

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE. UN BUT. UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



UNIVERSITE DES SCIENCES ET
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

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

THESE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères
face aux maladies diarrhéiques chez les enfants
âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du
CSREF CV district de Bamako en 2023

Par :

M.me Djeneba COULIBALY

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

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

JURY

Président. *Mr Mamadou Ba, Maitre de conférences*

Membre : **Mr Souleymane Sékou Diarra, Maitre-assistant**

Mme Djeneba Konaté, Maitre de conférences

Co-directeur : **Mme Ya Traore, Pédiatre**

Directeur : **Mr Aboubacar Alassane Oumar, Maitre de conférences**

DEDICACES



DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu le Tout Puissant ALLAH

L'Unique, le Parfait, le Sage, l'Omnipotent, le Miséricordieux par qui et pour qui nous sommes et en qui nous serons. Merci de m'avoir donnée la vie, la santé, et de me guider sur le bon chemin. C'est par votre grâce que je suis arrivée à ce niveau aujourd'hui, merci infiniment.

Au Prophète Mohamed (Paix et salut sur Lui) Vous avez été le Prophète le plus sollicité, Recours sera vers vous quand toute l'humanité sera face aux dures épreuves. Reçois ma reconnaissance, Prophète béni. Oui ma reconnaissance pour l'Islam. Sauvé moi le jour où toutes les âmes seront affaiblies Gloire à toi, serviteur d'ALLAH et des autres créatures.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Mes parents,

Mon père Boussourou Coulibaly Ce travail n'aurait pu être réalisé sans ta générosité, l'amour du prochain et surtout le sens du travail bien fait que vous avez su m'inculquer. Il est le fruit de vos bénédictions et de vos soutiens qui ne m'ont jamais fait défaut. Que le Tout Puissant vous accorde une longue vie parmi nous.

Mes mamans Sadio Traore, Nana Coulibaly, Niakalé Traoré

Chères mamans les mots me manquent pour exprimer tout l'amour que j'ai pour vous. Ce travail est le fruit de toutes les années de patience, d'efforts et de sacrifices consentis à mon égard. Sachez que l'honneur de ce travail vous revient. Qu'Allah le Miséricordieux vous assiste toujours. Amen !

Mes frères et sœurs

Daouda Coulibaly, Baba Coulibaly Abdoulaye Coulibaly Mohamed Coulibaly Awa et Adam Coulibaly et Badialo Coulibaly. Ce travail est le résultat de nos efforts conjugués. Soyez-en infiniment remerciés. Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente familiale. Que Dieu veille sur notre famille, Amen !

A toi ma moitié Issa Coulibaly tu as toujours fait preuve d'un amour inconditionnel et tu n'as jamais cessé de me reconforter et de croire en moi. Ma motivation et ma volonté, je les puise en toi. « L'amour est patient, il est plein de bonté ; l'amour n'est point envieux il excuse tout, il croit à tout, il espère tout, il supporte tout. L'amour ne périt jamais » Qu'ALLAH renforce toujours notre amour.

Mon fils Abdoul Rahmane Coulibaly ; Tu as été le bonheur qui me comble tous les jours de ma vie

A mes grandes mères

Sira Diarra (†)

Vous auriez été là pour moi, malheureusement la mort t'a arraché quand j'avais encore besoin de toi. Je ne cesserai de prier pour que ton âme repose en paix. Qu'ALLAH le Tout Puissant te gratifie de Sa Miséricorde ainsi qu'à toute mes autres grandes mères.

A mon adorable tante

Fatoumata Diallo,

Je n'ai vraiment pas de mots pour vous décrire ma reconnaissance, vous avez toujours été là pour moi afin de m'encourager à me tenir la main quand j'avais plus besoin d'appui.

Merci pour votre amour, vos bénédictions et vos encouragements sans cesse. Que le Très Haut m'aide à poursuivre vos traces et qu'IL vous assiste tout au long de cette vie terrestre.

A mon tonton

Bourama Coulibaly Je ne trouve pas les mots convenables pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi pendant ma vie scolaire. Ce travail est donc le tien.

A mes tantes

Merci pour vos conseils, vos bénédictions et vos encouragements sans cesse pour la réussite de ce travail.

A Docteur Traoré Mamadou

Chef de service de pédiatrie du CSREF CV. Cher Maître, votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail. Nous vous réitérons ici notre profonde gratitude pour la qualité de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service. Merci cher Maître.

Au Dr Sacko Diènèba Berthe, Doumbia Maimouna Kanté, Sidibé Korotoumou Bamba, Issiaka Koné Diarra Maimouna Cherif Haidara. Vos conseils, vos critiques ont été un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment.

Aux aînés

Dr Oumar Sidibé, Youssouf Camara, Sidibé Kadiatou Ba, Amadou Touré, Cheick Samaké, Assitan Farota, Sékou Soukouna, Dramane Koné. Merci pour tout le temps accordé en ma personne.

Mes collègues et camarade : Fanta O Konipo, Souleymane Kourekama, Chian Kanté, Bassirou Coulibaly, Demba Coulibaly, Fatimata Dicko, Fatoumata O Samaké, Ousmane Samaké, Mariam Koné, Mahamadou Koné, Amadou Barry, Sitan, Dembélé, Souleymane Dicko. Vous avez été comme une famille pour moi ça été un réel plaisir de travailler avec vous et qu'Allah nous accorde tous une belle réussite

A mes amies et camarades de la FMOS

Aissata Diall, Adizatou Wallet Albachar, Aissata Diop, Adam Doumbia, Yaya Sanogo, Dramane Diallo, Kadidia Keita, Aicha Tambadou, Aissata Koné. Merci pour tout nous avons vécu des bons moments ensemble.

Mes remerciements à l'endroit de tous ce qui m'ont soutenue de près ou de loin pour la réalisation de ce travail. Qu'Allah nous assiste, Amen !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury :

Pr Mamadou BA

- **Enseignant chercheur au DER des Science Fondamentales**
- **PHD Biologie-Parasitologie-Entomologie Médicale**
- **Chef de service scolarité orientation à la FMOS**
- **Médiateur membre du Réseau "Médiateurs d'Afrique"**
- **Représentant du personnel administratif à l'Assemblée de la FMOS**
- **Trésorier General de la MUTEC**
- **Membre de la commission de lobbying du conseil d'Administration de l'USTTB**
- **Ancien Secrétaire General du CE-SNESUP chargé des revendications**
- **Ancien Secrétaire General du comité SNESUP-FMOS-FAPH**
- **Diplômé de l'ENSUP option Biologie**
- **Diplômé de l'ENSEC de BADALA, spécialité Chimie-Biologie.**

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Vos qualités humaines, votre rigueur pour le travail bien fait, votre abord facile font de vous un homme admirable Recevez cher maître en ces instants particuliers nos remerciements du fond du cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Membre du jury

Pr Djénéba Konaté

- **Maitre de conférences de pédiatrie à la FMOS,**
- **Médecin spécialiste et militaire en néphro-pédiatrie,**
- **Praticienne hospitalière au Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré,**
- **Membre du collège Ouest Africain des médecins.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour moi d'être compté parmi vos multiples apprenants.

Votre rigueur scientifique, votre dynamisme, votre amour de transmettre vos connaissances, ainsi que vos qualités humaine et sociale font de vous un maître admiré de tous. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période

Cher maître, veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Membre du jury

Dr Souleymane Sékou Diarra

- Maître-assistant en épidémiologie à la FMOS
- Expert en épidémiologie et gestion des urgences de santé publique
- Ancien chef de service des opérations d'urgence DOU-SP/INSP

Cher Maître, c'est un plaisir et un honneur de vous avoir parmi nos juges. Votre disponibilité, votre goût du travail bien fait, et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré de tous. Veuillez trouver ici l'expression de toute notre admiration, notre reconnaissance et notre profond respect.

➤ **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

À notre Maître et Directeur de Thèse

Pr Aboubacar Alassane Oumar

- **Titulaire d'un PhD en pharmacologie ;**
- **DEA en sciences pharmaceutiques ;**
- **DES en pharmacologie clinique et évaluation thérapeutique**
- **Maitre de conférences en pharmacologie FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Kati ;**
- **Chercheur senior au laboratoire UCRC ;**
- **Membre de la société Américaine de Pharmacologie expérimentale et thérapeutique ;**
- **Membre du collège américain de pharmacologie clinique ;**
- **Membre de la société internationale de pharmacovigilance (ISOP).**

Nous avons pu, dès notre premier contact apprécier vos qualités humaines. Nous avons été émerveillés par vos qualités intellectuelles, votre modestie et surtout votre sympathie. Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger ce travail. Cher maitre recevez- ici l'expression de notre profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Mme Bagayogo Ya Traoré,

- **Médecin pédiatre**
- **Praticienne hospitalière au CSREF de la commune V**

Cher Maître,

Nous avons beaucoup admiré vos qualité scientifique et humaine. Votre disponibilité, la valeur de vos connaissances, votre accueil toujours affectif nous ont conquis. Vous êtes un exemple pour nous. Veuillez trouver ici cher maitre, le témoignage de notre profonde gratitude. Que le bon Dieu vous accorde une longue vie, plein de santé et de bonheur.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	Objectifs	3
1)	Objectif général	3
2)	Objectifs spécifiques.....	3
III.	Généralités	4
IV.	Méthodologie	16
1)	Type d'étude :	21
2)	Période de l'étude :	21
3)	Population d'étude :	21
4)	Critères d'inclusion :	21
5)	Critères de non-inclusion :	22
6)	Taille de l'échantillon	22
7)	Variables étudiées	22
8)	Analyse des données :	22
V.	Résultats :	23
VI.	Commentaires et discussions :	30
VII.	Conclusion	33
VIII.	RECOMMANDATIONS	34
IX.	References	1
X.	ANNEXEs	2

