Ministère de l`Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE– UN BUT– UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D`ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026 **N°…….**

THESE

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DES MERES EN MATIERE D'UTILISATION DU SOLUTE DE REHYDRATATION ORAL CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 05 ANS ATTEINTS DE DIARRHEE DANS L'HOPITAL DU DISTRICT DE LA COMMUNE 5 EN 2025

Présentée et soutenue publiquement le 28 /07/2026.
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **Mme. Fatoumata KOME**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(Diplôme d`Etat)

Président : M. Nouhoum TELLY Maitre de conférences agrégé
Membre : M. Salia KEITA (Maître assistant)
Mme Mariam TRAORE (Médecin pédiatre)
Co-Directrice : Mme. Djénéba COULIBALY (Maître assistant)
Directrice : Mme. Fatou DIAWARA (Maitre de conférences)

DEDICACE &

REMERCIEMENTS

Dédicace

A mon cher père, à qui je dédie ce travail en signe de profonde reconnaissance. Ton investissement dans mon éducation a été le plus précieux des guides dès le début de mon parcours scolaire. Merci pour ta présence constante et bienveillante ; tu as toujours été un refuge et un soutien inébranlable dans les moments de doute. Aucune formule, écrite ou morale, ne saurait exprimer l'immensité de ma gratitude à ton égard.

Remerciements

- **À mon unique et tendre époux, Souleymane Cissé :**

Mon cher époux, merci pour ton amour, ta patience dévouée et tes encouragements constants tout au long de cette formation. Merci d'avoir été à mes côtés dans les moments de peine comme de joie. Je prie ALLAH le Tout-Puissant de préserver notre union et d'exaucer tous nos vœux.

- **À ma tendre mère, Kafoune Camara :**

Après m'avoir donné la vie, tu m'as aimée, éduquée et choyée. Tu nous as inculqué la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain, tout en nous apprenant à rester unis comme un seul homme. Sois fière et rassurée, car les leçons que tu nous as dispensées ont été précieusement apprises et retenues.

- **À ma chère mère, Salimata Wagué :**

Chère mère, vous avez tout donné pour m'offrir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité constante, vos encouragements et votre soutien indéfectible m'ont été d'une aide précieuse. Je vous remercie infiniment pour tout. Que le Tout-Puissant ALLAH vous accorde la santé et le bonheur pour récolter et savourer les fruits de ce travail.

- **À ma regrettée grand-mère et homonyme, Fanta Doumbia :**

Vous avez été bien plus qu'une mère pour moi. Une femme brave, dévouée, courageuse et d'une immense générosité. Tu as toujours su me rassurer et me réconforter dans les moments de doute. Que le Tout-Puissant ALLAH vous accueille dans Son vaste et immense paradis.

- **À mon regretté grand-père, Abdoul Wahab Komé :**

  Vous m'avez aimée comme votre propre fille. Vous avez tout sacrifié pour le bonheur de notre famille, en nous enseignant que l'union fait la force. Que le Tout-Puissant vous récompense au centuple pour tous vos bienfaits et que votre âme repose en paix.

- **À mes beaux-parents, Tiéfing Cissé et Yagaré Konaté :**

  Vous m'avez adoptée et aimée dès le premier jour de notre rencontre. Je saisis cette opportunité pour vous exprimer ma profonde gratitude pour vos précieux conseils et vos bénédictions paternelles.

- **À mes frères et sœurs, Hawahou, Sina, Zeynab, Abdoul, Sékou et Ramatoulaye KOMÉ :**

  J'ai toujours pu compter sur votre présence, quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter ensemble avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués constituent notre force indestructible. Restons unis et soyons toujours à la hauteur des sacrifices de nos parents.

- **À mes beaux-frères et belles-sœurs, Chiaka, Lafia, Gafou, Mariam, Bintou et Aïcha Cissé :**

Le moment est venu pour moi de vous remercier chaleureusement pour la confiance, l'affection et l'attention que vous me portez au quotidien. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude. Qu'ALLAH vous accorde une longue et heureuse vie.

- **À ma tante, Fatoumata Bouaré :**

Ta générosité, ton amour pour ton prochain et ton humilité ont grandement contribué à ma formation et à la femme que je suis devenue. Tu restes un modèle inspirant pour moi. Qu'ALLAH te bénisse et t'accorde une longue vie.

Amis et Proches

- **À ma meilleure amie, Fatoumata Diallo :**

Aucun mot ne saurait exprimer ma gratitude pour ton temps précieux et tes conseils avisés durant tout ce cursus. Je te souhaite une vie rayonnante, pleine de bonheur et de santé.

- **À mes fidèles amis, Yacouba A. Tamboura, Samba Soukouna, Ayouba Maïcouba, Ousmane Dembélé, Mohamed Magassa, Daouda Diakité :** Un grand merci à vous d'avoir toujours été présents pour me soutenir, m'épauler et me conseiller au fil des années.
- **À mes chères amies, Fatoumata I. Keita, Lalla Sidibé, Ramata Coulibaly, Oumou Traoré :**

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous exprimer toute ma reconnaissance. Merci pour votre soutien constant, votre écoute attentive, votre amour et votre précieuse affection. Vous m'avez prouvé de la plus belle des manières que les liens du cœur et de l'amitié sont aussi forts que les liens du sang.

Milieu Professionnel et Médical

- **Aux éléments de la 15ème promotion :** En souvenir de notre parcours commun et de notre solidarité.
- **À mes aînés de la Pédiatrie de la Commune 5 (Dr Fatimata Dicko, Dr Fanta Konipo, Dr Fatim Samaké, Dr Djénéba Coulibaly, Dr Mariam Koné, Dr Souleymane Kourekama, Dr Demba Coulibaly, Dr Amadou Barry, Dr Mahamadou Koné) :**

Merci infiniment de m'avoir aidée à devenir la meilleure version de moi-même. Merci de m'avoir forgée avec rigueur, et de m'avoir entourée de vos conseils bienveillants et de votre affection fraternelle.

- **À mes très chers collègues de la Pédiatrie de la Commune 5 (Yama Diarra, Dr Adama Sinkolo, Dr Fatoumata Tomota, Aminata Kane, Fanta Z. Diallo, Mohamed Coulibaly) :**

Merci pour votre courage quotidien et votre leadership inspirant. Le meilleur reste à venir pour notre équipe !

- **À mes externes (Mohamed Kamaté, Mohamed Diallo, Daouda Diarra, Bina Sacko, Mama Megnintao) :**

Merci pour votre investissement et de m'avoir si bien épaulée au quotidien dans le service.

- **À toutes les infirmières de la Pédiatrie de la Commune 5 :**

En reconnaissance de votre dévouement précieux, de votre patience et de votre collaboration essentielle au bien-être des enfants.

Maîtres Formateurs

- **À mes Maîtres Formateurs, Pr Mamadou Traoré, Dr Maïmouna Kanté, Dr Diénéba Sacko, Dr Ya Traoré, Dr Maïmouna Haïdara, Dr Korotoum Bamba, Dr Issiaka Koné :**

Votre rigueur scientifique exemplaire associée à vos grandes qualités humaines ont profondément marqué mon parcours et suscité mon admiration. Veuillez agréer mes remerciements les plus sincères pour la haute qualité de votre enseignement ainsi que pour votre disponibilité constante et généreuse.

HOMMAGES

Hommages aux membres

A notre maitre et président du jury de thèse

Professeur Nouhoum TELLY

- Maitre de Conférences Agrégé en épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Bamako.
- Chef par intérim de la division Surveillance Epidémiologique et Recherche à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).
- Secrétaire Général Adjoint : de la Société Malienne d'Épidémiologie (SOMEPI) ;
- Secrétaire administratif de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP) ;
- Chef de l'unité "Maladies infectieuses" du laboratoire du DERSP FMOS/USTTB ;

Cher Maître,

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Malgré vos multiples occupations, vous avez accueilli ce travail avec bienveillance. Votre présence confère à notre recherche une valeur scientifique inestimable. Nous admirons profondément votre rigueur épidémiologique, votre expertise et la simplicité qui caractérise les grands hommes de science.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude infinie pour votre dévouement à la formation médicale au Mali.

Que le Tout-Puissant vous accorde une longue vie, une santé robuste et plein succès dans votre carrière.

A notre maitre et membre du jury

Docteur Mariam TRAORE

- Chef de service épidémiologie et biostatistique à l'Institut National de la Santé Publique
- Spécialiste en pédiatrie générale ;
- Membre de la société malienne de pédiatrie (SOMAPED) ;
- MD MPH Phd Epi-Biost/ DER en santé publique

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury de thèse, vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Veuillez trouver dans cette œuvre l'assurance de notre profonde gratitude et de notre sincère respect. Puisse le Tout-Puissant vous accorder une longue vie, une excellente santé et une brillante carrière académique.

A notre maitre et membre du jury

Docteur Salia KEITA

- Spécialiste en Santé Publique,
- Maître-Assistant en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

Cher Maître,

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté d'évaluer notre travail. Nous admirons profondément vos grandes qualités scientifiques, votre rigueur méthodologique et la disponibilité constante dont vous faites preuve envers les étudiants. Votre accueil bienveillant et votre expertise en santé publique font de vous un modèle inspirant pour notre future carrière médicale.

Veuillez trouver dans cette œuvre l'assurance de notre profonde gratitude et de notre sincère respect. Puisse le Tout-Puissant vous accorder une longue vie, une excellente santé et une brillante carrière académique.

A notre Maître et Co-directrice :

Docteur Djeneba COULIBALY

- Maitre assistante en nutrition à la faculté de pharmacie (FAPH)/DERSP,
- Ancienne Directrice Technique de Centre (DTC) de santé communautaire de Dougouolo,
- Ancien médecin d'appui au point focal Nutrition de la région de Ségou,
- Chercheur au département d'étude et de recherche à l'Institut National de la Santé Publique

Cher Maître,

L'amabilité, la sociabilité, la persévérance sont des qualités qui font de vous garante des vraies valeurs humaines. La patience et l'endurance vous l'avez en vous et sans doute nous l'avons également appris et de surcroit nous avons appris à nous surpasser. Vous nous avez fait l'honneur de codiriger ce travail, vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de cette œuvre scientifique, votre rigueur dans travail et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Acceptez ici chère maître, notre profonde gratitude.

A notre maitre et Directrice,

Docteur TRAORE Fatou DIAWARA

- Maitre de conférences en épidémiologie à la Faculté de Pharmacie
- Directrice générale adjointe de l'institut national de santé publique (INSP)
- Ancien Chef du Département Etudes et Recherches Médicale et Communautaire de l'institut national de santé publique (INSP)
- Ancien Chef de la Division Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité, Sanitaire des Aliments (ANSSA)
- Ancienne Responsable et point Focal de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako (DRS) ;
- Secrétaire générale de la société malienne de santé publique (SOMASAP).

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous garderons de vous une femme de science et une enseignante soucieuse de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître respecté.
Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer notre plus grand respect, notre admiration ainsi que notre éternelle reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations

- **CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- **CV** : Commune V
- **CVD-MALI** : Centre de Développement des Vaccin - Mali
- **EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- **EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali
- **ICF** : Inner City Fund
- **IEC :** Information, Éducation, Communication
- **INSTAT** : Institut National de la Statistique
- **MSHP** : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- **RAS** : Rien À Signaler
- **SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- **SRO** : Sels de Réhydratation Orale
- **TRO** : Thérapie de Réhydratation Orale
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- **URENI** : Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive
- **USAID** : United States Agency for International Développent
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **Zn** : Oligo-élément utilisé dans la prise en charge de la diarrhée

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : seuils d'appréciation du niveau de connaissance et de pratique des mères 16
Tableau II : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon l'âge en 2025..... 18
Tableau III : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la profession en 2025 19
Tableau IV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon le niveau d'étude en 2025 19
Tableau V : Répartition des enfants diarrhéiques selon la tranche d'âge (en mois) 20
Tableau VI : Répartition des enfants diarrhéiques selon le rang dans la fratrie 21
Tableau VII : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon le nombre d'enfants en 2025 21
Tableau VIII : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon les caractéristiques de la diarrhée 23
Tableau IX : Répartition des enfants diarrhéiques du CSRef CV en 2025 selon l'alimentation 24
Tableau X : Répartition de la tranche d'âge des enfants et l'allaitement 24
Tableau XI : Répartition de la tranche d'âge et le type d'aliments de complément 25
Tableau XII : Répartition des enfants atteints de diarrhée au CSRef CV en 2025 selon le sevrage25
Tableau XIII : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la connaissance des signes de la diarrhée 28
Tableau XIV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon les connaissances sur les conséquences de la diarrhée 29
Tableau XV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la prévention de la diarrhée 29
Tableau XVI : Répartition des mères d'enfants diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon la connaissance de la SRO 30
Tableau XVII : Tableau récapitulatif de l'appréciation des niveaux de connaissances des mères . 31
Tableau XVIII : Répartition des mères d'enfant diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon la préparation de la SRO 31
Tableau XIX : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la pratique de l'alimentation pendant la diarrhée 32
Tableau XX : Tableau récapitulatif de l'appréciation du niveau des pratiques des mères..... 33

