



CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SUR LES MALADIES DIARRHEIQUES DANS LA ZONE DE SANTE DE LUKONGA, VILLE DE KANANGA / KASAI CENTRAL / RD CONGO.

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SUR LES MALADIES DIARRHEIQUES DANS LA ZONE DE SANTE DE LUKONGA, VILLE DE KANANGA / KASAI CENTRAL / RD CONGO. ☆

KALEMBA NGALAMULUME ALBERT¹, KEMBO NSAYI LEBRUN², MUNTU KAYEMBE EDOUARD³, KAYEMBE BUAMA JOSEPH⁴, KANKONDE KANKONDE PATRICK⁵, KAPINGA MULUME JEAN PAUL⁶, MUABILAYI KAYEMBE GILBERT⁷, NGANDU FWABANA MOISE⁸, SENKER NDIMBA BOB⁹

- 1,3,4,5,7. Université de Kananga
2. Université Simon Kimbangu
6. Chercheur Independant
8. Istm-Tshimbulu
9. Université Pédagogique Nationale.

Received 2nd April 2024; Accepted 12th May, 2024
Available online 17th June, 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Diarrhées
Maladies diarrhéiques
enfants de moins de 5ans
zs de Lukonga.

ABSTRACT

Les maladies diarrhéiques sont un syndrome qui présente une diversité épidémiologique, étiologique et clinique. Elles comprennent, entre autres, les gastroentérites, les toxi-infections alimentaires, le choléra et la dysenterie. La diarrhée est une manifestation presque présente dans toutes ces maladies chez les enfants. Par une étude descriptive transversale à visée analytique sur un échantillonnage empirique occasionnel de 150 mamans de la zone de santé LUKONGA. La recherche documentaire et l'interview face en face à l'aide de notre instrument, le questionnaire d'enquête, nous avons abouti à des résultats qui apparait que les comportements des mères sont inadéquats face à la diarrhée et l'absence ou l'insuffisance de mesures préventives explique la fréquence encore très élevée de la mortalité imputée à cette pathologie.

I. INTRODUCTION

La diarrhée est définie par au moins trois émissions de

selles molles ou liquides dans une journée ou encore de selles plus fréquentes que ce qui est habituel pour le sujet atteint. Des émissions fréquentes de selles bien molles ne sont pas une diarrhée, pas plus que des selles molles, « pâteuses », pour des nourrissons allaités au sein. Elle est en général le symptôme d'une infection intestinale pouvant être causée par divers microorganismes, bactéries, virus ou parasites. L'infection se transmet par le biais de l'eau ou aliments contaminés. Longtemps définie comme l'émission trop fréquente de selles trop liquides, la diarrhée s'avère aujourd'hui beaucoup plus difficile à définir.

A l'échelle mondiale, l'eau salubre manque à environ 780 millions d'êtres humains et 2,5 milliards n'ont pas accès à un assainissement de base. L'OMS a publié en 2014 que les chiffres de mortalité par maladies diarrhéiques ont diminué de 50% en 2012 par rapport à l'an 2010. Mais elle occupe toujours le 5ème rang de mortalité dans le monde et toujours le 2ème rang avec 18% de décès après les pneumonies dans la mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) dans les pays les plus pauvres.

On n'estime les nombres d'épisodes qui frappent annuellement les enfants de moins de 5 ans à 1,3 milliard et le nombre des décès à 3,5 millions.

La prévention de la diarrhée dépend en dernier ressort de l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement qui nécessitent des investissements très coûteux. On voudrait que ça intervienne. En revanche, la prévention de décès par déshydratation à la suite d'une diarrhée ne pose aucun problème particulier. Il suffit d'utiliser des sels de réhydratation orale peu coûteux ou des liquides simples préparés à domicile. Les compétences dont ont besoin les agents de santé et les mères sont faciles à acquérir. L'évaluation des cas types et la réhydratation,

préconisées par l'OMS et l'UNICEF, font partie de la formation de presque de tous les agents de santé en Afrique. Les diarrhées infectieuses sont courantes dans tous les pays en développement.

Dans les pays à faible revenu, tel que la République Démocratique du Congo, les enfants de moins de trois « 3 » ans souffrent en moyenne de trois épisodes diarrhéiques par an. Chacun de ces épisodes les prive des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance. En conséquence, la diarrhée est une cause majeure de malnutrition et les enfants malnutris ont un plus grand risque d'avoir les diarrhées. Cette situation préoccupante, nous a poussées à cibler les mamans des enfants de 0 à 5 ans souffrant des maladies diarrhéiques dans la communauté de LUKONGA afin d'identifier les causes constituant l'obstacle à leur lutte contre la recrudescence de ces maladies.

OMS (2016) parle qu'en RDC, le rapport du « multi indications cluster survey » (MICS - RDC) en 2010, relevait que la prévalence de la diarrhée était de 15% dans la province du Katanga et de 18% au niveau national. Le fond de nations unies pour l'enfance (UNICEF), déclare en 2013 que la diarrhée aiguë est responsable d'au moins 13,5% de mortalité infantile. Vue les attitudes et pratiques des mamans de la zone de santé de lukonga; Dans cette étude, il est question d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères des enfants de moins de 5 ans sur les maladies diarrhéiques.

Partant de ce qui se vit sur le terrain, Nous sommes parti d'une hypothèse selon laquelle, les mères des enfants de 0-59 mois de la ville de Kananga, précisément dans la zone de santé LUKONGA, n'auraient pas de connaissances suffisantes sur les maladies diarrhéiques et par conséquent, leurs attitudes et pratiques exposerait leurs enfants de moins de

cinq ans à la contamination par les maladies diarrhéiques.

L'Objectif Général de cette étude était d'identifier le niveau des connaissances, les attitudes et pratiques des mamans de la zone de santé de LUKONGA sur les maladies diarrhéiques. Pour y parvenir, nous devrions Décrire le profil sociodémographique des mères, Déterminer celles dont leurs enfants de moins de cinq ans ont souffert des diarrhées ces deux dernières semaines ; Identifier celles dont leurs enfants n'ont pas fait des diarrhées ces deux dernières semaines ; Etablir un lien de causalité entre les maladies diarrhéiques et les connaissances, attitudes et pratiques de ces dernières.

2. METHODOLOGY

2.1. Situation socio-économique de la Province du Kasai Central

1. Situation sociale

Il est impératif de préciser que la province du Kasai Central est née le 18 juillet 2015 suite au démembrement de l'ancienne province du Kasai Occidental. C'est l'une des 26 nouvelles provinces de la République Démocratique du Congo située dans les limites de l'ancienne circonscription administrative de Lulua, sa superficie est de 58 368 km². Elle est située au centre de la République Démocratique du Congo entre les parallèles 2° et 8° de latitude Sud et entre les méridiens 21° et 30° et 24° de longitude Est. La province du Kasai central est délimitée au nord par la province du Sankuru à travers le fleuve Sankuru et la forêt de Lusambo, au sud par la province angolaise du Lunda Nord et la province du Lualaba à travers la savane de Tshibanda Mulala et Safeni, à l'est par la province du Kasai Oriental à travers les rivières Lubi et

Bushimaie et à l'ouest par la province du Kasai.

Il est accessible par voie aérienne, routière et ferroviaire. De Kinshasa, la capitale de la RDC, Kananga, capitale de la province du Kasai Central est à environ 1100 km à vol d'oiseau. L'accès à Kananga peut également se faire par la route depuis Kinshasa via les provinces du Kwilu et celle du Kasai, sur une route dans un état de délabrement avancé. Kananga est également relié à la ville de Lubumbashi dans la province du Haut Katanga et à la ville d'Ilebo dans la province du Kasai par la ligne ferroviaire qui est elle aussi dans un état de délabrement avancé. En ce qui concerne sa démographie, la province du Kasai Central, comme les autres provinces de la RDC, est confrontée au problème de la maîtrise des statistiques démographiques étant donné que le dernier recensement scientifique organisé dans le pays date de 1984. Cependant, en janvier 2015, l'Institut National de la Statistique a estimé la population du Kasai Central à plus ou moins 3 987 018 habitants.

Il est à noter que la grande majorité de la population n'a pas accès à l'eau potable ni à l'électricité malgré la présence de la Régideso et de la Société nationale d'électricité (SNEL) dans cette province. Le taux de chômage des jeunes semble augmenter, ce qui est à la base du banditisme urbain et du phénomène Kulunas. Le niveau de vie de la population kasaïenne centrale reflète la misère, seule une poignée de personnes mène une vie décente. Quant à la situation sanitaire, la province du Kasai Central progresse grâce aux interventions synergiques menées dans le cadre de la mise en œuvre du plan provincial

de développement sanitaire. Cependant, sa situation sanitaire reste préoccupante au regard de son profil épidémiologique et de certains de ses indicateurs de santé. Dans ce secteur, la province dispose d'un nombre suffisant de structures de santé et de personnel de qualité pour prendre en charge la population (PNDS-RDC, 2019).

Dans le domaine de l'éducation, il faut noter que la mise en place de l'éducation de base gratuite a permis l'accès à l'école à un grand nombre d'enfants issus de familles pauvres. Cependant, il y a le problème lié aux infrastructures scolaires, à l'amélioration de la qualité de l'enseignement ainsi qu'à l'accompagnement des enseignants des nouvelles unités, MINIEPST (2021). En matière d'enseignement supérieur et universitaire, la province du Kasai central regorge d'établissements tant privés que publics dont la qualité de l'enseignement ne semble pas performantes et compétitives sur le marché du travail, la négligence de l'Etat conduit les membres des comités de gestion à rechercher massivement des étudiants pour des raisons financières plutôt que de miser sur la qualité de l'apprenant. Les problèmes relatifs à l'infrastructure de ces institutions et à la prise en charge des nouvelles unités (N.U.) et des non rémunérés (NP) sont les grands maux pour ce secteur de la vie sociale dans cette province, PUKAN, (2022).

2. Situation économique

Il s'agit dans ce paragraphe de diffuser la santé économique de la province du Kasai Central. Dans le cas sous examen, on constate que la mauvaise situation économique de la province entraîne la mauvaise situation

sociale dans la mesure où l'on a affaire à une importante population improductive, c'est-à-dire vivant au chômage et prise en charge par un faible pourcentage de la population active. A l'appui de ces affirmations, nous rejoignons Adam SMITH qui avait déjà compris que la richesse est le produit du travail et que la richesse d'une nation dépend de la proportion de sa population qui travaille et de la nature du travail. Au vu de ce qui précède, l'économie du Kasai Central est dominée par les activités suivantes :

- L'agriculture de subsistance dont les principales productions agricoles sont le maïs, l'ananas, le café, le manioc, l'arachide, l'huile de palme, le riz et le haricot.
- Elevage extensif de gros bétail (bovins), petit bétail et basse-cour.
- Extraction artisanale d'or sur le territoire de Luiza ;
- Extraction artisanale de diamants dans le territoire de Demba, Dimbelenge et Kazumba.
- Commerce des produits des champs et des produits manufacturés.

On constate qu'il n'y a presque pas d'industries extractives agro-alimentaires et de transformation dans la province. Les voies de transport, notamment routières et ferroviaires, sont vétustes et l'évacuation des produits agricoles des lieux de production vers les centres de consommation est difficile. Dans le secteur formel, l'emploi des salariés est assuré principalement par l'administration publique à travers ses entreprises et établissements publics et par des sociétés privées à savoir : Congo Futur, Arauphar, Vodacom, Airtel, Orange, etc. la Banque Centrale du Congo, la Banque Commerciale du Congo (BCDC), la Trust Merchant Bank

(TMB), la Direction Générale des Impôts (DGI), la Direction Générale des Recettes Administratives de l'Etat (DGRAD), la Compagnie Nationale d'Assurances (SONAS) , la Direction Générale des Douanes et d'Assise (DGDA), et l'Office Congolais de Contrôle (OCC).

Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous menons une étude descriptive transversale à visée analytique sur

un échantillonnage empirique occasionnel de 150 mamans de la zone de santé LUKONGA. La recherche documentaire et l'interview face en face à l'aide de notre instrument, le questionnaire d'enquête, nous avaient aidés à collecter nos données auprès des mères.

III. RESULTATS

III.1. Présentation des résultats

III.1.1. Analyse univariée

A. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 3.1. Répartition des enquêtés selon les tranches d'âges

Tranches d'âges	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
20-25	23	15,3
26-31	43	28,7
32-37	39	26,0
38-43	40	26,7
44- et plus	5	3,3

Il ressort du tableau 3.1. que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 26-31 ans avec 43 soit 28,7%. La moyenne d'âge est de 29 ans plus ou moins écart type de 7.

Tableau 3.2. Répartition des enquêtées selon leurs statuts matrimoniaux

Statut matrimonial	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Célibataire	56	37
Vit en couple	95	63

Il ressort du tableau 3.2 que les mamans qui vivent en couples sont les plus représentées avec 95 soit 63% contre les célibataires avec 37%.

Tableau 3.3. Répartition des mères selon le niveau d'études

Niveau d'étude	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Sans niveau ou primaire	98	65,33
Secondaire	25	16,7
Universitaire	27	18,0

Il ressort du tableau 3.3. que 52% des enquêtées sont du niveau secondaire, suivies de celles du niveau primaire avec 20%, celle du niveau universitaire avec 18% et enfin celles sans niveau sont les moins représentées avec 10%.

Tableau 3.4. Répartition des enquêtées selon la profession

La profession	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
En chômage	100	66,7
Secteur informel	12	8,0
Employée ou cadre	38	25,3

Il ressort du tableau 3.4. que 66,7% des sondées sont les mères au chômage ou ménagères suivies de celles qui sont employées ou cadres avec 25,3%, celles qui sont dans le secteur informel avec 8,0%.

Tableau 3.5. Répartition des enquêtées selon la définition de la diarrhée

La diarrhée	Effectifs (n=112)	Pourcentage (%)
Emission des selles liquides à une fréquence de plus de 3 fois par jour	27	24,1
Emission des selles glairo-sanguinolente	53	47,3
Emission de selles molles verdâtre	5	4,5
Emission des selles à une haute fréquence	30	26,8

Il ressort du tableau 3.5 que 47% des enquêtées ont donné la définition de la diarrhée, suivi des 26,8% des enquêtées qui donnent une définition approximative, suivies des 24,1% des enquêtées qui ont donné la définition correcte et enfin 4,5% des enquêtées qui ont aussi donnée une définition non correcte.

Tableau 3.6. Répartition des enquêtées selon qu'elles connaissent les causes de la diarrhée

Causes de la diarrhée	Effectifs (n=112)	Pourcentage (%)
Aliments souillés	7	6,25
Infection	20	17,8
Eau souillée	57	50,8
Sortie des dents de l'enfant	28	25

Il ressort du tableau 3.6 que 50,8% des enquêtées ont cité l'eau souillée suivi des enquêtées qui ont cité la sortie des dents de l'enfant, 17,8% d'enquêtés ont cité l'infection et seulement 6,25% ont cité les aliments et les aliments souillés.

Tableau 3.7. Répartition des enquêtées selon qu'elles connaissent les conséquences ou les complications de la diarrhée

Les conséquences ou les complications de la diarrhée	Effectifs (n=93)	Pourcentage (%)
Déshydratation	57	61,2
Fatigue	25	26,9
Fièvre	8	8,6
Convulsion ou troubles neurologiques	3	3,2

Il ressort du tableau 3.7 que les enquêtées qui ont cité la déshydratation sont les plus représentées avec 61,2% suivies par celles qui ont cité la fatigue soit 26,9%. Les autres ont cité la fièvre avec 8,6% et enfin celles qui ont cité les convulsions ou troubles neurologiques ne représentent que 3,2%.

Tableau 3.8. Répartition des enquêtées selon qu'elles ont entendu parler de la diarrhée

Avoir entendu parler de la diarrhée	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	100	67
Non	50	33

Un grand nombre des mères (67%) ont déjà entendues parlées de la diarrhée.

Tableau 3.9. Répartition des enquêtées selon le canal d'information

Canal	Effectifs (n=51)	Pourcentage (%)
Médias	21	41,2
Relais communautaires	8	15,7
Voisins	15	29,4
Personnel médical	7	13,7

36% ont entendu parler des médias, 25,3% par les relais communautaires ; 24% par le personnel médical et enfin 14% par les voisins.

Tableau 3.10. Répartition des enquêtées selon ce qu'elles font en cas de diarrhée de leurs enfants

En cas de diarrhée	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Infusion	20	13
Solution sucrée salée (sss)	27	18
Jus de fruits ou légumes	45	30
Pas de réhydratation	30	20
SRO	21	14
Zinc	7	4,7

30% de nos enquêtées font des jus des fruits ou légumes, 14% font le SRO, 18% font SSS ; 4,7% font le zinc et 13% infusion.

Tableau 3.11. Répartition des enquêtées selon que leurs enfants ont souffert de diarrhée ces deux dernières semaines

Souffrance de diarrhée ces deux dernières semaines	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	123	81
Non	27	19

Il ressort du tableau XI que 81% de nos enquêtées leurs enfants ont souffert de diarrhée ces deux dernières semaines contre 19% dont les enfants n'ont pas souffert de diarrhée.

Tableau 3.12. Répartition des enquêtées selon les mesures de prise en charge acceptées, en cas des Diarrhée de leurs enfants.

Prise en charge	Effectifs (n=122)	Pourcentage (%)
Soins à domicile	98	80,3
Soins au CS	27	19

80,3% ont fait les soins à domicile contre 19,7% des mères qui sont allées au CS.

Tableau 3.13. Répartition des enquêtées selon qu'elles ont perdu leurs enfants à cause de la diarrhée

Perte d'enfants à cause de la diarrhée	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	77	51,3
Non	73	48,7

51% des enquêtées ont perdu leurs enfants à cause de la diarrhée contre 49% qui n'ont pas connu les cas de décès.

Tableau 3.14. Répartition des enquêtées selon le type de point d'eau qui les Dessert.

Type de point d'eau	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Robinet	21	14
Borne fontaine	2	1,3
Forage	5	3,3
Rivière	45	30
La pluie	77	51,3

51,3% des mères se contente de l'eau de pluie, 30% de l'eau de rivière, 14% de l'eau de robinet ; 3,3% de l'eau de forage et enfin 1,3% de l'eau de la borne fontaine.

Tableau 3.15. Répartition des enquêtées selon l'état de point d'eau

Etat du point d'eau	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Bon	25	16,7
Très bon	43	28,7
Médiocre	82	54,6

Il ressort du tableau 3.15 que 54,6% des enquêtées ont déclaré Médiocre le point d'eau qui les dessert ; pour 28,7% leur point d'eau est très bon et enfin 16,7% considèrent que leurs point d'eau est bon.

Tableau 3.16. Répartition des enquêtées selon qu'elles traitent l'eau de Boisson

Traitement d'eau de boisson	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	23	15,3
Non	127	84,7

84,7% des enquêtées ne traitent pas l'eau à la maison contre 15,3% des enquêtées qui le font.

Tableau 3.17. Répartition des enquêtées selon les méthodes de traitement d'eau de boisson

Méthode de traitement	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Ebullition	7	30,4
Filtration	7	30,4
Décantation	7	30,4
Javellisation	2	8,7

30,4% des enquêtées pratiquent l'ébullition, 30,4% la filtration, 30,4% la décantation et 8,7% la javellisation.

Tableau 3.18. Répartition des enquêtées selon qu'elles disposent des latrines dans leurs ménages

Latrines	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	53	35,3
Non	97	64,7

Il ressort de ce tableau 3.18 de cette enquête que 64,7% des enquêtées n'ont pas de latrines contre 35,3% qui en ont.

Tableau 3.19. Répartition des enquêtées selon le nombre des latrines dans leurs ménages

Le nombre des latrines	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Une seule latrine	90	93
Une pour nous et l'autre pour les visiteurs	7	7

Il ressort du tableau 3.19 des enquêtées ne disposent que d'une seule latrine contre 7% des enquêtées qui en ont deux.

Tableau 3.20. Répartition des enquêtées selon le nombre de personnes qui fréquentent les latrines

Le nombre des personnes fréquentant les latrines	Effectifs (n=93)	Pourcentage (%)
< 10 personnes	34	35
10 Personnes	63	70

35% ont des latrines fréquentées par moins de 10 personnes contre 65% des celles des sondées qui ont des latrines fréquentées par plus de dix personnes.

Tableau 3.21. Répartition des enquêtées selon qu'elles disposent de système de lavages des mains

Système de lavage des mains	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	45	30
Non	105	70

70% de nos sondées n'ont pas de système de lavage des mains contre 30% qui en disposent.

Tableau 3.22. Répartition des enquêtées selon les moments critiques de lavage des mains

Flaques d'eau dans la parcelle	Effectifs (n=150)	Pourcentage (%)
Oui	83	55,3
Non	67	44,7

Il ressort du tableau 3.23. que 55,3% des enquêtées ont de flaques d'eau dans leurs parcelles contre 44,7% qui n'en ont pas.

III.1.2. Analyse bivariée

Tableau 3.24 : Recherche de lien entre l'infection diarrhéique des enfants et les caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtées

STATUT MATRIMONIAL	INFECTION DIARRHEIQUE ENFANTS				X^2	ddl	p	Sign
	Oui	%	Non	%				
Célibataire	56	45,5	2	7,4	19,616	1	0,000	TS
Vit en couple	67	54,5	25	92,6				
Il existe un lien très significatif entre la souffrance de la diarrhée et le statut matrimonial des mères.								
Niveau d'études	Infection diarrhéique des enfants				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123							
Sans niveau	45	36	2	7,4				
Primaire	70	56,9	2	7,4				
Secondaire	8	6,5	23	85,2	150,0	2	0,000	TS
Universitaire								
Notre étude a ressorti un lien très significatif entre la souffrance de la diarrhée et le niveau d'études de nos enquêtées.								
Profession	Infection diarrhéique des enfants				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123							
Chômage	101	82,1	1	3,7				
Secteur informel	12	9,6	2	7,4	100,560	2	0,000	TS
Secteur informel	12	9,6	2	7,4				
Employée ou cadre	10	8,1	24	88,9				
Notre étude a ressorti un lien très significatif entre la profession et l'infection diarrhéique des enfants.								

Tableau 3.25. Recherche de lien entre l'infection diarrhéique des enfants et le niveau des connaissances, attitudes et pratiques de nos enquêtées

Connaissance de la définition de la diarrhée	Infection diarrhéique des enfants				X^2	ddl	p	Sign
	Oui	%	Non	%				

	n=123		n=27					
Emission des selles liquides à une fréquence de plus de 3 fois par jour	26	21,1	2					
Emission des selles glairosanguinolente	53	43,1	1	3,7				
Emission de selles molles verdâtre	5	4,1	2	7,4				
Emission des selles à une haute fréquence	39	31,7	22	81,5	41,907	3	0,000	TS
Le lien entre l'infection diarrhée et la connaissance de la définition de la diarrhée par nos enquêtées est très significatif								
Causes de la diarrhées	La souffrance de la diarrhée				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Aliments	7	0,57	1	3,7				
Eau souillée	20	12,2	1	3,7				
Infection	36	29,26	2	7,4				
Sortie des dents de lait	60	48,8	23	85,2	23,844	3	0,000	TS
Le lien entre l'infection de la diarrhée et la connaissance des causes de la diarrhée est très significatif								
Dans les deux dernières semaines	L'infection de la diarrhée				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Oui	23	18,6	3	11,1				
Non	100	81,4	24	88,9	65,854	1	0,000	TS
Notre étude a ressorti un lien très significatif entre l'infection de la diarrhée et le fait d'avoir déjà entendu parler de la diarrhée.								
Canal d'information	L'infection de la diarrhée				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Médias	56	45,5	1	3,7				
Relais communautaire	38	30,89	1	3,7				
Voisins	22	17,89	3	11,1				
Personnel Médical	7	5,69	22	81,5	112	3	0,000	TS
Le lien entre l'infection de la diarrhée et le canal d'information de nos enquêtées est très significatif								
La pratique en cas de la diarrhée	L'infection de la diarrhée				X^2	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Infusion	20	16,3	2	7,4				
Solution sucrée salée	27	21,9	2	7,4				
Jus de fruits ou de légumes	44	36,6	3	11,1				
Pas de réhydratation	30	24,4	2	7,4				
Sro	1	0,8	11	40,7				
Zinc	1	0,8	7	25,9	143,548	5	0,000	TS
Le lien entre l'infection diarrhéique et ce que nos enquêtées font en cas de diarrhée de leurs enfants est très significatif								

Décès	L'infection de la diarrhée				X ²	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Oui	78	63,4	5	18,5				
Non	45	36,6	22	81,5	35,67	1	0,000	TS
Le lien entre l'infection de la diarrhée et l'existence des cas des décès dans les ménages de nos enquêtées est très significatif								

Tableau 3.26. Le lien entre l'infection de la diarrhée et le type de point d'eau qui dessert les ménages de nos enquêtées

Le type de point d'eau	Infection de la diarrhée				X ²	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Robinet	81	65,9	2	7,4				
Forage	29	23,6	2	7,4				
Rivière	5	4,1	2	7,4				
La pluie	3	2,4	21	77,8	31,216	4	0,000	TS
Le lien entre l'infection de la Diarrhée et le type de point d'eau qui dessert le quartier est très significatif								
Etat du point d'eau	Infection de la diarrhée				X ²	ddl	p	Sign
	Oui n=123	%	Non n=27	%				
Bon	25	20,3	2	7,4				
Très bon	56	45,5	2	7,4				
Médiocre	42	34,1	23	85,2	38,853	2	0,000	TS
Le lien entre l'infection de la Diarrhée et l'état du point d'eau est très significatif								

IV. DISCUSSION

IV. 1. Profil sociodémographique

Notre étude a soumis 150 mères des enfants de moins de cinq ans au questionnaire sur les maladies diarrhéiques et a ressorti que la tranche d'âge des mères la plus représentée est celle de 26-31 ans avec 28,7%. La moyenne d'âge est de 29 ans plus ou moins écart type de 7. Ce taux est 3 fois supérieur à celui trouvé par NGWE et al. (2007) lors d'une étude réalisée à Ebolowa dans la région au sud du Cameroun où la fréquence était de 10,9%. Par ailleurs il est proche de celui trouvé par Parfaite Mbongo Matembe en 2015 dans son étude sur les déterminants des maladies hydriques chez les enfants de 0 - 5 ans où la tranche d'âge des sondées 28-33 était la plus représentée en termes de fréquence avec 29,2%. Ce qui nous permet d'expliquer notre résultat en ce sens qu'il serait dû au fait que la majorité de nos enquêtées étaient des mères jeunes.

S'agissant du statut matrimonial de nos enquêtées ; notre étude a ressorti 95 mères soit 37,3% des mères qui mènent une vie en couple contre les célibataires avec 62,3%. Ce résultat serait contradictoire à celui trouvé par Abimana au Rwanda en 2016 où il a démontré que les enfants issus des mères célibataires étaient plus exposés aux maladies diarrhéiques que ceux issus des mères vivant en couple. Toutefois nous pensons que le caractère aléatoire de notre sondage en justifierait. En ce qui concerne le niveau d'étude et la profession, notre étude a dégagé des proportions de 72 % des mères (sans niveau et primaire) et celles de 66,7%) des mères au chômage. C'est un score aberrant aux idées nobles de M.C. Omanyondo dans son cours de Santé Familiale où elle explique ce qui suit : plus on a un niveau d'étude élevé, plus on a la chance d'entrer en information qui vous maintient en bonne santé ; plus on a étudié, plus on a la chance d'avoir un bon boulot(travail) et par conséquent on a un bon revenu capable de faire face aux maladies en termes de

prévention et traitement. Cependant, il y'a un grand paradoxe. Plus on gagne sa vie moins on se propage !

IV.2. Quant aux connaissances

Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des mères (47,3%) ne connaissaient pas très bien la définition, la prévention, la gestion de la diarrhée à domicile chez les enfants de moins de 5 ans. Des résultats similaires ont été observés à Kashan en Iran (28,8%), à FagitaleKoma en Ethiopie (56,2%) et à Assosa en Ethiopie (37,5%). Par contre ce résultat est nettement inférieur à Fenoteselam, Ethiopie (65,9%), ceci est principalement dû au fait du manque d'information et d'éducation des mères face à la diarrhée aiguë du tout petit (0 - 5ans), la plupart des mères (79,8%) ont du mal à définir la diarrhée (selles molles et/ou sanguinolents ou verdâtres indépendamment du nombre d'évacuation par jour). Ce qui est beaucoup plus élevé que d'autres études effectuées à Fagitalekoma, en Ethiopie (65,4%), à Karachi, au Pakistan (52,5%). En ce qui concerne les causes de la Diarrhée : Notre étude a ressortir eau souillée (50,8%), la sortie des dents de l'enfant (43,75%), infection et les aliment souillés (6,25%). En termes de conséquences, notre étude cite déshydratation (61,2%) la fatigue soit (26,9%), fièvre (8,6%) et enfin les convulsions ou troubles neurologiques(3,2%).

Il a été constaté dans notre étude que le jeune âge de la mère ($p=0000$), le bas niveau d'instruction des parents ($p=0,0028$), une mère élevant seule ses enfants ($p=0,0217$), une famille nombreuse avec au moins 3 enfants dans la famille ($p=0,000$) ont beaucoup influencé des mères face à la diarrhée comme l'avait déclaré Clark et al, en République démocratique du Congo, notre pays qu'il existe une relation étroite entre le statut matrimonial et la mortalité néonatale et infantile (17). Pour Ntoimo, le fait d'être une mère célibataire est un facteur de risque pour le statut nutritionnel et les échéances de suivi avant 5 ans.

En Afrique subsaharienne (18) les conditions éducatives des parents sont également un des facteurs d'inégalité de santé chez l'enfant (17,18). 51,3 % des enquêtées ont perdu les enfants à cause de la diarrhée En 2012, un enfant dont la mère n'a reçu aucune instruction court 1,5 fois le risque de mourir avant l'âge de 5 ans (18), la parité apparait

également dans notre étude comme un facteur de risque élevé de mortalité rejoignant les résultats rapportés par d'autres études (18,19).

IV.3. attitudes et Pratiques

30% de nos enquêtées donnent aux enfants souffrant des diarrhées des jus des fruits ou légumes, 20% font le SRO, 18% le SSS ; 14% le Zinc et 13% infusion cette pratique est semblable à celle trouvée au Burundi par l'étude de Ndongale en 2007 où 27,2 %des mères avaient utilisé une solution maison lors d'une maladie diarrhéique de leurs enfants et 9,8% une solution de réhydratation orale. Le résultat est différent de la communauté de Heidedal (90%), du district de Tuang (83,6%), de la communauté de Sezazéland (97%) et celui de l'Afrique du Sud (20) où la SRO est fortement privilégiée. Cela a été expliqué par le mauvais goût du SRO d'après les mères enquêtées, le manque de connaissance du réel en jeu de la déshydratation dans la diarrhée et de la place du SRO dans le traitement de la diarrhée. Toujours en termes des pratiques et attitudes, notre étude a dégagé ce qui suit :

(54,6%) des mères ont des attitudes négatives vis-à-vis du point d'eau qui les dessert (84,7%) 77% de nos enquêtées ne traitent pas l'eau à la maison 64,7% des enquêtées n'ont pas de latrines ; 70 % n'ont pas de système de lavage des mains. 66% des mères ne lavent pas les mains après toute activité ayant impliqué les mains c'est la démonstration pure et simple des insuffisances en matière de gestion et prévention des maladies des mains sales. C'est aussi une preuve écrasante du non suivi des recommandations du traitement de la diarrhée, notamment la réhydratation par SRO (21-23). Le choix d'autres boissons pour la réhydratation est encore trop possible malgré une composition inadaptée ou inconnue en sucre et en d'autres éléments. Ces résultats sont les mêmes que ceux de Victor en Ethiopie d'après une enquête faite par des médecins sur la prise en charge de la diarrhée des enfants de moins de cinq ans. A part la réhydratation orale, la réalimentation précoce et la poursuite du lait maternel sont aussi préconisées (25,26) la plupart des mères ne connaissent pas ce concept dans notre étude. Les mêmes résultats ont été retrouvés par Djadou au Togo

[22] appuyé par l'étude faite par Vie et al en France (24) et Folquet en Côte d'Ivoire.

V. CONCLUSION

Les diarrhées sont des maladies graves, elles comptent parmi les maladies les plus fréquentes et les plus répandues dans le monde. Première cause de mortalité infantile dans les pays en développement, elles sont responsables d'une morbidité majeure avant l'âge de 5 ans, la moyenne mondiale étant estimée à 3,3 épisodes diarrhéiques par enfant et par an, avec des valeurs extrêmes de 1,5 aux Etats-Unis à plus de 9 dans les régions très défavorisées comme la RDC. La diarrhée, maladie que l'on peut prévenir et traiter, est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans.

La diarrhée tue 525000 enfants âgés de moins de cinq ans chaque année. L'accès à l'eau potable et un assainissement et une hygiène appropriés peuvent permettre d'éviter une proportion importante des maladies diarrhéiques cependant ils sont devenus rares en milieu communautaire. Il y a environ 1,7 milliard de cas de diarrhée de l'enfant chaque année dans le monde. La diarrhée est l'une des grandes causes de malnutrition chez l'enfant de moins de cinq ans. Les maladies diarrhéiques continuent d'être l'une de principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde en général, en Afrique et au sud du Sahara en particulier et concernent majoritairement les enfants de moins de cinq ans (UN 2011, AJ- Ghamdi et al 2009, Adjulk, et al 2006, Luby et al 2004, Buisson 2001, Who 1999). La mortalité imputable aux diarrhées survient à 80 % au cours des 2 premières années de la vie.

Elle résulte surtout de la déshydratation qui

accompagne toute diarrhée aiguë, mais aussi de la malnutrition, aggravée par chaque épisode diarrhéique et qui accroît le risque de décès par diarrhée. Bien que les causes bactériennes soient prédominantes dans l'étiologie des diarrhées, il n'est généralement pas nécessaire d'employer les antibiotiques pour en obtenir la guérison.

La prise en charge thérapeutique des malades diarrhéiques a pour objectif principal de supprimer la mortalité et pour objectifs secondaires de réduire la durée des symptômes et d'éviter la diffusion d'agents infectieux dans l'entourage des malades. Le lavage des mains à l'eau et au savon avant chaque prise d'aliments et après chaque défécation doit être inlassablement enseigné, illustré et répété, le développement de vaccins spécifiquement dirigés contre les agents entériques fait partie des objectifs prioritaires de l'OMS. Les 5 principaux objectifs sont les diarrhées à rotavirus, le choléra, les shigelloses, la fièvre typhoïde et les infections à Escherichia Coli Entéro Toxinogènes (ECET). La désinfection des excréta doit être assurée partout où l'on ne dispose pas d'un réseau d'évacuation des matières usées. La lutte contre les mouches doit toujours être associée aux mesures d'hygiène et d'assainissement. Toutes ces mesures relèvent de l'éducation sanitaire et sont détaillées dans des guides pratiques diffusés par l'OMS.

La Zone de Santé est caractérisée par l'insalubrité du milieu. Plusieurs caniveaux sont bouchés, les aliments non couverts sont vendus aux bordures des routes, exposés aux mouches, ce qui entraînent plusieurs maladies des mains sales comme la diarrhée, l'amibiase, la fièvre typhoïde, les verminoses, etc...Surtout chez les tout petits enfants. Le malewa se vend partout dans des conditions non hygiéniques. Les mères sont peu instruites et vont

rarement à la CPN. Ces tout petits consomment de la boire.

Plusieurs facteurs sont donc épinglés comme étant à la base de ces maladies entre-autres, déterminants Sociaux Démocratiques, l'environnement, hygiène et assainissement, connaissances, attitudes et pratiques des mères. L'Aire Santé n'est pas suffisamment connectée à la Regideso. La population consomme l'eau de pluie, ou puits souvent impropre à la consommation.

La réhydratation orale et la réalimentation précoce sont les deux piliers de la prise en charge d'une diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. Le rôle des mères est bien défini dans la gestion de cette maladie.

Au terme de cette étude, il apparaît que les comportements des mères sont inadéquats face à la diarrhée et l'absence ou l'insuffisance de mesures préventives explique la fréquence encore très élevée de la mortalité imputée à cette pathologie. C'est ainsi que nous confirmons notre hypothèse de départ et par la même occasion et pensons avoir atteint nos objectifs.

SUGGESTIONS

Que les autorités Sanitaires pensent à implanter à la zone de santé Lukonga, le Programme de la lutte contre les maladies dont les diarrhées, De rendre disponible le Sérum de Réhydratation Orale aux niveaux de structures de prise en charge ; Apprendre aux mères les mesures préventives pour lutter contre les diarrhées ; Une communication aisée sur les directives de prise en charge des diarrhées aux mères conduira probablement à de bonnes attitudes et pratiques avec un impact positif sur la morbidité et

moralité infantiles au Kasai central en général et en particulier à la ZS ; L'Etat Congolais devra mettre à la disposition de cette communauté les infrastructures pour assurer de manière équitable avec un coût abordable des services en eau, hygiène et assainissement de qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jean-Noël Poda, Raül Gagliardi, Franck O. Kam et Anatole T. Niameogo, « La perception des populations des maladies diarrhéiques au Burkina Faso : une piste pour l'éducation aux problèmes de santé », *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]*, Volume 4 Numéro 1 | mai 2003, mis en ligne le 01 mai 2003, consulté le 02 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/vertigo/4842> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/vertigo.4842> Jean-Noël Poda IRSS/CNRST 03 B.P.7047 ; Tél.: (226) 36 32 15 Ouagadougou Burkina Faso pod ai n 1 @y a hoo. Fr.
2. *Perception des maladies diarrhéiques et impact sur les itinéraires thérapeutiques chez les populations du bassin versant de Yitenga au Burkina Faso* (S. YONKEU, Z. BOURAIMA, J. WETHE, A.FI. MAIGA, H. YACOUBA, J. N. PODA, K. DEYINGBA, Z. TOURE, Ph. COMPAORE, N. GANSORE, A. B. DJOTSA et M. MAMPOUYA, Groupe des Écoles Inter-États d'Ingénieurs et de Techniciens Supérieurs d'Équipement Rural de Ouagadougou (Burkina Faso))
3. *Introduction des vaccins antirotavirus dans le calendrier vaccinal du nourrisson, fiches techniques*, Min. Sté, (2019), Gavi, OMS, Bill et Melinda Gates fondation, PATH, RAVIN, USAID, UNICEF
4. *Dictionnaire français* (2012)
5. *Maladies diarrhéiques*, OMS/E. KABAMBI, Avril 2021, News release
6. *Etude des diarrhées en milieu périurbain à l'approche écosanté*, [https : //clcl.org/10.4000/vertigo.14976](https://clcl.org/10.4000/vertigo.14976), 2017.
7. *Dossier : santé et environnement*, Eric Duchemin et Marie-Pascale Sassine.
8. *Etude de LUKANGA MATOKA* (2012)
9. *Etude de NTEMBWE MWAMBI* (2013)
10. (Yves Buisson Académie Nationale de Médecine 318 PUBLICATIONS 3,071 CITATIONS)
11. (S. YONKEU, Z. BOURAIMA, J. WETHE, A.H. MAIGA, H. YACOUBA, J. N.

- PODA, K. DEYINGBA, Z. TOURE, Ph. COMPAORE, N. GANSORE, A. B. DJOTSA et M. MAMPOUYA, Groupe des Écoles Inter- États d'Ingénieurs et de Techniciens Supérieurs d'Équipement Rural de Ouagadougou (Burkina Faso)
12. UN 2011, AJ-Ghamdi et al 2009, Adjulk, et al 2006, Luby et al 2004, Buisson 2001, Who 1999).
 13. 13. Atlas (2012), Programme National « Villages et Ecoles Assaini »
 14. Rocha MCGS da et al. Acute diarrhea in hospitalized children of the municipality of juiz de fora, MG, Brazil: prevalence and risk factors associated with disease severity. *Arq Gastroenterol.* 2012; 49: 259-265.
 15. Fuller JA, Clasen T, Heijnen M, Eisenberg JN. Shared Sanitation and the Prevalence of Diarrheal Young Children: Evidence from 51 Countries, 2001-2011. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2014, 91, 173-180.
 16. Hirai M, Roess A, Huang C, Graham J. Exploring geographic distributions of high-risk water, sanitation, and hygiene practices and their association with child diarrhea in Uganda. *Glob. Health Action* 2016, 9, 32833.
 17. Sevilimedu V, Pressley KD, Snook KR, Hogges J V., Politis MD, Sexton JK, et al. Gender-based differences in water, sanitation and hygiene-related diarrheal disease and helminthic infections: a systematic review and meta-analysis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2017; 637-648.
 18. Woldu W, Bitew BD, Gizaw Z. Facteurs socioéconomiques associés aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans de la population nomade du nord-est de l'Éthiopie. *Trop Med Health*, 2016; 44: 40
 19. Zhifei He, Ghose Bishwajit ID, Dongsheng Zou et al, D- Burden of Common Childhood Diseases in Relation to Improved Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) among Nigerian Children, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1241.
 20. Bener A, Ehlayel MS, Abdulrahman HM. Exclusive breast feeding and prevention of diarrheal diseases: a study in Qatar. *Rev Bras Sau 'de Matern Infant.* 2011; 11: 83-87.
 21. Zeleke T, Alemu ZA. Determinants of under-five childhood diarrhea in Kotebe health center, Yeka Sub City, Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *Glob J Medical Research.* 2014;14(4).
 22. Gebru T, Taha M, Kassahun W. Risk factors of diarrhoeal disease in underfive children among health extension model and non-model families in Sheko district rural community, South west Ethiopia: comparative cross sectional study. *BMC Pub Health.* 2014;14(1):1.
 23. Azage M, Kumie A, Worku A, Bagtzoglou AC. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara region, Northwest Ethiopia: a multilevel modeling. *J Health Popul Nutr.* 2016;35(1):1.
 24. Mohammed S, Tamiru D. The burden of diarrheal diseases among children under five years of age in Arba Minch District, southern Ethiopia, and associated risk factors: a cross-sectional study. *International Scholarly Research Notices* 2014, 2014.
 25. Potgieter N, Becker PJ, Ehlers MM, Evaluation of the CDC safe water-storage intervention to improve the microbiological quality of point-of-used rinking water in rural communities in South Africa. *WaterS.A.* 2009, 35, 505-516.
 26. Mellor JE, Smith JA, Samie A, Dillingham RA, Coliform sources and mechanisms for regrowth in household drinking water in Limpopo, South Africa. *J. Environ. Eng. (New York)* 2013, 139, 1152-1161.
 27. Kapwata T, Mathee A, Le Roux WJ, Wright CY, Diarrhoeal Disease in Relation to Possible Household Risk Factors in South African Villages, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1665.
 28. Shaheed A, Orgill J, Montgomery MA, Jeuland MA, Brown J. Why "improved" water sources are not always safe? *Bull World Health Organ.* 2014;92:283-9.
 29. Shields KF, Bain RE, Cronk R, Wright JA, Bartram J. Association of Supply Type with fecal contamination of source water and household stored drinking water in developing countries: a Bivariate meta-analysis. *Environ Health Perspect.* 2015;123(12):1222-31.
 30. Carter E, Bryce J, Perin J, et al. Harmful practices in the management of childhood diarrhea in low and middle-income countries : A systematic review. *BMC Public Health.* 2015; 15:(788):1-34.

3725

* CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SUR LES MALADIES DIARRHEIQUES DANS LA ZONE DE SANTE DE LUKONGA, VILLE DE KANANGA / KASAI CENTRAL / RD CONGO.