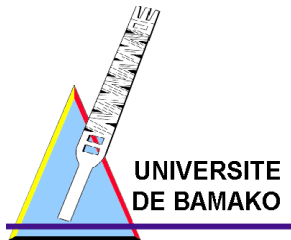


Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

N °

TITRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
MERES FACE AUX MALADIES DIARRHEIQUES CHEZ
LES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS DANS LE SERVICE
DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 13 /10 / 2011
à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Par Mr DJIBRILLA ALASSANE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr Mamadou Marouf KEITA

Membre : Dr Amadou TOURE

Co-directeur : Dr Broulaye TRAORE

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Directeur de thèse : Pr Mariam SYLLA



DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

-A Dieu, Allah : le tout Miséricordieux, le très miséricordieux, le plus grand Seigneur, le plus puissant ; guide nous sur le droit chemin.

-A son prophète Mohamed (paix et salut sur lui)

-A l'amour et l'amitié : Seigneur créa les sept cieux et planètes en son nom.


-A tous les payants : bravoure, courage et ténacité.

A mon Père Alassane Yacouba

Incarna la sagesse, la bonté, le courage pour l'éducation que vous m'avez inculquée. Que Dieu le tout puissant vous donne longue vie à nos côtés.

A ma Mère Fatoumata Almahamoudou

Je dois ma réussite à ta générosité, ton amour pour les autres enfants ton courage, tes sacrifices. Ce modeste travail ne suffit certes pas à apaiser tes souffrances endurées, puisse-t-il cependant te donner réconfort et fierté, mais aussi être le témoignage de notre grand amour. Je souhaite de tout cœur qu'Allah te laisse encore parmi nous.



HOMMAGE AUX
HONNORABLES MEMBRES
DU JURY

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A mon épouse Maïmouna Tounkara dite Ina

Pour le soutien, sans faille, que tu n'as cessé de m'apporter.

Chérie, merci pour l'amour et la tempérance que tu as toujours témoignés à mon endroit. Ce travail porte ta marque.

Tu as toujours été là au moment où il fallait.

Tu as été à la fois ma conseillère, mon guide et surtout tu as fait preuve d'un amour indéfectible.

Dieu merci pour t'avoir choisie pour moi.

Puisses-t-il guider nos Pas et bénir notre Union.

A Mme Maïga Oumou Cissé

Son époux Alhader Souleymane Maïga, ses enfants : Baba, Soufo et Mahamadou.

Il ya des actes qui sont au dessus du remerciement, saches que la générosité et

l'amour s'appellent Dieu. Qu'Allah le tout puissant te récompense de tout ce que tu faisais pour l'aboutissement de ce travail. Je te remercie de toute ton assistance, tes conseils et tout l'amour que tu m'as accordé.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres de la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré

Pr Ibrahim Maïga, Pr Moussa Maïga, Dr Mohamed Wattara, Dr Touré Amadou, Dr Touré Safietou Coulibaly, Dr Belco Maïga, Dr Cheick Coulibaly, Dr Aba Coulibaly, Dr Adama Dembelé, Dr Konaré Hawa, Dr Salif Sissoko, Dr Ibra Cissé, Dr Cissé Mohamed, Dr Touré Chatoyé, Dr Fofana, Dr G Dembélé, Dr Singou Dembélé, Dr Mametu, Dr Kassogué Abdoulaye, Dr Aminata Diallo, Dr Hadizatou Coulibaly, Dr Pierre Togo.

Pour les encouragements, l'assistance et la disponibilité dont vous avez fait preuve. Vos apports ont été considérables dans l'élaboration de cette thèse.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

Au personnel du service de pédiatrie en particulier Mr Koniba, aux majors : Mme Diarra, Mme Coulibaly Simone Dembelé, Mme Touré Hawa Guiro, Mariam T Traoré, Mami, Ada, Oumou, Fatoumata, Lavié.

A tous les manœuvres de l'hôpital particulièrement : Sékou Timbely, Madou, Amadou, Moussa, Jean ; recevez ici tous mes remerciements surtout pour le thé.

A Dr Djibril Kassogué pédiatre

Votre bonté, votre sagesse et votre sens de l'amour pendant tout ce long parcours ont contribué à la réalisation de ce travail. Que Dieu vous bénisse!

A Mr Mallé au service des impôts

Vous avez été un grand soutien pour moi, ce travail est aussi le votre. Merci infiniment.

A tous les Thésards du Département de la pédiatrie ; particulièrement ceux de la pédiatrie II :

Dr Abdramane Ombotimbé, Dr Mamadou Sidibé, Adama Sanogo, Adama Coulibaly, Dr Ya Traore, Dramane Diarra, Abdoulaye Sagara, Dr Dramé, Dr

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Thièria Sanogo, Fatoumata Diakité, Djéneba Traoré, Chacka Traoré, Dr Ongoïba, Korenzo, Dr Sow, Kamaté, Bakary sans oublier François Diarra.

A mon équipe de garde de pédiatrie de mon arrivée à ce jour

Massitan, Harouna Kané, Abdoulaye Sagara, Idrissa Danioko, Idrissa Traoré, Fatoumata Maïga, Diakité, Dr Issouf Colibaly, Dr Oumar Coulibaly, Dr Fatim Traoré, Dramane Coulibaly, Safi Traoré, Kadi Fané, Dr Aboubacar Niambelé, Bala Niambelé, Bakary Traoré, Cissé, Fatoumata Diakité, Belco Bocoum, Sacko, Adramé KEITA.

A mon équipe d'exercice

Abdoulaye Sagara, Dr Abdoulaye Kassambara, Sékou Kéné, Issa Sy, Dr Sow, Dr Diarra, Dr Mariétou Traoré, Dr Day Bagayoko.

A mes Amis (es) de la Faculté de Médecine

Dr Soumi, Dr Touré Mahamadou, Dr Sacko Adama, Dr Moulaye, Dr Djibril Touré, Dr Mohamed Alhader, Dr Mohamed Albakaye, Dr Saïba Kané, Dr Henri Paré, Dr Moctar Coulibaly, Dr Abdoufatah Saliou, Dr Aziz Touré, Dr Maxi, Abdramane Dibo, Dr Mohamed-Lamine Maïga, Sourakatou Oumar, Moussa G Koné, Zouhairou, Aziz Maïga, Dr Hamidou Maïga, Oumar Ag Sidi, Dr Ibrahim Baby, Dr Hadiza, Mimi, Abdoulaye Guirou, Guori, Bébé, Sidiki, Dollo, Mahamadine, Issa Amadou, feu Houssama Maïga (que ton âme repose en paix).

A la direction et au corps professoral de la F.M.P.O.S : pour la qualité de l'enseignement reçu.

A tous mes maîtres des cycles antérieurs :

C'est vous qui avez posé les premières pierres de ce travail.

Soyez en remercier et acceptez ici l'expression de ma très haute considération.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A tous les membres du CSCOM de Banakabougou en particulier Dr Diarra Bakary Monzo, Dr Diarra Issiaka, Dr Dicko Moussa, Dr Dembelé Hamidou, Dr Togo, Kader Maïga, Dr Karim Coulibaly, Dr David Coulibaly, Dr Bakary Coulibaly, Souleymane Traoré, Ibrahim Samaké, Mme Maïga Yague, Abdoulaye Yolo, Diawara, Hawa Koné, Ramatou, Koro, Santara, Sissoko, Benoit, Papa, Cissé, Traoré, Sangaré, Bamba, Togola, Nouhou, Wattara, Issa, Boué et tous les autres en souvenir des agréables moments passés ensemble, je vous souhaite plein de succès.

A tous les habitants de Point-G Village :

Seydou Sagara, Idrissa Sagara, Kadidia, Fatoumata, Aissata, Mariam, Abraham, Abdoulaye Houdou, Mahamadou Maïga, Harouna Cissé, Abdou Diallo. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me voir réussir.

Trouvez ici dans ce travail ma profonde gratitude.

Aux familles Maïga, Cissé et Tounkara

D'abord à la mémoire de ceux qui ont donné toute leur affection aux enfants des autres :

Feu Mariam Almahamoudou, Doucka, Boubacar Almahamoudou, Abdoulaye Djadjé, Zanno Djadjé, Hadja, Halidou, Mouna Morou (que vos âmes reposent en paix).

Alousseini Cissé, Hamo Almahamoudou, Almahadi Maïga, Mahamadou Djambara, Ibrahim Mahamoudou, Bébé, Mahamadou Mahamoudou, Souleymane Mahamoudou, Malick Mahamoudou, Zaliha Baba, Zeinabou Issiaka Touré, Douli Adama, Zaba, Habiba Haïdara, Bachirou Haïdara, Abouseidi Hanou, Doula Mouché, Fatoumata Cissé, Fati Mahamadou, Anna Cissé, Sarata Cissé, Mama Cissé, Moussa Cissé, Ibra Cissé, Ibra Abdoulaye, Djibi Cissé, Aziz Cissé,

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Mahamane Maïga, Nouhou Maïga, So maila, Ibrahim Harouna, Bachirou Doulbakou, Jolie Diakité, Mama Diakité, Ladj Diakité, Yacouba Ali, Mahamadou Doulwahidou, Aliou Doulwahidou, Djabiri Touré, Mme Tounkara Fatoumata, Nana, Drissa, Mahamane, Mariam, Founé, Harouna Cissé, Oukacha Diallo, Mariam Sanogo.