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la tranche d'Age des enfants.....	23
Tableau II: Répartition selon la fratrie des enfants.....	24
Tableau III: Répartition des enfants selon la diversification.....	25
Tableau IV: Répartition des enfants selon le rapport poids/taille	26
Tableau V: Répartition des enfants selon la tranche d'age des pères.....	26
Tableau VI: Répartition des enfants selon la profession des pères	26
Tableau VII: Répartition des enfants selon la tranche d'age des mères	27
Tableau VIII: Répartition des enfants selon la profession des mères	27
Tableau IX: Répartition selon le niveau d'étude des mères	28
Tableau X: Répartition selon le niveau de connaissance de la diarrhée.....	28
Tableau XI: Source d'information sur la diarrhée.....	29
Tableau XII: Opinion des mères sur la possibilité de prévenir la diarrhée	29
Tableau XIII : Connaissance des complications de la diarrhée	31
Tableau XIV : Recours thérapeutique utilisé par les mères devant la diarrhée de l'enfant	32
Tableau XV : Attitude des mères en cas de diarrhée à domicile	32
Tableau XVI : Connaissance sur la SRO	32
Tableau XVII : Proportion des mères qui savent préparer la SRO	33
Tableau XVIII : Proportion des mères qui allaitent lors de la diarrhée	33

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : vue photographique de l'entrée principale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.	16
Figure 2 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako	18
Figure 3 : URENI	20
Figure 4: Répartition des enfants selon le sexe	23

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

ATP ase : Adénosyl Triphosphate

CSCOM Centres de Santé Communautaire

CSREF Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

F MOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

IEC : Information Education Communication

IMCM : Institut Malien de Conseil en Management

MAM : Malnutrition agui modérée

MAS : Malnutrition agui sévère

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de la Vaccination

PMA : Paquet minimum d'activités

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PNLMD : Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

RVO : Réhydratation par Voie Orale

SIDA : Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise

SRO : Sels de Réhydratation Orale

SSS : Solution Salée Sucrée

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

USTTB : Université des Sciences et des Techniques et des Technologies de Bamako

TRO : Thérapie par réhydratation orale

TV : Télévision

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La diarrhée est définie par l'émission quotidienne trop fréquente, trop abondante des selles liquides ou très molles (poids supérieur à 300 g/j). Les nourrissons exclusivement nourris au sein ont normalement plusieurs selles molles ou liquides par jours ; 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 en tenant compte du poids (1). Selon leurs caractéristiques on a la diarrhée sanglante, diarrhée glaireuse, diarrhée glairo-sanguinolante et la diarrhée liquidienne. C'est un signe clinique d'expression digestive, mais aussi générale, d'origine bactérienne, parasitaire ou virale, lié au péril fécal. Les diarrhées demeurent encore un véritable problème de santé publique pour la population infantile dans les pays en voie de développement un habitant dans le monde entier fait au moins un épisode de diarrhée par an ce qui fait environ 4 milliards de cas par ans dont 4 -6 million de décès (2). La diarrhée est un facteur aggravant de la malnutrition car elle réduit la capacité d'absorption des nutriments par altération de la paroi intestinale (3)

À l'échelle mondiale, il y a environ 1,7 milliards de cas de diarrhée de l'enfant chaque année. L'eau potable manque à environ 780 millions d'êtres humains et 2,5 milliards n'ont pas accès à un assainissement de base (4). L'OMS stipule que quelques 5,9 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts en 2015. Plus de la moitié de ces décès est due à des maladies pouvant être évitée ou traitée comme la diarrhée (5). Dans les pays en développement tel que le Mali, elle constitue actuellement la 2ème cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans après le paludisme (6).

Au Mali, la diarrhée constitue le 3^{ème} motif de consultation des enfants de moins de 5ans, et sa prévalence reste élevée (7). En effet, 17% des enfants de moins de 5 ans ont eu un épisode diarrhéique dans les 2 semaines précédant l'enquête EDSM-VI, cette prévalence est particulièrement importante chez les nourrissons de 6-23 mois (8). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et commencent à explorer leur environnement ce qui les expose davantage à la contamination par les agents pathogènes (9).

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, organisée à New York en 2002, les gouvernements de 190 pays dont le Mali se sont fixés comme objectif, de réduire de moitié le nombre de décès par diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici fin 2010 par rapport à 2000 (10)

L'atteinte de cet objectif passe donc non seulement par des mesures préventives efficaces de la diarrhée, mais et aussi par une prise en charge adéquate des cas de diarrhée dans les structures

sanitaires. Des efforts importants ont été accomplis au Mali pour assurer une prise en charge adéquate des cas de diarrhée aigue chez les enfants de moins de cinq ans notamment, la création depuis 1987 d'un Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD), à l'instar des autres pays membres de l'OMS ; qui sera par la suite inclus en 1998 dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). Ce programme visait surtout les enfants de 0 à 5 ans en utilisant la réhydratation orale précoce. Mais l'application de cette méthode si efficace, peu coûteuse et à la portée de tous exige un changement de comportement d'attitude et de connaissance aussi bien du personnel socio-sanitaire que des mères.

C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé a mené des campagnes pour promouvoir la prévention et le traitement des diarrhées chez les jeunes enfants par le biais de plusieurs canaux de communication : personnel de santé, radio, télévision, affiches, projection de film, théâtre et causerie-débat. Le but visé à travers ces campagnes était de :

- Sensibiliser les mères sur l'administration précoce de liquides appropriés préparés à la maison ;
- Amener les mères à reconnaître les signes élémentaires de la déshydratation ;
- Sensibiliser sur la nécessité de donner une alimentation appropriée à un enfant atteint de diarrhée ;

- Promouvoir l'administration des solutions de réhydratation orale (SRO) et la solution salée sucrée (SSS).

Malgré ces efforts, la diarrhée demeure toujours le motif de consultation la plus fréquente dans le service de pédiatrie du CSReF CV

Cette étude a été initiée dans le but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères fréquentant la pédiatrie du CSRef CV du district de Bamako afin de juguler les conséquences dues à la diarrhée chez les nouveaux nés.

OBJECTIFS

Objectifs

1) Objectif général

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CSREF C V du District de Bamako 2023

2) Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer les caractéristiques socio démographiques des enfants diarrhéiques.
- ❖ Déterminer le niveau de la connaissance des mères d'enfants diarrhéiques.
- ❖ Déterminer la proportion des mères qui connaissent la SRO.
- ❖ Déterminer la proportion des mères qui utilise la SRO.
- ❖ Déterminer la proportion des mères qui allaitent leurs bébés lors des maladies diarrhéiques.

GENERALITES

GENERALITE

I. Physiologie de l'intestin (11)

En plus de la digestion des aliments et de l'absorption des nutriments, l'intestin joue un rôle majeur dans le maintien de l'équilibre hydroélectrolytique de l'organisme humain. Il contient de l'eau provenant des aliments et des sécrétions cellulaires de la muqueuse digestive c'est-à-dire de la salive, du suc gastrique, de la bile, du suc pancréatique et de l'intestin.

Neuf litres d'eau par jour circulent dans notre organisme, soit deux litres d'eau alimentaire et sept litres de sécrétions digestives. Quatre-vingt-quinze pour cent de ces liquides sont réabsorbés par l'intestin dont 50% au niveau du jéjunum, 30% au niveau de l'iléon et 15% au niveau du côlon. Cette réabsorption se fait passivement suivant le mouvement des électrolytes, en particulier le sodium. Pour les électrolytes tels le sodium, le chlore et l'ion bicarbonate, ils se font activement sous l'action de l'ATP ase.

Ainsi, le volume total de l'eau réabsorbée représente 50% de l'eau extracellulaire chez l'adulte, et encore plus chez l'enfant. Physiologiquement, les matières fécales ne contiennent que 100 à 200 ml d'eau par 24 heures. Toute perturbation de l'équilibre du cycle entéro-systémique de l'eau va se traduire par une augmentation du volume des selles.

II Physiopathologie

II.1 Le mécanisme physiopathologique de la diarrhée (12)

Toute interruption du cycle entéro-systémique se traduit par la diarrhée. Il existe de nombreuses perturbations qui peuvent survenir au cours de cette chaîne complexe d'évènements et qui peuvent ainsi entraîner une diarrhée. Les principaux facteurs impliqués sont :

- une mauvaise absorption des nutriments par la muqueuse intestinale due à une insuffisance enzymatique ;
- une accélération de la vitesse du transit limitant la réabsorption d'eau ;
- une muqueuse intestinale agressée, par exemple par une infection, une tumeur ou une inflammation. Il y aura ainsi une hypersécrétion colique ;
- une sécrétion massive par l'intestin d'eau et d'électrolytes.

II.2 Les Conséquences physiopathologiques de la diarrhée

La diarrhée est à l'origine d'une perte hydroélectrolytique massive chez l'enfant. La non-compensation de cette perte provoque la déshydratation, le désordre acido-basique, la dénutrition, et les souffrances tissulaires et viscérales.

a. La déshydratation (13)

La gravité de la diarrhée dépend de sa forme clinique et du terrain. Le principal signe qui peut devenir meurtrier est la déshydratation. Cette déshydratation est due à une perte excessive d'eau et d'électrolytes (sodium, du potassium, et du chlore). Il y a trois classifications possibles de la déshydratation pour l'enfant qui a la diarrhée :

Pas de signe de déshydratation

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

Signes évidents de déshydratation

Deux des signes suivants :

Agité, irritable, yeux enfoncés, boit avec avidité, assoiffé, pli cutané s'efface lentement.

La déshydratation sévère :

Deux des signes suivants :

Léthargie ou inconscience, yeux enfoncés, incapable de boire ou boit difficilement, pli cutané s'efface très lentement.

b. Le désordre acido-basique (14)

Au cours de la diarrhée, on observe une diminution du pH sanguin de 7,3 à 7,25 et un abaissement de la réserve alcaline de 7 jusqu'à 5 mosmol/l avec un état d'acidose qui est dû à :

- une perte digestive de bicarbonate ;
- un défaut d'élimination des métabolites acides par le rein ;
- une accumulation d'acide lactique secondaire à l'anoxie tissulaire.

