

PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHÉE DE L'ENFANT AVEC SRO A FAIBLE OSMOLARITE ET LE ZINC DANS LES REGIONS DE DAKAR, DIOURBEL ET SAINT LOUIS AU SENEGAL

DIABY A¹, CAMARA B², SALL M. G³

RESUME

Introduction : A la veille de l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans, imputables aux maladies diarrhéiques, reste encore élevée dans la plupart des pays en développement. Au Sénégal, certes des progrès fort louables à travers différents programmes ont été notés ces dix (10) dernières années, mais le rythme de réduction est très lent pour espérer atteindre l'OMD 4 à la date butoir. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prise en charge de la diarrhée dans les régions de Dakar, Diourbel et St Louis en rapport avec les nouvelles directives ministérielles relatives à l'utilisation des SRO à faible osmolarité et le Zinc en cas de diarrhée chez l'enfant. **Méthode.** Cette étude descriptive et analytique, qualitative et quantitative, réalisée du 5 au 20 septembre 2011, a concerné l'ensemble des personnes clés impliquées dans la mise en œuvre des nouvelles directives ministérielles à tous les niveaux du système afin de recueillir leur point de vue et leur suggestion pour un passage à l'échelle, les partenaires ainsi que les bénéficiaires de soins dans les trois (03) régions. Ainsi, 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. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées grâce au logiciel SPSS version 12, avec le calcul des moyennes et fréquences. **Résultats.** Les principaux résultats révèlent qu'en dépit de la perception de la dangerosité de la diarrhée chez l'enfant, la majorité des mères ou gardiennes d'enfants préfèrent plutôt une solution domestique avec une thérapie de réhydratation orale (TRO). Alors, quand, elles décident de recourir à des soins en dehors de la maison en cas d'échec de cette TRO, le premier recours reste la structure de santé. Par ailleurs, suite à la formation spécifique des agents de santé et des relais sur le traitement de la diarrhée des enfants par SRO/Zinc et malgré la disponibilité de ces intrants dans les régions, le taux de prestation de SRO était moyen avec 24% sur l'ensemble des régions en contraste avec le taux d'utilisation du Zinc autour de 2% sauf à Saint-Louis où il était à 25%. **Conclusion.** Dans cette étude, la disponibilité des produits SRO/Zinc dans les structures n'a pas influé sur son niveau de prestation. D'où l'intérêt pour les autorités sanitaires du Sénégal d'intensifier les campagnes de sensibilisation sur les avantages thérapeutiques de l'association SRO/Zinc à l'endroit de la population et d'assurer la formation continue des prestataires de soins.

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

ABSTRACT

STATE OF THE MANAGEMENT OF DIARRHEA WITH LOW OSMOLARITY (ORS) AND ZINC IN THE DRIVERS JOAL, KOLDA AND FATICK DISTRICTS IN SENEGAL

Background. On the eve of the deadline of the Millennium Development Goals (MDGs), the morbidity and mortality of children under 5 years from diarrheal diseases remains high in most developing countries. In Senegal, certainly laudable progress through various programs were recorded ten (10) years, but the reduction rate is very slow to hope to achieve MDG 4 by the deadline. This study aims to assess the management of diarrhea in the regions of Dakar, Diourbel and St Louis in connection with the new departmental guidelines for the use of Low osmolarity ORS and Zinc for diarrhea in the child. **Methods.** This descriptive and analytical study, qualitative and quantitative, conducted from 5 to 20 September 2011, involved all of the key people involved in the implementation of the new ministerial guidance to all levels of the system in order to collect their views and their suggestion for scalability, partners and recipients of care within three (03) regions. Thus, several data collection tools were designed and adapted to the target and the nature of the information to learn, enabling the field team is to adopt the approach of the quantitative or qualitative survey for collection. Capture and data analysis were performed using SPSS Version 12 software, with the calculation of averages and frequencies. **Results.** The main results show that despite the perceived danger of diarrhea in children, the majority of mothers or babysitters rather prefer a domestic solution with oral rehydration therapy (ORT). So when they decide to seek care outside the home in case of failure of the TRO, the first resort remains the health facility. Moreover, following the specific training of health workers and relays on the treatment of diarrhea in children by SRO / Zinc and despite the availability of these inputs in the regions, the SRO delivery rate was 24% on average all regions in contrast to the utilization rate of around 2% Zinc except in St. Louis where he was at 25%. **Conclusion.** In this study, the availability of ORS / Zinc products in structures did not affect the level of service. Hence the need for health authorities of Senegal to intensify awareness campaigns on the therapeutic benefits of ORS / Zinc Association at the location of the population and ensure the continuing education of health care providers.