Je dois ma réussite à vous. Ce travail est le fruit de votre amour.

A mes frères et sœurs

Amadou, Agaïchatou, Diol, Mariam, Samaou, Issouf.

Aux Neveux et Nièces

Rahana, Samira, Laouali, Mouctar, Sidiki, Biba, Ramatou, Daouda, Amina Doukari, Fati Amadou, Issa Amadou, Ismaël Amadou, Kader, Oumar El Hadji, Abdou, Kadidia, Aissata, Aïcha, Dizo, Gambi, Mama, Moussa, Lavié, Sawatou, Hadja, Sarata, Alhabibou, Vieux, Abdou Haroun, feu Fatoumata El hadji (que ton âme repose en paix).

Aux Cousins et Cousines :

Mahamadou Djambara, Ousseini Ibouna, Chetou Abdoulaye, Aichata Harouna, Hadiza Abdoulaye, Hama Harouna, Ibrahim Harouna, Aminata Boubacar ainsi que son mari, Zalla Abdoulaye, Hadiza Harouna, Djiba Boubacar, Balkissa Sosseye, Mahamadou Abdoulaye, Hawa Harouna, Bébé Harouna, Ibrahim Ahmadou, Djingareye Ahmadou, Mariétou Ahmadou, Djibrilla Houssouba dit Percé.

Aux Amis de Niamey (Niger)

Ibro, Yayé, Issouf, Abdoulaye, Soum ana, Hama, Diop, Oumarou, Abdramane, Vieux, Ali, Soumaila, Bouli, Tito, Idrissa, Djibo, Bacha, Abouba, Boubacar, Gnili, Adama, Hawa, Balisai, Amina, feu Djibrilla Bana (que ton âme repose en paix).

Aux Amis d'Ansongo

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Ibrahim Issa, Ibrahim Zarah, Hanou Doulbakou, Papa Sodja, Mama Madeye et toute la jeunesse du cercle d'Ansongo plus particulièrement ceux du village de Zakoïré.

A mes Amis : Mahamadou Adamou, Guissé, Moussa Belem, Moussa Habibou, Moussa Adiawiakoye, Dr Joseph Sagara Souleymane Diallo, Souma Touré, Boubacar Oumar.

Aux Associations GAKASSINEYE (Association des Etudiants Ressortissants et Sympathisants du Nord) ; **COLUMEP** (Collectif des Universitaires en Médecine et Pharmacie de la Région de Gao), **l'Etat Major les Bâtisseurs, tout le personnel du cabinet Médical Pr. Marouf Mamadou KEITA ainsi que la clinique Médicale Hombori.**

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



HOMMAGES AUX
HONNORABLES
MEMBRES DU JURY

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou Marouf KEITA

- **Professeur honoraire de pédiatrie ;**
- **Ancien chef de service de la pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE ;**
- **Président du comité d'éthique de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**
- **Membre fondateur de l'AMLUD ;**
- **Président d'honneur de l'association des pédiatres du Mali ;**
- **Médaille du mérite national de la santé.**

Cher Maître,

Que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations fut pour nous un honneur et un grand privilège.

Honorable professeur, nous avons été fascinés par la qualité de vos enseignements.

Votre abord facile, votre franc parlé, votre démarche scientifique et votre grande expérience en pédiatrie ont forcé notre admiration.

Nous remercions Dieu d'avoir croisé votre chemin tout en nous glorifiant d'avoir bénéficié de votre savoir.

Puisse Allah le tout puissant vous garder aussi longtemps que possible auprès de nous.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Amadou TOURE

- **Neuropédiatre**

- **Praticien hospitalier**

Cher Maître, nous vous remercions de l'honneur que vous avez bien voulu nous faire en acceptant d'apprécier ce modeste travail. Vos qualités d'homme de science très méthodique, votre dévouement, votre courage et votre sens élevé d'humanisme font de vous un pédiatre sollicité. Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance.

Puisse le tout puissant vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Broulaye TRAORE

- **Médecin Pédiatre,**
- **Praticien au CHU Gabriel TOURE,**
- **Chef de service de la Pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de l'Association Malienne de Lutte contre les Déficiences Mentales chez l'Enfant (AMALDEME),**
- **Chargé de cours à l'Institut de Formation en Sciences de la Santé.**

Cher maître

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse et en siégeant dans ce jury.

Nous avons été très touché de la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçu.

Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple.

Vous avez consacré votre temps précieux pour l'élaboration de ce travail.

Soyez assuré, cher Maître, de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur Mariam SYLLA

- **Professeur Agrégé de Pédiatrie à la FMPOS,**
- **Responsable de l'Unité de Néonatalogie du service de Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE.**

Cher Maître, nous vous disons merci pour la confiance que vous nous avez portée pour faire ce travail. Vous êtes d'une grande bonté pour tous les enfants malades admis dans votre service et n'épargnez rien de ce que vous avez pour leur bien être. Nous avons été fascinés par votre grande simplicité, votre générosité, votre cœur de mère. Plus qu'un maître, nous croyons avoir trouvé en vous une seconde mère qui nous a aidé aussi bien dans le travail que dans la vie lorsque nous en avons besoin. Trouvez dans ce travail cher maître le très humble témoignage de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



ABREVIATION

S

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

LISTE DES ABREVIATIONS

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IEC : Information Education Communication

LOUCHE SD : Louche Sada Diallo

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

PDU-Bamako : Programme de Développement Urbain Intégré

PNLMD : Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

RVO : Réhydratation par Voie Orale

SNV : Organisation Néerlandaise de Développement

SRO : Sels de Réhydratation Orale

SSS : Solution Salée Sucrée

TRO : Thérapie par Réhydratation Orale

TV : Télévision

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



SOMMAIRE

SOMMAIRE

Introduction.....	1
II-Objectifs.....	4
III-Généralités.....	5
IV-Méthodologie.....	23
V-Résultats.....	30
VI-Commentaires et Discussion.....	49
VII-Conclusion et Recommandations.....	56
VIII-Références Bibliographiques.....	57
XIX-Annexes.....	62

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



INTRODUCTION

N

I-INTRODUCTION

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

La diarrhée aigue est une affection fréquente, parfois grave et urgente chez l'enfant. Chaque année, 1,3 milliard d'épisodes aigus de diarrhée sont observés chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde [1]. Dans les pays en développement, les enfants ont en moyenne 3 épisodes diarrhéiques par an pendant les 5 premières années de leur vie [2]. Au Mali selon l'EDSM-IV 2006, il ressort que plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix (**13 %**) a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les nourrissons de **6 à 11 mois (20 %)** et de **12 à 23 mois (22 %)** [3]. Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et commencent à explorer leur environnement ce qui les expose davantage à la contamination par les agents pathogènes. La diarrhée aigue est plus grave dans les pays en développement, car elle survient le plus souvent sur un terrain fragilisé par la malnutrition [4].

Dans les pays développés tel que la France, elle serait responsable de **50** morts par an chez les enfants de moins de cinq ans [7], et constituerait la première cause de décès des enfants en réanimation pédiatrique [8]. Dans les pays en développement tel que le Mali, elle constitue actuellement la 2^{ème} cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans après le paludisme [9].

Au cours des années 2007 et 2008, respectivement **16,7 %** et **15,3 %** des enfants de moins de cinq ans hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré ont succombé à cette affection [10].

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, organisée à New York en 2002, les gouvernements de 190

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

pays dont le Mali se sont fixées comme objectif, de réduire de moitié le nombre de décès par diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici fin 2010 par rapport à 2000 [11]. L'atteinte de cet objectif passe donc non seulement par des mesures préventives efficaces de la diarrhée, mais et aussi par une prise en charge adéquate des cas de diarrhée dans les structures sanitaires.

Des efforts importants ont été accomplis au Mali pour assurer une prise en charge adéquate des cas de diarrhée aigue chez les enfants de moins de cinq ans notamment, la création depuis 1987 d'un Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD), à l'instar des autres pays membres de l'OMS ; qui sera par la suite inclus en 1998 dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Ce programme visait surtout les enfants de 0 à 5 ans en utilisant la réhydratation orale précoce.

Mais l'application de cette méthode si efficace, peu coûteuse et à la portée de tous exige un changement de comportement d'attitude et de connaissance aussi bien du personnel socio-sanitaire que des mères.