Généralement, l'acidose se traduit cliniquement par une respiration ample et une dyspnée de Kussmaul.

c. La dénutrition (15)

La malnutrition aggrave la maladie diarrhéique qui, elle-même, provoque l'état de dénutrition. Cette dénutrition est consécutive à :

- une perte des éléments nutritifs lors de la diarrhée ;
- une anorexie du patient ;
- une erreur de certaines mères qui ne donnent pas à manger à l'enfant diarrhéique ;
- une déviation du rôle des nutriments : ils serviront plus à réparer les tissus lésés qu'à assurer la croissance de l'enfant.

d. Les souffrances tissulaires et viscérales (12)

Le déséquilibre hydroélectrolytique provoque une chute tensionnelle et des souffrances tissulaires très marquées au niveau des organes nobles. Les lésions sont rapides, certaines sont réversibles, d'autres définitives comme l'ischémie, l'anoxie cérébrale, la nécrose corticale, ou la thrombose des veines rénales. Cliniquement, ces souffrances tissulaires se manifestent :

- au niveau du cerveau par une torpeur, des convulsions, un état comateux ;
- au niveau du rein par une oligo-anurie, une albuminurie, une hyperazotémie ;
- au niveau du cœur par un trouble de rythme comme la tachycardie ;
- au niveau du foie par une dégénérescence graisseuse.

III. Etiologies

III-1 Facteurs déterminants

Classiquement, on distingue deux types de diarrhée : la diarrhée d'origine infectieuse et la diarrhée d'origine non infectieuse.

a. Les causes infectieuses

De nombreux agents infectieux sont à l'origine des diarrhées, à savoir les bactéries, les virus, les parasites, et les champignons.

- les causes bactériennes sont : *Escherichia coli* 25%, *Salmonella*, *Shigella spp.*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*, *Proteus*, *Staphylocoques*, *Klebsiella*, *Aeromonas spp.* (16) (17) (18) (19)
- les causes virales sont : *Rotavirus*, *Norovirus* 5,9 %, *Entérovirus*, *Adénovirus* ; (20) (21) (22)
- les causes parasitaires sont : *Giardia lamblia*, *Giardia intestinal*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium spp.*, *Cyclospora spp.*, *Dientamoeba fragilis*, (23)
- les causes mycosiques sont : *Candida albicans*.

b Les causes non infectieuses

Ces diarrhées peuvent être d'origine diverses :

- alimentaire : par erreur diététique, l'allergie alimentaire, le syndrome de malabsorption, ou l'intoxication d'origine alimentaire ;
- médicamenteuse : avec abus de laxatifs, après usage de certains antibiotiques de façon massive
- chirurgicale : par la résection intestinale ;
- psychoaffective ;
- malnutrition : elle diminue la résistance des enfants en provoquant facilement la diarrhée ;
- climatique. (24)

III .2. Facteurs favorisants

Divers facteurs favorisent l'apparition de la diarrhée, à savoir l'âge, la saison, les facteurs socioéconomiques et les facteurs d'hygiène et d'assainissement sanitaire.

a. L'âge (25)

Les plus fréquemment touchés sont les enfants âgés de 2 à 3 ans et sevrés.

b. La saison (26)

Le pic maximal de la période diarrhéique est surtout observé pendant la saison de pluie, c'est-à-dire lors de la période chaude et humide en région tropicale.

c. Les facteurs socioéconomiques

Parmi les facteurs favorisant l'apparition de la diarrhée, on peut dire que les facteurs socioéconomiques influent beaucoup, à savoir :

- le degré de culture et d'instruction surtout de la mère ;
- les coutumes néfastes relatives à l'alimentation ;
- l'ignorance des mères sur les aliments de sevrage ;
- la négligence des mères surtout,
- le chômage et le revenu mensuel insuffisant.

d. Les facteurs d'hygiène et d'assainissement sanitaire (12)

L'hygiène et l'assainissement jouent un rôle très important dans la chaîne épidémiologique de la diarrhée. Les divers facteurs pouvant entraîner la diarrhée sont d'une part le manque d'hygiène soit individuel, soit collectif, lors d'une manipulation des aliments par des mains sales ou souillées par des matières fécales, l'absence d'hygiène corporelle ou alimentaire, et d'autre part l'absence de latrines, l'insuffisance d'accessibilité à l'eau potable, le manque d'évacuation des déchets ménagers, et la mauvaise évacuation des eaux pluviales et des eaux usées.

III .3. La chaîne épidémiologique (14)

a. Les germes en cause

Comme nous avons vu dans les étiologies, les germes à l'origine de la diarrhée sont multiples et représentés surtout par les bactéries, les virus, les parasites et les mycoses.

Quatre paramètres sont importants et liés aux germes :

- la pathogénicité : c'est l'aptitude à produire la maladie ;
- la virulence : c'est l'aptitude de produire des troubles morbides pouvant aboutir à des décès ;
- la contagiosité : c'est l'aptitude à diffuser et à transmettre la maladie ;
- la résistance : c'est le pouvoir de s'adapter ou de s'opposer à l'effet bactéricide ou bactériostatique de certains antibiotiques.

b. Les réservoirs des germes

Les germes peuvent être trouvés dans plusieurs réservoirs comme :

- les malades : c'est une personne qui héberge des agents pathogènes et qui est susceptible de les transmettre aux autres ;
- le porteur sain : c'est une personne exposée à la contamination, source de l'infection, mais qui ne présente pas de manifestations cliniques.

c. Les modalités de transmission

Le mode de propagation peut être :

- une transmission directe : d'une personne malade à un individu sain ;
- une transmission indirecte : nécessitant la présence d'un vecteur qui va transporter les germes à l'hôte réceptif. L'intermédiaire peut être de l'eau souillée, des aliments souillés, ou des objets souillés, comme les ustensiles de cuisine, par des déjections virulentes des malades ou par les pattes des mouches souillées de microbes et autres.

d. L'hôte réceptif à la contagion

La voie d'inoculation conditionne la mise en œuvre des moyens de protection :

- les voies digestives hautes (la bouche) pour les shigelles, les salmonelles... ;
- les voies respiratoires pour les virus ;
- la pénétration cutanée pour la bilharziose.

La voie de sortie permet de préciser les modalités des examens de laboratoire à demander et surtout elle est nécessaire pour la mise en œuvre des mesures de prophylaxie à adopter. Habituellement, cette voie est surtout digestive basse (les selles).

III. 4. Les traitements

III .4. 1 Traitement préventif (27) (28) (29)

La diarrhée est l'une des causes importantes de mortalité des enfants, ainsi sa prévention doit primer. IL s'agit entre autres :

a. L'Allaitement

Pour les nourrissons, l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois joue un rôle capital dans la prévention de la diarrhée parce qu'elle a des propriétés immunologiques protégeant ainsi les nourrissons de l'infection. Il est également hygiénique et ne nécessite ni biberon ni tétine, ni préparation qui sont facilement contaminés par des germes pathogènes et qui peuvent donc entraîner la diarrhée.

b. L'Amélioration des pratiques de sevrage

A partir de six mois, tous les enfants doivent commencer à recevoir d'autres aliments en plus du lait maternel. L'hygiène alimentaire pour les aliments de sevrage doit être respectée : aliments bien nettoyés et variés. Les aliments doivent être préparés avec des ustensiles propres. Les aliments et l'eau potable sont à conserver dans des endroits propres ou avec un récipient propre muni de couvercle. Une cuillère propre est de règle pour donner à manger à l'enfant. Si les aliments sont précuits, il faut les réchauffer convenablement avant l'usage. Le sevrage mal conduit peut provoquer la diarrhée.

c. Le lavage des mains

Pour éviter la maladie diarrhéique apportée par les mains sales, la pratique de lavage des mains doit être régulière et fréquente. Il faut également couper les ongles. Le lavage des mains avec du savon doit être pratiqué par tous les membres de la famille avant de préparer les aliments, avant de manger, et après les selles.

d. L'approvisionnement en eau potable et assainissement du milieu

L'eau de boisson doit être recueillie à la source la plus propre. Il est préférable de la faire bouillir puis refroidir avant de la boire. Il faut conserver l'eau de boisson dans un récipient propre et couvert.

L'assainissement du milieu (évacuation des eaux usées, désinsectisation, propreté de l'habitat, disposition de latrines propres, loin des sources d'eau potable) tient une place importante dans la prévention de la diarrhée.

e. La vaccination

Il faut vacciner l'enfant pour diminuer le taux de morbidité par la diarrhée parce que les maladies infectieuses infantiles peuvent s'accompagner de diarrhée. La vaccination fait partie du programme national pour lutter contre les maladies cibles du Programme Elargi de la Vaccination (PEV) comme la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole. D'autres vaccins existent également contre le Rotavirus et les Fièvres Typhoïdes.

III. 4.2. Le traitement curatif (29)

La réhydratation est le traitement primordial au cours de la déshydratation parce que c'est la principale complication grave et mortelle. Les quatre règles appliquées par l'OMS permettent une guérison dans 96% des cas. Ce sont :

- la prévention de la déshydratation avec des aliments liquides disponibles à la maison comme la soupe de carottes, les bouillies, l'eau de riz, l'eau de coco...

Ces aliments doivent être administrés en première intention et être donnés aux enfants à la température ambiante et jamais froide ;

- le traitement de la déshydratation avec du Sel de Réhydratation Orale (SRO), recommandé par l’OMS, qui contient 20g de glucose, 3,5g de chlorure de sodium, 1,5g de chlorure de potassium, et 2,9g de citrate de sodium ;
- l’administration d’une nourriture appropriée pendant et après la diarrhée. Des études ont montré que la réintroduction rapide, dans les heures qui suivent la diarrhée, de la nourriture habituelle de l’enfant de plus de six mois limite la perte pondérale sans aggraver la diarrhée ;
- l’utilisation d’une réhydratation intraveineuse en cas de déshydratation sévère.