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 (42). 11
Figure 2 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako (42). 12
Figure 3 : Répartition selon le sexe des enfants 20
Figure 4 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la réalisation régulière de la CPN en 2025 22
Figure 5 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la voie d'accouchement en 2025..... 22
Figure 6 : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon le mode d'admission des enfants 26
Figure 7 : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon le motif de consultation 26
Figure 8 : Répartition selon le type de diarrhée 27
Figure 9 : Répartition des enfants d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon traitement des complications 27
Figure 10 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la reconnaissance de la diarrhée. 28
Figure 11 : Répartition selon la participation des mères a une causerie 30
Figure 12 : Répartition des mères d'enfants diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon les recours aux soins 33

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. Introduction 1
II. Objectifs : 3
1. Objectif général 3
2. Objectifs spécifiques 3
III. Généralités 4
1. Définition des concepts 4
2. Généralité sur la diarrhée 5
2.1. Types de diarrhées 5
2.2. Epidémiologie de la diarrhée 5
2.3. Physiopathologie de la diarrhée 6
2.4. Conséquences de la diarrhée chez l'enfant 6
2.5.5. Prevention de la diarrhée (36). 7
3. Connaissance et pratique des mères dans l'utilisation du SRO 8
IV. Matériels et méthode 11
1. Cadre d'étude 11
2. Type et période d'étude 14
3. Population d'étude 14
5. Variables étudiées 15
6. Méthode de collecte 15
7. Outils de collecte 16
8. Saisie et analyse des données 16
9. Critères d'appréciation du niveau de connaissance et des pratiques des mères : 16
10. Considérations éthiques 17
V. Résultats 18
VI. Discussion 37
1. Les limites de l'étude et difficultés rencontrés 37

2. Fréquence de la diarrhée : 37

3. Caractéristiques sociodémographiques 38

5. caractéristiques sanitaires et l'alimentation des enfants 39

6. Connaissance des mères 40

7. Pratiques des mères 41

VII. Conclusion 41

VIII. Recommandations 42

IX. Références 0

X. ANNEXES 7

Fiche signalétique : 7

Fiche d'enquête 9

SERMENT D'HIPPOCRATE 13

INTRODUCTION

I. Introduction

Le Soluté de Réhydratation Orale (SRO) est une solution composée de glucides (glucose) et d'électrolytes (sodium, potassium, chlorure et citrate) dissous dans de l'eau. Son principe repose sur le mécanisme de cotransport sodium-glucose dans l'épithélium de l'intestin grêle : même en cas de diarrhée, l'absorption du glucose reste intacte et entraîne avec elle l'absorption de l'eau et des sels, permettant ainsi une réhydratation efficace par voie entérale (1). Depuis 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise l'utilisation de SRO à osmolarité réduite (245 mOsm/L), qui réduit le volume des selles et le besoin de perfusions intraveineuses par rapport aux anciennes formules (2). Les Sels de Réhydratation Orale (SRO) sont utilisés pour prévenir et traiter la déshydratation causée par les diarrhées aiguës et les vomissements, principalement chez les jeunes enfants (2).

Les maladies diarrhéiques demeurent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays en développement (3) . En 2025, on estime que la diarrhée est responsable de près de 10 % des décès infantiles globaux, malgré l'existence de traitements simples et peu coûteux (4). Au Mali, les données épidémiologiques récentes soulignent une persistance de cette pathologie, exacerbée par des défis d'accès à l'eau potable et à l'assainissement (5).

La diarrhée, définie par l'émission d'au moins trois selles liquides ou molles par jour, expose l'enfant à un risque majeur de déshydratation aiguë, une urgence médicale pouvant engager le pronostic vital (5,6).

La Solution de Réhydratation Orale (SRO) constitue la pierre angulaire de la prise en charge de la diarrhée (7). Développée pour compenser les pertes hydro-électrolytiques, elle a permis de réduire jusqu'à 93 % le risque de mortalité lié à la déshydratation depuis son introduction soit de 30% à 3% (8). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent actuellement l'utilisation de la SRO à osmolarité réduite, associée à une supplémentation en zinc pendant 10 à 14 jours, afin de réduire la durée et la gravité de l'épisode diarrhéique (1,9). Le zinc joue un rôle crucial dans le renforcement de l'immunité intestinale et la prévention des récidives au cours des mois suivants (10).

Malgré l'efficacité prouvée de la SRO, son utilisation à domicile reste sous-optimale dans de nombreuses régions (11). Au Mali, bien que la connaissance théorique du traitement progresse, les pratiques réelles des mères sont souvent entravées par des barrières socioculturelles, un manque de formation technique sur la reconstitution correcte du soluté ou des perceptions erronées sur la nécessité de l'eau pure par rapport à la SRO (12,13).

Une préparation inadéquate, trop diluée ou trop concentrée peut s'avérer inefficace, voire dangereuse pour l'équilibre métabolique du nourrisson (14).

Dans la Commune V du District de Bamako, le Centre de Santé de Référence (CSRef) fait face à un afflux constant d'enfants souffrant de troubles gastro-intestinaux (15). La réussite de la prise en charge initiale dépend intrinsèquement du niveau de connaissances et de l'aptitude des mères à administrer précocement la SRO dès l'apparition des premiers symptômes (16). Il apparaît donc impératif d'évaluer les compétences actuelles des mères de cette commune afin d'identifier les lacunes et d'orienter les stratégies d'éducation sanitaire pour améliorer la sécurité des soins infantiles (17).

Cette étude se justifie par le fait que, malgré la disponibilité et l'accès facile de la Solution de Réhydratation Orale (SRO) au Mali, la déshydratation par diarrhée reste l'une des causes d'hospitalisation à l'hôpital du district de la Commune V (18). C'est pour cela nous avons décidé de mener l'étude.

Questions de recherche

- Quel est le niveau de connaissance des mères d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au CSRef de la commune V sur l'utilisation des SRO zinc ?
- Quelles sont les pratiques des mères d'enfants atteints de diarrhée en matière d'utilisation de SRO zinc ?

OBJECTIFS

II. Objectifs :

1. Objectif général

Evaluer le niveau de connaissance et les pratiques des mères dans l'utilisation du SRO chez les enfants souffrant de diarrhée dans le Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako au Mali en 2024.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans dans le CSRef de la CV ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et alimentaires des enfants souffrant de diarrhée au CSRéf CV ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et l'antécédent gynéco obstétrique des mères d'enfants diarrhéiques au CSRéf CV ;
- Déterminer le niveau de connaissance des mères sur le SRO et son utilisation dans la prise en charge de la diarrhée des enfants ;
- Décrire les pratiques des mères dans l'utilisation du SRO dans la prise en charge de la diarrhée.

GENERALITES

III. Généralités

1. Définition des concepts

1.1.Définition de la diarrhée

Selon l'OMS, la diarrhée se définit comme l'émission d'au moins trois selles liquides ou molles par jour, ou plus fréquemment que d'habitude Elle peut entraîner des pertes hydriques et électrolytiques importantes, responsables de la déshydratation (2).

1.2.Connaissances (19).

Les connaissances désignent ce que les mères savent sur la diarrhée chez l'enfant. Elles couvrent :

- La définition de la diarrhée
- Les causes (infections, alimentation, hygiène, eau contaminée…)
- Les signes de déshydratation
- Les méthodes de prévention (lavage des mains, hygiène des aliments, eau potable…)
- Les mesures thérapeutiques appropriées (SRO, allaitement, consultation précoce).

Les connaissances représentent le niveau d'information et de compréhension que possède la mère sur la diarrhée et sa prise en charge.

1.3.Pratiques (19).

Les pratiques désignent ce que la mère fait réellement lorsqu'un épisode diarrhéique survient chez son enfant, ou dans la vie quotidienne pour prévenir la diarrhée.

Elles incluent :

- Les mesures prises au début de la diarrhée (administration de SRO, continuité de l'allaitement, hydratation)
- La manière de préparer et d'utiliser le SRO
- La consultation ou non d'un centre de santé
- Les pratiques d'hygiène (lavage des mains, hygiène des biberons, des repas…)
- Les pratiques alimentaires pendant la diarrhée.

Les pratiques correspondent aux comportements réels de la mère en matière de prévention et de prise en charge de la diarrhée.

1.4.SRO (20).

Solution de réhydratation orale (SRO)

Le SRO est une solution contenant du glucose et des électrolytes (sodium, potassium, chlore, citrate ou bicarbonate) permettant de corriger la déshydratation causée par la diarrhée. Son

efficacité repose sur le principe du transport couplé sodium-glucose au niveau intestinal, qui facilite l'absorption de l'eau .

Deux formulations ont été recommandées par l'OMS :

- Ancienne formulation : osmolarité de 311 mmol/L.
- Nouvelle formulation (depuis 2004) : osmolarité réduite à 245 mmol/L, avec de meilleurs résultats en termes de réduction des vomissements, du volume des selles et de la nécessité d'un traitement intraveineux (21)

2. Généralité sur la diarrhée

2.1.Types de diarrhées

On distingue plusieurs formes cliniques (22) :

- La diarrhée aiguë : dure généralement moins de 14 jours. C'est la forme la plus fréquente chez l'enfant.
- La diarrhée persistante : dure plus de 14 jours et s'associe souvent à la malnutrition.
- La dysenterie : caractérisée par la présence de sang et de mucus dans les selles, souvent secondaire à une infection bactérienne (Shigella, E. coli entéro-invasif).

2.2. Epidémiologie de la diarrhée

1. Situation mondiale (19, 23, 24, 25, 26).

La diarrhée demeure l'une des principales causes de décès chez l'enfant de moins de cinq ans, après la pneumonie et la prématurité. Chaque année, plus de 1,7 milliard d'épisodes diarrhéiques surviennent dans le monde (23), entraînant environ 525 000 décès (19). La majorité de ces décès surviennent dans les pays à faibles et moyens revenus, où l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux soins de santé de qualité reste limité.

2. Situation en Afrique

Le continent africain est particulièrement touché. La diarrhée est responsable d'environ 15 % des décès des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne (24). Les pays d'Afrique de l'Ouest, notamment le Nigeria, le Niger et le Mali, figurent parmi les plus affectés. L'utilisation du SRO varie considérablement selon les pays. Des enquêtes démographiques et de santé (EDS) révèlent que moins de 40 % des enfants souffrant de diarrhée bénéficient d'un traitement par SRO dans plusieurs pays africains (25).

3. Situation au Mali

Au Mali, la diarrhée est l'une des premières causes de consultation en pédiatrie. Selon l'EDS V de 2018, environ 15 % des enfants de moins de cinq ans avaient présenté un épisode diarrhéique dans les deux semaines précédant l'enquête (26). La mortalité liée à la diarrhée reste élevée, malgré les progrès réalisés dans l'élargissement de l'accès au SRO et au zinc.

Toutefois, les pratiques familiales et communautaires demeurent insuffisantes, avec une faible proportion d'enfants recevant une TRO appropriée.

2.3.Physiopathologie de la diarrhée

2.3.1. Causes infectieuses principales

La diarrhée chez l'enfant est majoritairement d'origine infectieuse. Les principaux agents pathogènes incluent (27) :

- Virus : rotavirus, adénovirus entériques, norovirus.
- Bactéries : E. coli entéropathogène, Shigella, Vibrio cholerae, Salmonella.
- Parasites : Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium.

Mécanismes physiopathologiques

La diarrhée résulte d'un déséquilibre entre l'absorption et la sécrétion d'eau et d'électrolytes au niveau intestinal (28). Les principaux mécanismes sont :

- Sécrétion accrue (ex. choléra).
- Malabsorption osmotique (ex. intolérance au lactose).
- Altération de la muqueuse intestinale (ex. infection par rotavirus).
- Augmentation de la motricité intestinale.

2.3.3. Principe du transport couplé sodium-glucose

La découverte du co-transport sodium-glucose intestinal constitue la base scientifique du SRO. Même en cas de diarrhée sévère, ce mécanisme reste intact, permettant une absorption efficace du sodium et de l'eau lorsqu'ils sont associés au glucose (29).

2.4. Conséquences de la diarrhée chez l'enfant

2.4.1. Déshydratation

La complication la plus redoutable de la diarrhée est la déshydratation, qui peut être rapidement fatale en l'absence de prise en charge. Elle est classée en trois degrés selon l'OMS : pas de déshydratation, déshydratation modérée et déshydratation sévère (19).

2.4.2. Malnutrition

La diarrhée est à la fois une cause et une conséquence de la malnutrition. Chaque épisode diarrhéique entraîne une perte de nutriments essentiels, aggravant la dénutrition, surtout en cas de diarrhées répétées (30).

2.4.3. Retard de croissance

Les épisodes diarrhéiques répétés compromettent la croissance staturo-pondérale et le développement cognitif (31).

2.4.4. Mortalité

La diarrhée est responsable d'environ 8 % de la mortalité infantile mondiale (19) La majorité des décès sont dus à la déshydratation sévère, pouvant évoluer vers un choc hypovolémique.

2.5. Prise en charge de la diarrhée chez l'enfant

2.5.1. Approche OMS/UNICEF

L'OMS et l'UNICEF recommandent une prise en charge basée sur trois piliers (32) : réhydratation orale, réhydratation intraveineuse si nécessaire, et supplémentation en zinc.

2.5.2. Rôle du SRO

Le SRO permet de prévenir 90 à 95 % des décès liés à la diarrhée (33). La préparation correcte est essentielle pour son efficacité.

2.5.3. Antibiotiques et traitements spécifiques

Les antibiotiques ne sont indiqués que pour certaines diarrhées spécifiques : dysenterie, choléra sévère ou infections parasitaires (34).