Keywords: Acute Diarrhea - children under 5 years - Senegal - ORS / Zinc

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

2- Centre Hospitalier Universitaire de Pikine, Sénégal (+221) 77 275 88 06

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

Auteur correspondant : DIABY A, Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR/UCAD)

INTRODUCTION

La diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, isolée ou associée aux Infections Respiratoires Aiguës (IRA), au paludisme ou aux infections néonatales, constitue les principales causes de mortalité infanto-juvénile dans la plupart des pays en développement [1-4]. Pourtant, ces maladies sont évitables ou curables moyennant des interventions simples et peu coûteuses.

Au Sénégal, en dépit des progrès réalisés dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile, les résultats restent encore à des niveaux insuffisants pour atteindre l'OMD4 d'ici 2015 [5, 6]. En effet, selon les résultats des Enquêtes Démographique et de santé (EDS), on observe 10% de réduction en 13 ans pour la mortalité infanto-juvénile passant de 139 ‰ à 72‰ entre 1997 et 2010 [7].

Pour accélérer le rythme de réduction et espérer atteindre l'OMD4 à la date butoir de 2015, le Ministère de la Santé et de la Prévention suivant les recommandations de l'OMS a adoptée depuis 2008 la stratégie de prise en charge de la diarrhée de l'enfant avec le zinc en association avec le SRO à faible osmolarité comme un des éléments du paquet minimum d'interventions dans le cadre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

C'est ainsi qu'à la suite de l'évaluation du projet pilote de mise en place de cette stratégie dans les régions de Thiès, Fatick et Kolda et tenant compte des leçons issues de cette évaluation, qu'un état des lieux a été jugé nécessaire en vue de proposer un plan de passage à l'échelle.

Cette étude évalue la prise en charge de la diarrhée selon les directives ministérielles relatives à l'utilisation des SRO à faible osmolarité et le Zinc dans les régions de Dakar, Diourbel et Saint-Louis 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 secteurs public et privé des régions de Dakar, Diourbel et St Louis ; (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. Elle a été réalisée du 5 au 20 septembre 2011.

1. Cadre de l'étude était constitué par le niveau central (Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la prévention (MSHPP), Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), Pharmacie Nationale d'Ap-

visionnement (PNA), Partenaires au développement tels que Micronutrient Initiative (MI), l'OMS, le MSH, l'USAID et de l'UNICEF), et les niveaux intermédiaires et opérationnels des régions de Dakar, Diourbel et Saint-Louis.

2. La population cible était composée d'informateurs clés à tous les niveaux du système de santé, du secteur privé et des partenaires au développement pour recueillir leur point de vue et leur suggestion pour un passage à l'échelle ainsi que les bénéficiaires de soins.

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.

4. La collecte des données à différents niveaux dans un second temps, nous a permis au bout de dix (10) 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.

Nous avons par ailleurs élaboré plusieurs outils à savoir : i. Un guide pour les focus group afin de tenir deux (02) focus groups (un en milieu rural et autre en zone urbaine) avec les mères d'enfants de moins de 5 ans ; ii. Une fiche de dénombrement pour rendre compte des cas de diarrhée et de la consommation des intrants dans les services de consultation et d'hospitalisation d'enfants; iii. Des grilles d'observation des services ou unités qui reçoivent quotidiennement les enfants, des pharmacies et dépôts de médicaments des structures de santé afin de s'enquérir des conditions de cette prise en charge. 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 collecte d'information a été faite auprès des principaux responsables de la Direction de la Santé, de la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), 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 la Pharmacie Nationale D'Approvisionnement (PNA). Les partenaires au développement tels que Micronutrient Initiative (MI), de MSH, de l'USAID, et de l'UNICEF.

Nous avons interviewé les membres des Equipes Cadres de Région impliqués dans la mise en œuvre du projet à Dakar, Diourbel et Saint-Louis, 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 de l'Education pour la Santé, le responsable de la Pharmacie Régionale de l'Approvisionnement

Nous avons discuté avec le Médecin Chef de District, le responsable de l'éducation pour la santé et le responsable du dépôt de pharmacie du district. Nous avons également interviewé tous les 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 utilisés par ces prestataires ont été exploités.

Dans le secteur privé, nous avons ciblé les médecins privés particulièrement les pédiatres ou les médecins généralistes qui accueillent les enfants, les prestataires de soins dans les dispensaires privés laïcs ou confessionnels, les garnisons et les pharmaciens des officines privées.

Nous avons ciblé deux (02) groupes de bénéficiaires de soins, à savoir : i. Les femmes d'une communauté donnée, en milieu rural ou urbain, utilisatrices des services offerts par le système de santé, avec qui nous avons eu des discussions de groupe (focus group) pour appréhender leurs connaissances, attitudes et pratiques, relativement à la prise en charge de la diarrhée de l'enfant en général et au nouveau protocole de traitement de cette affection; ii. Les mères ou accompagnatrices d'enfants malades, rencontrées dans les structures de santé à la sortie d'une consultation afin de juger indirectement de la qualité des prestations de service dans les structures de santé et éviter le biais d'une observation directe.

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. Sur la base de tous ces éléments nous avons établi le plan d'analyse suivant : a) établir la situation épidémiologique de la diarrhée dans les districts; b) analyser les connaissances, attitudes et pratiques des bénéficiaires de soins ; c) analyser les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins relativement à la diarrhée dans le secteur public et privé ; d) 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 et en se référant aux normes de prise en charge en terme de : fonctionnalité des structures , de consommation régulière de SRO et de Zinc ; e) déterminer les obstacles et les opportunités au niveau des officines privées relativement à la promotion du SRO et du Zinc; f) déterminer

les principaux succès enregistrés dans le cadre de cette mise en œuvre ; g) 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 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 bénéficiaires de soins

Connaissances

Les principaux résultats de votre étude indiquent que l'appréciation de la fréquence de la diarrhée par les mères était fortement liée à leur milieu de résidence. Mais quelle que soit le lieu de résidence elles faisaient toutes le lien entre la diarrhée et le manque d'hygiène. En effet, la plupart des mères jugeaient la diarrhée grave et identifiaient beaucoup de signes de gravité tels que les yeux enfoncés, selles fréquentes ou sanglantes, léthargie, fièvre, vomissements. Elles ajoutaient également à cette liste l'anorexie et les modifications de couleur des selles. Cependant, elles appréhendent mal les complications de l'affection qui « affaiblit l'enfant », entraîne une perte de poids et un amaigrissement (déshydratation) évoquant rarement le décès. Quant au SRO, elles connaissent bien ce traitement, même s'il vient en seconde ou troisième position après « la perfusion » et « le sirop », sans pour autant connaître tous ses avantages comme la réhydratation de l'enfant. Mais, elles ignorent les règles de prise en charge de la diarrhée à domicile. Sur un autre plan elles ignorent également presque tout du zinc.

Attitudes

Notre étude a révélé que les mères n'adoptaient plus de diète ni de restriction hydrique en cas de diarrhée chez l'enfant, mieux elles appliquaient bien à domicile une thérapie de réhydratation orale (TRO) en donnant à boire une solution domestique: une solution salée et sucrée (SSS) ; non recommandée une décoction de pain de singe, de l'eau de riz et dans certains cas des biscuits trempés dans du lait ou de l'eau.

Pratiques

Notre enquête a montré que le premier recours des mères, en cas d'échec de la TRO, est bien la structure de santé. Le guérisseur n'est sollicité qu'en cas de poussée dentaire ou de « Khar » c'est-à-dire une diarrhée chronique de malabsorption, dans ce cas

le «fass» un talisman fait d'une cordelette avec des nœuds attaché autour de la ceinture du nourrisson, peut bien aider à arrêter la diarrhée.

B) Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins

Secteur public

a) Agents de santé

□ Connaissance

Soixante trois (63%) des agents composés pour la plupart d'infirmiers d'état ayant plus de 02 ans d'ancienneté à leur poste, ont été formés à la prise en charge de la diarrhée dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant (PCIME). Cependant, seulement 39% d'entre eux ont reçu une formation prenant en compte le traitement de la diarrhée avec le SRO et le Zinc. En dépit de ce manquement, leur connaissance peut être considérée comme moyenne car, 33% connaissaient les 4 règles de prise en charge de la diarrhée à domicile et 36% d'entre eux savent comment donner le zinc

□ Prescription en cas de diarrhée

A propos de la prescription des SRO constatée à partir des registres, nous avons noté un taux de prescription moyen de 24% pour l'ensemble des régions avec 26,7% à Dakar, 25% à Diourbel et 23% à St Louis. Cette prescription de SRO était très élevée dans les cases à Diourbel avec 63% contre 23% dans les cases de St Louis.

Concernant le Zinc, les taux de prescriptions étaient très faibles à Dakar et à Diourbel avec environ 2% dans chacune des régions et moyen à St Louis (25%).

b) Relais

Soixante dix pour cent (70%) d'entre eux ont été formés à la prise en charge de la diarrhée dont 54% de façon spécifique à un traitement avec le SRO et le Zinc. Néanmoins, seulement 29% d'entre eux connaissent les règles de prise en charge de la diarrhée à domicile et 16% seulement savent comment administrer le zinc. En outre, 57% de ces relais pensent que la diarrhée a régressé dans leur localité.

Secteur privé

a) Prestataires de soins

La fréquence des prescriptions en cas de diarrhée chez l'enfant, parmi les 23 médecins privés interviewés dont 7 pédiatres, est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Fréquence de la prescription des médicaments par les médecins privés en cas de diarrhée chez l'enfant

Classe médicament prescrits	Jamais ou rarement (%)	Souvent ou toujours (%)
Métronidazole	29	71
Antimicrobiens intestinaux	33	67
SRO	38	62
Antibiotiques	52	48
Anti sécrétoires	58	42
Antispasmodiques	67	33
Probiotiques	86	14
Zinc	100	0

b) Pharmaciens privés

Le tableau II résume les dires des pharmaciens privés quant à la fréquence de la prescription des médicaments en cas de diarrhée chez l'enfant ainsi que les médicaments les plus demandés par les mères lorsqu'elles se présentent dans leurs officines. Ces résultats recourent également la demande exprimée par les mères lors des focus group, en effet lorsqu'elles parlent de « sirop » elles pensent surtout soit au « Bactrim » ou au « Flagyl ».

Tableau II : fréquence de la prescription des médicaments en cas de diarrhée selon les pharmaciens privés et les médicaments les plus demandés par les mères dans les officines.

Classe des médicaments	Les médicaments les plus prescrits en cas de diarrhée selon les pharmaciens privés (%)	Les médicaments les plus demandés par les mères dans les officines (%)
Adsorbants intestinaux	23	10
Métronidazole	21	11
Antimicrobiens intestinaux	19	10
antibiotiques	18	12
SRO	18	9
probiotiques	14	8
anti sécrétoires	5	-
antihelminthiques	3	4
ralentisseurs transits	2	-
antispasmodiques	1	3
Autres médicaments comme le charbon	1	-

1. limites : notre étude comporte plusieurs limites et biais potentiels. En effet, la ville de Touba et la banlieue de Dakar présentent des spécificités assez particulières. Si la première connaît des épidémies récurrentes de diarrhée lors des événements religieux annuels, la seconde enregistre occasionnellement des cas sporadiques de choléra dans un contexte marqué par la promiscuité et une forte densité de la population, contrairement de la région de Saint-Louis. Sur un autre plan, l'approche méthodologique restrictive basée sur l'évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques des bénéficiaires et des prestataires de soins dans les secteurs public et privé en constitue une limite. Cependant, l'autre partie sur la qualité de la prise en charge de la diarrhée, loin d'être occultée, fera l'objet d'une publication séparée. Par ailleurs, l'exploitation des données dans les registres pour la période choisie de janvier à juin 2011 était dans la plupart des régions antérieures à la formation PCIME. De même, certaines prescriptions ne sont pas systématiquement reportées. A noter également que la plupart des structures avaient connu de longues périodes de rupture de stock de SRO (en moyenne 5 mois) faute d'approvisionnement des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA). A propos du Zinc, aucune rupture de stock de cet intrant n'a été enregistré depuis sa mise en place mais dans des régions comme Diourbel le stock est resté au niveau des dépôts des districts et n'a été distribué aux structures qu'après la formation PCIME après le mois de juin. Date qui ne correspondait pas à la période retenue pour notre étude (janvier à juin 2011). En outre, l'évaluation des connaissances des attitudes et des pratiques tant du côté des prestataires que celui des bénéficiaires est tributaire de beaucoup de facteurs, en réalité, difficiles à cerner passant de la croyance et/ou coutumes des uns et des autres à la préférence envers tel ou tel médicaments des prestataires.

Malgré 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 de côté 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.

2. Discussion des données

Données sur les bénéficiaires de soins

La gravité de la diarrhée était perçue par la majorité des mères ou gardiennes d'enfants quelle que soit le lieu de résidence. En effet, elles identifiaient quelques signes de gravité tels que les yeux enfoncés, selles fréquentes ou sanglantes, léthargie, fièvre, vomissements. La même perception de la gravité de la diarrhée a été apportée respectivement en 2007 par

Célestin NN, Emmanuel W [8] et en 2008 par Schubert J., Diwete J. en RDC [9] avec comme principal signe la déshydratation, qui néanmoins passe au second plan dans notre étude. Par conséquent, elles n'adoptent plus de diète ni de restriction hydrique en cas de diarrhée chez l'enfant tout en préférant plutôt une solution domestique avec une thérapie de réhydratation orale (TRO) ; c'est à dire une Solution Salée et Sucrée (SSS) non recommandée, une décoction de pain de singe, de l'eau de riz et dans certains cas des biscuits trempés dans du lait ou de l'eau. Ce premier réflexe des mères vient corroborer les résultats similaires observés ailleurs. En effet, selon Célestin NN, Emmanuel W [8] se basant sur une l'enquête CEPLANUT/UNICEF de 1990, 87,6 % des mères dont les enfants sont atteints de diarrhée les traitent directement à domicile et 65,4% avec une TRO. A Madagascar, bien que les programmes pilotes pour traiter la diarrhée avec du Zinc et des SRO aient été introduits en 2006, Macdonald, V., Banke K., et al ont montré qu'en 2010 dans les districts où la stratégie est appliquée, 80 % des personnes en charge d'enfants ayant la diarrhée donnaient un liquide maison (non recommandé) ou bien donnaient davantage de liquides, alors que seulement 20% traitaient les enfants avec une SRO et/ou une SSS [10]. De même, au Bénin en 2006, sur 70% des personnes qui avaient soignés leurs enfants souffrant de diarrhée, 42 % l'avaient fait à la maison [11]. Nos résultats indiquent que quand elles décident de recourir à des soins en dehors de la maison en cas d'échec de cette TRO, le premier recours reste la structure de santé non sans solliciter le concours d'un guérisseur en cas de poussée dentaire « Khar » chez l'enfant. Par contre, Schubert J., Diwete J. en 2008 notent dans leur étude qualitative qu'en dehors de la maison et en dépit de la proximité des formations sanitaires en RDC, le premier recours en cas de diarrhée demeure le traitement traditionnel dans toutes les provinces où a été menée l'étude [9]. En effet, malgré la forte proportion de mères sensibilisées aux vertus du SRO en RDC, au moins 22,5 % des ménages reconnaissent ne pas en donner à leurs enfants en cas de diarrhée au profit des plantes/céréales ou aux médicaments traditionnels [8]. Au Bénin, MacDonald, V., Banke K., et al. ont relevé en 2006 qu'avec une bonne connaissance des sels/solutions de réhydratation orale (SRO) chez 71% des personnes en charge d'enfants, seulement 23% les utilisaient pour traiter la déshydratation chez un enfant diarrhéique [11]. Par ailleurs, en se référant sur nos résultats et des données de la littérature, la grande majorité des mères ignorent presque tout du zinc. En effet, selon Macdonald, V., Banke K., et al, en mai 2010 après la saison des diarrhées à Madagascar, l'utilisation du zinc dans les districts échantillonnés était de 2 à 3%.

Données sur les prestataires de soins

La formation des agents de santé et des relais spécifiquement sur le traitement de la diarrhée des enfants par SRO/Zinc a eu un impact positif sur l'utilisation de ces deux (02) médicaments comme en témoignent leurs taux moyens de prescription. En effet, nos constatations faites à partir des registres de consultation relèvent pour l'ensemble des régions un taux de prescription moyen de 24% en SRO en contraste avec le taux d'utilisation du Zinc autour de 2% sauf à Saint-Louis où il était à 25%. Dans une série d'enquête appelée enquête du visiteur mystérieux menée en 2010 au Bénin (dix centres de santé publics en zone rurale et dix pharmacies en zone urbaine), MacDonald, V., Banke K., et al, notaient que 96% des prestataires des centres de santé publics recommandaient le zinc ; 28% donnaient des instructions détaillées pour une utilisation correcte ; 70% de pharmaciens recommandaient le zinc mais souvent après seulement que le client demande un traitement moins onéreux que celui proposé initialement ; seulement 8 % donnaient une série complète d'instructions sur l'utilisation [11]. Par contre, à Madagascar, ils relevaient que sur 61 pharmaciens privés et employés de dépôts enquêtés, 46 % prescrivaient un antibiotique, 10, 33 % prescrivaient un anti diarrhéique et seulement trois des 61 vendeurs (soit 5%) prescrivaient du zinc avec une SRO [10].

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous pensons que la formation des prestataires qui a accompagné l'introduction de cet arsenal thérapeutique a entraîné quelques acquis sur le plan de la réactualisation des compétences du personnel dans ces régions. Cependant, force est de reconnaître qu'hélas la prise en charge correcte des diarrhées de l'enfant par les kits SRO/Zinc reste faible par les prestataires. Par ailleurs, eu égard à nos résultats, les campagnes de sensibilisation à l'endroit de la population doivent être intensifiées non seulement pour faire savoir la dangerosité de la diarrhée de l'enfant d'une part et d'autre part leur montrer toutes les vertus de l'association SRO/Zinc pour l'enfant en cas de diarrhée. C'est dans ces grands axes que les autorités doivent s'engager à réaliser dans ces régions comme partout au pays en vue de réduire la mortalité infanto-juvénile imputables aux diarrhées et espérer atteindre l'OMD4.

REFERENCES

1. 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 (10):1207-1221.
2. Miloud Kaddar. A mi-parcours des Objectifs du Millénaire pour le Développement, où en sommes-nous avec les objectifs sur la santé ? Cahiers Santé vol. 19, n° 3,

OMS, 2009

3. Union Africaine. Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique : progrès, opportunités et défis. Projet de note d'orientation pour la conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Johannesburg, 2013
4. Programme des Nations Unies pour le développement. Evaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport OMD 2011.
5. Mme. Barberis G, M. Mullally K. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Déclaration Conjointe UNICEF-USAID-PMI, Février 2011
6. Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal. Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2009-2018.
7. Enquêtes Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples du Sénégal (EDSV-MICS) (Rapport préliminaire) : 2010-2011. ICF Macro éd, Calverton, Maryland, U.S.A et ANSD, Dakar, 2011, 49 p.
8. Célestin NN, Emmanuel W. Revue documentaire à l'intention de tous les partenaires impliqués dans le programme d'introduction de la nouvelle solution de SRO, en complément d'un supplément en zinc, en République Démocratique du Congo : Revitalisation de la prise en charge des diarrhées aiguës chez l'enfant, en République Démocratique du Congo. USAID/BASICS, 2007.
9. Schubert J., Diwete J. Étude qualitative sur la prise en charge de la diarrhée et l'introduction du zinc en RDC (Katanga, Kasai oriental, Kinshasa) (Rapport final). USAID/BASICS, 2008, 50 p.
10. MacDonald V. et K. Banke. Octobre 2010. Assurer l'accès au zinc pédiatrique pour le traitement de la diarrhée au moyen du secteur privé à Madagascar : Résultats et leçons apprises. Bethesda, MD, USA : Projet Marketing social plus pour la lutte contre les maladies diarrhéiques : désinfection de l'eau au point d'utilisation et traitement au zinc (POUZN), Abt Associates Inc. et Population Services International
11. MacDonald, V., Banke K., et al. Septembre 2010. Un partenariat public-privé pour l'introduction du zinc pour le traitement de la diarrhée au Bénin : Résultats et leçons apprises. Document de base pays. Bethesda, MD, USA. Projet Marketing social plus pour la lutte contre les maladies diarrhéiques : désinfection de l'eau au point d'utilisation et traitement au zinc (POUZN), Abt Associates Inc. et Population Services International.