Le Ministère de la santé a mené des campagnes pour promouvoir la prévention et le traitement des diarrhées chez les jeunes enfants par le biais de plusieurs canaux de communication : personnel de santé, radio, télévision, affiches, projection de film, théâtre et causerie-débat.

Les buts visés à travers ces campagnes étaient de sensibiliser les mères sur l'administration précoce de liquides appropriés préparés à la maison ; amener les

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

mères à reconnaître les signes élémentaires de la déshydratation ; les sensibiliser sur la nécessité de donner une alimentation appropriée à un enfant atteint de diarrhée ; promouvoir l'administration des solutions de réhydratation orale (SRO) et solution salée sucrée (SSS).

Cette étude a été initiée dans le but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères fréquentant la pédiatrie du CHU Gabriel Toure.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



OBJECTIF

S

II-OBJECTIFS

1. Objectif général

Apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des mères des enfants fréquentant la pédiatrie sur la diarrhée.

2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le niveau de connaissances des mères sur la diarrhée ;
- ✓ Déterminer la proportion de mères qui connaissent la réhydratation par voie orale (RVO) ;
- ✓ Déterminer la proportion de mères qui utilisent la réhydratation par voie orale en cas de diarrhée chez l'enfant ;
- ✓ Déterminer la proportion de mères qui alimentent correctement l'enfant pendant la diarrhée.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



GENERALITES

III-GENERALITES

1-DEFINITION DE LA DIARRHEE [12]

La diarrhée est l'émission de selles molles ou liquides, au moins trois fois en 24 heures. Cependant, c'est la consistance plutôt que le nombre de selles qui importe le plus. L'émission fréquente de selles moulées ne traduit pas une diarrhée. Les enfants nourris exclusivement au sein émettent des selles molles, pâteuses, qu'il ne faut pas non plus assimiler à la diarrhée.

2-TYPE CLINIQUE DES MALADIES DIARRHEIQUES

Il est plus pratique de fonder le traitement de la diarrhée sur le type clinique de la maladie, facile à déterminer au premier examen de l'enfant.

On distingue quatre types cliniques de diarrhée, associés chacun à la pathologie et aux troubles physiologiques principaux :

2-1-La diarrhée aqueuse aigue (y compris le choléra), qui dure moins de 14 jours. Le principal danger est la déshydratation.

Une perte de poids survient également lorsque l'alimentation n'est pas poursuivie.

2-2-La diarrhée persistante, qui dure 14 jours ou plus. Le principal risque encouru est la malnutrition et l'infection parentérale grave ; la déshydratation est également possible.

2-3-La diarrhée sanglante aigue, également appelée dysenterie. Les principaux risques sont les lésions intestinales, la septicémie et la malnutrition. D'autres complications, dont la déshydratation, sont également possibles.

2-4-La diarrhée accompagnée de malnutrition grave (marasme ou kwashiorkor) ; les principaux risques sont les suivants : les infections générales graves, la déshydratation, l'insuffisance cardiaque, les carences en vitamines et en sels minéraux.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

NB : On entend par **diarrhée chronique (DC)**, l'augmentation de fréquence, de volume et/ou de liquidité des selles persistant depuis au moins 4 semaines.

Les causes sont multiples. Les principales résultent d'une malabsorption, d'un mal digestion, ou d'une colopathie.

La prise en charge de ces différents types de diarrhée doit permettre de prévenir ou de traiter les principaux risques de chacun d'entre eux.

3-LA DESHYDRATATION

Au cours de la diarrhée, l'organisme subit une perte accrue d'eau et d'électrolytes (sodium, chlorure, potassium et bicarbonate) par les selles liquides. La déshydratation apparaît lorsque ces pertes ne sont pas adéquatement compensées et que l'organisme présente un déficit en eau et électrolytes. Le degré de déshydratation est estimé en fonction des signes et symptômes qui reflètent la quantité de liquide perdu.

4-LA MALNUTRITION

La diarrhée est en fait autant un problème d'ordre nutritionnel qu'un déficit hydro-électrolytique. Les enfants qui meurent d'une diarrhée, malgré une bonne prise en charge de la déshydratation sont en général gravement malnutris. La malnutrition à son tour contribue à renforcer la diarrhée, la maladie étant plus grave, prolongée, voir même fréquente chez les enfants malnutris.

5-EVALUER, CLASSER L'ENFANT ATTEINT DE DIARRHÉE

5-1-EVALUATION DE LA DIARRHÉE [11]

L'état de l'enfant qui souffre de diarrhée est évalué en fonction de :

- la durée de la diarrhée,
- la présence de sang dans les selles afin de déterminer si l'enfant est atteint de dysenterie,
- signes de déshydratation.

Evaluer la diarrhée de l'enfant de 2 mois à 5 ans :

L'enfant a-t-il la diarrhée ?

Si oui, demander :

.depuis combien de temps ?

.y a-t-il du sang dans les selles ?

Observer et palper :

.Observer l'état général de l'enfant, est-il : léthargique ou inconscient ? Agiter et irritable ?

.Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés ?

.Offrir à boire à l'enfant : est-il incapable de boire ou boit-il avidement, est-il assoiffé ?

.Pincer la peau de l'abdomen, le pli cutané s'efface-t-il très lentement (plus de 2 secondes) ? , lentement (moins de 2 secondes) ?

5-2-CLASSER LA DIARRHÉE

Il y a trois classifications pour la diarrhée :

5-2-1-La durée de la diarrhée :

- Tout enfant qui a la diarrhée depuis 14 jours ou plus mais qui ne présente aucun signe de déshydratation est classé comme **DIARRHÉE PERSISTANTE**.
- Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus et si l'enfant souffre également de déshydratation sévère ou signe évident de déshydratation, classer **DIARRHÉE PERSISTANTE SEVERE**.

5-2-2-La présence de sang dans les selles :

L'enfant qui souffre de la diarrhée et dont les selles contiennent du sang, doit être classé **DYSENTERIE**.

5-2-3-La déshydratation

Il ya trois classifications possibles de la déshydratation pour l'enfant qui a la diarrhée :

- **PAS DE SIGNE DE DESHYDRATATION**

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

- **SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION**

Deux des signes suivants :

- *Agité, irritable
- *Yeux enfoncés
- *Boit avidement, assoiffé
- *Pli cutané s'efface lentement

- **DESHYDRATATION SEVERE**

Deux des signes suivants :

- *Léthargique ou inconscient
- *Yeux enfoncés
- *Incapable de boire ou boit difficilement
- *Pli cutané s'efface très lentement

6-PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHÉE AIGUE

Le traitement a pour objectifs :

- Prévenir la déshydratation, s'il n'y a pas de signes de déshydratation ;
- Traiter la déshydratation, lorsque le malade est déshydraté ;
- Prévenir tout trouble nutritionnel en alimentant le malade pendant et après la diarrhée.

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

6-1-Plan A : TRAITER LA DIARRHÉE A DOMICILE

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

Il faut expliquer aux mères les méthodes de prévention de la déshydratation à domicile en donnant à l'enfant davantage de liquide ; comment prévenir la malnutrition en continuant de l'alimenter ; leur expliquer l'importance de ces mesures. Il faut leur apprendre à reconnaître les signes indiquant qu'il faut présenter l'enfant à un agent de santé.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Ces démarches sont résumées dans les trois règles du traitement à domicile.

- Première règle : faire boire l'enfant plus de liquide que d'habitude pour prévenir la déshydratation (annexe).
- Deuxième règle : continuer l'alimentation pour prévenir la malnutrition. Il faut poursuivre l'alimentation pendant la diarrhée et augmenter ensuite les quantités. Il ne faut jamais priver le malade de nourriture ni de diluer les aliments que l'enfant prend d'habitude. L'allaitement maternel sera toujours poursuivi. Il s'agit de donner autant d'aliment riche en nutriments que l'enfant acceptera d'en prendre.
- Troisième règle : quand revenir ? les signes indiquant à la mère de revenir voir l'agent de santé immédiatement :
 - L'enfant est incapable de boire ou de têter,
 - L'enfant devient plus malade,
 - Il a la fièvre.

Si l'enfant a la diarrhée, expliquer également à la mère qu'elle doit revenir avec l'enfant :

- Si les selles contiennent du sang,
- S'il boit difficilement.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les trois règles du traitement à domicile :

Donner d'avantage de liquide ; Continuer l'alimentation et Quand revenir.

1. Donner d'avantage de liquide (autant que l'enfant veut bien prendre).

➤ **EXPILQUER A LA MERE :**

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

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

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

➤ **APPRENDRE A LA MERE COMMENT MELANGER ET AMINISTER LA SOLUTION SRO.**

➤ **DONNER A LA MERE DEUX SACHETS DESOLUTION SRO A UTILISER DOMICILE.**

➤ **MMONTER A LA MERE QUELLE QUANTITE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DELA CONSOMMATION NORMALE :**

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

➤ **Expliquer à la mère qu'il faut :**

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

2. **CONTINUER L'ALIMENTATION POUR PREVENIR LA MALNUTRITION :**

Continuer à lui donner le sein fréquemment.

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

3. **QUAND REVENIR :** amener l'enfant à l'agent de santé s'il ne va pas mieux dans les trois jours ou si l'un des symptômes suivants apparait :

® incapable de boire ou de téter ;

® devient plus malade ;

® la fièvre ;

® boit difficilement ;

® vomissements répétés ;

® sang dans les selles

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

6-2-Plan B : TRAITER LES SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION AVEC UNE SOLUTION SRO [11]

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

6-2-1- Composition de la solution SRO et action physiologique :

La formule des sels de réhydratation orale (SRO) recommandée par l'OMS et par l'UNICEF est donnée dans le **tableau 1**.

Les quantités indiquées conviennent pour la préparation d'un litre de solution, la concentration des éléments de cette solution est donnée dans le **tableau 2**.

Convenablement préparée et administrée, la solution de SRO fournit à l'organisme des quantités adéquates d'électrolytes pour corriger les déficits dus à la diarrhée aiguë. La présence de potassium est importante, car la diarrhée aiguë provoque des pertes importantes de potassium, en particulier chez les enfants de bas âge.

Le citrate ou le bicarbonate présent dans la solution a pour fonction de corriger l'acidose. L'absorption du sodium et de l'eau par l'intestin grêle est accélérée en présence de glucose. Ce fait est toujours vrai quelle que soit la cause de la diarrhée. Il constitue la base physiologique du traitement de réhydratation par voie orale au moyen de la solution de SRO.

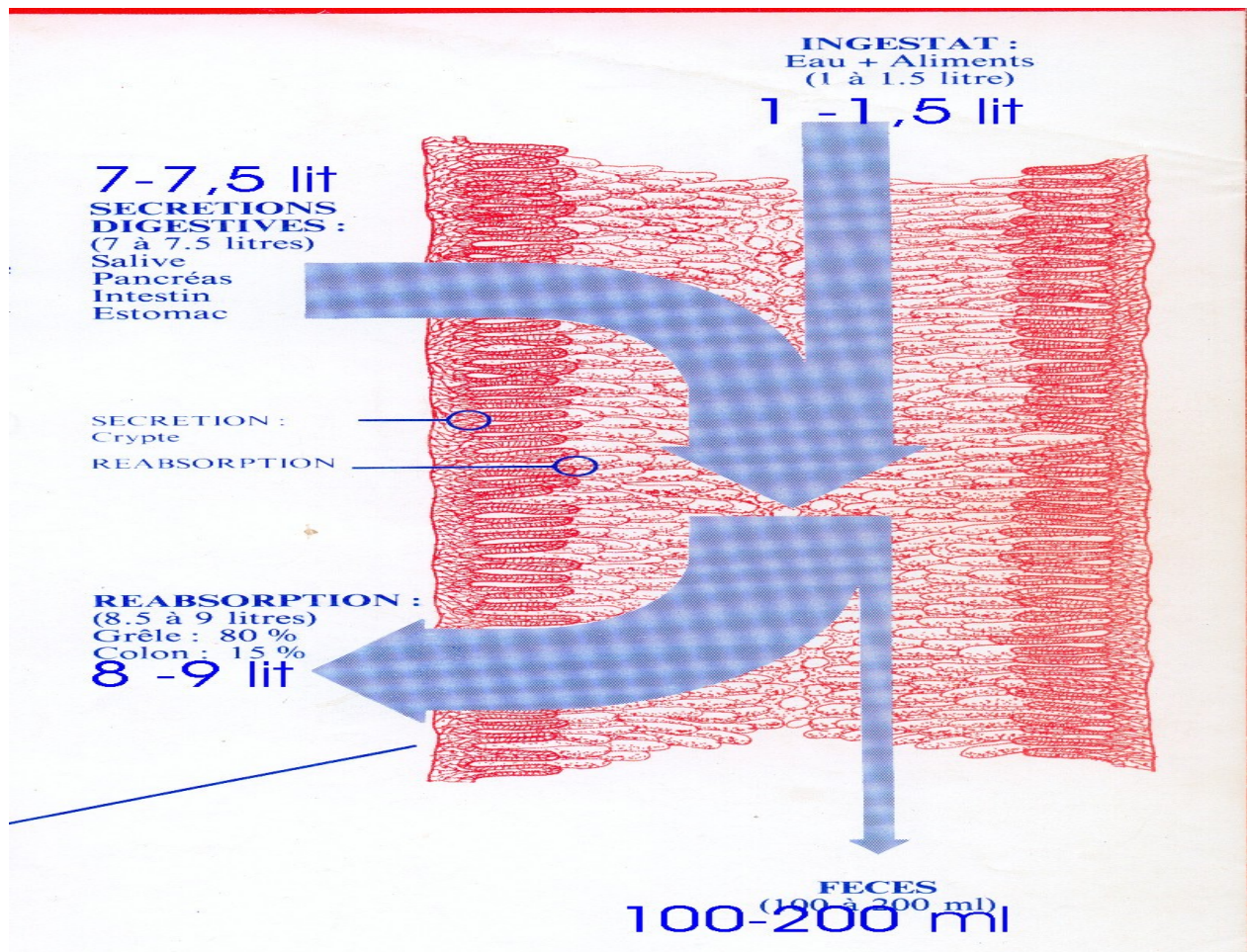
Les SRO contiennent assez de potassium pour corriger les pertes potassiques chez la plupart des malades atteints de diarrhée aiguë.

Cependant aux malades qui souffrent de dénutrition sévère et présentant déjà un déficit substantiel en potassium avant le début de la diarrhée on administrera un supplément de potassium par voie buccale.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Cycle entérosystémique de l'eau

- En 24 heures, il transite par le tube digestif de l'adulte environ 1 à 1,5 litres de liquides dont :
- Secrétions digestives: Salive +suc gastrique+bile+suc pancréatique+ secrétions intestinale =7,5 litres/24 heures
- Eau de boisson et aliments 1 à 1,5 litres
- Toute cette quantité de liquide est absorbée et on ne retrouve dans les selles que 100 à 200 millilitres.



Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Tableau 1 : Composition en poids des Sels de Réhydratation Orale (SRO) [11]

Quantité indiquée pour la préparation d'un litre de solution de SRO

Ingrédients	Grammes / litres
Chlorure de sodium	3,5
Citrate tri sodique ou	2,9
Bicarbonate de sodium	2,5
Chlorure de potassium	1,5
Glucose anhydride ou	20
Saccharose	40

Tableau 2 : Concentration molaire des constituants de la solution SRO [11]

Constituants	Grammes/Litres	
	SRO citrate	SRO bicarbonate
Sodium	90	90
Potassium	20	20
Chlorure	80	80
Citrate	10	/
Bicarbonate	/	30
Glucose	111	111

6-2-2-ACCEPTABILITE DE LA SOLUTION SRO [11]

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Il n'est pas toujours simple de faire accepter un «traitement» qui a l'aspect banal de l'eau et qui, loin de guérir la maladie évoquée en consultation, se satisfait d'endiguer les conséquences. De surcroît, ce n'est même pas un remède contre la diarrhée ! Tous ces «apparents défauts» de la solution SRO nécessitent une information soigneuse des parents.

L'enfant, quant à lui, lorsqu'il est déshydraté accepte volontiers le SRO, dont le goût est pourtant à la fois salé et sucré. En revanche, un enfant non déshydraté refusera généralement d'en boire. Dans ce dernier cas, il suffit d'offrir des boissons dont la composition dès lors a nettement moins d'importance. On notera toute fois que les jus de pomme, contiennent des grandes quantités de fructose, pouvant induire en elle-même une diarrhée osmotique.

L'utilité et l'efficacité du traitement de la gastro-entérite par SRO ont été clairement démontrées. Néanmoins, tant les médecins que les patients y restent plus ou moins réfractaires. La réhydratation lente (sur un délai de 24 heures) est encore souvent la préférence, ainsi que l'administration liquidienne IV, laquelle est perçue comme plus «sûre» par les médecins.

Par ailleurs, les schémas thérapeutiques obsolètes faisant appel à la réintroduction progressive de l'alimentation, bien ancrés dans les habitudes, sont à ce jour appliqués. Leur mise en œuvre n'est pas bien cautionnée par les directives d'envergure internationale, qui sont basées, sur des études cliniques scientifiques. La règle d'or impose aujourd'hui une réhydratation rapide, de préférence par SRO, ainsi qu'une réintroduction précoce de l'alimentation.

Il est important de souligner que les SRO sont destinés à traiter et à prévenir les conséquences de la diarrhée, qui se traduisent par des phénomènes de déshydratation.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

L'échec de la réhydratation orale peut dicter le recours au traitement intraveineux, encore que ce type d'incident soit rare.

La réintroduction précoce d'une alimentation adéquate accélère le rétablissement et empêche le passage de la diarrhée à la chronicité. La normalisation des selles et de l'appétit ne constitue pas l'objectif prioritaire du traitement. Suite à une réhydratation et à un rétablissement de l'état nutritionnel correctement menés, la guérison constitue en effet, un aboutissement naturel.

6-2-3- Inefficacité ou échec de la Réhydratation par Voie Orale [12]

Dans environ **5** pour **100** des cas, les signes de déshydratation ne disparaissent pas pendant la TRO ; il arrive même qu'ils s'empirent après une amélioration initiale.

Les raisons en sont le plus souvent les suivantes :

- diarrhée aqueuse profuse (plus de **15** à **20** ml / kg / heure) ;
- apport insuffisant de solution SRO due à la fatigue ou à la léthargie ;
- vomissements fréquents et importants.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

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

AGE*	jusqu' à 4 mois	De 4 mois à 12 mois	De 12 mois à 2ans	De 2ans à 5ans
POIDS	<6kg	6-10kg	10<12kg	12-19kg
QUANTITE	100-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

- Administrer au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de SRO recommandée
- **DETERMINER LA QUANTITE DE SRO A ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIERES HEURES**
 - N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de solution (de SRO nécessaire en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75.
 - Si l'enfant veut d'avantage de solution SRO, lui en donner plus
 - Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100-200 ml d'eau propre pendant cette période.
- **Montrer à la mère comment donner la solution SRO**
 - Donner fréquemment à l'enfant à la tasse, par petites gorgées
 - Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes, puis continuer plus lentement
 - Continuer à allaiter au sein quand l'enfant réclame.
- **Après 4 heures**
 - Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation
 - Choisir le plan approprié pour continuer le traitement
 - Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé
- **Si la mère doit partir avant la fin du traitement**
 - Lui montrer comment préparer la solution SRO à domicile
 - Lui montrer quelle quantité de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4heures à domicile.
 - Lui donner assez de sachet de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 sachets comme recommandés dans le plan A.
 - Expliquer les 3 règles du traitement à domicile

1. **DONNER PLUS DE LIQUIDE**

2. **CONTINUER L'ALIMENTATION**

Voir plan A pour les liquides recommandés

et

6-3-Plan C : TRAITER RAPIDEMENT LA DESHYDRATATION SEVERE

On s'abstiendra d'alimenter l'enfant pendant les 4 premières heures de la réhydratation. Toute fois, les enfants qui suivent le plan B pendant plus de 4 heures doivent être alimentés toutes les 3 à 4 heures suivant le plan A. Il faut alimenter tous ceux qui sont âgés de plus de 6 mois avant de les renvoyer chez eux, afin de montrer aux mères qu'il est important de poursuivre l'alimentation durant la diarrhée.

La voie intraveineuse n'est nécessaire que chez les malades sévèrement déshydratés et uniquement pour rétablir le volume sanguin et supprimer le choc hypovolémique. Bien qu'il existe plusieurs solutions intraveineuses toutes ne contiennent pas certains électrolytes nécessaires pour corriger le déficit observé chez le malade déshydraté suite à une diarrhée. Pour assurer le remplacement des électrolytes en quantité suffisante, une quantité de solution de SRO sera administré dès que le malade est capable de boire même si les besoins initiaux en liquide sont assurés par voie intraveineuse.

La solution de Ringer Lactate (ou soluté de Hartmann pour injection) est la meilleure solution disponible dans le commerce. Sa concentration en sodium est suffisante, contient une quantité suffisante de lactate métabolisé en bicarbonate pour corriger l'acidose ; la concentration en potassium par contre est faible et ne fournit pas de glucose pour prévenir une hypoglycémie. La solution de Ringer Lactate peut être utilisée dans tous les groupes d'âge pour corriger une déshydratation due à une diarrhée aigüe quelle qu'en soit la cause. L'administration rapide de SRO et la reprise aussi vite que possible d'une alimentation normale fourniront les quantités voulues de potassium et de glucose.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

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

- Le sérum physiologique (ou soluté isotonique) est souvent facile à se procurer. Il ne contient pas de base pour corriger l'acidose, ne remplace pas les pertes en potassium cependant on peut y ajouter du bicarbonate ou du lactate de sodium (20 à 30 mmol/litre) et du chlorure de potassium (5 à 15 mmol/litre), mais cela suppose que l'on ait les solutions stériles appropriées.
- La solution de D'Arrow diluée de moitié (ou solution de lactate de potassium) contient moins de chlorure de sodium qu'il n'en faut pour corriger efficacement le déficit de sodium chez les sujets atteints de déshydratation sévère ; elle est préparée en diluant une solution de D'Arrow normale dans un volume égale de glucosé (50 ou 100 gr/litre).
- Le sérum physiologique dilué de moitié dans soluté glucosé (50 ou 100 gr/litre) ; comme la solution salée normale, il ne corrige pas l'acidose et ne remplace pas les pertes en potassium. De plus, il contient moins de chlorure de sodium qu'en exige une correction optimale de la déshydratation.

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

PLAN C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

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

Commencer ici

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 a 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURÉ.

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

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

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

Est-vous en mesure de procéder immédiatement à une perfusion intra veineuse (IV) ?

OUI



NON



REMARQUE

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

Djibrilla Alassane
Thèse de Médecine

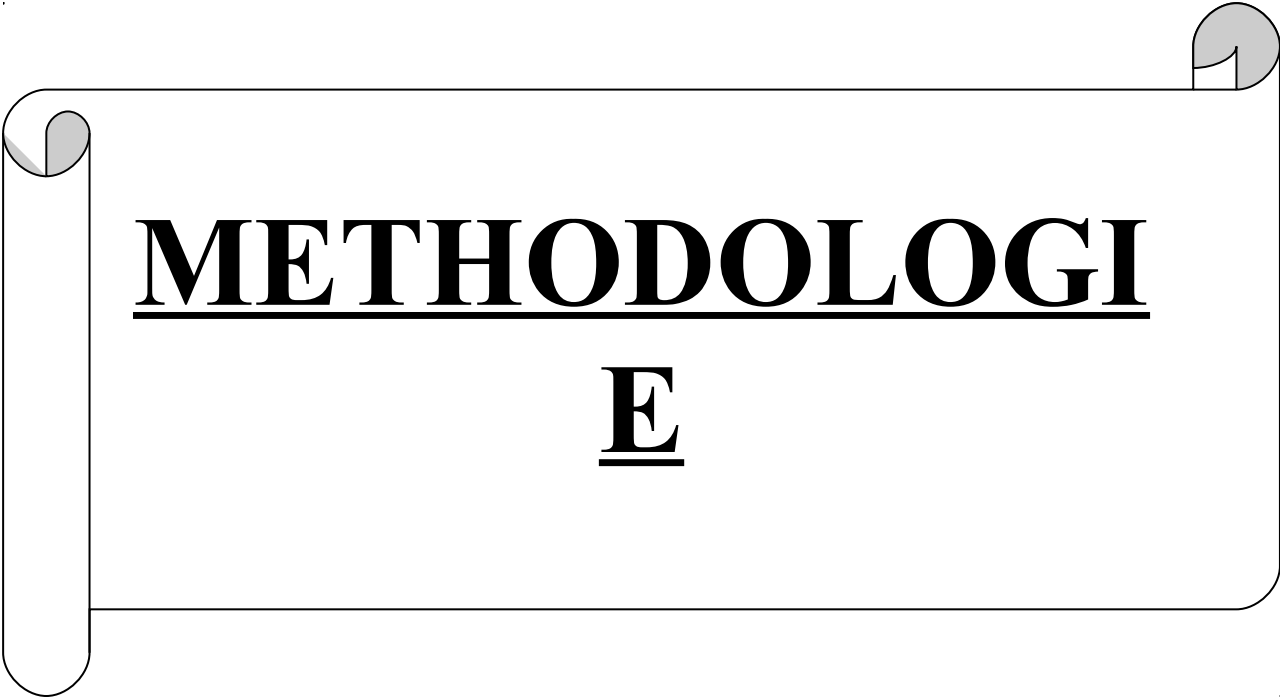
- Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur pour perfusion intraveineuse

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

6-3-ALIMENTATION

L'enfant ne sera pas alimenter pendant les 4 premières heures de la réhydratation. Toutefois, les enfants qui suivent le plan B pendant plus de 4 heures doivent être alimentés toutes les 3 à 4 heures suivant le plan A. Il faut alimenter tous ceux qui sont âgés de plus de 6 mois avant de les renvoyer chez eux, afin de montrer aux mères qu'il est important de poursuivre l'alimentation durant la diarrhée.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



METHODOLOGI
E

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

IV-METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel Touré de Bamako a servi de cadre pour le déroulement de notre étude.

1-1-CHU Gabriel Touré

Le CHU Gabriel Touré est situé au centre commercial de la ville de Bamako, la capitale de la république du Mali. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina Coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI), au Nord par le service de l'Etat Major de l'Armée de terre, au Sud par le tranimex. Le CHU Gabriel Touré reçoit les patients de toutes les communes de Bamako et ceux référés par les autres localités du Mali. Malgré l'existence des centres de santé communautaire, de référence, de Protection Maternelle et Infantile (PMI); l'affluence reste encore très élevée. Ce centre comprend plusieurs services dont celui de la pédiatrie.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

1-2-Le Département de pédiatrie

La pédiatrie est située au Nord-est à l'intérieur du CHU Gabriel Touré c'est le haut sommet de la pyramide sanitaire en matière de la prise en charge de l'enfant.

1-2-1-Les Locaux et Unités

- La Pédiatrie générale,
- La Néonatalogie,
- Les Urgences

Par ailleurs, il abrite également en son sein :

-Une Unité de prise en charge du VIH/SIDA

-Une Unité de prise en charge Nutritionnelle

Le service dispose 146 Lits d'hospitalisation

Nom de l'Unité	Nombre de lit d'hospitalisation
Unité Kangourou	07
Oncologie	12
Néonatalogie	37
Urgences Pédiatriques	23
Pédiatrie I	16
Pédiatrie II	24
Pédiatrie IV	16
VIP	11
TOTAL	146

-Une unité de consultation externe située au 1^{er} étage du bureau des entrées.

1-2-2-Le personnel de la pédiatrie :

- Un Professeur Titulaire de Pédiatrie,

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

- Deux Maîtres de Conférence de Pédiatrie,

- Deux Assistants Chef de clinique,

- Huit Médecins Pédiatres,

- Un Assistant Médical,

- Trente huit Médecins CES en Cycle de Formation Pédiatrique,

- Quatre Internes Titulaires,

- Dix Neuf Techniciens de Santé,

- Quinze Techniciens Supérieurs,

- Deux Secrétaires,

- Huit Aides Soignantes,

- Trois Manœuvres.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

1-2-3-Les activités du service

Le service de pédiatrie assure :

- ❖ La formation théorique et pratique des médecins inscrits au CES de pédiatrie, des étudiants de la F.M.P.O.S et des élèves des écoles de formation socio sanitaires.
- ❖ La prise en charge des enfants :
 - La consultation externe est payante, la plupart des malades viennent d'eux-mêmes en consultation.

Par contre certains sont référés par les centres de santé périphériques du district de Bamako et de l'intérieur du pays.

- L'hospitalisation est gratuite en salle commune, payante en salle individuelle et en néonatalogie.
- ❖ La recherche médicale en partenariat avec le DEAP (Département d'Etude des Affections Parasitaires) et le CVD / Mali (Centre pour le Développement des Vaccins).

Il participe à la mise en œuvre des programmes nationaux en rapport avec la santé des enfants (Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Nutrition...).

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

1-3-Organisation des consultations :

La consultation est faite tous les jours au 1^{er} étage du bureau des entrées de 09 heures à 15 heures assurée par une équipe de :

- Un pédiatre de service,
- Deux à trois CES,
- Trois à quatre Thésards et des externes,
- Une équipe d'infirmiers.

La garde de 16 heures au lendemain 08 heures assurée par une équipe de même composition que celle de la consultation.

Un registre est tenu dans chaque box pour l'enregistrement des malades ; les nouveau-nés sont admis directement en néonatalogie pour être examinés.

1-4-Activités de formation

Les stagiaires de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie et des écoles de formation socio-sanitaires.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale basée sur les entretiens directs avec les mères qui se présentent en consultation externe de pédiatrie du CHU Gabriel Touré avec un enfant âgé de 0-5ans souffrant de diarrhée.

3-Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Mars au 30 Avril 2009.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

4-Définitions adoptées

-Diarrhée aigue : nous avons adopté la définition de l'O.M.S. de la diarrhée aigue à savoir l'émission d'au moins trois selles liquides ou molles par jour et évoluant depuis moins de quatorze jours.

-Préparation correcte de la solution SRO : la dilution du contenu d'un sachet SRO dans un litre d'eau potable.

-Parent : nous avons considéré comme parent : seulement la mère ayant accompagné son enfant à la consultation externe.

4-Echantillonnage

4-1-Population d'étude

Notre étude a concerné : les mères des enfants âgés de moins de cinq ans admis en consultation pédiatrique.

4-2-Critères d'inclusion

→Mères d'enfant de moins de 5ans atteint de diarrhée,

→Mères ayant accepté l'interview.

4-3-Critères de non inclusion

→Mères d'enfant de plus de 5ans,

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

→Mères ayant refusé l'interview.

4-4-Taille de l'échantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif.

5-Variables étudiées

Nous avons étudié les variables ci-dessous :

* Socio démographiques des parents : âge, profession, scolarisation ;

* Paramètres de l'enfant : âge, poids, taille, rapport poids sur taille, sexe, fratrie, ethnie;

Djibrilla Alassane

Thèse de Médecine

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

* CAP des mères : diarrhée, SRO, RVO.

6-Déroulement de l'étude

Dans la salle d'attente, nous avons expliqué les objectifs de notre étude aux mères d'enfants. Après avoir obtenu leur consentement, nous avons vérifié que les enfants répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Lorsque c'était le cas, nous avons d'abord enregistré les variables sur l'identité des enfants et des parents.

Ensuite chaque mère avait été interrogée de façon confidentielle sur ses connaissances, attitudes, et pratiques chez l'enfant diarrhéique.

7-Analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 10.0 et Microsoft Word 2007.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



RESULTAT

S

V-RESULTATS
RESULTATS DESCRIPTIFS

1-FREQUENCE

Nous avons enregistré **3087** patients en consultation externe où les maladies diarrhéiques avaient représenté **300** cas (0-5ans) des consultations soit **9,7%**.

1-Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Tableau I : Répartition des mères selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	12	6
Ménagère	164	82
Elève/Etudiante	10	5
Commerçante	14	7
Total	200	100

On notait une prédominance des ménagères avec **82%**.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Tableau II : Répartition des mères selon leur scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Primaire	49	24,5
Secondaire	24	12
Supérieur	8	4
Non scolarisé	119	59,5
Total	200	100

La majorité des mères des enfants enquêtés n'étaient pas scolarisées (**59,5%**).

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

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

Tranche d'âge en	Effectif	Pourcentage
mois		
[0 -6[32	16
[6-24[135	67,5
[24-36[23	11,5
[36-60]	10	5
Total	200	100

Les enfants de moins de **24** mois étaient plus représentés : **83,5%**.

L'âge moyen des enfants était de : **30** mois (extrêmes 1mois et 59mois).

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Tableau IV : Répartition des enfants selon le rapport Poids/Taille en pourcentage

Rapport P/T	Effectif	Pourcentage
[100-80]	128	64
[70-79]	60	30
[60-69]	12	6
Total	200	100

64% des enfants avaient un rapport poids/taille compris entre **(80-100)** normal.

30% des enfants avaient une malnutrition modérée et **6%** une malnutrition

sévère.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Tableau V : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	124	62
Féminin	76	38
Total	200	100

Le sexe ratio était de **1,63** en faveur des garçons.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

2- CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÈRES

VIS-A-VIS DE LA DIARRHÉE ET DE SON TRAITEMENT

Tableau VI : Connaissance des mères sur la définition de la diarrhée

Définition de la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Fréquence	108	54
Aspect	35	17,5
Fréquence/Aspect	57	28,5
Total	200	100

La grande majorité des mères se basaient sur la fréquence des selles (**54%**) pour définir la diarrhée.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Tableau VII : Répartition des mères selon qu'elles aient entendu parler des sachets de SRO

SRO	Effectif	Pourcentage
Oui	176	88
Non	24	12
Total	200	100

88% des mères avaient entendu parler des sachets de SRO.

Tableau VIII : Répartition des mères selon la source d'approvisionnement en sachets SRO

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Source d'approvisionnement	Effectif	Pourcentage
Dépôt du Centre de santé	36	18
Pharmacie hospitalière	7	3,5
Officine privée	116	58
Ne sait pas	41	20,5
Total	200	100

La principale source d'approvisionnement était l'officine privée avec **58%**.

Certaines mères avaient utilisé le SRO pendant cet épisode.

Tableau IX : Répartition des mères selon la préparation correcte du SRO

Djibrilla Alassane
Thèse de Médecine

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Mesure d'eau par sachet	Effectif	Pourcentage
1 litre+1 sachet	122	61
Ne sait pas	78	39
Total	200	100

La plupart des mères savaient préparer correctement la solution SRO (**61%**).

Tableau X : Répartition des mères sur la connaissance du rôle de la solution SRO sur l'état de l'enfant

Djibrilla Alassane
Thèse de Médecine

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Connaissance de	Effectif	Pourcentage
l'impact du SRO		
Remplacer l'eau perdue	100	50
Bon pour la santé	11	5,5
Arrêter la diarrhée	17	8,5
Ne sait pas	72	36
Total	200	100

Les mères avaient une bonne connaissance sur l'impact de la solution SRO :

50% des mères savaient que les SRO remplaçaient l'eau perdue et **8,5%**

pensaient que les SRO devaient arrêter la diarrhée.

Tableau XI : Connaissance des mères sur les conséquences de la diarrhée

Conséquences de la	Effectif	Pourcentage
---------------------------	-----------------	--------------------

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

diarrhée

Déshydratation	52	26
Fatigue l'enfant	63	31,5
Fait perdre le poids	9	4,5
Peut tuer l'enfant	15	7,5
Ne sait pas	61	30,5
Total	200	100

26% des mères pensaient que l'une des conséquences de la diarrhée est la déshydratation.

Selon 31,5% des mères la diarrhée non traitée affaiblissait l'enfant.

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

Peut-on éviter la	Effectif	Pourcentage
--------------------------	-----------------	--------------------

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

diarrhée

Oui	104	52
Non	7	3,5
Ne sait pas	89	44,5
Total	200	100

52% des mères pensaient qu'on pouvait éviter la diarrhée par certaines mesures préventives telles que :

- le lavage hygiénique des mains ;
- l'utilisation des latrines ;
- l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois ;
- évacuation des selles des enfants et ordures.

Cependant **44,5%** des mères n'avaient aucune idée sur la prévention de la diarrhée de l'enfant.

Tableau XIII : Répartition des mères selon leur participation à des causeries sur la diarrhée au CSCOM, CSREF ou à l'Hôpital

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Causerie	Effectif	Pourcentage
Oui	71	35,5
Non	129	64,5
Total	200	100

64,5% des mères d'enfant n'avaient jamais assisté à une causerie sur la diarrhée dans les centres de santé.

Tableau XIV : Répartition selon la notion d'allaitement maternel avant le début de la diarrhée de l'enfant [0 à 24 mois [

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Allaitement avant le	Effectif	Pourcentage
début de la diarrhée		
Oui	160	95,8
Non	7	4,2
Total	167	100

95,8% des enfants étaient nourri au sein avant le début de la diarrhée.

Tableau XV : Répartition selon la poursuite de l'allaitement maternel au cours de la diarrhée (tranche d'âge **0 à 24** mois).

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Allaitement au cours de la diarrhée	Effectif	Pourcentage
Oui	158	94,6
Non	9	5,4
Total	167	100

94,6% des mères avaient poursuivi l'allaitement au cours de la diarrhée de l'enfant.

Tableau XVI : Pratique des mères en matière d'alimentation solide des enfants diarrhéiques

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Ration aliment solide	Effectif	Pourcentage
Inchangée	117	69,6
Diminuée	10	6
Augmentée	40	23,8
Supprimée	1	0,6
Total	168	100

69,6% des mères n'avaient pas changé la ration d'aliment solide des enfants âgés

[6 à 60 mois [.

Les enfants de moins de 6mois étaient nourris exclusivement au lait maternel.

Tableau XVII : Pratique des mères en matière d'apport d'aliments liquides pendant la diarrhée

Ration aliment liquide	Effectif	Pourcentage
Inchangée	112	66,7

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Diminuée	5	3
Augmentée	50	30
Supprimée	1	0,6
Total	168	100

30% des mères avaient augmenté la ration d'aliments liquides de l'enfant

[6 à 60mois].

Tableau XIII : Recours thérapeutique utilisé par la mère devant la diarrhée de l'enfant

Recours	Effectif	Pourcentage
Traitement dans un établissement sanitaire	79	39,5

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Traitement à domicile	76	38
Traitement par un guérisseur	45	22,5
Total	200	100

39,5% des mères avaient fait une consultation dans un centre de santé devant la diarrhée de leurs enfants.

38% des mères avaient donné un médicament à domicile devant la diarrhée de l'enfant.

Tableau XIX: Nature du traitement utilisé à domicile devant la diarrhée

Traitement utilisé à domicile	Effectif	Pourcentage
Traitement traditionnel	40	52,6
Solution SRO	30	39,5
Traitement moderne	6	7,9

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Total	76	100
--------------	-----------	------------

52,6% des enfants diarrhéiques avaient reçu un traitement traditionnel et **39,5%**

une solution SRO à domicile.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-L'AGE DES ENFANTS

Les deux premières années étaient les plus représentées [0 à 24 mois [.

Ce résultat pouvait être comparé à celui de l'EDSM-IV [3]. Selon Diagne J et al [15] la majorité des enfants avaient moins de 3 ans, Cruz J R et al [16] trouvaient que la diarrhée était plus fréquente entre 12-17mois, comme Kanki B [17], Duboz P [18].

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges à partir desquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent à la période pendant laquelle les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes.

Nous constatons que la morbidité liée à la diarrhée affecte principalement les enfants au stade du sevrage ou un peu plus âgés qui constituent donc les groupes à risque.

2-CONNAISSANCE DES MERES

-Sur la diarrhée :

Malgré ce qu'on aurait pu penser la grande majorité des mères définissaient la diarrhée comme étant une émission fréquente de selles liquides au moins 3 fois par jour.

-Source d'approvisionnement :

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

L'officine privée restait de loin la principale source d'approvisionnement des mères en sachets SRO suivie du centre de santé et des hôpitaux.

-Qualité de la préparation des SRO :

Le taux de préparation correcte des solutions SRO était proche des résultats d'autres études de l'OMS (**50%** au Cameroun, **76%** en Egypte, Sri Lanka **71%**) [19].

Pulungsih SP et al [20] avaient **72,1%** de préparation correcte.

-Utilité de la solution SRO :

La majorité des mères connaissent l'importance de la solution SRO chez l'enfant diarrhéique. Selon **50%** des mères la solution SRO remplace l'eau perdue. Il est cependant important de noter que **8,5%** mères s'attendaient à ce que la solution SRO arrête la diarrhée.

-Conséquences de la diarrhée :

Certaines mères au Mali considéraient la diarrhée comme une maladie grave, voire mortelle. L'idée de gravité attribuée à la diarrhée se trouvait exprimée ainsi par les résultats de notre enquête. Pour certaines mères la diarrhée non traitée entraînait soit une perte de poids de l'enfant, soit le déshydratait ou l'affaiblissait. Pour d'autres mères une diarrhée non traitée conduisait inéluctablement à la mort.

Ces résultats correspondaient aux attentes du Ministère de la Santé, qui avait basé ses messages éducatifs sur des concepts de déshydratation [24].

-Opinion des mères par rapport à la prévention de la diarrhée :

La majorité des mères interrogées déclaraient qu'on pouvait éviter la diarrhée. Par contre certaines mères pensaient qu'il n'existait aucun moyen de prévention de la diarrhée. Au delà, d'autres disaient n'avoir aucune opinion sur la prévention de la diarrhée.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

-Séance d'Information Education Communication (IEC) sur la diarrhée :

A la lumière du résultat de notre enquête, certaines mères avaient déclaré avoir participé au moins une fois à une séance d'IEC sur la diarrhée.

Par contre la majorité des mères enquêtées n'avaient jamais assisté à une causerie sur la diarrhée.

La causerie semblait être une pratique de plus en plus abandonnée dans les centres de santé. Ce qui pourrait expliquer ces résultats. Il en est de même de la communication interpersonnelle.

Ainsi, Touré C O [21] trouvait que pour **4,3%** des cas de diarrhée les agents de santé avaient donné des conseils appropriés à la mère. Feachem RG [22] les agents de santé avaient donné des conseils à **2,3%** des cas.

3-ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES

-Le comportement des mères en matière d'alimentation chez l'enfant diarrhéique, était basé sur l'allaitement au sein, l'administration d'aliments solides et des boissons autres que le lait maternel.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Ainsi, avant la diarrhée **95,8%** des enfants étaient nourris au sein. **94,6%** des enfants de la tranche d'âge 0-24mois ont bénéficié du lait maternel pendant la diarrhée.

Ce résultat est comparable à l'étude de Kapoor P et al [23] où plus de **88%** des mères poursuivaient l'allaitement.

L'augmentation de l'administration du liquide était de **30%** ; **3%** des mères avaient diminué cet apport liquidien et **66,7%** des mères avaient maintenu inchangé l'administration du liquide à leurs enfants.

Les mères ayant supprimé l'alimentation en quantité représentaient **0,6%** contre **23,8%** des mères qui avaient augmenté la nourriture de leurs enfants (âgés de 6mois et plus).

-Recours thérapeutique en cas de diarrhée :

Il n'existait pas une différence entre les recours thérapeutiques utilisés par les mères devant la diarrhée de l'enfant. L'établissement sanitaire restait le premier recours suivi du domicile et celui du guérisseur.

Ces résultats nous montraient que presque la moitié des mères tentaient un remède à la diarrhée de leurs enfants à domicile avant d'entreprendre quoi que ce soit.

Dans son étude, Ly Barry [13] trouvait que **33,8%** avaient bénéficié d'une prise en charge à domicile.

Selon l'EDSM-IV [3] **24%** des mères avaient recours à un établissement sanitaire en cas de diarrhée dans la population générale. Dans le district de Bamako ce taux était de **40,9%**.



CONCLUSION
ET
RECOMMANDATION
S

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion

Les principaux résultats de notre étude se résumaient ainsi :

- La grande majorité des mères connaissaient la diarrhée de l'enfant (54%).

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

- Les mères connaissaient l'impact de la réhydratation par voie orale (**50%**).
- Peu des mères savaient la déshydratation chez l'enfant diarrhéique.
- **3,5%** des mères pensaient qu'on ne pouvait pas éviter la diarrhée.
- La majorité des mères n'avaient pas bénéficié d'une IEC sur la diarrhée.
- **95,8%** des mères allaitaient leurs enfants avant le début de la diarrhée et **94,6%** d'entre elles pendant la diarrhée.
- La consultation dans un établissement sanitaire était la première intention thérapeutique ; suivie de l'automédication et le guérisseur traditionnel.
- Le taux d'utilisation chez l'enfant diarrhéique des SRO à domicile était de **39,5%** et de **52,6%** pour les médicaments traditionnels.

2-Recommandations

- Promouvoir l'approvisionnement en eau potable.
- Améliorer les connaissances sur les comportements traditionnels en cas de diarrhée de l'enfant.
- Former le personnel de santé à tous les niveaux aux techniques de communication pour améliorer la qualité des conseils éducatifs donnés aux mères.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Quinet B. Les diarrhées infectieuses de l'enfant et du nourrisson. Rev Prat.1996; 46:177-83.

2-Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Prise en charge diététique de la diarrhée aigue infantile : Manuel à l'intention des administrateurs de programmes de santé.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

2^{ème} éd. Genève : Schuler ; 1993. p. 3.

3-Cellule de la planification sanitaire du Ministère de la santé du Mali.

Direction nationale de la statistique et de l'informatique du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce du Mali. Enquête démographique et de santé au Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : 2007; p.136.

4-Diouf S, Saar M, Sy H, Abdallahi OC, Fall M. Malnutrition et diarrhée chez l'enfant au CHU de Dakar. Aspects cliniques, épidémiologiques et biologiques. Méd Afr Nre, 1990 ; 37 : 29-32

5-Nouvelles Recommandations de l'OMS sur la prise en charge clinique de la diarrhée aiguë chez l'enfant. Accessible sur:
<http://www.swisspaediatrics.org/paediatrica/vol9/n5/pdf/25-27.pdf> (consulté le 22 Avril 2009).

6-Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. "WHO estimates of the causes of death in children". Lancet 2005 ; 365 : 1147-52. Accessible sur:
http://www.globalhealth.org/pop_ups/child_chart_1.html (consulté le 09 Août 2009)

7-Prescrire rédaction. Diarrhée aiguë du nourrisson. La réhydratation orale est essentielle. Rev prescr. 2002 ; 20 (207) : 458-448

8-Martinot A, Lejeune C, Hue V. Modalités et causes de 259 décès dans un

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

service de réanimation pédiatrique. Arch pediatr. 2005 ; 2 : 735-41

9-Direction Nationale de la Santé : Annuaire Statistique 2005-2008

10- Statistique Pédiatrie / CHU Gabriel TOURE. 2007 et 2008.

11-Déclaration commune de l’OMS et de l’UNICEF. Accessible sur:

http://www.afro.who.int/cah/documents/intervention/diarrhée_aigüe_declaration

Commune. pdf (consulté le 09 Août 2009).

12-OMS/PLMD

WHO/CDR/1995.3.

Traitement de la diarrhée.

Manuel à l’usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés.

3^{ème} révision du document WHO/CDD/SER/80.2 WHO/CDR/1995.3.

13-LY Barry H

Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-36 mois dans les départements de Pikine et Guédiawoye, Hôpital d’enfant d’Albert Royen Fann.

Thèse Méd, Dakar, 1996.15-17.

14-Organisation Néerlandaise De Développement (SNV-MALI) /

Programme De Développement Urbain Intégré-Bamako (PDUB)

Etude socio-économique du district de Bamako, Janvier 1997.

15-Diagne J, Camara B.

Diarrhées infantiles en pratique hospitalière. L’expérience du service de pédiatrie

Djibrilla Alassane

Thèse de Médecine

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.
du CHU de Dakar.

Méd Afr Noire 1993 ; 40, 5 : 349-353.

16-Cruz J R, Bartlett A V, Mendezh et al.

Epidémiologie de la diarrhée persistante chez les enfants du Guatemala rural.
Acta Pediatr (suppl.) 1992 ; 381 : 22-26.

17-Kanki B, Curtis V, Merteus Th, Traore E, Cousens S, Tall Fr et al

Des croyances aux comportements : diarrhée et pratique d'hygiène au Burkina-Fasso.

Cahier santé 1994 ; 4 : 359-66.

18-Duboz P, Lafrance N, Vaugelade J, Sankara M.

Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-4 ans et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale.

Ouagadougou, UNICEF, 1998 : 19-193.

19-OMS

Rapport intérimaire du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques ;
1992.

20-Pulungsih S P, Ittiravivongs A, Pattar-Arecha I J.

Assessment of the effectiveness of oral réhydratation.

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

21-Toure C O

Etude de la qualité de prise en charge de l'enfant malade dans les zones tests de la PCIME au Mali.

Thèse Méd, Bamako, 1998 ; 19.

22-Feachem RG

Intervention for the control of diarrheal diseases among young children:

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.
promotion of personal and domestic hygiene. Bull WHO 1984, 62 : 467-76.

23-Kapoor P, Rajput A V J

Maternal knowledge, attitudes and practice in diarrhea.

Indian Pediatr 1993; 30, 1: 85 - 88.

24-MSPAS/DNSP/DSF/PNLMD

Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de la RVO,
1988.

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.



ANNEXES

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

QUESTIONNAIRE : DIARRHEE

IDENTIFICATION :

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)

Enfant :

(Q6) Age :mois

(Q7) Poids :kg

(Q8) Taille :cm

(Q9) Rapport Poids/Taille :%

(Q10) Sexe : M F

(Q11) Fratrie :

(Q12) Ethnie : (1=bambara, 2=malinké, 3=Sarakolé, 4=peulh, 5=sonrhaï, 6=dogon, 7=senoufo-minianka, 8=autres)

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Connaissances des mères sur la diarrhée

(Q13) A quoi reconnaît-on la diarrhée chez un enfant : 1=Fréquence, 2=Aspect, 3=Fréquence/Aspect

(Q14) Savez-vous ce que c'est un sachet SRO : oui non

Sources d'informations sur les sachets SRO

(Q15) Lieu d'approvisionnement des sachets SRO

(Q15a) Dépôt de médicament du centre de santé

(Q15b) Pharmacie hospitalière

(Q15c) Officine Privée

(Q15d) Ne sait pas

(Q16) Savez-vous préparer une solution SRO oui non

(Q17) Si oui quelle quantité d'eau utilisez-vous ?

(Q18) Nombre de sachet SRO utilisez-vous pour préparer la solution SRO :

(Q19) Pourquoi on donne SRO à un enfant diarrhéique ?

(Q20) Quelles peuvent être les conséquences d'une diarrhée non traitée ?

(Q21) Est-ce qu'on peut éviter la diarrhée : oui non ne sait pas

(Q22) Avez-vous participé au moins une fois à une causerie-débat sur la diarrhée :
oui non

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

Attitudes des mères face à la diarrhée :

(Q23) Votre enfant était-il nourri au sein avant le début de la diarrhée : Oui

non

(Q24) Si oui avez-vous continué 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 fait 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

Connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.

FISHE SIGNALITIQUE

Prénom Djibrilla Alassane

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes et Pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Année Universitaire 2010-2011

Ville de soutenance BAMAKO

Pays d'origine MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Santé Publique, pédiatrie

Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 1er Mars au 30 Avril 2009. Elle a été transversale.

Selon les critères d'inclusion 200 enfants âgés de 0 à 5 ans ont été retenus.

L'objectif principal était d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur la diarrhée de l'enfant.

Il ressort de notre étude que :

- La majorité des mères connaissaient la diarrhée chez leurs enfants (54%)
- La plupart des mères savaient préparer la solution SRO
- Le taux d'utilisation des SRO à domicile restait faible
- La consultation médicale restait la 1^{ère} intention thérapeutique
- 52% des mères connaissaient les mesures préventives de la diarrhée
- 35,5% des mères ont bénéficié d'une IEC
- Peu de mères savaient la déshydratation (26%)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. 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 !

Connaissances, attitudes et pratiques des mers face aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel TOURE.