2.5.4. Autres mesures associées (35).

Les autres mesures associées sont la supplémentation en zinc, le maintien de l'alimentation et allaitement maternel et la prévention de la malnutrition.

2.5.5. Prevention de la diarrhée (36).

La lutte contre la diarrhée passe également par la vaccination surtout le vaccin du rotavirus et celui contre la rougeole.

La prévention est faite aussi par l'hygiène et l'assainissement avec l'accès à l'eau potable, l'utilisation de latrines hygiéniques et le lavage des mains au savon (37).

L'alimentation et l'allaitement maternel aident aussi sans la prévention de la diarrhée notamment l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois (38).

Les campagnes d'éducation améliorent la reconnaissance précoce des signes de gravité et l'usage correct du SRO (39).

3. Connaissance et pratique des mères dans l'utilisation du SRO

3.1.Connaissances des mères

Les études menées au Mali et à Madagascar montrent que la majorité des mères ont des connaissances partielles sur le rôle de la SRO dans le traitement de la diarrhée (40) :

- Environ 50% des mères comprennent que la SRO sert à remplacer l'eau perdue en cas de diarrhée.
- Une proportion faible (8 à 17%) identifie correctement la déshydratation comme comp lication principale de la diarrhée.
- Les mères connaissent souvent les signes généraux de déshydratation légères, mais be aucoup ignorent les quantités exactes à administrer et la préparation correcte des soluti ons à domicile.

Le niveau d'instruction, l'âge de la mère, la situation matrimoniale et le nombre d'enfants influ encent significativement le niveau de connaissance (40).

3.2.Disponibilité et préparation (41)

- Les sachets de SRO sont largement disponibles dans les pharmacies privées et CSCom
- La préparation correcte varie en fonction des études : 50 à 72% des solutions préparées par les mères respectent les proportions recommandées.
- Certains utilisent encore des solutions maison (27%) ou n'utilisent pas la SRO (9-10%).

3.3.Pratiques des mères lors d'une diarrhée (40)

- L'administration de SRO se fait généralement en petites quantités, régulièrement, pour amé liorer la tolérance et réduire les vomissements.
- Les mères continuent majoritairement l'allaitement pendant les épisodes diarrhéiques (95% avant et 94% pendant l'épisode).
- L'utilisation de SRO à domicile reste modérée à faible : environ 39 à 50% des enfants diarrhéiques reçoivent la SRO.
- Si l'enfant vomit, la SRO doit être réadministrée plus lentement après 10 minutes ; en cas de persistance des symptômes, les mères sont encouragées à consulter un centre de santé.

3.4.Obstacles et perceptions (41)

- Le mauvais goût de la SRO entraîne une mauvaise acceptation par les enfants.
- La méconnaissance de la gravité de la déshydratation et de l'importance de la SRO co ntribue à une faible utilisation.
- Les séances d'éducation à la santé (Information, Éducation, Communication – IEC) so nt rares, ce qui limite la diffusion des bonnes pratiques.

- ❖ Certaines mères croient à tort que la SRO peut arrêter la diarrhée, au lieu de se limiter à la réhydratation.

4. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD) (6):

Son objectif est de réduire la mortalité et la morbidité par maladie diarrhéique aigue des jeunes enfants dans tout le pays par :

• La stratégie de la réhydratation orale.

• La prise en charge correcte de la diarrhée à domicile c'est-à-dire l'encouragement de

• l'allaitement maternel.

• L'amélioration d'hygiène du milieu et le développement auprès du personnel de santé et des mères.

5. Recommandations basées sur les pratiques observées (41)

- ❖ Sensibiliser et former davantage les mères à l'importance de la SRO dans la prévention de la déshydratation.
- ❖ Promouvoir la disponibilité des sachets de SRO à domicile pour un traitement immédiat.
- ❖ Renforcer les sessions d'Information, d'Education, et de Communication (IEC) et la Communication interpersonnelle sur la diarrhée et la SRO.
- ❖ Encourager une administration correcte et régulière, en petites doses, et maintenir l'allaite ment.
- ❖ Surveiller les signes de gravité et orienter correctement l'enfant vers un centre de santé en cas de complications.

les mères connaissent globalement l'utilité de la SRO, la pratique demeure insuffisante en raison d'une connaissance partielle, de mauvaises habitudes de préparation et d'acceptabilité limitée. L'amélioration de l'éducation sanitaire et l'accès aux SRO sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

MATERIELS ET METHODE

IV. Matériels et méthode

4.1.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 de l'hôpital du district de la Commune V du district de Bamako (42).

Source : thèse de Médecine de COULIBALY D. en 2024.

4.1.1. 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 l'hôpital du district de la commune 5 comporte plusieurs services et unités qui sont :

Service Gynéco-Obstétrique ; Service de chirurgie générale ; Service d'urologie ; Unité de cardiologie ; L'administration ; Service de Médecine ; L'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil aux personnes vivant avec le VIH (USAC) ; l'unité d'endocrinologie et

diabétologie ; L'unité de Rhumatologie ; L'unité de Gastro-entérologie ; Le laboratoire / Pharmacie ; Unité d'ophtalmologie ; Unité d'odontostomatologie ; Service de Pédiatrie**;** L'unité d'ORL ; L'unité tuberculeuse

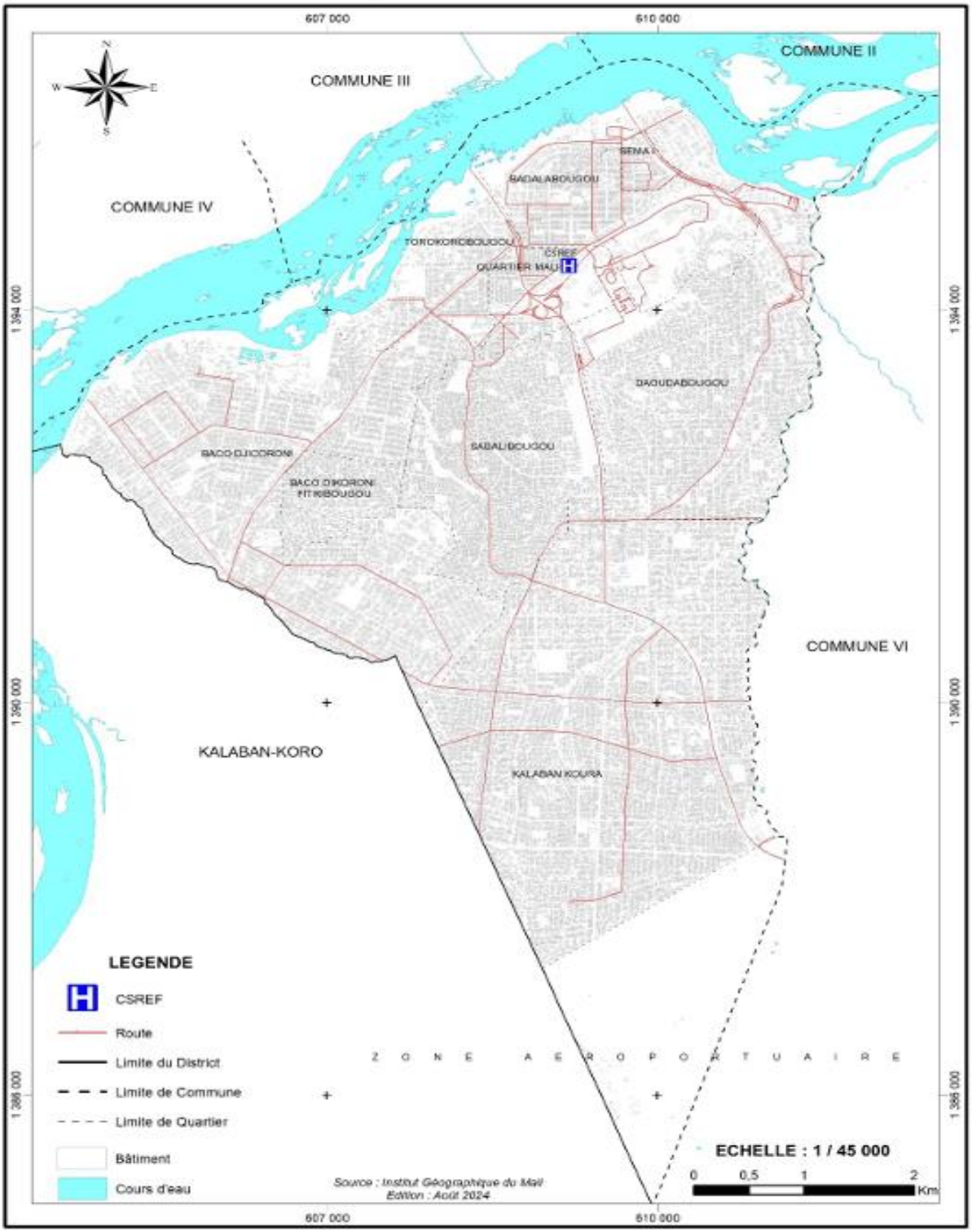


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako (42).

Source : La Direction Nationale de l'Urbanisme et de l'Habitat (DNUH)

4.1.2. Service de Pédiatrie

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 le dit centre. Il est composé de 3 unités : Pédiatrie Générale, Néonatologie, 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 le Centre de Développement des Vaccin – Mali (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
- La néonatologie 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 néonatologie.
- 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.
- Personnels (en Janvier 2022)
- Au total :
- Cinq pédiatres,
- Deux médecins généralistes,
- Cinq techniciens supérieurs de santé,
- Vingt techniciens de santé,
- Trois aides-soignants,
- Cinq manouvres
- Deux agents de sécurité
- 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.
- 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.
- 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.

4.2.Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. La période d'étude s'étendait d'Aout 2024 à Mars 2026 ; la collecte a duré 06 mois allant de janvier à juin 2025.

4.3.Population d'étude

L'étude a concerné les mères et les enfants hospitalisés et vus en consultation externe pour diarrhée dans le service de pédiatrie.

4.4.Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les mères et les enfants âgés de moins de 5ans souffrant de diarrhée, qui étaient hospitalisés ou qui étaient venus en consultation au service de pédiatrie pour maladie diarrhéique durant la période d'étude.

4.5.Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude les mères et les enfants âgés de moins de 5 ans hospitalisés pour diarrhée ou vue en consultation externe mais ayant refusé de participer à l'étude.

4.6.Echantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif qui a consisté à enquêter des mères d'enfants de zéro à cinq ans reçus en service de pédiatrie chez qui le diagnostic de diarrhée a été retenu pendant la période de notre étude. Cependant nous avons quand même calculé la taille de l'échantillon pour nous rassurer d'atteindre au moins une taille minimale, cette taille a été calculée avec la formule de Daniel Schwartz $n = Z^2 p * q/i^2$

n : taille minimale de l'échantillon

z : paramètre lié au risque d'erreur, qui est de 1,96 pour une erreur de 5%.

p : prévalence attendue du phénomène étudié. Dans l'enquête démographique du Mali la fréquence de la diarrhée était de 17% (6).

q : 1-p est la prévalence attendue de la population qui ne présente pas le phénomène étudié.

i : la précision souhaitée, qui est de 8% pour notre étude.

$n = 84,7 \approx 85$

Cette taille a été majorée de 10% pour compenser les cas de non réponses, ce qui donne un total de 94 enfants.

4.7.Variables étudiées

Nous avons étudié :

- Données sociodémographiques :
  - De la mère : âge ; scolarité ; statut matrimonial ; Profession ; niveau d'instruction
  - Des enfants : âge, sexe, ethnie, résidence
- Données cliniques :
  - De la mère : histoire de la grossesse ; nombre d'enfants ; antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux,
  - Des enfants : type d'admission, motifs de consultation, type de diarrhée ; mode d'alimentation ; complications ; diagnostic ; traitement reçu ; devenir ; évolution
- Données anthropométriques : Poids, taille
- Données sur la connaissance de la SRO:

Importance, utilisation (dose, quantité et qualité de l'eau, durée d'utilisation, la conservation), indication, lieu de vente etc.

- Pratique des mères : observer les mamans des enfants hospitalisés pendant la préparation du SRO à défaut de l'observation des questions ont été posées sur la facon de préparer la SRO.

4.8.Méthode de collecte

Nous avons expliqué les objectifs de notre étude aux mères d'enfants. Après avoir obtenu leur consentement, nous avons vérifié que les enfants répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Lorsque ça a été le cas, nous avons d'abord enregistrée les variables sur l'identité des enfants et des parents. Ensuite chaque mère a été interrogée de façon confidentielle sur ses connaissances, attitudes, et pratiques concernant l'utilisation du SRO.

4.9.Outils de collecte

La collecte des données a été réalisée sur des fiches d'enquête individuelles à partir des dossiers individuels d'hospitalisation, du registre d'admission ou de consultation et des registres de suivi.

Un entretien a été réalisé avec chaque femme afin de collecter les informations.

4.10. Saisie et analyse des données

Les données ainsi collectées ont été saisies sur le logiciel EXCEL 2016 puis transférées sur le logiciel SPSS version 26 pour les analyses statistiques.

Avant d'entamer l'analyse, les données ont été prétraitées pour détecter et corriger d'éventuelles erreurs de saisie, vérifier la distribution des données, et imputer les valeurs manquantes si nécessaire. Les données ont été également vérifiées pour s'assurer de leur conformité avec les critères d'inclusion et de non inclusion définis dans le protocole de recherche.