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

-Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

Les enfants qui ne présentent pas de signes de déshydratation ont besoin d’une quantité supplémentaire de liquide et de sels pour remplacer les pertes hydroélectrolytiques dues à la diarrhée, faute de quoi des signes de déshydratation peuvent apparaître.

Plan A : Traiter la diarrhée à domicile Apprendre à la mère les trois règles du traitement à domicile :

Donner davantage de liquide ; Continuer l’alimentation et Quand revenir.

1. Donner davantage de liquide (autant que l’enfant veut bien prendre).

Expliquer à la mère

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

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

- L’enfant était sous traitement par plan B ou C pendant la visite
- L’enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s’aggrave.

Apprendre à la mère comment mélanger et administrer la solution SRO

. Donner à la mère deux sachets de solution SRO à utiliser à domicile

Montrer à la mère quelle quantité elle doit donner en plus de la consommation normal

- Jusqu’à 2 ans : 50 à 100ml après chaque selle liquide (1/2 à 1 louche SD)
- 2 ans et plus : 100ml à 200ml après chaque selle (1 à 2 louches SD)

Expliquer à la mère qu’il faut :

- Donner fréquemment à boire dans une tasse par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit attendre 10 minutes puis continuer plus lentement.
- Continuer à donner davantage de liquide jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. Continuer l'alimentation pour prévenir la malnutrition

Continuer à lui donner le sein fréquemment.

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

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

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

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

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

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

Age	Jusqu' à 4 mois	De 4 mois à 12 mois	De 12 mois à 2ans	De 2ans à 5ans
Poids	<6kg	6-10kg	10<12kg	12-19kg
Quantités	100-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

- Administrer au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de SRO recommandée
 - Déterminer la quantité de SRO à administrer pendant 4 premières heures
 - N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de solution (de SRO nécessaire en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75.
 - Si l'enfant veut davantage de solution SRO, lui en donner plus
 - Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100-200 ml d'eau propre pendant cette période.
 - Montrer à la mère comment donner la solution SRO
 - Donner fréquemment à l'enfant à la tasse, par petites gorgées
 - Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes, puis continuer plus lentement
 - Continuer à allaiter au sein quand l'enfant réclame.
 - Après 4 heures • Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation
 - Choisir le plan approprié pour continuer le traitement
 - Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé Si la mère doit partir avant la fin du traitement
 - Lui montrer comment préparer la solution SRO à domicile
 - Lui montrer quelle quantité de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4 heures à domicile.

• Lui donner assez de sachet de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 sachets comme recommandés dans le plan A.

• Expliquer les 3 règles du traitement à domicile

1. Donner plus de liquide

Voire plan A pour les liquides recommandés

2. Continuer l'alimentation

Plan C : TRAITER RAPIDEMENT LA DESHYDRATATION SEVERE

On s'abstiendra d'alimenter l'enfant pendant les 4 premières heures de la réhydratation. Toutefois, les enfants qui suivent le plan B pendant plus de 4 heures doivent être alimentés toutes les 3 à 4 heures suivant le plan A. Il faut alimenter tous ceux qui sont âgés de plus de 6 mois avant de les renvoyer chez eux, afin de montrer aux mères qu'il est important de poursuivre l'alimentation durant la diarrhée. La voie intraveineuse n'est nécessaire que chez les malades sévèrement déshydratés et uniquement pour rétablir le volume sanguin et supprimer le choc hypovolémique. Bien qu'il existe plusieurs solutions intraveineuses toutes ne contiennent pas certains électrolytes nécessaires pour corriger le déficit observé chez le malade déshydraté par suite d'une diarrhée. Pour assurer le remplacement des électrolytes en quantité suffisante, une quantité de solution de SRO sera administré dès que le malade est capable de boire même si les besoins initiaux en liquide sont assurés par voie intraveineuse. La solution de Ringer Lactate (ou soluté de Hartmann pour injection) est la meilleure solution disponible dans le commerce. Sa concentration en sodium est suffisante, contient une quantité suffisante de lactate métabolisé en bicarbonate pour corriger l'acidose ; la concentration en potassium cependant est faible et ne fournit pas de glucose pour prévenir une hypoglycémie. La solution de Ringer Lactate peut être utilisée dans tous les groupes d'âge pour corriger une déshydratation due à une diarrhée aigue quelle qu'en soit la cause. L'administration rapide de SRO et la reprise aussi vite que possible d'une alimentation normale fourniront les quantités voulues de potassium et de glucose.

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

- Le sérum physiologique (ou soluté isotonique) est souvent facile à se procurer. Il ne contient pas de base pour corriger l'acidose, ne remplace pas les pertes en potassium cependant on peut y ajouter du bicarbonate ou du lactate de sodium (20 à 30 mmol/litre) et du chlorure de potassium (5 à 15 mmol/litre), mais cela suppose que l'on ait les solutions stériles appropriées.
- Le sérum physiologique dilué de moitié dans soluté glucosé (50 ou 100 gr/litre) ; comme la solution salée normale, il ne corrige pas l'acidose et ne remplace pas les pertes en potassium.

De plus, il contient moins de chlorure de sodium qu'en exige une correction optimale de la déshydratation.

NB : la solution glucosée simple ne doit pas être utilisée car elle ne fournit que de l'eau et du glucose. Elle ne contient pas d'électrolytes par conséquent ne remplace pas les pertes et ne compense pas l'acidose. Elle ne corrige pas efficacement l'hypo volémie.

PLAN C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

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

Age	Donner d'abord 30ml/Kg en	Puis donner 70ml/Kg en :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure	5 heures
Enfants (12mois à 5ans)	30 minutes	2 ½ heures

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

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

Classer la déshydratation ensuite.

Choisir le plan approprié (A ; B ou C) pour continuer le traitement

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

- Transférer d'urgence

À l'échelon supérieur pour perfusion intraveineuse fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route

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

III .4. 3. Les médicaments

a. L'antibiothérapie (30)

L'antibiothérapie n'est indiquée que dans les diarrhées bactériennes invasives c'est à-dire avec syndrome dysentérique. L'antibiotique à utiliser dépend du germe retrouvé.

b. Les supplémentation en Zinc (31)

Le Zinc a une double action :

- une action thérapeutique : il est à la fois un antisécrétoire entraînant la réduction de la durée et de la sévérité de la diarrhée, et aussi un cicatrisant ;
- une action préventive : il renforce la défense immunitaire et stimule l'appétit.

Chez les enfants de 6 à 11 mois, ½ comprimé par jour et chez ceux plus de 11 mois, un comprimé par jour. Le Zinc sera donné pendant dix jours même si la diarrhée s'arrête avant.

METHODOLOGIE

Méthodologie

1) Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune V du District de Bamako. Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V.



Figure 1 : vue photographique de l'entrée principale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41km², elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la Commune de Kalaban Coro, à l'Est par la Commune VI. Elle est composée de huit quartiers : Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou, Kalaban Coura, Garantiguibougou. Le Centre de Santé de Référence qui porte son nom est situé au Quartier – Mali. Il a été créé en 1982 avec appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V, à cette époque il regroupait le service social de la Commune V. Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

- 1- Service Gynéco-Obstétrique ;
- 2- Service de chirurgie générale
- 3- Service d'urologie
- 4- Unité de cardiologie
- 5- L'administration
- 6- Service de Médecine ;

7- L'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil aux personnes vivant avec le VIH (USAC).

8- L'unité d'endocrinologie et diabétologie

9- L'unité de Rhumatologie

10- L'unité de Gastro-entérologie

11- Le laboratoire / Pharmacie ;

12- Unité d'ophtalmologie ;

13- Unité d'odontostomatologie ;

14- Service de Pédiatrie ;

15-L'unité d'ORL

16- L'unité tuberculeuse

COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO LOCALISATION DU CSREF

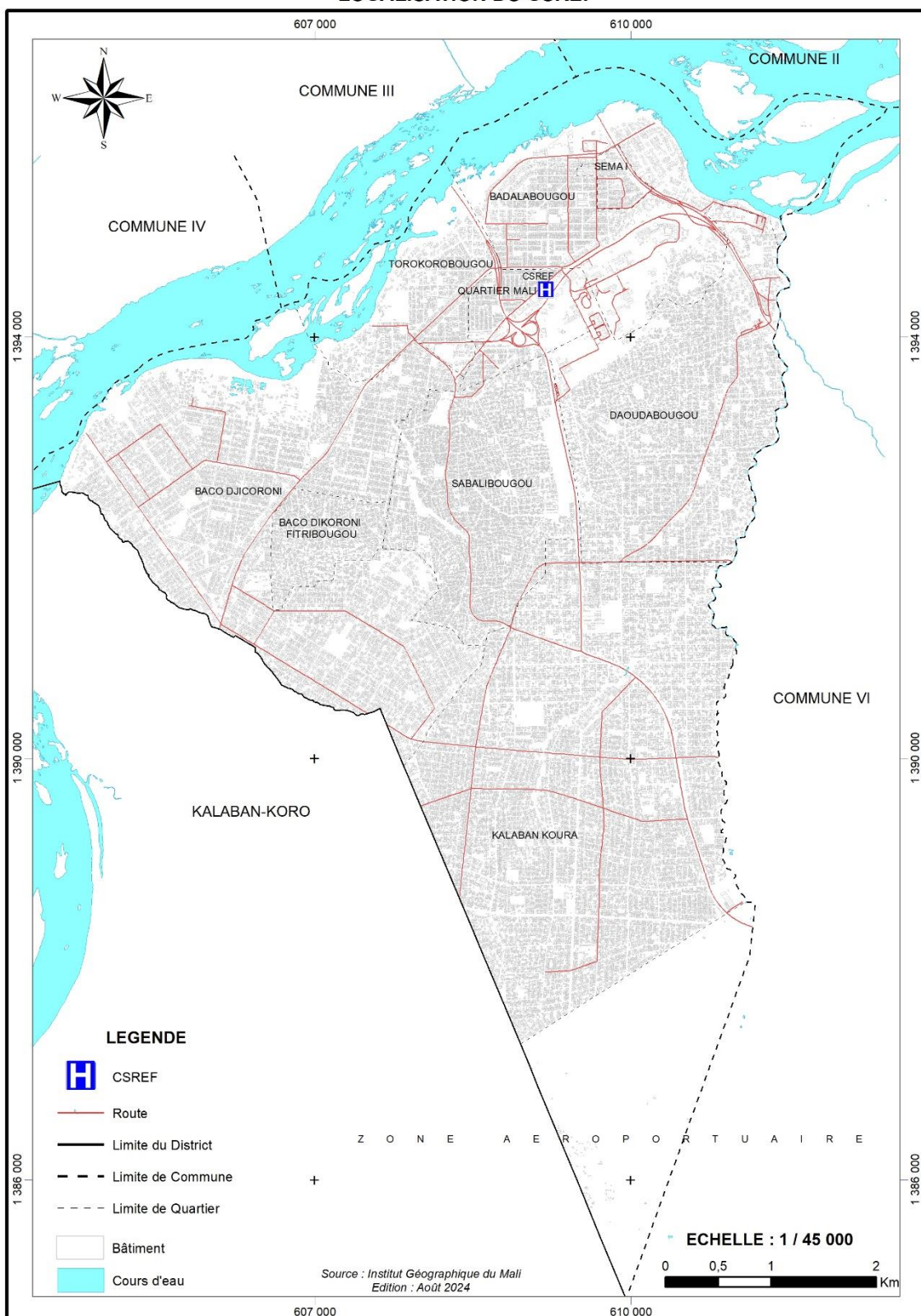


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako

I. Service de Pédiatrie

a) Locaux :

Le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la commune V, depuis le mois d'Aout 2019, est logé dans un nouveau bâtiment construit à 2 niveaux avec un annexe et situé à l'extrême Sud- Est dans ledit centre. Il est composé de 3 unités : Pédiatrie Générale, Néonatalogie, URENI.

La Pédiatrie générale : elle comprend

□ Sept (7) salles d'hospitalisation, dont 2 salles VIP et une (1) salle d'observation, soit 33 lits au total, équipées de circuit d'oxygène

Une (1) salle de réanimation qui comporte 8 lits

Deux (2) salles de consultation ordinaire qui comportent 2 tables d'examen chacune

Une (1) salle de soins externes qui comporte 1 table de soins

Une (1) salle de garde des infirmiers

Un (1) bureau pour le major

Une (1) salle de garde pour les étudiants faisant fonction d'interne ou thésards

Un (1) bureau pour CVD-MALI

L'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle

Intensive (URENI) : est en annexe et comprend

Un (1) bureau pour le major

Deux (2) salles d'hospitalisation qui comportent 10 lits au total et deux bouches d'oxygène par salle

Une salle d'évaluation ;

Une salle de préparation du lait thérapeutique ;

Un magasin ;

Un hangar pour les séances de stimulations cognitives ;

Une toilette pour le personnel ;

Deux toilettes pour les patients



Figure 3 : URENI (Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive)

La néonatalogie est logée à l'étage et comprend :

Une (1) grande salle d'hospitalisation équipée de circuit d'oxygène :

6 couveuses (incubateurs),

16 berceaux

4 tables de réanimation avec plaque chauffante,

2 appareils de photothérapies,

10 barbotières

1 aspirateur électrique

Une (1) salle kangourou qui comporte 6 lits

Une (1) salle de consultation externe servant aussi de consultation de suivi des nouveau-nés

Une (1) salle de repos des mamans de nouveau-nés hospitalisés

Une (1) salle de garde des infirmières de la néonatalogie.

Une (1) salle des soins externes des nouveau-nés

Un bureau pour le Major

Cinq (5) bureaux pour les médecins du service.

Une (1) grande salle de réunion équipée.

b) Personnels (en janvier 2022)

Au total :

Cinq pédiatres,

Deux médecins généralistes,

Cinq techniciens supérieurs de santé,

Vingt techniciens de santé,

Trois aides-soignants,

Quatre manouvres

Deux agents de sécurité

c) Mission :

Aider les parents à recouvrir, à améliorer et à maintenir l'état de santé de leurs enfants dans le respect de la dignité humaine.

d) Activités :

Prise en charge curative, préventive et promotionnelle des enfants de 0 à 15 ans quel que soit leur statut social et leur handicap physique ou mental.

Contribution à la formation des étudiants et autres professionnels de la santé.

e) Stratégies :

Bonne répartition des tâches ;

Communication avec les parents et les enfants pour le changement de comportement ;

Anticipation sur les facteurs de risques ;

Référence des cas nécessitant une prise en charge spécialisée ;

Application des protocoles nationaux ;

Elaboration si besoin des protocoles et procédures consensuels selon notre contexte ;

Organisation des présentations de dossiers et les EPU ;

Elaboration d'un système de recherches-actions sur tout ce qui concerne les problèmes de santé des enfants.

2) Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

3) Période de l'étude :

Notre étude s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1^{er} novembre 2022 au 30 Octobre 2023.

4) Population d'étude :

L'étude a porté sur les enfants âgés de moins de 5ans vue en consultation au service de pédiatrie CV pendant la période de l'étude.

5) Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les enfants âgés de moins de 5ans répondant à notre définition de cas.

6) Critères de non-inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude

Mères d'enfant de plus de 5ans,

Autre personne accompagnant un enfant de moins de 5ans atteint de diarrhée,

Mères ayant refusé l'interview.

7) Taille de l'échantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif.

-Déroulement de l'étude :

Dans la salle d'attente, nous avons expliqué les objectifs de notre étude aux mères d'enfants.

Après avoir obtenu leur consentement, nous avons vérifié que les enfants répondent aux critères d'inclusion de l'étude. Lorsque c'était le cas, nous avons d'abord enregistré les variables sur l'identité des enfants et des parents. Ensuite chaque mère avait été interrogée de façon confidentielle sur ses connaissances, attitudes, et pratiques chez l'enfant diarrhéique

8) Variables étudiées

Nous avons étudié les variables ci-dessous :

Paramètres de l'enfant : Age, rapport poids /taille, sexe, fratrie, ethnie, diversification, sevrage, antécédent pathologique ;

Socio démographiques des parents : âge, scolarisation, profession, statut matrimonial, résidence, condition de vie ;

CAP des mères : diarrhée, complication, SRO,

9)Analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 25 et Microsoft World 2010 et Excel.2016

10)Considérations éthiques

Aucune obligation n'a été imposée à la mère enquêtée pour répondre aux questionnaires. La confidentialité, l'anonymat et le secret professionnel ont été respectés. Avant l'introduction du questionnaire, le consentement éclairé de la mère a été respecté.

RESULTATS

Résultats :

1- Fréquence :

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale qui a été faite sur une période de 12mois. Durant la période d'étude 10528 enfants ont été vus en consultation externe parmi lesquels nous avons pu enregistrer 270 enfants présentant les maladies diarrhéiques et 80 cas ont été suivie en ambulatoire puis 190cas ont été hospitalisés.

2- Caractéristiques socio dermographiques des enfants diarrhéiques :

2.1- L'âge :

Tableau I : Répartition des enfants selon la tranche d'âge

AGE	N	%
< 6 mois	21	7,8
6- 12 mois	109	40,4
12 - 24 mois	106	39,3
24 - 60mois	34	12,6
Total	270	100,0

La tranche d'âge de 06 -12 mois était la plus représentée avec **40,4 %** des cas suivie de la tranche d'âge de 12 -24 mois avec **39,3 %**des cas

2.2- Le Sexe :

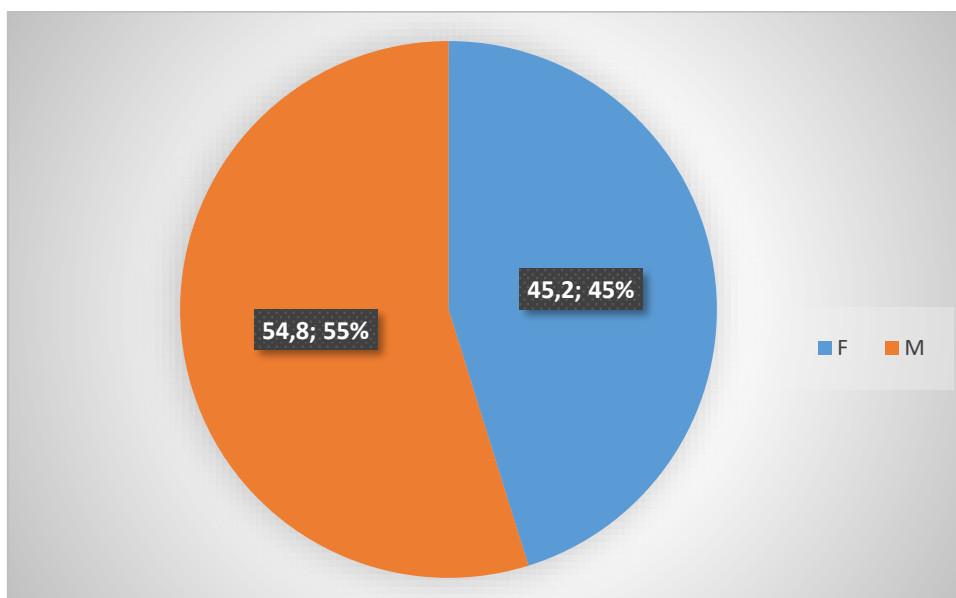


Figure 4: Répartition des enfants selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio à 1,2.

2.3- Rang dans la fratrie :

Tableau II : Répartition des enfants de la fratrie

Fratrie	N	%
1 ^{er} Enfant	72	26,7
Dernier	4	1,5
Intermédiaire	194	71,9
Total	270	100,0

Les enfants de la fratrie intermédiaire étaient les plus représentés avec **71,9 %**

2.4- Diversification alimentaire

Tableau III : Répartition des enfants selon la diversification

Diversification	N	%
Bien fait	65	24,1
Mal faite	205	75,9
Total	270	100,0

Durant notre étude les enfants avaient été mal diversifiés avec **75,9 % des cas**

2.5- Types de dénutrition :

Tableau IV : Répartition des enfants selon le rapport poids /taille

Dénutrition	N	%
MAM	22	8,1
MAS	118	43,7
NON Malnutrie	130	48,1
Total	270	100,0

Les enfants avaient un rapport poids/taille normal avec 48,1 %

Puis **43,7 %** avaient une malnutrition sévère et **8,1 %** une malnutrition modérée

2.6- Age des pères

Tableau V : Répartition des enfants selon la tranche d'âge des pères

Age des pères	N	%
<25ans	6	2,2
25-35ans	101	37,4
>35 ans	163	60,4
Total	270	100,0

Les pères âgés de plus de 35 ans étaient les plus nombreux avec **60,4 %**

2.7- Profession des pères

Tableau VI : Répartition des enfants selon la profession des pères

Profession des pères	N	%
Commerçants	94	34,8
Etudiants	3	1,1
Fonctionnaires	65	24,1
Ouvriers	99	36,7
Sans Emplois	9	3,3
Total	270	100,0

La plupart des pères d'enfant était des ouvriers avec **36,7 %** notamment les (soudeurs, tailleurs, orpailleurs, mécaniciens et menuisiers ...)

2.8- Age des mères

Tableau VII : Répartition des enfants selon la tranche d'âge des mères

Age des mères	N	%
< à 25ans	127	47,0
25 -35ans	115	42,6
> à 35 ans	28	10,4
Total	270	100,0

Les mères d'âges <à 25 ans ont été plus fréquentes durant notre enquête avec **47 %**des cas.

2.9- Profession des mères

Tableau VIII : Répartition des enfants selon la profession des mères

Profession Mères	N	%
Commerçantes	40	14,8
Etudiantes	22	8,1
Femmes au foyer	189	70,0
Fonctionnaires	19	7,0
Total	270	100,0

Les femmes au foyer ont représenté **70 %** des cas

2.10- Scolarisation mères :

Tableau IX : Répartition selon le niveau d'étude des mères

Scolarisation des mères	N	%
Non scolarisé	89	33,0
Primaire	72	26,7
Secondaire	66	24,4
Supérieur	43	15,9
Total	270	100,0

Les mères enquêtées n'étaient pas scolarisées dans **33 %** des cas.

3- Aspects cliniques

3.1- Niveau de connaissance des mères d'enfants diarrhéiques.

Tableau X : Répartition selon le niveau de connaissance de la diarrhée

Connaissance des diarrhées	N	%
Aspect	44	16,3
Fréquences	67	24,8
Fréquences/Aspect	159	58,9
Total	270	100,0

Les mères connaissaient la définition de la diarrhée avec **58,9 %** des cas

3.2- Sources d'information sur la diarrhée

Tableau XI : Sources d'information sur la diarrhée

Source Information de la diarrhée	N	%
Agent de Sante	26	9,6
Causerie	222	82,2
Media	22	8,1
Total	270	100,0

Les mères enquêtées étaient plus renseignées durant les causeries avec **82,2 %** des cas

3.3- Connaissance sur la prévention de la diarrhée

Tableau XII : Opinion des mères sur la possibilité de prévenir la diarrhée

Attitude à Eviter la diarrhée	N	%
Non	24	8,9
Oui	246	91,1
Total	270	100,0

Les mères pensaient qu'on pouvait éviter la diarrhée avec **91,1 %**

Cependant 8,9 % disaient ne pas pouvoir éviter la diarrhée vu qu'on ne pouvait pas éviter la poussée dentaire.

3.4- Connaissances des complications de la diarrhée

Tableau XIII : Connaissance des complications de la diarrhée

Connaissances des complications de la diarrhée	Fréquence	Pourcentage
Autres	2	0,7
Déshydratation	265	98,1
Ne sais pas	3	1,1
Total	270	100,0

Les mères d'enfants connaissaient la déshydratation avec **98,1 %** comme la première complication de la diarrhée.

4- Traitement :

4.1- Recours thérapeutique utilisé par les mères

Tableau XIV : Recours thérapeutique utilisé par les mères devant la diarrhée de l'enfant

Geste Mères	N	%
Automédication	188	69,6
Recours Centre Sante	68	25,2
Tradithérapeute	14	5,2
Total	270	100,0

Les mères ont pratiqué l'automédication à la maison devant la diarrhée de l'enfant dans 69,6 % des cas. Certaines ont fait directement des consultations au centre de santé avec 25,2 % des cas.

4.2- Attitudes des mères en cas de diarrhée à domicile

Tableau XV : Attitudes des mères en cas de diarrhée à domicile

Traitement	N	%
Boire Beaucoup Eau	269	99,6
Apport Aliment riche	1	0,4
Total	270	100,0

Les mères d'enfants donnaient beaucoup d'eau à boire avec **99,6 %** des cas afin de prévenir la déshydratation

4.3- Proportion des mères qui connaissent la SRO

Tableau XVI : Connaissance des mères sur la SRO

Connaissance sur la SRO	N	%
Oui	82	30,4
Non	188	69,6
Total	270	100,0

Les mères ne connaissaient pas les sachets SRO dans presque **70 %** des cas durant notre étude.

4.4- Proportion des mères qui utilisaient la SRO

Tableau XVII : Proportion des mères qui savent préparer la SRO

Savoir Préparer SRO	N	%
Oui	47	17,4
Non	223	82,6
Total	270	100,0

Les mères ne savaient pas préparer les sachets SRO dans 82,6 % des cas par rapport qui utilisaient la SRO avec 17,4 % des cas.

4.5- Proportion des mères qui allaitent lors des maladies diarrhéiques.

Tableau XVIII : Proportion des mères qui allaitent lors des maladies diarrhéiques

Allaitement Continue	n	%
Oui	179	66,3
Non	91	33,7
Total	270	100,0

Les enfants continuaient à être allaiter pendant leur maladie diarrhéique dans **66,3** % des cas afin de ne pas être dénutri.

COMMENTAIRES
DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

a) Caractéristiques sociodémographiques des mères

Il ressort dans nos résultats que les enfants de moins d'un an sont les plus touchés par la diarrhée avec 40% et de 39,3% chez les enfants de 1 à 2 ans ces résultats peuvent être comparés à ceux de **D. Alassane** (32) où les enfants des deux premières années étaient les plus représentés 0 à 24 mois avec 83,5% cela s'explique par le fait que c'est à ces âges à partir desquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent à la période pendant laquelle les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes. Nous constatons que la morbidité liée à la diarrhée affecte principalement les enfants au stade du sevrage ou un peu plus âgés qui constituent donc les groupes à risque. Ces résultats correspondent aux études de l'Institut National de la Statistique et de l'OMS (en 2015) qui rapportent une incidence de maladies diarrhéiques particulièrement élevée après le début de sevrage (5)

Le sexe masculin était le plus atteint avec 54,8% et le sexe ratio est de 1,2.

La majorité de nos enfants enquêtés étaient mal diversifiés avec 75,9% ce qui explique la méconnaissance des mères sur l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson d'où le nombre élevé d'enfants malnutris aigus avec 51,8% et 48,2% les non-malnutris.

L'âge minimum des mères dans notre échantillon était de 15 ans et le maximum était de 49 ans suivent les tranches d'âge les moins de 25 ans étaient plus représentés avec 47% et seulement 10,4% pour celle de 35 ans. Nos résultats sont semblables de ceux obtenus par Adama K. et Mkane K. (33) dans son étude sur Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de réhydratation par voie orale, la mère la moins âgée avait 15 ans et la plus âgée en avait 80 tandis que l'âge moyen est de 28 ans. Les mères enquêtées étaient relativement jeunes, puisque 67 % d'entre elles étaient entre 20 et 34 ans.

Concernant le niveau d'étude des mères, celles n'ayant pas été scolarisées dominaient avec 89 cas sur 270 soit 33% suivi de ceux du niveau primaire avec 26,7%. Nos résultats se rapprochent de ceux du Togo obtenus dans l'étude intitulée Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de lutte anti-diarrhéique à Kpalimé. Parmi les mères enquêtées, 25% étaient analphabètes, 33% avaient un niveau d'instruction primaire, 31% avaient un niveau d'instruction secondaire, alors que les mères ayant un niveau d'instruction supérieur ne représentaient que 12% (34). Comparativement au résultat de l'EDS Mali VI qui stipule que deux tiers des femmes de 15-49 ans (66%) n'ont aucun niveau d'instruction. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que l'EDS Mali VI a été menée dans la population générale.

b) Résultats relatifs aux connaissances des mères sur la prévention de la diarrhée

Malgré ce qu'on aurait pu penser la grande majorité des mères définissaient la diarrhée comme étant une émission fréquente de selles liquides au moins 3 fois par jour, avec, 58,9 % des cas contre 24,8 %. Nos résultats sont pareils à ceux d'**Abrege, A. et al.** (34). La majorité des mères au Togo (73,5 %) savaient définir une diarrhée aigue "émission de plus de 3 selles liquides par jour" et 53,5 % des mères la percevaient comme une affection grave.

Au Sénégal, les mères percevaient 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 (35).

Dans notre échantillon, toutes les mères avaient déjà entendu parler de la diarrhée et de sa prévention. Le plus grand canal de prise d'information était d'après notre étude par les parents et amies avec 82,2% suivis les personnels de santé avec 9,6%. Pour **Abrege, A. et al.** (34), l'information des mères sur la diarrhée aigue infantile provenait d'une ou de plusieurs sources ; l'entourage (famille et voisines) était cité dans 86% des cas, suivi de l'infirmière au centre de santé (28 %), tandis que le médecin généraliste n'avait été cité que dans 22,5% des cas, ainsi que le pédiatre 11,5% des cas. Alors que pour Adama K. et Mkane K. (33), le canal de vulgarisation des connaissances sur la lutte contre la diarrhée était les affiches et médias.

