

Facteurs favorisant les maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans en commune II du district de Bamako au Mali***Supporting factors of diarrhoea diseases in the children under 5 years in commune II of the Bamako district in Mali***DIAKITE FL F¹, AG IKNANE A², DIAWARA F², COULIBALY D³, KOITE Nina NL³, DIARRA S⁴, SIMAGA T⁵,³¹ Maître assistante en pédiatrie, Faculté de Faculté de médecine et d'Odontostomatologie, USTTB, Bamako, (Mali).² Assistante en Epidémiologie, Faculté de Pharmacie, USTTB, Bamako (Mali)³ Professeur en santé Publique-nutrition, Faculté de Pharmacie, USTTB, Bamako (Mali)⁴ Assistants en Nutrition, Faculté de Pharmacie, USTTB, Bamako (Mali).⁵ Attaché de recherche, Hôpital du Mali, Bamako (Mali).**Résumé**

Les diarrhées demeurent un véritable problème de santé publique par qu'elles constituent la deuxième cause de mortalité des moins de 5 ans. En milieu tropical, des études montrent plusieurs facteurs concourent à la fréquence et à la gravité des diarrhées. C'est dans un tel contexte que la présente étude des facteurs favorisant les maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans en commune II du district de Bamako a été réalisée.

Matériels et méthodes : Une étude transversale par sondage en grappe ayant concerné 200 mères d'enfant de 0-5 ans, de novembre 2015 à octobre 2016. Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour avec un niveau de confiance de 95%.

Résultats

Les femmes mariées représentaient 85,5% de notre échantillon dont 47% n'avaient reçu aucune instruction. Parmi les mères interrogées, 17% de leurs enfants avaient présenté au moins un épisode de diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Presque toutes les mères (94%) se lavaient les mains avant d'alimenter leurs enfants et 13% ne le fait pas après le nettoyage des enfants. Concernant la propreté de la concession, elle était mauvaise dans 23,5%. La majorité des mères (51%) ne connaissait pas la signification de la diarrhée, 43% les moyens de sa transmission et 28% avait une pratique inadéquate de la prise en charge de la diarrhée. Certains facteurs favoriseraient la survenue de la diarrhée comme les mauvaises pratiques d'hygiène, la mauvaise connaissance du sujet et l'alimentation inappropriée.

Conclusion : Notre étude a montré que la diarrhée était une maladie des mains sales, d'où l'intérêt de renforcer la sensibilisation des mères pour de meilleures pratiques en faveur du changement des comportements.

Mots clés : Diarrhée, Facteurs favorisant, Bamako, Mali

Abstract

Diarrhea remains a real public health problem as it is the second leading cause of under-five mortality. In tropical environments, studies show several factors contributing to the frequency and severity of diarrhea. It is in this context that the present study of the factors favoring diarrheal diseases in children from 0 to 5 years in commune II of Bamako district was carried out.

Material and methods

A cross-sectional cluster survey involving 200 mothers of children aged 0-5, from November 2015 to October 2016. The Pearson Chi² test was used for a 95% confidence level.

Results

Married women accounted for 85.5% of our sample, 47% of whom had no education. Of the mothers surveyed, 17% of their children had at least one episode of diarrhea in the two weeks preceding the survey. Almost all mothers (94%) washed their hands before feeding their children and 13% did not do so after cleaning the children. Regarding the cleanliness of the concession, it was bad in 23.5%. The majority of mothers (51%) did not know the significance of diarrhea, 43% reported the means of transmission, and 28% had inadequate practice in managing diarrhea. Factors such as poor hygiene practices, poor knowledge of the subject, and inappropriate nutrition may be associated with diarrhea.

Conclusion

Our study showed that diarrhea was a dirty hand disease, hence the importance of increasing mothers' awareness of best practice for behavior change.

Keywords: Diarrhea, Contributing factors, Bamako Mali

Introduction

La diarrhée est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité de l'enfant dans le monde. Elle représente la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans [1-3]. Annuellement, 1,9 million d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée sont enregistrés dans les pays en développement [2,4,5,6,7] et les statistiques en font une forte cause de mortalité entre la date de sevrage et l'âge de 5 ans [8]. Selon l'OMS, la probabilité de présenter une diarrhée est de 39,1% pour un africain au sud Sahara contre 7,2% dans les pays développés. Ainsi dans les pays à faible revenu, les enfants de moins de 3 ans souffrent en moyenne de 3 épisodes diarrhéiques par an. Chacun de ces épisodes les prive des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance. Par conséquent, la diarrhée est l'une des causes majeures de la malnutrition [1,9,10,11]. À l'échelle mondiale, l'eau potable manque à environ 780 millions d'êtres humains et 2,5 milliards n'ont pas accès à un assainissement de base [1]. Au Mali, la diarrhée constitue le 3^{ème} motif de consultation des enfants de moins de 5ans [12], et sa prévalence reste élevée ; en effet, 9% des enfants de moins de 5 ans avaient eu un épisode diarrhéique dans les 2 semaines précédant l'enquête EDSM-V, cette prévalence est particulièrement importante chez les nourrissons de 6-11 mois (12,8%) et de 12-23 mois (13%) [13] ; 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 pathogène [14]. Les interventions visant à prévenir la diarrhée, notamment l'accès à l'eau potable, l'utilisation de services d'assainissement améliorés et le lavage des mains au savon, peuvent réduire le risque de la maladie. Plusieurs études ont attribué le fardeau des maladies diarrhéiques à l'environnement et aux facteurs de risque associés en particulier l'accessibilité, la qualité et la conservation d'eau de boisson, les déficits d'hygiène [3,8, 15, 16, 17].

Matériels et méthodes

Notre étude a eu pour cadre, la commune II du district de Bamako. La commune II comprenait 12 (douze) quartiers qui s'étendaient sur une superficie de 18 Km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako (267 Km²). La population totale de la commune est estimée à 145200 habitants représentant la deuxième commune la moins peuplée du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale allant de novembre 2015 à octobre 2016 dans la commune II du district de Bamako au Mali. Au total, 200 mères d'enfant de 0-5 ans ont été incluses dans cette étude et les sujets ont été recrutés par la technique d'échantillonnage en grappe.

Identification des mères d'enfants de 0 à 5 ans à enquêter

Dans chaque quartier, l'enquêteur se plaçait devant la

maison du chef de quartier et jetait un Bic dont le capuchon montrait la direction des concessions à visiter.

Toutes les concessions situées dans la direction choisie étaient visitées l'une après l'autre en allant toujours à droite, et de proche en proche jusqu'à avoir le nombre de grappes prévu pour le quartier.

Dans chaque concession, le 1^{er} enfant de 0 à 5 ans rencontré était retenu et la mère enquêtée. Si au bout de la direction empruntée, le nombre de mères d'enfant de 0-5 ans à enquêter n'est pas atteint, l'enquêteur se tournait à droite et visitait toujours les concessions à droite jusqu'à l'atteinte du nombre déterminé pour le quartier. Si la mère d'un enfant retenu était absente, cet enfant était exclu et l'enquêteur passait à la concession suivante.

Les données ont été collectées sur la base des différents outils de collecte des données (guide d'entretien individuel, fiche d'exploitation, grille d'observation).

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 20.0. Le Khi2 de Pearson a été utilisé comme test statistique pour apprécier les liens entre les différents facteurs (comparaison des proportions) avec un seuil de signification de 5%. Les considérations éthiques ont été prises en compte.

RESULTATS

Pour les caractéristiques sociodémographiques des mères

La plus grande majorité des mères soit 85,5% était mariée dont 42% avaient un âge compris entre 20 et 29 ans suivie par celle de moins de 20 ans avec 25,5%.

Plus de la moitié (57%) était des femmes au foyer ; 47% n'avaient reçu aucune instruction et 30,5% n'ont pas dépassé le niveau primaire. Quant à leur profession, les ménagères étaient majoritaires, suivies des commerçantes soit respectivement 57 %, et de 21%. (Figure 1)

Concernant la prévalence, les pratiques d'hygiène et connaissances, attitudes, pratiques des mères face à la diarrhée :

Parmi les mères interrogées il ressort que 17% de leurs enfants ont présenté au moins un épisode de diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Presque toutes les mères (94%) se lavaient les mains avant d'alimenter leurs enfants et 13% ne le font pas après le nettoyage des enfants. Concernant la propreté de la concession elle était mauvaise dans 23,5%.

La moitié des mères (51%) ne connaissait pas la signification de la diarrhée. Concernant la connaissance des mères par rapport aux moyens de transmission de la diarrhée, il ressort que 43% des mères ont une mauvaise connaissance des moyens de transmission de la diarrhée. Au niveau de la conduite suivie par les mères, il ressort que les mères ont eu une conduite adéquate dans 72,0% des cas. (Tableau I)

Relation entre la diarrhée et certains facteurs :

L'allaitement mixte a été retrouvé comme majoritairement associée à la diarrhée dans 74 %, de même que le sevrage avant l'âge de 6 mois dans 50% ; l'association était significative $p = 0,014$, $p = 0,011$.

La prévalence de la diarrhée a été plus élevée chez les enfants dont les mères effectuaient un mauvais lavage des mains avant de donner à manger à leurs enfants (50%) et ceux qui ne lavaient pas après les besoins de leurs enfants (42%) et la différence était statistiquement significative avec ($p=0.000$).

Nous avons trouvé une fréquence élevée de diarrhée chez les enfants dont la conservation de l'eau de boisson se faisait dans des récipients inappropriés (44%), que ceux dont la conservation de l'eau était appropriée avec ($p=0,003$).

Le nombre de diarrhée a été plus élevé chez les enfants habitant dans une concession sale, que ceux dont la concession était propre ($p =0,027$).

Les mauvaises connaissances du sujet comme celle des mesures de prévention et des moyens de transmission de la diarrhée étaient significativement associées à une prévalence élevée de la diarrhée dans 29% ($p =0,000$), et 31% ($p =0,000$). (Tableau 2).

Commentaires et Discussion**Approche méthodologique**

Nous avons réalisé une étude transversale. Ce type d'étude permet de faire le point d'une question donnée dans un milieu donné, pendant une période donnée en tenant compte des réalités du terrain. Nous avons utilisé les données d'une enquête que nous avons effectuée dans les quartiers urbains de la commune II. Les données de cette enquête ont été recueillies selon une collecte prospective à partir d'un questionnaire dressé à cet effet qui a concerné 200 mères d'enfants de moins de 5 ans. Notre étude résume l'essentiel sur l'étude des facteurs favorisant les maladies diarrhéiques en milieu urbain au Mali.

Limites et difficultés rencontrées

Au cours de notre étude, nous nous sommes heurtés à des problèmes tels que la réticence des mères à répondre aux questions jugées délicates et personnelles et la crainte de certaines mères d'être fichées comme n'étant pas des mères à la hauteur. Malgré ces limites l'explication du but de notre travail nous a permis d'étudier les facteurs favorisant les maladies diarrhéiques en commune II du district de Bamako.

Les commentaires suivants peuvent être faits par rapport à nos résultats.

Caractéristiques sociodémographiques des mères

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était majoritaire avec 42,0% suivie par celle de moins de 20 ans avec 25,5%. Ce qui est le reflet de la population malienne [13].

Les mères illettrées étaient majoritaires avec 47% suivie de celle de niveaux d'étude fondamentale 30,5%. Le niveau d'instruction est facteur de risque il est démontré

que la probabilité d'apparition de diarrhée était 2,5 fois plus élevée chez les enfants dont les mères n'avaient aucune éducation formelle [18].

Prévalence de la diarrhée

Nous avons enregistré comme cible 200 mères d'enfants de 0 à 5 ans. Sur cet échantillon 34 enfants ont présenté au moins un épisode de diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête, soit une prévalence de 17,0%, au Nigeria elle est de 11,9% [19] et en dessous de celle de Ouganda où un quart (25%) des nourrissons auraient souffert de diarrhée.

Données sur la connaissance, attitudes et pratiques des mères face à la diarrhée

Concernant la connaissance des mères par rapport aux moyens de transmission de la diarrhée, il ressort que 57 % des mères ont une mauvaise connaissance des moyens de transmission de la diarrhée, car elles évoquent principalement ingestion d'eau, d'aliment contaminé et dentition. Afin de minimiser l'ampleur des maladies diarrhéiques chez les enfants, il est recommandé de concevoir et d'appliquer diverses stratégies de prévention surtout l'éducation sanitaire.

Au niveau de la conduite suivie par les mères, il ressort que les mères ont eu une conduite adéquate dans 72,0% des cas. Donc le premier recours en cas de diarrhée est une structure sanitaire ce qui reste un point positif qu'il faudra renforcer par des mesures préventives.

Données sur la relation entre la diarrhée et certains facteurs de notre étude

Il ressort de notre étude que certains facteurs ont présenté une association significative par rapport à la survenue de la diarrhée.

De ce fait l'allaitement mixte a été retrouvé comme majoritairement associé à la diarrhée dans 74 %. Ce qui nous permet d'affirmer que le type d'allaitement influe sur la survenue de la diarrhée. L'allaitement maternel et l'initiation à une alimentation complémentaire au 6ème mois fournissent des facteurs de protection susceptibles de contribuer à réduire diverses infections, dont la diarrhée. Ils renforcent également l'immunité des enfants ce qui réduit indirectement le ou les organismes responsables de la diarrhée introduits accidentellement dans les aliments d'appoint pendant les pratiques d'alimentation et en raison de procédures non hygiéniques lors de la préparation des aliments, matériaux et types d'eau utilisés. Ainsi différentes études ont retrouvé que le non respect de l'allaitement exclusif est un facteur de taille dans la survenue de la diarrhée [20, 21].

Les facteurs liés à l'hygiène ont montré leur rapport étroit avec la diarrhée : tel que le mauvais lavage des mains des mères avant l'alimentation des enfants qui se retrouvent dans 50% des diarrhées avec un test statistique significatif. L'insuffisance de cette pratique l'hygiène a été retrouvée dans l'enquête démographique

de santé du Mali en 2012 (EDSM-V) montre que le bon lavage des mains était pratiqué dans seulement par 26 % des ménages visités [13]. Le même constat a été retrouvé que les mères ne lavaient pas leurs mains aux moments importants [22 - 24]

La survenue de la diarrhée dans les pays à faible revenu est liée principalement à la pauvreté dit fait qu'elle est associée le plus souvent à des situations précaires avec des manques d'eau potable, d'hygiène et la non fréquentation des structures sanitaires [3, 8, 15, 16, 17].

Nous avons trouvé une fréquence élevée de diarrhée chez les enfants dont la conservation de l'eau de boisson se faisait dans des récipients inappropriés (44%), qui ont avoué ne pas laver le récipient de conservation d'eau de boisson affirmant pour la plupart que le savon donnait une odeur et un goût à l'eau.

Nous avons retrouvé une prévalence élevée de la diarrhée significative chez les enfants dont la cour n'était pas propre. Cela pourrait se justifier par le fait que les enfants enquêtés avaient comme terrain de jeux favoris la cour de leur concession.

Les résultats d'études ont montré que la mauvaise d'hygiène et d'assainissement, la mauvaise qualité de même que les problèmes d'approvisionnement et de stockage de l'eau potable ont été identifiés comme facteurs de risque augmentant la prévalence, la morbidité et la mortalité des maladies diarrhéiques [25 - 29]. Les mauvaises connaissances du sujet comme celle des mesures de prévention et des moyens de transmission

de la diarrhée étaient associées à une prévalence élevée de la diarrhée dans 29% et 31% ; l'association était fortement significative.

La bonne connaissance du sujet par les mères permet d'éviter les quatre mauvaises pratiques courantes rapportées dans la gestion de la diarrhée qui sont la restriction des liquides, des apports alimentaires et du lait maternel pendant les épisodes diarrhéiques et l'utilisation non adaptée des médicaments [30].

CONCLUSION

Notre étude montre une prévalence élevée de la diarrhée chez les enfants. Il ressort que certains facteurs favoriseraient la survenue de la diarrhée comme les mauvaises pratiques d'hygiène, la mauvaise connaissance du sujet et l'alimentation inappropriée. Nous reconnaissons la complexité des facteurs qui conduisent à la prévalence de la diarrhée, ce qui rend difficile la prédiction de leur contribution à un degré élevé de précision. Ainsi la base est d'instaurer une pratique alimentaire appropriée, un bon assainissement du milieu, la prise d'eau potable bien conservée et les pratiques d'hygiènes élémentaires sont les mesures préventives les plus efficaces. En effet le renforcement les actions de changement favorable des comportements des mères et de la communauté est essentiel pour le réduire le fardeau de cette affection.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé Les maladies diarrhéiques. Aide-mémoire n°330; Mai 2017. Accessible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/> et consulté le 10/09/2017
2. WHO/UNICEF, [Stop the Cycle of Diarrheal Disease - DefeatDD](#) Maternal Child Epidemiology Estimation. (MCEE), published Dec. 2016 http://report.defeatdd.org/wp-content/uploads/2018/01/101721-008_DefeatDD_Report_v4r13.pdf et consulté le 10/08/2018
3. World Health Organization. World Water Day Report. Available online: http://www.who.int/water_sanitation_health/takingcharge.html (accessed on 10 April 2017).
4. Tubatsi G, Bonyongo MC, Gondwe M. Water use practices, water quality, and households' diarrheal encounters in communities along the Boro-Thamalakane-Boteti river system, Northern Botswana. *J Health Popul Nutr. Journal of Health, Population and Nutrition*; 2015; 33: 21
5. David E B, Guimarães S, de Oliveira AP, Goulart de Oliveira-Sequeira TC, Nogueira Bittencourt G, Moraes Nardi AR, et al. Molecular characterization of intestinal protozoa in two poor communities in the State of São Paulo, Brazil. *Parasit Vectors*. 2015; 8: 103.
6. Walker CLF, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, O'Brien KL, Campbell H, Black RE. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet*. 2013; 381 (9875) :1405–16.
7. Perez-Heydrich C, Furgurson JM, Giebultowicz S, Winston JJ, Yunus M, Streatfield PK, et al. Social and spatial processes associated with childhood diarrheal disease in Matlab, Bangladesh. *Health Place*. 2013; 19: 45-52.
8. Norman G, Pedley S, Takkouche B. Effects of sewerage on diarrhoea and enteric infections: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis*. 2010, 10, 536-544.
9. Cumming O, Cairncross S. Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Matern. Child Nutr*. 2016, 12 (Suppl. 1), 91–105.
10. Perez-Heydrich C, Furgurson JM, Giebultowicz S, Winston JJ, Yunus M, Streatfield PK, et al. Social and spatial processes associated with childhood diarrheal disease in Matlab, Bangladesh. *Health Place*. 2013; 19: 45-52.
11. Mbuya MNN, Humphrey JH. Preventing environmental enteric dysfunction through improved water, sanitation and hygiene: an opportunity for stunting reduction in developing countries. *Matern Child Nutr*. 2016; 12: 106-120.
12. Ministère de la santé du Mali: Annuaire statistique 2005. Accessible sur: <http://www.sante.gov.ml/docs/pdf/slis2005.pdf> (consulté le 10/08 2018).
13. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International,

2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. Bamako, 2014, P20.
- 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 Disease in 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 under-five 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-use drinking 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.

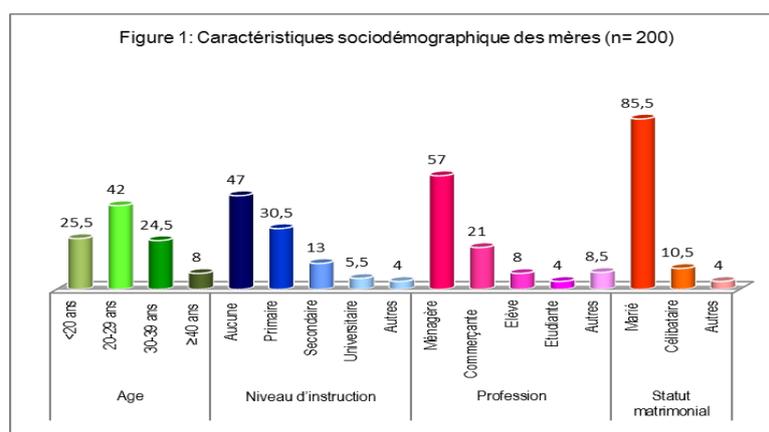


Tableau I : Pratiques d'hygiènes et connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la diarrhée

Pratiques d'hygiènes et CAP des mères face à la diarrhée (n=200)	Effectif	%
Propreté de la concession		
Bonne	91	45,5
Mauvaise	109	54,5
Propreté de la cuisine		
Bonne	136	68
Mauvaise	64	32
Définition de la diarrhée		
Bonne	98	49
Mauvaise	102	51
Moyens de transmission connus		
Bonne connaissance	114	57
Mauvaise connaissance	86	43
Mesures préventives		
Bonne	108	54
Mauvaise	92	46
Conduite face à la diarrhée de l'enfant		
Conduite adéquate	144	72
Conduite inadéquate	56	28

Tableau II : Relation entre la diarrhée et certains facteurs

Relation entre la diarrhée et pratiques alimentaires	DIARRHEE		P
	Présence n (%)	Absence n (%)	
Mode d'allaitement			
Sein exclusif	18 (12)	128 (88)	0,014
Artificiel	1 (15)	3 (75)	
Mixte	37 (74)	13 (26)	
Age de sevrage			
Bon (Plus de 6 mois)	30 (16)	162 (84)	0,011
Mauvais (Entre 4-6mois)	4 (50)	4 (50)	
Lavage des mains avant de donner à manger			
Oui	28 (15)	160 (85)	0,02
Non	6 (50)	6 (50)	
Lavage des mains après toilette des enfants			
Oui	23 (13)	151 (87)	0,000
Non	11 (42)	15 (58)	
Conservation de l'eau de boisson			
Récipient propre	27 (15)	157 (85)	0,003
Récipient inapproprié	7 (44)	9 (56)	
Propreté des concessions			
Bonne	21 (14)	132 (86)	0,027
Mauvaise	13 (28)	34 (72)	