Nous avons effectué une analyse descriptive des caractéristiques démographiques et cliniques des participants. Les graphiques ont été produites à partir d'Excel 2016.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous formes de moyennes ± écart-type.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquence et d'effectif.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de graphique.

4.11. Critères d'appréciation du niveau de connaissance et des pratiques des mères :

Le niveau de connaissance et des pratiques a été évalué à partir des réponses apportées par les mères sur les différentes questions portant sur la diarrhée, ses causes, signes, complications et moyens de prévention ainsi que les moyens de prise en charge. Les seuils indiqués dans le tableau ci-après ont été utilisés.

Tableau I : seuils d'appréciation du niveau de connaissance et de pratique des mères

Niveau de connaissance (%)	Interprétation
< 50	Insuffisant
[50 -60[	Acceptable
[60-75]	Bon
>75	Très bon

4.12. Considérations éthiques

L'accord des autorités sanitaire de l'hôpital du district de la commune 5 et administrative a été obtenue avant le début des travaux.

Le consentement éclairé d'au moins un des mères a été obtenu avant la mise en œuvre de cette étude.

Les parents de chaque enfant retenu dans cette étude ont été informés de l'objet de l'étude, de son but et des résultats attendus.

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

RESULTATS

V. Résultats

1- Fréquence de la diarrhée :

Durant la période de janvier à mai 2025 dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako nous avons colligé 106 cas répondant a nos critères d'inclusion sur 1743 enfants consultés.

Ce qui a représenté une fréquence hospitalière de 6,08%.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

❖ **Les mères**

Tableau II : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon l'âge en 2025

Tranche d'âge des mères	Effectifs	Pourcentages
[15-24]	54	50,9
[25-34]	36	34,0
[35-44]	16	15,1
Total	106	100

L'âge moyen des mères était de 26,43±6,573 ans.

La tranche d'âge de 15-24 ans a représenté 50,9%.

Tableau III : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la profession en 2025

Profession des mères	Effectifs	Pourcentages
Commerçante	16	15,1
Etudiante	3	2,8
Fonctionnaire	3	2,8
Infirmière	2	1,9
Ménagère	77	72,7
Tailleur	5	4,7
Total	106	100

Les mères étaient des ménagères dans 72,7% des cas.

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon le niveau d'étude en 2025

Niveau d'étude des mères	Effectifs	Pourcentages
Non scolarise	84	79,3
Secondaire	17	16,0
Supérieur	5	4,7
Total	106	100

Les mères étaient non scolarisées dans 79,3% des cas.

❖ **Les enfants**

Tableau V : Répartition des enfants diarrhéiques selon la tranche d'âge (en mois)

Tranche d'âge enfants (mois)	Effectifs	Pourcentages
≤6	12	11,3
]6-11]	21	19,8
[12-23]	32	30,2
[24-35]	28	26,4
≥36	13	12,3
Total	106	100,0

L'âge moyen des enfants était de 19,23±12,39 mois. La tranche d'âge 12 à 23 mois a représenté 30,2% des enfants.

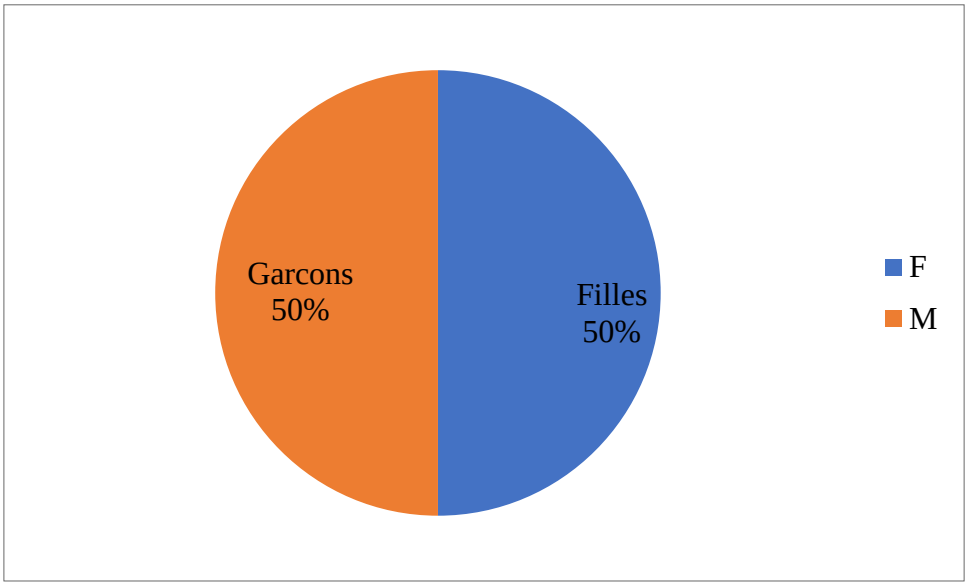


Figure 3 : Répartition selon le sexe des enfants

Les deux sexes avaient la même fréquence soit 50% chacun.

Tableau VI : Répartition des enfants diarrhéiques selon le rang dans la fratrie

Rang dans la fratrie	Effectifs	Pourcentages
1er à 3ième	58	54,7
4ième et plus	48	45,3
Total	106	100,0

Les enfants étaient des 3 premiers nés dans 54,7% des cas.

3. Antécédents Gynéco-obstétrique des mères

Tableau VII : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon le nombre d'enfants en 2025

Nombre d'enfants	Effectifs	Pourcentages
[1-2]	54	50,9
[3-4]	44	41,5
≥5	8	7,5
Total	106	100,0

Le nombre moyen d'enfants était de 2,44±1,02 enfants. Les mères qui avaient 1 à 2 enfants représentaient 50,9% des cas.

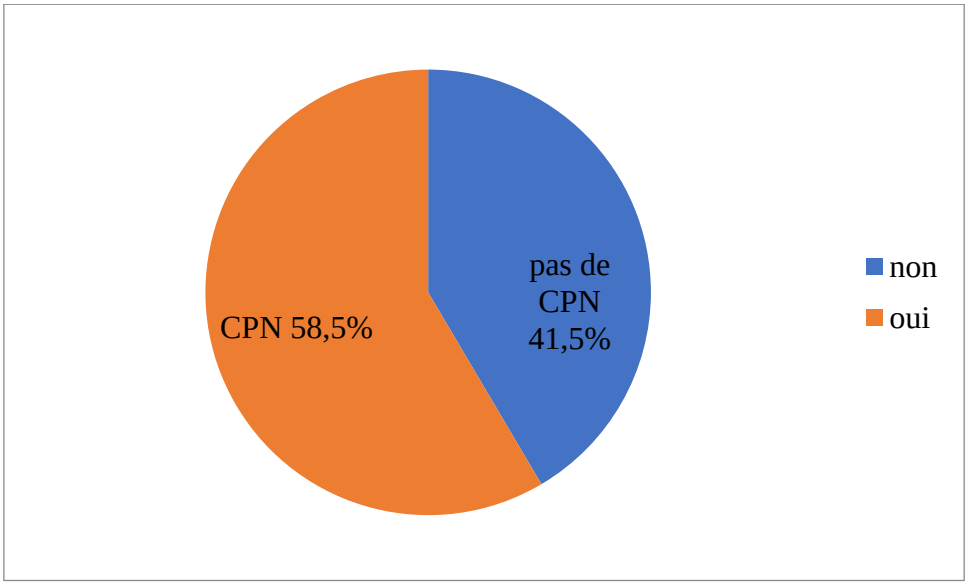


Figure 4 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la réalisation régulière de la CPN en 2025

Les mères suivaient régulièrement la CPN dans 58,5% des cas.

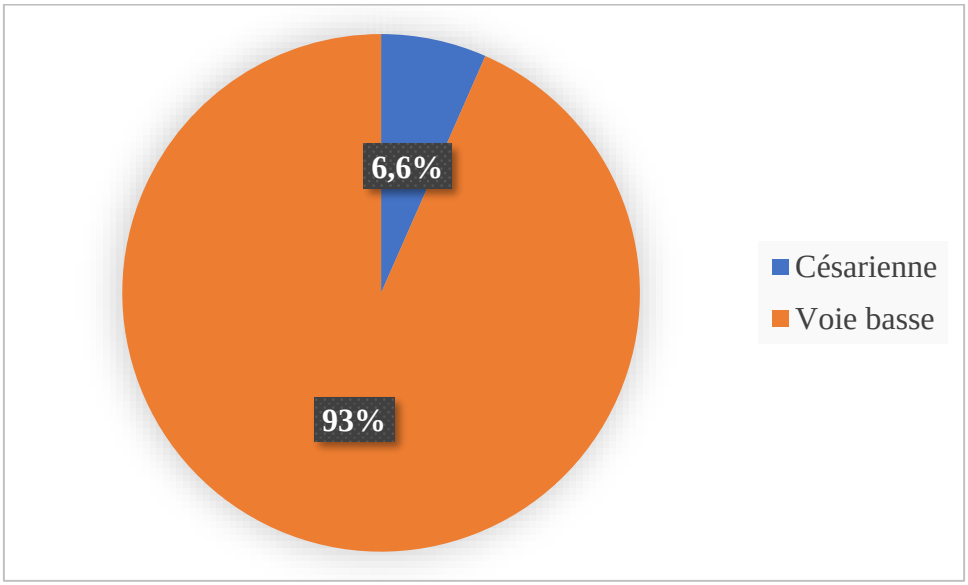


Figure 5 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV selon la voie d'accouchement en 2025

L'accouchement était par voie basse chez 93,4% des mères.

4. Caractéristiques sanitaires et alimentation des enfants

Tableau VIII : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon les caractéristiques de la diarrhée

Diarrhée	Effectif	Pourcentage
Type (n=106)		
Simple	72	67,9
Grave	34	32,1
Complication (n=106)		
Oui	37	34,9
Non	69	65,1
Type de complication (n=37)		
Déshydratation	36	97,3
Coma	14	2,7
Devenir (n=106)		
Guéris	105	99,1
Décédé	1	0,9

La diarrhée était simple chez 67,9% des enfants.

Les complications de la diarrhée étaient la déshydratation et le coma dans respectivement 97,3% et 2,7%. L'évolution vers la guérison était chez 99,1% des enfants.

Tableau IX : Répartition des enfants diarrhéiques du CSRef CV en 2025 selon l'alimentation

Alimentation	Effectif	Pourcentage
Type d'allaitement (n=106)		
Exclusif	13	12,3
Mixte	93	87,7
Age d'introduction des aliments (n=93)		
6 mois	19	20,4
6 à 9 mois	74	79,6
Type d'aliments (n=93)		
Bouillie	17	18,3
Soupe et bouillie	76	81,7

L'allaitement était exclusif chez 12,3% des enfants et mixte chez 87,7%.
L'âge d'introduction des aliments était de 6 à 9 mois chez 79,6%. Le types d'aliments était la soupe et la bouillie chez 81,7% des enfants.

Tableau X : Répartition de la tranche d'âge des enfants et l'allaitement

Tranche d'âge	Allaitement		Total
	Exclusif	Mixte	
<6	12	0	12
[6-11]	1	20	21
[12-23]	0	32	32
[24-35]	0	28	28
[36-41]	0	4	4
>36	0	13	13
Total	13	93	106

Avant 6 mois les enfants soit 12 bénéficiaient de l'allaitement exclusif et entre 6 à 11 mois seul un (1) enfant avait continué avec l'allaitement exclusif sur 21 enfants.

Tableau XI : Répartition de la tranche d'âge et le type d'aliments de complément

Tranche d'âge enfant	Type d'aliments de complément	
	soupe + bouillie	bouillie
<6 (n=12)	0/12	0/12
[6-11] (n=21)	4/21	16/21
[12-23] (n=32)	31/32	1/32
[24-35] (n=28)	28/28	0/28
>=36 (n=13)	13/13	0/13
Total	76	17

Les enfants de moins de 6 mois ne consommaient ni bouillie ni soupe avec bouillie.
La tranche d'âge de 6 à 11 mois était celle dans laquelle les enfants consommaient le plus la bouillie soit 16 enfants sur 21.
Les enfants d'âge compris entre 24 et 35 mois soit 28 enfants consommaient la soupe et la bouillie en même temps.

Tableau XII : Répartition des enfants atteints de diarrhée au CSRef CV en 2025 selon le sevrage

Sevrage	Effectif	Pourcentage
sevrage (n=106)		
Oui	85	80,2
Non	21	29,8
Age de sevrage (n=85)		
<12 mois	16	18,8
[12-16]	14	16,5
[18-23]	55	64,7
Type de sevrage (n=85)		
Brutal	17	20
Progressif	68	80
Motif de sevrage (n=85)		
Maladie	4	4,7
Grossesse	13	15,3
Age de sevrage atteint	68	80

Les enfants étaient sevrés dans 80,2% des cas. L'âge moyen de sevrage étaient de 16,59 ±6,27mois.

Les aliments de complément étaient la bouillie et la soupe chez 81,2% des enfants.