Notre enquête avait révélé 98,1% des mères en connaissaient les complications. A ce sujet-la plupart des mères d'enfants enquêté précisaient la déshydratation comme première complication suivie des autres. Nos résultats se rapproche de ceux d'**Adama K. et Mkane K.** dont 71% des mères avaient des notions sur la déshydratation.

Concernant le traitement de la diarrhée à domicile, presque toutes les mères soient 98,5% donnaient beaucoup d'eau à boire mais seulement 30,4% connaissaient la SRO. Par contre Selon l'OMS (5), les mères accordaient une place primordiale aux SRO dans l'arsenal thérapeutique de la diarrhée

Par rapport au mode de préparation seulement 17,4% savaient préparer et l'utilisaient Ce résultat est contraire à celui d'Adama K. et Mkane K. (33). La préparation des SRO était assez satisfaisante car 81,4% des mères le préparaient correctement mais la Solution Salée Sucrée n'est bien préparée que par 42,9% des mères qui l'utilisaient

Quant aux moyens de prévention de la diarrhée, la majorité des mères interrogées déclaraient qu'on pouvait éviter la diarrhée. Cependant certaines mères pensaient qu'il n'existait aucun moyen de prévention de la diarrhée. Au-delà, d'autres disaient n'avoir aucune opinion sur la prévention de la diarrhée vue que pour eux la diarrhée n'est due qu'au poussée dentaire.

c) Résultats en rapport à l'attitude et pratique des mères vis-à-vis de la prévention de la diarrhée

La première attitude préventive était l'observation de l'allaitement maternel exclusif par les mères, cette pratique est faite à 66,3% l'administration d'aliments solides et des boissons autres que le lait maternel qui est contraire **J. Kandala, J. Mukendi** (36) dont seulement 47,8% continuaient l'allaitement et 17,5% pratiquaient la supplémentation en vitamine A.

Les mères faisaient le lavage des mains après toilette individuelle et celle de l'enfant à 91,1% dans notre échantillon contrairement à l'étude d'Hoche Black Boy E. (37), selon laquelle 62% des mères ne se lavent pas les mains après chaque selle avant de servir leur enfant.

d) Recours thérapeutique en cas de diarrhée :

Il existait une différence entre les recours thérapeutiques utilisés par les mères devant la diarrhée de l'enfant pour certaines mères le recours chez les tradithérapeutes étaient la meilleure vue que c'étaient due à la dentition. Par rapport à nos résultats près tous les enfants avaient reçu une automédication avec 60,9% et seulement 25,3%avaient fait un recours au centre de santé en revanche dans son étude, **Ly Barry** (38) trouvait que 33,8% avaient bénéficié d'une prise en charge à domicile.

Conclusion

L'absence de système d'assainissement et le manque d'hygiène sont responsables de maladies diarrhéiques entraînant le décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde surtout dans les pays en développement. La présente étude nous a donné l'opportunité d'identifier différents problèmes des mères avec des enfants ayant présenté des diarrhées. Les mères connaissaient la définition de la diarrhée et elles connaissaient les sachets SRO. Les mères ne connaissaient pas l'utilité des sachets SRO raison pour lesquels elles ne l'utilisaient pas.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail il nous parait nécessaire de formuler quelques recommandations. En vue d'endiguer les problèmes soulevés par notre étude.

Au ministère de la santé

- Renforcer la communication pour diffuser des messages courts et ordonnés sur les moments critiques de lavage des mains par le biais des media.
- Encourager les programmes PNLMD (Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques qui peuvent avoir un impact sur la diminution des maladies diarrhéiques.

Aux autorités sanitaires du centre de santé de référence de la commune V

- Sensibiliser les mères afin qu'elles ne minimisent pas les maladies diarrhéiques chez leurs enfants âgés de 0 à 5ans.
- Mener une campagne de sensibilisation sur la pratique de sevrage.
- Eduquer les mères sur la préparation du SRO

A la population

- Eviter le retard de consultation après le début d'une diarrhée
- Renforcer les mesures d'hygiènes et d'assainissement.
- Appliquer tous les conseils et recommandations donnés par les agents de sante sur la survenue, les complications, et la prise en charge des diarrhées ;

REFERENCES

Références

1. COULIBALY B. Diarrhées infectieuse chez les enfants de 0 à 59 mois dans le service d'urgence pédiatrie de CHU GT mai 2006 à juin 2007, thèse de PMPOS Bamako 07, N°482, p14-15
2. OMS : Mortalité infantile dans le monde (séminaire de diarrhée d'août 2005) [www.IFMT.AVF.org/IMG/pdf/IFMT-maladies -diarrhées 2005 p8-16](http://www.IFMT.AVF.org/IMG/pdf/IFMT-maladies-diarrhées_2005_p8-16)
- 3 PCIME Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe au Mali « page 52
- 4 Organisation Mondiale de la Santé Les maladies diarrhéiques. Aide-mémoire n°330 ; Mai 2017. Accessible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/> et consulté le 10/09/2017
- 5 OMS (2015) Maladies d'origine alimentaire : près d'un tiers des décès surviennent chez les enfants de moins de 5 ans, Communiqué de presse, Genève
- 6 -Direction Nationale de la Santé : Annuaire Statistique 2005-2008
7. ministère de la Santé du Mali : Annuaire statistique 2005. Accessible sur : <http://www.sante.gov.ml/docs/pdf/slis2005.pdf> (consulté le 10/08 2018).
- 8 Enquête Démographique et de santé au Mali 2018 Rapport de synthèse (EDSM-VI), Etat Nutritionnel des enfants « page11 »
- 9 BLUM D, HERMAN E, NORTHRUP R. Réhydratation par voie orale et alimentation : place dans la prise en charge de la diarrhée 1 ère éd 1998, édition Flammarion
- 10 -Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF. Accessible sur : [http://www.afro.who.int/cah/documents/intervention/diarrhée_aigüe_declaration_ Commune.PDF](http://www.afro.who.int/cah/documents/intervention/diarrhée_aigüe_declaration_Commune.PDF) (consulté le 09 août 2023 à 18h).
11. Soavimila. Les maladies diarrhéiques aiguës chez les enfants de 0 à 5 ans à l'Hôpital des Enfants à Tsaralàlana. Thèse de Médecine. Antananarivo. 1999 ; N° 5120 : 1-22.
- 12 Conte M, Bonfils S. Gastro-entérologie. Path Méd. Masson. 4ème édition. 1990 : 47.
13. Carre D, Chapalain JC, Debonne JM, Klotz F. Diarrhées aiguës infectieuses. Encycl Méd Chir. Maladies infectieuses. Paris. Elsevier. 2000 ; Vol 5 : 6.
14. Ravaonoro C. Etude de l'impact des mesures d'assainissement sanitaire sur la maladie diarrhéique des enfants de 0 à 14 ans dans les quartiers d'Andohatapenaka Ambodirano et de Manarintsoa Isotry. Thèse de Médecine. Antananarivo. 1998 : 9.
15. Mazer A, Sankale M. Malnutrition protéino-calorique. Guide de médecine en Afrique et Océan Indien. Dakar-Marseille. 1990; N° 6469: 375-377.
16. Bueris V, Palma MS, Romano C, Maurilio F. Detection of diarrheagenic Escherichia coli from children with and without diarrhea in Salvador, Bahia, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007; Vol 107: 841.
17. Raobijaona H, Ranaivo-Harisoa HA. Fièvre typhoïde chez l'enfant à Antananarivo. Médecine d'Afrique Noire. 2000 ; Vol 47 : 244.

18. Buttiaux R. Les maladies diarrhéiques transmissibles du nourrisson et de l'enfant. Revue Institut Pasteur de Lille. Lille. 1999: 386-387.
19. Van ER, Breynaert J. Isolation of *Campylobacter concisus* from feces of children with and without diarrhea. Journal of clinical microbiology. 1996; Vol 34: 2304– 2306.
20. Abdollah B, Remon AE, Jennifer L. Epidemiology of Rotavirus diarrhea in Egyptian children and implications for disease control. American journal of epidemiology. 1999; Vol 97: 150.
21. Malek et Al. Diarrhea and Rotavirus associated, hospitalizations among children less than 5 years of age: United States, 1997 and 2000. Pediatrics. 2006; Vol 117: 1888.
22. Dimitrios C et Al. Norovirus infection in children with acute gastroenteritis, Madagascar, 2004-2005. Emerging Infectious Diseases. www.cdc.gov/eid. 2007; Vol 13: 909.
23. Christa L, Fischer W, David S, Robert E. Etiology of diarrhea in older children, adolescents, and adults. A Systematic Review. Neglected tropical diseases. 2010; Vol 4: 2-6.
24. Erik W, Kolstad, Kjell AJ. Uncertainties associated with quantifying climate change impacts on human health: a case study for diarrhea. Environmental health perspectives. 2011 ; Vol 119 : 300-303.
25. Lavaud J, Besson M, Cloup L. Déshydratation du nourrisson. Cah.Méd. 1975 : 35.
26. Waltisperger D, Ranjalahy RJ et Al. Analyse des déterminants de la baisse de la mortalité à Madagascar. UNICEF. Antananarivo. 2008 : 73.
27. Organisation Mondiale de la Santé. Traitement et prévention des diarrhées aiguës. Manuel pratique. Genève. 2ème édition. 1989 : 1-29.
28. ministère de la Santé et de la Population, Direction de la prévention, sous-direction maternelle et infantile. Guide de Prise en charge de la diarrhée chez l'enfant. Lutte contre les maladies diarrhéiques. Antananarivo. 2000 : 61.
29. Rasolo M. Contribution à la lutte contre les maladies diarrhéiques aiguës chez les enfants de 0 à 5 ans dans le fivondronam-pokotany de Port Bergé. Thèse de Médecine. Antananarivo. 1990 ; N° 2126 : 3-9.
30. Perlemuter L, Perlemuter G. Guide de thérapeutique. Paris. Elsevier Masson. 6ème édition. 2010: 538-545.
31. Archana P et Al. Therapeutic value of zinc supplementation in acute and persistent diarrhea. A Systematic Review. Zinc in therapy of diarrhea. 2010 ; Vol 5 : 7-8.
32. D. Alassane Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE. Thèse de Médecine (2011)
- 33 Adama K. et Mkane K. (2009), Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de réhydratation par voie orale, BRITECH, Mali
- 34 Abrege, A. et al. (1997) Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de lutte anti-diarrhéique à Kpalimé (sud-Togo) à partir d'une enquête hospitalière

35 Ranaivoson Ratsimbazafy Ny Aina (2012), comportements des mères face aux maladies diarrhéiques des enfants : problèmes et défis, Thèse de Doctorat en Médecine, Université d'Antananarivo (Madagascar)

36. Justin Tshibangu Kandala, Jean René Mukendi Mukendi de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, RD. Congo dans. GSJ : Volume 9, Issue 4, April 2021 ISSN 2320-9186 sur connaissances, attitudes et pratique des mères face à la prévention de la diarrhée chez les enfants de 0 A 59 mois (Cas de la Zone de Santé de Diulu)

37 Hoche Black Boy E. (2010), Identification des pratiques des mères favorisant la survenue de la diarrhée chez les enfants de 0 à 5 ans : cas du village Kourgui, Aire de santé de Mora (Cameroun)

38 -LY Barry H Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-36 mois dans les départements de Pikine et Guédiawoye, Hôpital d'enfant d'Albert Royen Fann. Thèse Méd, Dakar, 1996.15-17.

ANNEXES

ANNEXE

1_Fiche de consentement éclairé des parents

Bonjour madame,

Nous sommes interne Djeneba Coulibaly, nous avons une étude à mener chez les enfants âgés de 0 à 5ans présentant une maladie diarrhéique. L'étude consiste à évaluer les connaissances attitude pratique des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5ans dans le service de pédiatrie. Nous avons une fiche de questionnaire à vous soumettre avec votre permission

Ceux qui ont accepté, la fiche de questionnaires a été rempli en revanche ceux qui n'ont pas accepter n'ont pas été retenu et c'était sans condition.

Le compte rendu des résultats a été fait aux parents inclut dans notre étude et surtout des conseils ont été donner pour l'amélioration de leur conduite face aux maladies diarrhéique.

2_QUESTIONNAIRE : DIARRHEE

IDENTIFICATION :

Enfant :

(Q1) Age/...../

1:<6mois 2:6mois–12mois 3:12–24mois 4:24–60mois

(Q2) Rapport Poids/Taille :%

(Q3) Sexe : M F

(Q4) Fratrie :

(Q5) Ethnie : (1=bambara, 2=malinké, 3=Sarakolé, 4=peulh, 5=sonrhaï, 6=dogon, 7=senoufo-minianka, 8=autres)

(Q6) Diversification:/...../

1: bien fait (à partir de 6mois à base de bouillie et soupe)

2: mal fait (moins de 6 mois ou plus de 6mois à base de soupe seul ou bouillie seul)

(Q7) Sevrage:/...../

1: oui 2: non

(Q8) ATCD pathologique

Père :

(Q9) Age : /...../

1:<25ans 2:25–35ans 3: plus de 35ans

Tel=

(Q10) Profession : (1=fonctionnaire, 2=paysan, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=élève /étudiant, 6=sans profession)

(Q10a) Scolarisation : (1=primaire, 2=secondaire ,3= supérieur, 4=non scolarisé)

Mère :

(Q11) Age : /...../

1:<25ans 2:25–35ans 3: plus de 35ans

(Q12) Situation matrimoniale/...../

1 Mariée 2 Célibataire

Tel=

(Q13) Profession (1=fonctionnaire, 2=femme au foyer, 3= élève/étudiante, 4=commerçante)

(Q14) Scolarisation : (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=non scolarisé)

(Q15) Résidence:

(Q16) Condition de vie:/...../

1: favorable 2: non favorable

Connaissances des mères sur la diarrhée

(Q17) par quoi reconnaît-on la diarrhée chez un enfant :

1=Fréquence

2=Aspect

3=Fréquence/Aspect

(Q18) Complication de la diarrhée:/...../

1: deshydratation 2: vomissement 3: fièvre 4: sang dans les selles 5: selles liquides fort et abondante 6: ne sait pas

(Q19) Traitement à domicile /...../

1: Donner à boire beaucoup d'eau

2: Apport des aliments riches

3: préparation SRO

4: préparation SSS

(Q20) Source d'information/...../

1:Radio 2:Television 3:causerie 4:Agent de santé

(Q21) Savez- vous ce que c'est un SRO : oui non

Sources d'informations sur les sachets SRO

(Q22) Lieu d'approvisionnement des sachets SRO

(Q22a) Pharmacie hospitalière

(Q22b) Officine Privée

(Q22c) Ne sait pas

(Q23) Savez-vous préparer une solution SRO oui non

(Q23a) Si oui quelle quantité d'eau utilisez-vous ? Et pour combien de sachet

(Q24) Connaissance sur la prévention de la diarrhée:

(Q24a) Est ce qu'on peut éviter la diarrhée : oui non

Si oui comment/...../

1:Lavage des mains au savon

2:La bonne conservation de l'eau

3:L'hygiène des fruits et légumes

4:Hygiene des latrines

(Q25) Avez-vous participé au moins une fois à une causerie-débat sur la diarrhée :

Oui non

Attitudes des mères face à la diarrhée :

(Q26) Votre enfant était-il nourri au sein avant le début de la diarrhée :

non

(Q27) Si oui avez-vous continuez à lui donner du sein au cours de la diarrhée : Oui non

(Q28) A-t-on modifié la ration d'aliments solides au cours de la diarrhée :/...../

(1=inchangée, 2=diminuée, 3=augmentée, 4 =supprimée)

(Q29) A-t-on modifié la ration de boisson (y compris les aliments liquides) :

1=inchangée,

2=diminuée,

3=augmentée,

4=supprimée

(Q30) Utilisation des services de santé/...../

1:centre de santé 2:pharmacie

Pratiques des mères face à la diarrhée chez l'enfant

(Q31) Qu'avez –vous fais lorsque votre enfant avait la diarrhée ?

1:Donner SSS à domicile

2:Recours au centre de santé

3:automedication

4:Tradithérapeute

5:Utilisation des sachets SRO

3 FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : DJENEBA

Pays d'origine : Mali

Année Universitaire :2023_2024

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune v. du District de Bamako en 2023

Lieu de dépôts : Bibliothèque de la faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Secteurs d'intérêt : Santé publique, Pédiatrie

Adresse électronique : Coulibalyd364@gmail .com

Résumé.

Introduction : Le manque d'hygiène et d'assainissement sont parmi les facteurs entraînant les maladies diarrhéiques surtout chez les enfants de bas âge. Ce problème nous a conduit à mener cette étude qui vise à déterminer l'importance et l'utilité des sachets SRO et la pratique de sevrage dans la lutte contre les maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5ans dans le service de pédiatrie au centre de santé de référence de la commune V.

Méthodologie : IL s'agit d'une étude transversale auprès de 270 mères d'enfants diarrhéiques âgés de 0 à 5ans. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif. La période étudiée a concerné 2023 à la pédiatrie du CSREF C V et les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire.

Résultat : Dans cette étude, presque toutes les mamans connaissaient la définition de la diarrhée avec 98,1 % des cas et parmi ces mères 70 % d'eux avaient entendu parler des sachets SRO mais seulement 17,4 % pouvaient bien la préparer et donnaient à leurs enfants atteintes de diarrhée. En ce qui concerne les enfants allaités plus de la moitié des mères avec 66,3% des cas continuaient d'allaiter leurs enfants afin d'éviter la malnutrition.

Conclusion : L'absence de système d'assainissement et le manque d'hygiène sont responsables de maladies diarrhéiques entraînant le décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde surtout dans les pays en développement La présente étude nous a donné l'opportunité d'identifier différents problèmes des mères avec des enfants ayant présenté des diarrhées. Citons entre autres le faible niveau d'étude et le revenu insuffisant, l'importance et l'utilité des SRO dans les maladies diarrhéiques.

Mots clés : Connaissance, Attitude, Pratique, Prévention, Diarrhée, l'Enfant, Sel de réhydratation oral.

4_Synclitic fiche

Name: COULIBALY

First name: DJENEBA

Country of origin: Mali

Academic Year: 2023_2024

Thesis title: Knowledge, attitudes and practices of mothers regarding diarrheal diseases in children aged 0 to 5 years in the pediatric department of the municipality's reference health center v.

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology

Sectors of interest: Public health, Pediatrics

Email address: Coulibalyd364@gmail.com

Summary.

Lack of hygiene and sanitation are among the factors leading to diarrheal diseases, especially among young children. This problem led us to carry out the study 2 to determine the importance of the practice of weaning in the fight against diarrheal diseases in children aged 0 to 5 years. This is a cross-sectional study of 270 mothers of diarrheal children aged 0 to 5 years. The period studied concerns 2023 at the pediatrics of the CSREF C V.

In this study, in our study almost all mothers knew the definition of diarrhea with 98,1% of cases and among these mothers 70% of them had heard of ORS sachets but only 17,4% could prepare it well and gave it to their children. Suffering from diarrhea. As for breastfeeding children, more than half of the mothers with 66,3% of cases continued to breastfeed their children in order to avoid malnutrition.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Prevention, Diarrhea, Children, Oral rehydration salt.

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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise 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 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE