.
6. WHO/UNICEF. Diarrhoea Treatment Guidelines. Including new recommendations for the use of ORS and Zinc supplementation for Clinic-Based Healthcare Workers: Not yet field-tested. OMS, UNICEF, USAID and International Zinc Nutrition Consultative Group, 2005, 46 p.
7. Schubert J., Diwete J. Étude qualitative sur la prise en charge de la diarrhée et l'introduction du Zinc en RDC (Katangan, Kasai oriental, Kinshasa) (Rapport final). USAID/BASICS, 2008, 50 p.
8. Victora CG., Bryce J, Fontaine O. et al. Maladies diarrhéiques : réduire la mortalité grâce à la thérapie par réhydratation orale. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78 (10): 1246-1255.
9. Winch P J., Gilroy K E., Doumbia S et al. Operational issues and trends associated with the pilot introduction of Zinc for childhood diarrhoea in Bougouni district, Mali. Health Popul Nutr. 2008 Jun; 26 (2):151-62.
10. Fontaine O, Beau JP, Ndiaye AM. Oral rehydration and nutritional rehabilitation of severely malnourished children. Child Trop. 1985 ; (158):56-63.
11. Fontaine O, Diop B, Beau JP, et al. Infantile diarrhea in Senegal: epidemiologic survey in a suburb of Dakar]. Med Trop (Mars). 1984 Jan-Mar;44(1):27-31.
12. Gaffey MF, Wazny K, Bassani DG, et al. Dietary management of childhood diarrhea in low- and middle-income countries: a systematic review. Public Health. 2013; 13 Suppl 3:S17.
13. Feikin DR, Bigogo G, Audi A, et al. Village-randomized clinical trial of home distribution of Zinc for treatment of childhood diarrhea in rural Western Kenya. PloS One. 2014 May 16; 9 (5):e94436.
14. Lenters LM, Das JK, Bhutta ZA. Systematic review of strategies to increase use of oral rehydration solution at the household level. Public Health. 2013; 13 Suppl 3: S28.
15. Wilson SE, Ouédraogo CT, Prince L, et al. Caregiver recognition of childhood diarrhea, care seeking behaviors and home treatment practices in rural Burkina Faso: a cross-sectional survey. PLoS One. 2012; 7(3):e33273.
16. Das SK, Nasrin D, Ahmed S, et al. Health care-seeking behavior for childhood diarrhea in Mirzapur, rural Bangladesh. Trop Med Hyg. 2013 Jul;89(1 Suppl):62-8.
17. Wang W, MacDonald VM, Paudel M, et al. National scale-up of Zinc promotion in Nepal: results from a post-project population-based survey. Health Popul Nutr. 2011 Jun;29(3):207-17.