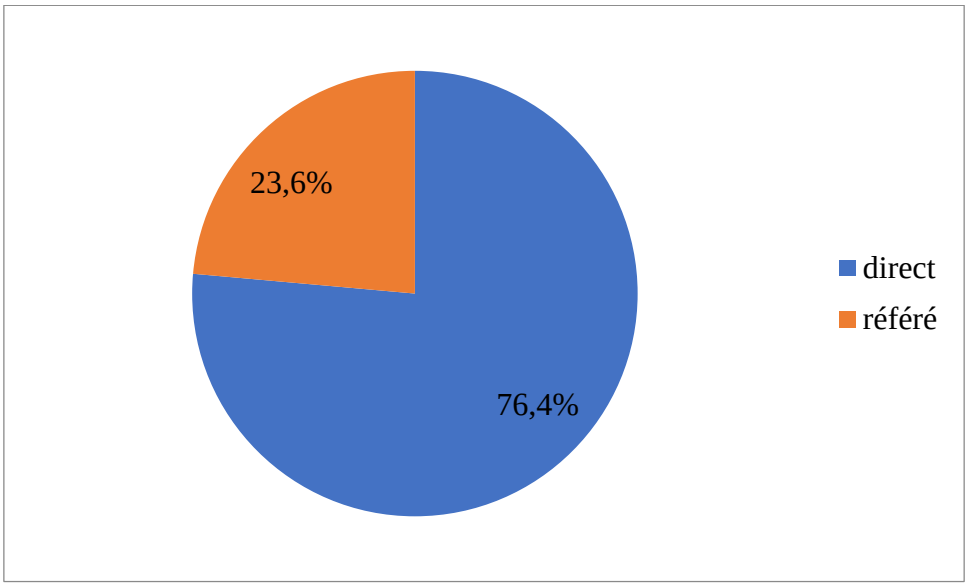


Figure 6 : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon le mode d'admission des enfants

Les enfants étaient admis directement dans 76,4% des cas.

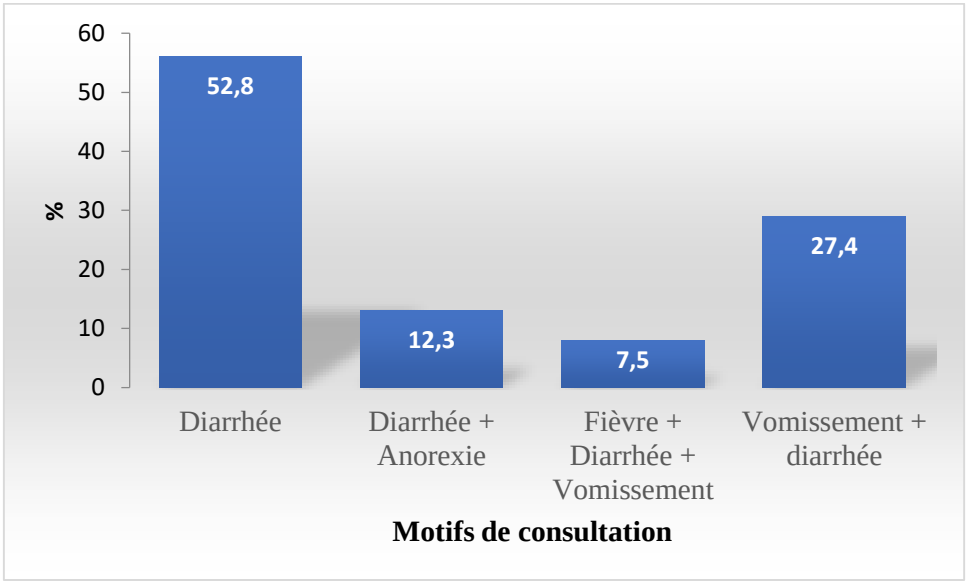


Figure 7 : Répartition des enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon le motif de consultation

La diarrhée simple était le principal motif de consultation soit 52,8% des cas. Elle était associée aux vomissements dans 27,4% des cas.

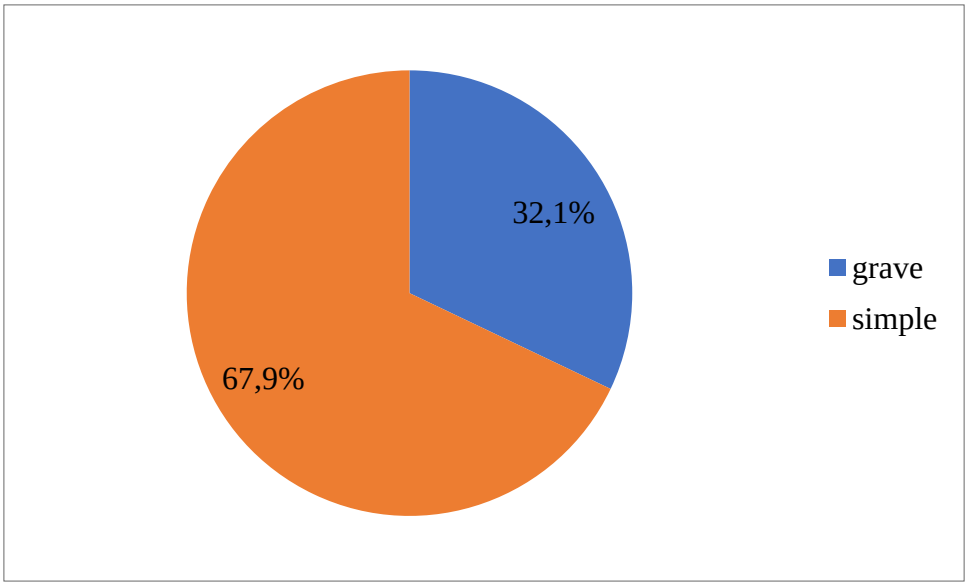


Figure 8 : Répartition selon le type de diarrhée

La diarrhée était simple dans 67,9% des cas.

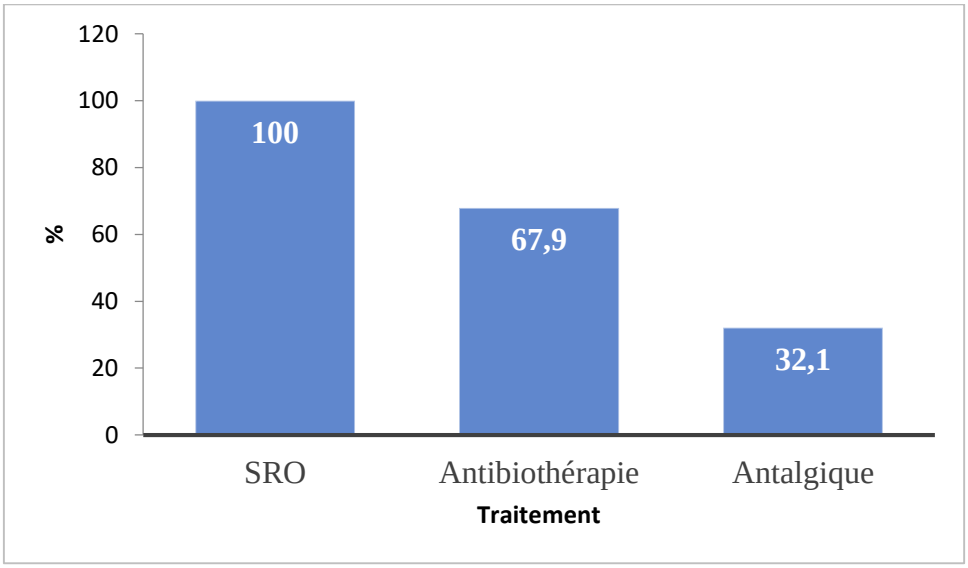


Figure 9 : Répartition des enfants d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon traitement des complications

Les complications ont été prise en charge avec la SRO chez tous les enfants. La SRO était associée à l'antibiothérapie chez 67,9% des enfants.

5. Connaissance des mères

Les deux critères mentionnés par les mères pour reconnaitre la diarrhée étaient la fréquence des selles 64,2% et l'aspect liquide des selles 35,8%.

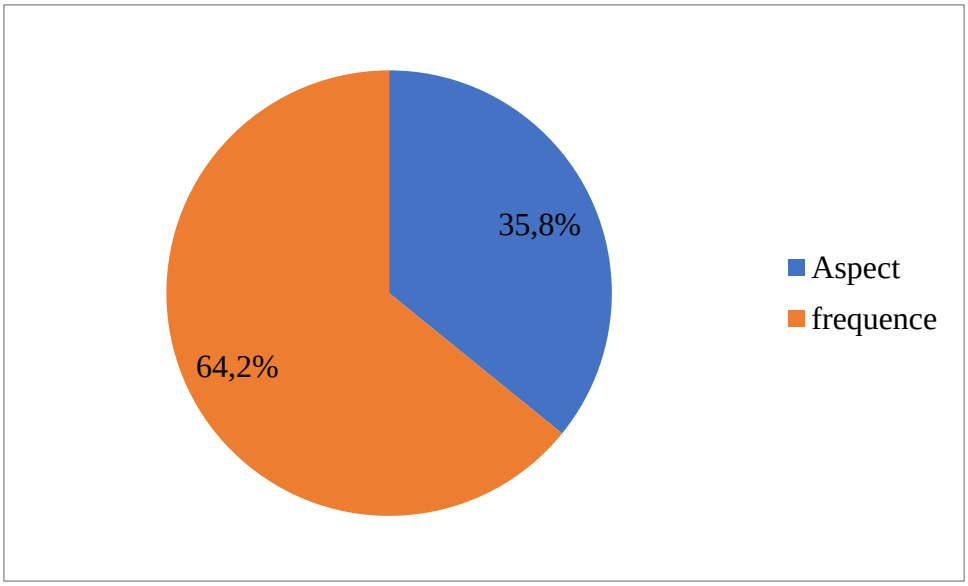


Figure 10 : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la reconnaissance de la diarrhée.

Tableau XIII : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la connaissance des signes de la diarrhée

Connaissance des signes de la diarrhée	Effectifs	Pourcentages
Ballonnement	26	24,5
cris plaintif	24	22,6
Emission de selles liquide	30	28,3
Selles fréquentes	17	16,0
Prostration	9	8,5
Total	106	100,0

Selon la déclaration des mères les principaux signes de la diarrhée étaient l'émission de selles liquides, ballonnement et les cris plaintifs avec respectivement 28% ; 24,5% et 22,6%.

Tableau XIV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon les connaissances sur les conséquences de la diarrhée

Conséquences de la diarrhée	Effectifs	Pourcentages
Déshydratation	69	65,1
Faiblesse musculaire	17	16,0
Ne sait pas	20	18,9
Total	106	100,0

La déshydratation était la principale conséquence de la diarrhée selon 65,1% des mères.

Tableau XV : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la prévention de la diarrhée

Diarrhée	Effectif	Pourcentage
Prevention possible (n=106)		
Oui	71	67
Non	35	33
Moyens de prévention (n=71)		
Alimentation saine	27	38
Hygiène	24	33,8
Médicaments modernes	20	28,2

Les mères déclaraient dans 67% des cas qu'il était possible de prévenir la diarrhée. L'alimentation saine et l'utilisation des médicaments modernes étaient les moyens de prévention de la diarrhée dans respectivement 38% et 33,8%.

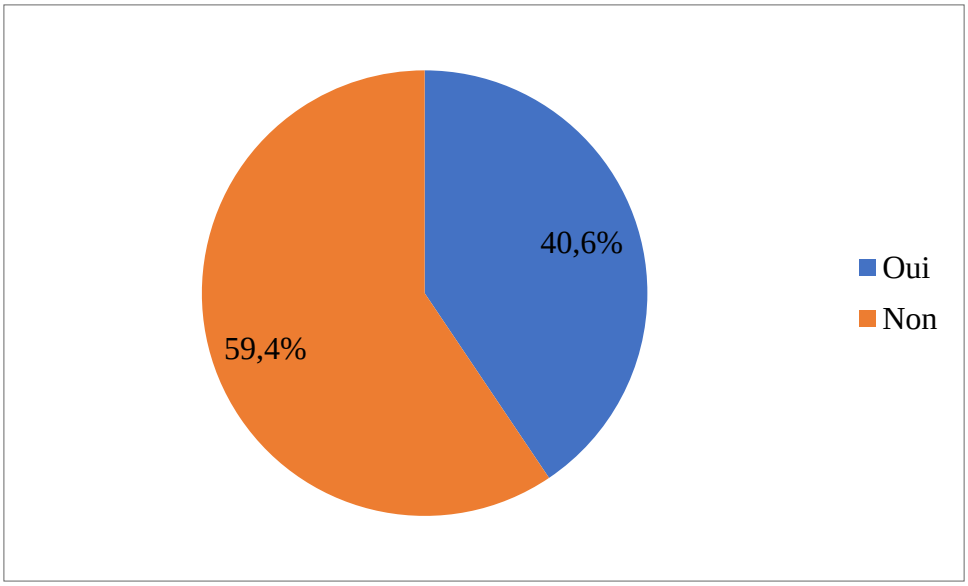


Figure 11 : Répartition selon la participation des mères a une causerie

Les mères avaient participé à des causeries sur la diarrhée des enfants dans 40,6% des cas.

Tableau XVI : Répartition des mères d'enfants diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon la connaissance de la SRO

Connaissance SRO	Effectif	Pourcentage
Connaissance SRO (n=106)		
Oui	43	40,6
Non	63	59,4
Source de connaissance (n=43)		
Agent de santé	34	79
Parent	6	14
Pharmacie	3	7
Importance SRO (n=43)		
Réhydratation	11	25,6
Arrêt des selles	27	62,8
Autres raisons	5	11,6
Lieu d'approvisionnement (n=43)		
Centre de santé	3	7
Pharmacie	40	93

Les mères avaient connaissance de la SRO dans 40,6% des cas.

Les agents de la santé étaient des principaux informateurs des mères soit 79,1%.

La pharmacie était le lieu d'approvisionnement en SRO selon 38,7% des mères.

Tableau XVII : Tableau récapitulatif de l'appréciation des niveaux de connaissances des mères

Connaissances	**Pourcentage**	**Appréciation**
Reconnaissance de la diarrhée par la fréquence des selles	64,2	Bon
Conséquence de la diarrhée	81,1	Très Bon
Moyen de prévention de la diarrhée	67	Bon
Connaissance SRO	40,6	Insuffisant
Préparation SRO	59,4	Acceptable

La connaissance des mères sur la reconnaissance et les moyens de prévention de la diarrhée était bonne celle sur la conséquence de la diarrhée très bonne.

Sur le SRO la connaissance des mères était insuffisante mais pour la préparation elle était acceptable.

6. Pratiques des mères

Tableau XVIII : Répartition des mères d'enfant diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon la préparation de la SRO

Préparation SRO	Effectif	Pourcentage
Sait préparer (n=106)		
Oui	63	59,4
Non	43	40,6
Lavage des mains (n=63)		
Oui	49	78
Non	14	22
Technique de préparation (n=63)		
1 sachet/1l	36	57,1
1/2 sachet /1l	12	19
Non préciser	15	23,9
Durée de conservation (n=63)		
12H	38	60,3
24H	3	4,7
48H	7	11,1
Né sait pas	15	23,6

La préparation de la SRO était connue par 59,4% des mères.
la notion de lavage des mères avant la préparation a été retrouvé chez 78% des cas.
Un sachet dans un litre d'eau était le procédé cité par 57,1% des mères.
Le bidon d'eau plastique était le principal moyen de conservation selon 40,6% des mères.
Le délai moyen de conservation était de 25,82 heures. Le délai de conservation de 24 heures était retrouvé dans 60,3% des cas.

Tableau XIX : Répartition des mères d'enfants diarrhéiques au CSRef CV en 2025 selon la pratique de l'alimentation pendant la diarrhée

Pratique d'alimentation pendant la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Continuité de l'allaitement n=106		
Oui	69	65,1
Non	37	34,9
Modification de l'alimentation solide n=106		
Non	36	34
Augmentée	14	13,2
Inchangée	56	52,8
Modification de l'alimentation liquide n=106		
Non	36	34
Diminuée	36	34
Augmentée	21	19,8
Inchangée	13	12,2

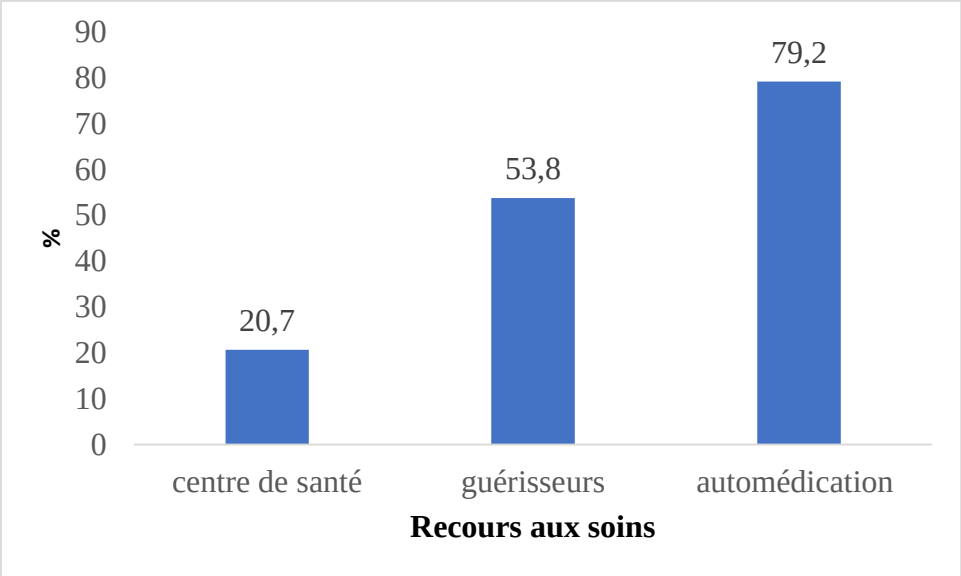


Figure 12 : Répartition des mères d'enfants diarrhéique au CSRef CV en 2025 selon les recours aux soins

L'automédication a été la réaction des mères face à la diarrhée dans 79,2%.

Les mères ont amené les enfants en consultation dans un centre de santé dans 20,8% des cas.

Les mères ont consulté les guérisseurs traditionnels dans 53,8% des cas.

Tableau XX : Tableau récapitulatif de l'appréciation du niveau des pratiques des mères

Variables	Pourcentage	Appréciation
Nombre de sachet utilisé correcte	57,1	Acceptable
Quantité d'eau correcte	76,1	Très Bon
Durée de conservation correcte	4,7	Insuffisant
Lavage des mains	78	Très Bon
Continuité de l'allaitement	65,1	Bon
Centre de santé comme 1er recours aux soins	20,7	Insuffisant

Sur la pratique : la connaissance sur le nombre de sachet utilisé était acceptable ; la quantité d'eau correcte était très bonne et la durée de conservation insuffisante.

La continuité de l'allaitement était faite par 65,1% des mères soit une bonne pratique. Mais le recours dans un centre de santé comme premier recours aux soins est insuffisant.

DISCUSSION

VI. Discussion

1. Les limites de l'étude et difficultés rencontrés

- **Les limites de l'étude :**

Le caractère transversal de notre étude et sa réalisation dans un seul centre de santé, limitent la généralisation des résultats.

Les informations recueillies par déclaration des mères peuvent être entachées de biais de mémoire et de désirabilité sociale.

Enfin, certaines variables environnementales et socio-économiques n'ont pas été explorées en détail, comme l'âge ; la scolarité ; le statut matrimonial ; la Profession ; ethnie et le niveau d'instruction, l'histoire de la grossesse ; le nombre d'enfants ; les antécédents.

- Les difficultés rencontrées :

Les principales difficultés étaient liées à la réticence ou à l'indisponibilité de certaines mères, à la barrière linguistique, ainsi qu'à la surcharge de travail du personnel de santé pendant la collecte des données.

Les contraintes de temps et de moyens financiers ont également limité l'extension de l'étude. Néanmoins, cette situation a été surmontée grâce à une priorisation stricte des zones géographiques/objectifs principaux, permettant de concentrer les ressources disponibles sur les indicateurs les plus critiques sans compromettre la rigueur de l'analyse.

Les examens complémentaires non faisables vu la non disponibilité de ces examens au centre de santé ou l'étude a été déroulé.

L'indisponibilité de certains parents a amené leurs enfants souffrants au centre de santé les personnes amenant les enfants dépourvues d'informations nécessaires pour notre étude.

Fréquence de la diarrhée :

Dans notre étude, la fréquence des cas de diarrhée infantile représentait 6,08% des consultations pédiatriques. Ce résultat est proche de celui retrouvé à Bamako par Konaté et al. 2021 qui rapportent une fréquence hospitalière de 7,2% (43). Au Maroc, El Marnissi et al. 2019 rapportent une proportion plus élevée de 9,1% (44). Dans une étude burkinabèe, Ouédraogo et al. en 2020 notent une fréquence de 12,5%, traduisant une plus grande charge de morbidité dans ce pays (45). En Asie, Patel et al. 2019 en Inde rapportent une prévalence de 8,6% (47). Ces différences pourraient être expliquées par la méthodologie des études, la période de collecte et la variation saisonnière des épisodes diarrhéiques.

2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des mères était de 26,4± 6,573ans, avec une prédominance des jeunes de 15–24 ans de 50,9%, Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Diarra et al. (48) à Bamako en 2019 avec un âge moyen de 27 ans. En Algérie, Zerhouni et al. En 2020 (49) observent un âge moyen plus élevé de 30,2 ans. Ces jeunes ages soulignent la nécessité d'actions ciblées en santé reproductive telles que : la promotion de la consultation prénatale et information sur la contraception chez les jeunes femmes dans notre milieu.

Le niveau d'instruction maternel est un facteur clé dans la prévention et la prise en charge précoce des diarrhées infantiles, les mères avec un niveau moyen et élevé d'instruction sont plus suceptibles de mieux comprendre les messages de sensibilisation et de les mettre en pratique. La majorité des mères étaient non instruites soit 79,2%. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Diarra et al. en 2019 ou la fréquence de non-instruction est de 75% (48). En Algérie, Zerhouni et al. En 2019 observent un meilleur niveau de scolarisation (49). Au Niger, Issa et al. en 2021 retrouvent une proportion de 70% de mères non scolarisées, proche de nos résultats (50). En Éthiopie, Belayneh et al. en 2020 rapportent 65% de mères sans instruction (51). .

Les mères étaient des ménagères soit 72,6%, la même observation est faite dans l'étude d'Issa et al . au Niger en 2021 et celle de Belayned et al. en 2020 avec un taux de 75% et de 49%. l'absence de revenus propres chez la ménagère peut constituer un frein à l'achat immédiat de sachets de SRO ou de Zinc si ceux-ci ne sont pas disponibles gratuitement.

Le nombre d'enfants à charge dans le foyer influence la capacité de la mère à appliquer les consignes de réhydratation. Nous avons constaté que le nombre d'enfant moyen était de 2,44 enfants, 50,9% des mères avaient 1 à 2 enfants. Ce résultat était comparable à celui de Diarra et al. à Bamako en 2019 ou le nombre moyen d'enfant est de 2,87 enfants (48).

L'âge moyen des enfants était de 19 mois ± 12,39 mois, avec une répartition équilibrée des sexes et une prédominance des deuxièmes nés 43,4%. Nos résultats sont proches de ceux rapportés par Traoré et al. en 2020 à Bamako qui retrouvaient un âge moyen de 18 mois (53). Au Burkina Faso, Ouédraogo et al. rapportent également un âge moyen similaire de 20 mois (45). Ces convergences dans la sous-région pourraient s'expliquer par le fait que les enfants de moins de deux ans sont les plus concernés, probablement du fait de facteurs nutritionnels, socio-économiques et de la vulnérabilité immunitaire communs aux pays sahéliens. Par ailleurs, au Maroc et en Tanzanie, Boughlala et alen 2018. ainsi Chiduo et al en 2019 observent une prédominance des nourrissons de moins de 12 mois (54) (55). Cela pourrait traduire une

tendance vers une atteinte plus marquée des très jeunes enfants dans ces pays, peut-être liée à des différences dans les pratiques d'alimentation du nourrisson ou aux pathologies dominantes. La convergence des résultats entre plusieurs régions du monde indique que les enfants de moins de deux ans constituent un groupe particulièrement fragile. Cette vulnérabilité s'explique par : l'immaturité du système immunitaire ; la période de transition alimentaire (diversification) ; les risques accrus d'infections et de carences nutritionnelles (29).

Concernant le sexe, les garçons et les filles étaient équitablement représentés,. Ce résultat concorde avec ceux rapportés par Traoré et al. en 2019 (53) à Bamako et Ouédraogo et al. en 2020 (54) au Burkina Faso, suggérant que la diarrhée infantile touche les enfants indépendamment du sexe.

3. Antécédents Gynéco-obstétriques des mères

Une parité élevée peut être associée à une plus grande expérience pratique de la diarrhée, mais dans les familles nombreuses la gestion des tâches ménagères entre souvent en conflit avec la rigueur requise pour le traitement (19) et notre étude 72,6% des mères étaient des ménagères. Dans notre échantillon 58,5% des mères ont suivi au moins quatre séances de CPN durant leur dernière grossesse. Ce taux est inférieur à celui des études de Patel et al. 2019 en Inde (48), chez qui la prévalence du suivi prénatal complet est au moins 4 visites 58 % et l'étude de Diarra et al. 2019 à Bamako (49) indique une CPN complète a 4 visites réalisée par seulement 45 à 55 % des mères, Les mères ayant un bon suivi de CPN sont généralement plus enclines à se rendre à l'hôpital du district dès les premiers signes de diarrhée et à accepter plus facilement l'utilisation du SRO par rapport à celles n'ayant pas suivi de CPN (49).

4. Caractéristiques sanitaires et l'alimentation des enfants

Dans notre étude, la diarrhée constituait le principal motif de consultation, souvent associée à d'autres signes tels que les vomissements, la fièvre ou l'altération de l'état général. Des observations similaires sont rapportées à Bamako par Traoré et al. en 2020 (53) et au Burkina Faso par Ouédraogo et al. en 2020 (54)**,** où la diarrhée aiguë représentait l'un des premiers motifs de recours aux soins chez l'enfant de moins de cinq ans.

Concernant le type de diarrhée**,** les formes aiguës simples étaient les plus fréquentes. Ce résultat est comparables à ceux observés en Tanzanie par Chiduo et al. en 2021 (55) et au Maroc par Boughlala et al. en 2018 (56)**,** qui rapportent également une prédominance des diarrhées aiguës non compliquées en milieu hospitalier.

Les complications observées au cours de la diarrhée étaient dominées par la déshydratation (65,1%), complication la plus redoutée chez l'enfant. Des résultats similaires sont rapportés à Bamako par Traoré et al. en 2020 (53) et en Tanzanie par Chiduo et al. en 2021 (55). La

survenue de ces complications est souvent liée à un retard de consultation et à une prise en charge inadéquate à domicile.

Le devenir des enfants était globalement favorable après la prise en charge médicale avec 99,1% de taux de guérison, Boughlala et al. en 2018 (56) et Rao et al. en 2021 (64) en Inde rapportent également le même constat. Cela confirme l'efficacité du traitement reposant sur la réhydratation orale, le zinc et la poursuite de l'alimentation.

Le sevrage précoce et l'introduction inappropriée des aliments de complément ont été rapportés chez 18,8% des enfants. Ces pratiques sont également décrites par Issa et al. en 2021 (49) au Niger et Sawadogo et al. (59) au Burkina Faso en 2018, où elles constituent des facteurs favorisant la survenue de la diarrhée.

5. Connaissances des mères

La connaissance des mères concernant les signes et les conséquences de la diarrhée demeurait insuffisante car seulement 40,6% des mères connaissaient l'existence du SRO. Des résultats comparables ont été observés à Bamako par Diarra et al. en 2019 (48) et au Niger par Issa et al. en 2021 (49). En revanche, des niveaux de connaissance plus élevés sont rapportés en Éthiopie par Belayneh et al. en 2020 (51) et en Chine par Wang et al. en Chine (52), ces différences pourraient traduire l'impact du niveau d'instruction et de l'éducation sanitaire.

La connaissance de la solution de réhydratation orale (SRO) chez les mères de notre étude est relativement faible, avec seulement 40,6 % d'entre elles déclarant la connaître. Ce niveau est inférieur à celui rapporté par Sangaré et al. au Mali, qui observent une connaissance plus élevée des mères, reflétant probablement une meilleure sensibilisation dans certaines zones urbaines ou auprès des populations plus instruites. La principale source d'information dans notre étude était le personnel de santé 79 %, soulignant le rôle clé des agents de santé dans la diffusion de l'information.

La compréhension de l'usage de la SRO est également limitée. Alors que 62,8 % des mères pensaient qu'elle sert à arrêter les selles et seulement 25,6 % à réhydrater l'enfant, nos résultats étaient ceux de Sawadogo en 2018 au Burkina Faso, qui observe que l'utilisation de la SRO est souvent mal comprise malgré sa disponibilité. Elhamdi au Maroc en 2020, rapporte également que certaines mères associent la SRO à un traitement curatif plutôt que préventif de la déshydratation. Ces constats montrent qu'avoir accès à la SRO ne garantit pas une bonne utilisation, car la perception et la compréhension de son rôle sont déterminantes.

En ce qui concerne l'approvisionnement, la quasi-totalité des mères 93 % ont indiqué que la SRO est disponible dans les centres de santé, ce qui concorde avec les observations de Sangaré

et al. au Mali. Toutefois, même avec un approvisionnement assuré, la méconnaissance de son objectif peut limiter son usage efficace, mettant en évidence le besoin de programmes éducatifs ciblés pour les mères et les communautés.

6. Pratiques des mères

Un sachet dans un litre d'eau était le procédé cité par 57,1% des mères. Le bidon d'eau plastique était le principal moyen de conservation selon 40,6% des mères et le délai moyen de conservation était de 25,82 heures. Le délai de conservation de 24 heures était retrouvé dans 60,3% des cas. Environ 6 femmes sur 10 (60%) savaient préparer correctement le SRO. Ce résultat est légèrement supérieur à ceux de Sangaré et al. à Bamako 43% (57) et de Sawadogo et al au Burkina Faso en 2018 avec 48% (59). Des niveaux plus élevés de pratiques sont rapportés par El Hamdi et al au Maroc en 2020, avec 65% (58) et en Inde, par Patel et al. en 2020 avec 80% (61). Ces résultats montrent que la connaissance du SRO demeure faible dans nos contextes, malgré son rôle majeur dans la prévention de la mortalité liée aux diarrhées.

Dans notre série, les mères ont eu recours fréquemment aux guérisseurs traditionnels avec 53,8% contre 36,8% qui ont consulté dans un centre de santé. À Bamako, Dembélé et al. en 2019 rapportent des résultats similaires, avec 50% de recours aux guérisseurs (62). Au Maroc, ce recours était limité à 15% (63), 42% au Burkina Faso (59), 30% en Éthiopie (60) et moins de 10% en Inde (64). Ces différences pourraient traduire l'influence persistante des croyances culturelles et le déficit de confiance envers les structures de santé modernes dans nos communautés.

Concernant l'alimentation complémentaire, les mères modifiaient l'alimentation de l'enfant pendant la période ou l'enfant recevait le SRO dans 66% des cas., pratique également observée par Dembélé et al. en 2019 (62) à Bamako. Cette attitude, bien que culturellement répandue, peut aggraver l'état nutritionnel de l'enfant.

Les pratiques telles que l'allaitement, la modification de l'alimentation dans notre étude montrent la persistance des croyances et de comportements traditionnels, similaires à ceux rapportés par Sawadogo et al. en 2018 (59) et Rao et al. en 2021 (64). Ces constats soulignent la nécessité de renforcer l'éducation sanitaire des mères sur la poursuite de l'alimentation et de l'allaitement pendant les épisodes diarrhéiques.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion

La diarrhée infantile reste un problème fréquent chez les jeunes enfants, particulièrement les moins de deux ans. Les caractéristiques maternelles, le niveau d'instruction, le suivi prénatal et les pratiques culturelles influencent significativement la prévention et la prise en charge.

La connaissance de la diarrhée des mères se limitaient à sa fréquence et son aspect et aux complications comme la déshydratation. Plus de la moitié des mères n'avaient pas connaissance du SRO et son importance pour elles étaient l'arrêt des selles. La technique de préparation du SRO était connu par la plupart ainsi que son utilisation. La poursuite de l'allaitement et l'accès aux soins permettent généralement une évolution favorable.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer l'éducation sanitaire des mères et la promotion de bonnes pratiques de réhydratation pour réduire la morbidité infantile.

VIII. Recommandations

1. Aux autorités (direction de l'hôpital du district de la commune V)
   - Renforcer la sensibilisation sur la prévention et la prise en charge de la diarrhée infantile.
   - Intensifier les causeries éducatives auprès des mères sur les signes de la diarrhée, les risques de déshydratation et l'usage du SRO.
2. Aux agents de la santé
   - Encourager les consultations précoces en cas de diarrhée
   - Être à l'écoute des mères et adapter les messages de prévention à leur niveau de compréhension.
   - Informer les parents et les sensibiliser sur la SRO (importance, utilisation et accessibilité).
3. A la population
   - Adopter les pratiques d'hygiène et d'assainissement recommandées par les praticiens pour prévenir les maladies diarrhéiques ;
   - Encourager et soutenir des débats au tour de l'utilisation du SRO.

REFERENCES

IX. Références

1. Ndiaye M, Diagne-Guèye NR, Faye AL, Dieng Y, Diouf S, Kuakuvi N, et al. Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 6 à 12 mois. Pan Afr Med J. 2023;45(55).
2. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies diarrhéiques : Aide-mémoire. Genève : OMS ; 2025. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491-504. In.
5. Médecins Sans Frontières. Guides médicaux : Prise en charge de la déshydratation infantile.Genève :MSF ;2024. https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CG/francais/ malnutrition-aigue-severe-16689430.html
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 (EDSM-VI). Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF ; 2019.
7. UNICEF. State of the World's Children 2024: Child Health and Nutrition Trends. New York : UNICEF ; 2024.
8. Lauwers J, Swisher A. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 7th ed. Burlington : Jones & Bartlett Learning ; 2021.P.900
9. DefeatDD. SRO et Zinc : Mise à jour 2025 pour la prise en charge clinique de la diarrhée. 2025.1-2 https://defeatdd.org/wp-content/uploads/2025/03/nji-ddd-orszinc-one-pager-fr_2025-update.pdf
10. Sacko M, Sylla M, Dicko A, Traoré D, Diakité AA, Togo B, et al. Déterminants socioculturels de l'alimentation et des soins du nourrisson à Bamako. J Pediatr Pueric. 2021;34(4):180-187.
11. Child Health Task Force. SRO et Zinc comme norme de soins : Rapport de mise en œuvre 1-1 2024. Disponible sur : https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2024-
12. Diallo FB, Diallo S, Diagne-Guèye NR, Sylla A, Fall AM, Ndiaye O, et al. Facteurs associés à la pratique de l'allaitement et des soins en milieu urbain africain. Rev Ped Pueric. 2020;33(2):85-92.

13. M'Sili A. État de connaissance des parents en matière de diarrhée aiguë chez l'enfant [thèse]. Rabat : Université Mohammed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2023. https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/30293
14. Ministère de la Santé du Mali. Plan National de Nutrition et de prise en charge des maladies de l'enfant 2021-2025. Bamako : Secrétariat Technique ; 2021.
15. Coulibaly D. Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière d'utilisation de la solution de réhydratation orale (SRO) au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ; 2023 Thèse de médecine 24M246.
16. Traoré D, Coulibaly M, Diallo S, Coulibaly B, Doumbia M, Sanogo ZZ, et al. Épidémiologie des urgences pédiatriques au CHU Gabriel Touré. Mali Médical. 2020;35(1):12-17.
17. Sanogo K, Maïga A, Traoré B, Coulibaly D, Sow S, Touré A, et al. Impact de l'éducation sanitaire sur la prise en charge de la diarrhée simple et l'utilisation du zinc en milieu communautaire au Mali. Bamako : Direction Nationale de la Santé ; rapport technique 2024.
18. USAID, UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Lignes directrices pour le traitement de la diarrhée, y compris de nouvelles recommandations pour l'utilisation des SRO et de la supplémentation en zinc pour les professionnels de santé en milieu clinique. Washington DC/Genève : USAID/UNICEF/OMS ; 2005.
19. World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. 4th rev. Geneva: WHO; 2005. view-source:https://www.who.int/publications/i/item/9241593180
20. Santosham M, Keenan EM, Tulloch J, Broun D, Glass R. Oral rehydration therapy for diarrhea: an example of reverse transfer of technology. Pediatrics. 1997;100(5):E10. In.
21. World Health Organization. Oral rehydration salts: production of the new ORS. Geneva: WHO; 2006. view-source:https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-06.1
22. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2001;32(3):331–51. In.
23. Walker CLF, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. Lancet. 2013;381(9875):1405–16. In.

24. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet. 2015;385(9966):430–40. In.
25. UNICEF. Progress on drinking water, sanitation and hygiene in Africa 2000–2020: five years into the SDGs. New York: UNICEF/WHO; 2022.
26. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SS-DS-PF), ICF. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS V) 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF; 2019. In.
27. Kotloff KL, Nataro JP, Blackwelder WC, Nasrin D, Farag TH, Panchalingam S, et al. Burden and aetiology of diarrhoeal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study. Lancet. 2013;382(9888):209–22. In.
28. Farthing M. Diarrhoea: a significant worldwide problem. Int J Antimicrob Agents. 2000;14(1):65–9. In.
29. Field M. Intestinal ion transport and the pathophysiology of diarrhea. J Clin Invest. 2003;111(7):931–43. In.
30. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, Assis AM, Guerrant RL, Morris SS, et al. Multi country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. Int J Epidemiol. 2008;37(4):816–30. In.
31. Guerrant RL, Oriá RB, Moore SR, Oriá MO, Lima AA. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. Nutr Rev. 2008;66(9):487 505. In.
32. World Health Organization, UNICEF. Integrated management of childhood illness: chart booklet. Geneva: WHO; 2014. In. view-source:https://www.who.int/publications/m/item/integrated-management-of-childhood-illness---chart-booklet-(march-2014)
33. UNICEF, World Health Organization. Oral rehydration salts (ORS): a new reduced osmolarity formulation. Geneva: WHO; 2006. view-source:https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-06.1
34. World Health Organization. The rational use of drugs in the management of acute diarrhoea in children. Geneva: WHO; 1990. In. view-source:https://iris.who.int/items/81835213-7bff-4bd4-87d9-0652ccfc323b

35. Bhutta ZA, Black RE, Brown KH, Gardner JM, Gore S, Hidayat A, et al. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. J Pediatr. 1999;135(6):689–97. In.
36. Patel MM, Glass R, Desai R, Tate JE, Parashar UD. Fulfilling the promise of rotavirus vaccines: how far have we come since licensure? Lancet Infect Dis. 2012;12(7):561–70. In.
37. Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2003;3(5):275–81. In.
38. Bhandari N, Mazumder S, Taneja S, Dube B, Agarwal RC, Mahalanabis D, et al. Effectiveness of zinc supplementation plus oral rehydration solution for acute diarrhea in a community setting: a cluster randomized trial. Pediatrics. 2008;121(5):e912–9. In.
39. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge. Préparation d'une solution de réhydratation orale (SRO). Epidemics Toolkit; 2020. In. view-source:https://www.ifrc.org/fr
40. Affo MA, Houetchenou GB, Dansou J, Djossou FAS, Saizonou J.Facteurs associés à l'utilisation du kit SRO-Zinc dans le traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans au Bénin. Rev Afr Santé Publique. 2022;17(1):23–30. In.
41. Coulibaly D. 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 (USTTB) ; 2024 Thèse de Médecine n°24M156.
42. Konaté A, Soumano A, Dicko AA, Traoré B, Camara B, Diarra S. Profil épidémiologique des diarrhées infantiles à Bamako. Rev Malienne Santé Publique. 2021;11(2):45-52.
43. El Marnissi F, Charkal I, El Alami El Fellous S, Hida M. Profil des diarrhées aiguës de l'enfant au Maroc. Pan Afr Med J. 2019;33:115.
44. Ouédraogo S, Kouanda S, Bocoum F, Atchessi N, Ridde V. Morbidité des diarrhées infantiles au Burkina Faso. Santé Publique. 2020;32(4):567-73.
45. Patel A, Badhoniya N, Kanitkar N, Kulkarni H. Burden and determinants of diarrhea in Indian children. J Glob Health. 2019;9(2):020434.
46. Diarra B, Sidibé S, Traoré AK, Koné Y, Dembélé M, Coulibaly S. Facteurs de risque de la diarrhée chez l'enfant à Bamako. Rev Santé Communautaire. 2019;9(1):23-30.
47. Zerhouni A, Benhassine M, Laraba S, Boukari R, Grangaud JP. Épidémiologie des diarrhées infantiles en Algérie. Maghreb Médical. 2020;42(2):77-84.
48. Gebremedhin T, Atnafu A, Tesema GA. Childhood diarrhea prevalence in Ethiopia: a community study. BMC Pediatr. 2020;20:212.

49. Issa A, Ibrahim M, Amadou S, Garba M, Zeinabou T. Déterminants des diarrhées chez les enfants au Niger. Afr J Paediatr. 2021;12(1):55-61.
50. Belayneh T, Geda B, Mesfun G. Knowledge and practices of mothers on diarrhea in Ethiopia. Int J Pediatr. 2020;2020:8857649.
51. Traoré I, Coulibaly Y, Koné O, Diallo S, Diakité AA. Prise en charge des diarrhées infantiles à Bamako. Mali Médical. 2020;35(3):101-8.
52. Chiduo R, Mmbaga BT, Msuya SE, Maro A, Lyamuya E, Kibiki GS, et al. Childhood diarrhea and dehydration in Tanzania. BMC Pediatr. 2021;21:455.
53. Boughlala M, Ouabbo H, El Gharass O, Dahan R, Echchgadda G, Bamouh A,et al. Diarrhée de l'enfant: aspects épidémiologiques et thérapeutiques. J Pédiatr Maghreb. 2018;29(4):220-6.
54. Wisniewski J, Hotchkiss D, Blum L, Bazzano A, Curry MW. Determinants of the use of oral rehydration therapy for children with diarrhea in the Democratic Republic of the Congo. Public Health Action. 2014;4(3):179-84.
55. Berthé AZ. Évaluation de l'impact de l'introduction du Zinc sur l'utilisation des SRO en milieu communautaire dans le district sanitaire de Bougouni (Thèse de médecine). Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ; 2013.
56. Rao S, Kulkarni R, Patil S, Singh P. Clinical outcomes of pediatric diarrhea in India. Indian J Pediatr. 2021;88(9):832-9.
57. Sawadogo PS, Martin-Prével Y, Savy M, et al. Pratiques alimentaires de complément et état nutritionnel des jeunes enfants en milieu rural au Burkina Faso. Cahiers de Santé. 2018;28(4):112-19.
58. Wang J, Chen J, Tao Y, Chen X, He M, Zhang W, et al. Epidemiology of childhood diarrhea in China. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(21):4050.
59. Sangaré Y, Diallo A, Keita S, Sidibé T. Utilisation du SRO dans la prise en charge des diarrhées infantiles à Bamako. Mali Médical. 2021;36(1):15-22.
60. El Hamdi K, Manar N, Jallal M, Aboussaleh Y. Connaissances sur le SRO au Maroc. Santé Publique. 2020;32(2):189-95.
61. Dembélé A, Coulibaly S, Traoré B, Koné Y. Connaissances maternelles sur la diarrhée à Bamako. Rev Malienne Santé Publique. 2019;10(2):77-84.

ANNEXES

X. Annexes

Fiche signalétique :

Nom : Komé **Prénom :** Fatoumata

Titre de la thèse : connaissance et pratique des mères en matière d'utilisation du SRO chez les enfants atteints de diarrhée dans le CSRef de la commune 5.

Année Universitaire : 2025-2026 Pays **d'origine :** Mali

Lieu de soutenance : FMOS de Bamako **Lieu de dépôt :** Bibliothèque FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique / Pédiatrie.

Résumé

Introduction : La Solution de Réhydratation Orale (SRO) constitue le traitement de première intention recommandé par l'organisation mondiale de la santé et UNICEF pour prevenir et traiter la déshydratation liée à la diarrhée.

Objectifs : évaluer le niveau de connaissance et les pratiques des mères concernant l'utilisation du SRO chez les enfants souffrant de diarrhée au CSRef de la commune V.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale prospective réalisée sur une période de Six mois de janvier a juin 2025, incluant 106 mères d'enfants âgés de moins de cinq ans consultés pour diarrhée.

Résultat : la fréquence des diarrhées représentait 6,08% des consultations pédiatrique. L'âge moyen des mères était de 26,43±6,57ans avec une prédominance de mères non-scolarisée de 79,2%. La tranche d'âge d'enfant la plus représentée chez les enfants était de 12 à 23 mois soit 30,2%. La connaissance des mères sur la diarrhée était acceptable et celle sur le SRO était insuffisant soit 40,9%. L'allaitement était maintenu par les mères dans 65,1% des cas même si l'automédication restait fréquente. La déshydratation était la principale complication observée 34%. L'évolution était favorable dans 99,1% des cas.

Conclusion : cette étude met en évidence des insuffisances dans les connaissances et les pratiques des mères soulignant la nécessité de renforcer les actions d'éduction sanitaire afin d'améliorer l'utilisation correcte du SRO et de réduire la morbi-mortalité liée à la diarrhée infantile.

MOTS CLES : connaissance, pratiques, diarrhée, mères, SRO.

Name: Komé First Name: Fatoumata

Thesis Title: Mothers' Knowledge and Practices Regarding the Use of ORS for Children with Diarrhea in the Reference Health Center (CSRef) of Commune 5

Academic Year: 2025-2026 Country of Origin: Mali

Defense Location: Faculty of Medicine and Pharmacy (FMOS) of Bamako

Submission Location: FMOS Library Area of Interest: Public Health / Pediatrics

Abstract

Introduction: Oral Rehydration Solution (ORS) is the first-line treatment recommended by the World Health Organization and UNICEF to prevent and treat dehydration related to diarrhea. Objectives : To assess mothers' knowledge and practices regarding the use of oral rehydration solution (ORS) for children with diarrhea at the Reference Health Center in Commune V.

Methodology: This was a prospective cross-sectional study conducted over a six-month period from January to June 2025, including 106 mothers of children under five years of age who were seen for diarrhea.

Results: Diarrhea accounted for 6.08% of pediatric consultations. The mean age of the mothers was 26.43 ± 6.57 years, with a predominance of mothers with no formal education (79.2%). The most represented age group was 12 to 23 months (30.2%). Mothers' knowledge of diarrhea was acceptable, but their knowledge of ORS was insufficient (40.9%). Breastfeeding was maintained by mothers in 65.1% of cases, although self-medication remained frequent. Dehydration was the main complication observed in 34% of cases. The outcome was favorable in 99.1% of cases.

Conclusion: This study highlights gaps in mothers' knowledge and practices, emphasizing the need to strengthen health education initiatives to improve the correct use of oral rehydration solution (ORS) and reduce morbidity and mortality related to childhood diarrhea.

KEYWORDS: knowledge, practices, diarrhea, mothers, ORS.

Fiche d'enquête

Thème : Connaissance et pratique des mères en matière d'utilisation du SRO chez les enfants atteints de diarrhée dans le CSRef de la commune 5 du district de Bamako

Père :……

(Q1) Age :……année

(Q2) Profession : (1=fonctionnaire, 2=paysan, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=élève /étudiant, 6=sans profession)

(Q3) Scolarisation :(1=primaire, 2=secondaire ,3= supérieur, 4=non scolarisé)

Mère :……

(Q4) Age :……année

(Q5) Profession (1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3= élève/étudiante, 4=commerçante)

(Q5a) Scolarisation :(1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=non scolarisé)

Q5b) Nombre d'enfants vivants :

(Q6) Antécédents

(Q6a) ATCD médicaux : 1= HTA ; 2= Diabète ; 3= Asthme ; 4= Drépanocytose ; 5= Autres

(Q6b) Gynéco-obstétriques des mères : gestité :

Parité :

Nombre d'avortement

(Q6c) Chirurgicaux : 1= Non ; 2= Césarienne ; 3= autres

(Q6d) Histoire de la grossesse CPN réalise : 1=oui 2=non

Nombre de CPN réalisé :

Mode d'accouchement : 1=normal 2=césarienne 3=autres

Enfant :……

(Q7) Age :……mois

(Q8a) Poids :……kg

(Q8b) Taille :……cm

(Q10a) Sexe : M F

(Q10b) Fratrie :

(Q10c) Ethnie : (1=bambara, 2=malinké, 3=Sarakolé, 4=peulh, 5=sonrhaï, 6=dogon, 7=senoufo-minianka, 8=autres)

Données cliniques des enfants

Mode d'admission : 1=directe 2=référé 3=transfert 4=autres

Motif de consultation :……

Type de diarrhée :1=simple 2=grave

(Q11) Vaccination : 1= a jour 2= Pas à jour

Préciser

BCG

PENTA/ROTA1

PENTA/ROTA2

PENTA/ROTA3

VIT A

FIEVRE JAUNE/ ROUGEOLE

MENINGITE

(Q12) Alimentation :

(Q12a) Allaitement : 1 = exclusif 0-6 mois ; 2= Mixte ; 3= artificiel

(Q12b) Sevrage : 1 = Age de sevrage

2= motif du sevrage :1=nouvelle grossesse 2=maladies 3=âge de sevrage arrivé 4=autres

3= type de sevrage : 1=brutal 2=progressif

(Q12c) aliments de complément

1= type : 1=bouillie 2=soupe 3=jus de fruit 4=fruit ou légume 5=autres

2= âge d'introduction :

3= Nombre de fois ou l'aliment est donné :

Connaissances des mères sur la diarrhée

(Q13) A quoi reconnait-on la diarrhée chez un enfant : 1=Fréquence, 2=Aspect,

3=Fréquence/Aspect 4=autres (ne pas lire les réponses)

Quels sont les signes de la diarrhée :

……

…….

(Q14) Quelles peuvent être les conséquences d'une diarrhée non traitée ?

(Q15) Est ce qu'on peut éviter la diarrhée : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui comment _____

(Q16) Avez-vous participé au moins une fois à une causerie-débat sur la diarrhée :

oui ☐ non ☐

Connaissances des mères sur le SRO

(Q17) Savez- vous ce que c'est un sachet SRO : oui ☐ non ☐

(Q18) Qui vous a parlé de SRO pour la première fois 1=agent de santé 2=amis 3= parents 4= à la pharmacie 5=collègues 6=autres

Pourquoi on donne SRO à un enfant diarrhéique ?

(Q19) Lieu d'approvisionnement des sachets SRO

(Q19a) Dépôt de médicament du centre de santé ☐

(Q19b) Pharmacie hospitalière ☐

(Q19c) Officine Privée ☐

(Q19d) Ne sait pas ☐

(Q20) Savez -vous préparer une solution SRO oui ☐ non ☐ (Q17) Si oui expliquer

……

……

……

……

quelle quantité d'eau utilisez-vous ?

L'eau doit être de quelle nature (1=robinet, 2=forage ; 3=eau de bouteille ou eau minérale), (4=eau de puit, 5=eau de pluie 6=autres)

(Q21) Nombre de sachet SRO utilisez-vous pour préparer la solution SRO :

Conservation (moyens et durée)

Attitudes des mères face à la diarrhée :

(Q24) avez-vous continuez à lui donner du sein au cours de la diarrhée : Oui ☐ non ☐

(Q25) A-t-on modifié la ration d'aliments solides au cours de la diarrhée :

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

(Q26) A-t-on modifié la ration de boisson (y compris les aliments liquides) :1=inchangée, 2=diminuée, 3=augmentée, 4=supprimée

Pratiques des mères face à la diarrhée chez l'enfant

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

Observer la préparation du SRO ou demander

Pratiques des mères face à la diarrhée chez l'enfant

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

(Q27) l'enfant était-il traité à la maison ? oui ☐ non ☐

(Q28) A-t-il été dans un établissement sanitaire ? oui ☐ non ☐

(Q29) A-t-il été traité par un guérisseur traditionnel ? oui ☐ non ☐

Si l'enfant a été traité à la maison qu'avez-vous fait ?

(Q30) Traitement traditionnel ? oui ☐ non ☐

(Q31) Solution SRO ? oui ☐ non ☐

(Q32) Traitement moderne ? oui ☐ non ☐

(Q33) l'enfant a-t-il accepté ce traitement ? oui ☐ non ☐

Complications/ Traitement/devenir

(Q34) Complications : 1= non ; 2= oui ; 3 =types

(Q35) Traitement **:** 1= SRO ; 2= Antalgique ; 3= Antibiotique 4= autres

(Q36) devenir : 1= Guéri ; 2= Référé ; 3= décédé

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes 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 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 à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois humaines.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !