#### MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

#### REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL





N°1952/18

Année: 2017 – 2018

#### **THESE**

Présentée en vue de l'obtention du

#### DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

## Par **DANH TIEMOKO MODESTE**

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES : cas du quartier précaire" Nouvelle Jérusalem"Cocody-ABIDJAN

Soutenue publiquement le 05 Octobre 2018

#### **COMPOSITION DU JURY:**

Président : Madame AKE MICHELE, Professeur titulaire

Directeur de thèse : Madame SACKOU KOUAKOU JULIE, Maître de Conférences Agrégé

Assesseurs : Madame SANGARE TIGORI BEATRICE, Maître de Conférences Agrégé

Madame KOUASSI AGBESSI THERESE, Maître-assistante

## ADMINISTRATION ET PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

#### I. HONORARIAT

Directeurs/Doyens Honoraires : Professeur RAMBAUD André

Professeur FOURASTE Isabelle

Professeur BAMBA Moriféré

Professeur YAPO Abbé †

Professeur MALAN Kla Anglade

Professeur KONE Moussa †

Professeur ATINDEHOU Eugène

#### II. ADMINISTRATION

Directeur Professeur KONE-BAMBA Diénéba

Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie Professeur IRIE-N'GUESSAN Amenan

Sous-Directeur Chargé de la Recherche Professeur Ag DEMBELE Bamory

Secrétaire Principal Madame NADO-AKPRO Marie Josette

Documentaliste Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert

Intendant Monsieur GAHE Alphonse

Responsable de la Scolarité Madame DJEDJE Yolande

#### III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

#### 1- PROFESSEURS TITULAIRES

M. ABROGOUA Danho Pascal Pharmacie Clinique

Mmes AKE Michèle Chimie Analytique, Bromatologie

ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L. Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. DANO Djédjé Sébastien Toxicologie

INWOLEY Kokou André Immunologie

Mme KONE BAMBA Diéneba Pharmacognosie

M. KOUADIO Kouakou Luc Hydrologie, Santé Publique

Mme KOUAKOU-SIRANSY Gisèle Pharmacologie

MM. MALAN Kla Anglade Chimie Analytique., Contrôle de Qualité

## CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES : cas du quartier précaire" Nouvelle Jérusalem "Cocody-ABIDJAN

MENAN Eby Ignace Parasitologie - Mycologie

MONNET Dagui Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme SAWADOGO Duni Hématologie

M. YAVO William Parasitologie - Mycologie

#### 2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. AHIBOH Hugues Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme AKE-EDJEME N'guessan Angèle Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. AMARI Antoine Serge G. Législation

AMIN N'Cho Christophe Chimie Analytique

BONY François Nicaise Chimie Analytique

DALLY Laba Ismael Pharmacie Galénique

DEMBELE Bamory Immunologie

DJOHAN Vincent Parasitologie -Mycologie

GBASSI K. Gildas Chimie, Physique Générale

Mme IRIE-N'GUESSAN Amenan Pharmacologie

M. KOFFI Angely Armand Pharmacie Galénique

Mme KOUAKOU-SACKOU Julie Santé Publique

MM. KOUASSI Dinard Hématologie

LOUKOU Yao Guillaume Bactériologie-Virologie

OGA Agbaya Stéphane Santé Publique et Economie de la Santé

OUASSA Timothée Bactériologie-Virologie

OUATTARA Mahama Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

Mmes POLNEAU-VALLEE Sandrine Mathématiques-Statistiques in memorium

SANGARE TIGORI Béatrice Toxicologie

MM. YAPI Ange Désiré Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

ZINZENDORF Nanga Yessé Bactériologie-Virologie

#### **3- MAITRES ASSISTANTS**

MM. ADJAMBRI Adia Eusebé Hématologie

ADJOUNGOUA Attoli Léopold Pharmacognosie

Mmes ABOLI-AFFI Mihessé Roseline Immunologie

AKA ANY-GRAH Armelle Adjoua S. Pharmacie Galénique

ALLA-HOUNSA Annita Emeline Santé Publique

M. ANGORA Kpongbo Etienne Parasitologie - Mycologie

Mmes AYE-YAYO Mireille Hématologie

BAMBA-SANGARE Mahawa Biologie Générale

BARRO-KIKI Pulchérie Parasitologie - Mycologie

MM. CABLAN Mian N'Dédey Asher Bactériologie-Virologie

CLAON Jean Stéphane Santé Publique

Mmes DIAKITE Aïssata Toxicologie

FOFIE N'Guessan Bra Yvette Pharmacognosie

M. KASSI Kondo Fulgence Parasitologie-Mycologie

Mme KONAN-ATTIA Akissi Régine Santé Publique

M. KONAN Konan Jean Louis Biochimie et Biologie Moléculaire

Mmes KONATE Abibatou Parasitologie-Mycologie

KOUASSI-AGBESSI Thérèse Bactériologie-Virologie

MM. MANDA Pierre Toxicologie

N'GUESSAN Alain Pharmacie Galénique

Mme VANGA ABO Henriette Parasitologie-Mycologie

M. YAYO Sagou Eric Biochimie et Biologie Moléculaire

#### 4- ASSISTANTS

MM. ADIKO Aimé Cézaire Immunologie

AMICHIA Attoumou Magloire Pharmacologie

Mmes AKOUBET-OUAYOGODE Aminata Pharmacognosie

ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille Législation

APETE Sandrine Bactériologie-Virologie

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette Santé Publique

BLAO-N'GUESSAN Amoin Rebecca J. Hématologie

MM. BROU Amani Germain Chimie Analytique

BROU N'Guessan Aimé Pharmacie clinique

COULIBALY Songuigama Chimie organique, chimie Thérapeutique

MM. DJADJI Ayoman Thierry Lenoir Pharmacologie

DJATCHI Richmond Anderson Bactériologie-Virologie

Mmes DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Hématologie

DOTIA Tiepordan Agathe Bactériologie-Virologie

M. EFFO Kouakou Etienne Pharmacologie

Mme KABLAN-KASSI Hermance Hématologie

MM. KABRAN Tano Kouadio Mathieu Immunologie

KACOU Alain Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

KAMENAN Boua Alexis Thierry Pharmacologie

KOFFI Kouamé Santé Publique

KONAN Jean Fréjus Biophysique

Mme KONE Fatoumata Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. KOUAHO Avi Kadio Tanguy Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

KOUAKOU Sylvain Landry Pharmacologie

KOUAME Dénis Rodrigue Immunologie

KOUAME Jérôme Santé Publique

KPAIBE Sawa André Philippe Chimie Analytique

Mme KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde Bactériologie-Virologie

MM. LATHRO Joseph Serge Bactériologie-Virologie

MIEZAN Jean Sébastien Parasitologie-Mycologie

N'GBE Jean Verdier Toxicologie

N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

## CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES : cas du quartier précaire" Nouvelle Jérusalem "Cocody-ABIDJAN

Mmes N'GUESSAN Kakwokpo Clémence Pharmacie Galénique

N'GUESSAN-AMONKOU Anne Cynthia Législation

ODOH Alida Edwige Pharmacognosie

SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle Biochimie et Biologie moléculaire

SICA-DIAKITE Amelanh Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

TANOH-BEDIA Valérie Parasitologie-Mycologie

M. TRE Eric Serge Chimie Analytique

Mme TUO Awa Pharmacie Galénique

M. YAPO Assi Vincent De Paul Biologie Générale

Mme YAPO-YAO Carine Mireille Biochimie

#### 5- CHARGEES DE RECHERCHE

Mmes ADIKO N'dri Marcelline Pharmacognosie

OUATTARA N'gnôh Djénéba Santé Publique

#### 6- ATTACHE DE RECHERCHE

M. LIA Gnahoré José Arthur Pharmacie Galénique

#### 7- IN MEMORIUM

Feu KONE Moussa Professeur Titulaire

Feu YAPO Abbé Etienne Professeur Titulaire

Feu OUATTARA Lassina Professeur Titulaire

Feu COMOE Léopold Maître de Conférences Agrégé

Feu GUEU Kaman Maître-Assistant

Feu ALLADOUM Nambelbaye Assistant

Feu COULIBALY Sabali Assistant

Feu TRAORE Moussa Assistant

Feu YAPO Achou Pascal Assistant

#### IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES

1- PROFESSEURS

MM. DIAINE Charles Biophysique

OYETOLA Samuel Chimie Minérale

2- MAITRES DE CONFERENCES

MM. KOUAKOU Tanoh Hilaire Botanique et Cryptogamie

YAO N'Dri Athanase Pathologie Médicale

3- MAITRE-ASSISTANT

M. KONKON N'Dri Gilles Botanique, Cryptogamie

4- NON UNIVERSITAIRES

MM. AHOUSSI Daniel Ferdinand Secourisme

COULIBALY Gon Activité sportive

DEMPAH Anoh Joseph Zoologie

GOUEPO Evariste Techniques officinales

Mme KEI-BOGUINARD Isabelle Gestion

MM KOFFI ALEXIS Anglais

KOUA Amian Hygiène

KOUASSI Ambroise Management

N'GOZAN Marc Secourisme

KONAN Kouacou Diététique

Mme PAYNE Marie Santé Publique

# COMPOSITION DES DEPARTEMENTS DE L'UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

#### I. <u>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE</u>

Professeur LOUKOU Yao Guillaume Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeurs OUASSA Timothée Maître de Conférences Agrégé

ZINZENDORF Nanga Yessé Maître de Conférences Agrégé

Docteurs CABLAN Mian N'Dédey Asher Maître-Assistant

KOUASSI AGBESSI Thérèse Maître-Assistant

APETE Sandrine Assistante

DJATCHI Richmond Anderson Assistant

DOTIA Tiepordan Agathe Assistante

KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde Assistante

LATHRO Joseph Serge Assistant

#### II. <u>BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LAREPRODUCTION</u> <u>ET PATHOLOGIE MEDICALE</u>

Professeur MONNET Dagui Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs HAUHOUOT ép. ATTOUNGBRE M.L. Professeur Titulaire

AHIBOH Hugues Maître de Conférences Agrégé

AKE-EDJEME N'Guessan Angèle Maître de Conférences Agrégé

Docteurs KONAN Konan Jean Louis Maître-Assistant

YAYO Sagou Eric Maître-Assistant

KONE Fatoumata Assistante

SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle Assistante

YAPO-YAO Carine Mireille Assistante

#### III. BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Professeur SAWADOGO Duni Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs INWOLEY Kokou André Professeur Titulaire

DEMBELE Bamory Maître de Conférences Agrégé

KOUASSI Dinard Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ABOLI-AFFI Mihessé Roseline Maître-Assistant

ADJAMBRI Adia Eusèbe Maître-Assistant

AYE-YAYO Mireille Maître-Assistant

BAMBA-SANGARE Mahawa Maître-Assistant

ADIKO Aimé Cézaire Assistant

DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Assistante

KABLAN-KASSI Hermance Assistante

KABRAN Tano K. Mathieu Assistant

KOUAME Dénis Rodrigue Assistant

N'GUESSAN-BLAO A. Rebecca S. Assistante

YAPO Assi Vincent De Paul Assistant

## IV. CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

Professeur MALAN Kla Anglade Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs AKE Michèle Professeur Titulaire

AMIN N'Cho Christophe Maître de Conférences Agrégé

BONY Nicaise François Maître de Conférences Agrégé

GBASSI Komenan Gildas Maître de Conférences Agrégé

Docteurs BROU Amani Germain Assistant

KPAIBE Sawa André Philippe Assistant

TRE Eric Serge Assistant

#### V. <u>CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE</u>

Professeur OUATTARA Mahama Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeur YAPI Ange Désiré Maître de Conférences Agrégé

Docteur COULIBALY Songuigama Assistant

KACOU Alain Assistant

KOUAHO Avi Kadio Tanguy Assistant

N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul Assistant

SICA-DIAKITE Amelanh Assistante

#### VI. PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE

Professeur MENAN Eby Ignace H. Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs YAVO William Professeur Titulaire

DJOHAN Vincent Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ANGORA Kpongbo Etienne Maître-Assistant

BARRO KIKI Pulchérie Maître-Assistant

KASSI Kondo Fulgence Maître-Assistant

KONATE Abibatou Maître-Assistant

VANGA ABO Henriette Maître-Assistant

MIEZAN Jean Sébastien Assistant

TANOH-BEDIA Valérie Assistante

## VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

Professeur KOFFI Armand A. Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeurs AMARI Antoine Serge G. Maître de Conférences Agrégé

DALLY Laba Ismaël Maître de Conférences Agrégé

Docteurs AKA ANY-GRAH Armelle A.S. Maître-Assistant

N'GUESSAN Alain Maître-Assistant

ALLOUKOU-BOKA P.-Mireille Assistante

LIA Gnahoré José Arthur Attaché de recherche

NGUESSAN Kakwokpo Clémence Assistante

N'GUESSAN-AMONKOU A. Cynthia Assistante

TUO Awa Assistante

## VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE, CRYPTOGAMIE

Professeur KONE BAMBA Diénéba Professeur Titulaire

Chef de Département

Docteurs ADJOUGOUA Attoli Léopold Maître-Assistant

FOFIE N'Guessan Bra Yvette Maître-Assistant

ADIKO N'dri Marcelline Chargée de recherche

AKOUBET-OUAYOGODE Aminata Assistante

ODOH Alida Edwige Assistante

## IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE

Professeur ABROGOUA Danho Pascal Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs KOUAKOU SIRANSY N'doua G. Professeur Titulaire

IRIE N'GUESSAN Amenan G. Maître de Conférences Agrégé

Docteurs AMICHIA Attoumou M. Assistant

BROU N'Guessan Aimé Assistant

DJADJI Ayoman Thierry Lenoir Assistant

EFFO Kouakou Etienne Assistant

KAMENAN Boua Alexis Assistant

KOUAKOU Sylvain Landry Assistant

## X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE

Professeur POLNEAU-VALLEE Sandrine Maître de Conférences Agrégé in

memorium

Chef de Département

Docteur KONAN Jean-Fréjus Maître-Assistant

#### XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur KOUADIO Kouakou Luc Professeur Titulaire

Chef de département

Professeurs DANO Djédjé Sébastien Professeur Titulaire

OGA Agbaya Stéphane Maître de Conférences Agrégé

KOUAKOU-SACKOU J. Maître de Conférences Agrégé

SANGARE-TIGORI B. Maître de Conférences Agrégé

Docteurs CLAON Jean Stéphane Maître-Assistant

MANDA Pierre Maître-Assistant

DIAKITE Aissata Maître-Assistante

HOUNSA-ALLA Annita Emeline Maître-Assistante

KONAN-ATTIA Akissi Régine Maître-Assistante

OUATTARA N'gnôh Djénéba Chargée de Recherche

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette Assistant

KOFFI Kouamé Assistant

NGBE Jean Verdier Assistant

# DEDICACES

A Allah le tout puissant et Miséricordieux! Pour m'avoir guidé et donné la force nécessaire et le courage de réaliser ce modeste travail. Merci pour la grâce dont je suis l'objet, accorde-moi ta bénédiction afin que je sois sage, que mes jours se multiplient et que les années de ma vie s'augmentent dans la paix, pour encore mieux te louer.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui). Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous et vos compagnons. Nous vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité.

#### A mon père, DANH DENIS

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Ton souci premier a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants accepté de faire des sacrifices limite. pour lesquels tuas sans Puisse travail faire plaisir, te Papa. Que Dieu te prête longue vie. Amine!!

#### A ma mère, BAKEU HENRIETTE

Tu es une mère qui a toujours été présente aux côtés de ses fils. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Ton souci pour notre réussite n'a pas d'égal. Je prie le Tout Puissant de te donner longue vie et que nous fassions ta fierté. Amine!!

#### A mon oncle DIOMANDE DROH ANDERSON et son épouse FATOUMATA

Qui pendant mon séjour dans leur famille m'ont traité comme leur propre enfant. Chez vous je n'ai pas versé une seule goutte de larme, ni manqué d'attention et d'affection. C'est le témoignage de vos fois de musulmans pieux connus de tous. Après ces années d'études, je vous offre cette thèse qui est aussi votre fierté. C'est grâce à vous que j'ai pu mener à terme mes études de pharmacie. Je vous dois tant papa!

Croyez en ma reconnaissance respectueuse et dévouée.

J'aimerais ne jamais avoir à vous décevoir.

Puisse le Tout-puissant vous donner santé, bonheur et longue vie.

#### A tous mes oncles et tantes

Particulièrement:

A mon oncle BAKAYOKO NAMAN FAUSTIN et famille,

A mon oncle WOHI FULGENCE et son épouse,

A mon oncle DIOMANDE LOHI,

A mon oncle DIOMANDE TIEMOKO WOHI

Les paroles écrites ou prononcées ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi. Merci pour toutes les bénédictions, tous les soutiens et encouragements tout le long de ce cursus. Que la miséricorde de Dieu soit sur vous. Je vous dédie cette thèse pour vous exprimer mon affection.

#### A mon grand frère DANH VEHI VALENTIN

J'espère que tu trouveras dans cette thèse l'expression de mon amour, ma sympathie et ma grande gratitude. Je suis très reconnaissante pour le bonheur que tu m'apporté, pour ton aide et ton encouragement. Je te remercie infiniment. J'implore Dieu qu'il t'apporte tout le bonheur et toute la réussite et t'aide à réaliser tous tes rêves.

#### A mes frères et sœurs

Acceptez toute ma reconnaissance pour votre soutien et estime.

Puisse DIEU nous permettre de rester unis. Amine!!

#### A La mémoire de mes grands-parents maternels et paternels

Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que vos âmes reposent en paix. Que Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

#### A DOCTEUR YAPO

J'ai bénéficié de votre soutien et de votre encadrement a l'EPSS. Ce qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui. Vous pouvez être sûr de ma sincère gratitude. Que Dieu vous accorde longue vie.

## A MES AMIS DE L'UFR DES SCIENCES PHARAMCEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.

#### A TOUS CEUX QUE J'AI OMIS DE CITER

Ne pensez pas que ce soit un manque de considération ;

Veuillez m'excuser.

## A NOS MAÎTRES ET JUGES

#### A notre Maître et Président de jury

#### Monsieur le Professeur AKE MICHELE

- ➤ Professeur Titulaire en chimie analytique à I'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan;
- ➤ Pharmacien-chef de la pharmacie et du laboratoire de nutrition de l'INSP d'Abidjan;
- Docteur en pharmacie ;
- > DESS en Nutrition, Diététique et Contrôle des Aliments Université Paris XI;
- ➤ DEA option Sciences des aliments de l'université de Montpellier I, option sciences des aliments :
- Doctorat de l'Université de Montpellier I, option Sciences des Aliments ;
- Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie ;
- ➤ Membre de l'Association of Official Analytical Chemists (AOAC);
- Membre de la Société des Experts Chimistes de France.

#### Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à la présidence de notre jury de thèse. Vos grandes qualités humaines et professionnelles, la richesse et la clarté de vos connaissances ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants m'inspirent une grande admiration.

Veuillez recevoir chère Maître, l'expression de mon respect et de ma Considération.

#### A notre Maître et Directeur de thèse

#### Madame le Professeur SACKOU KOUAKOU JULIE

- ➤ Docteur en Pharmacie ;
- ➤ Maitre de conférences agrégé en hygiène et santé publique à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody-Abidjan Département d'Hygiène de l'Environnement, Santé Publique et Toxicologie ;
- Chercheur au Centre de Recherche et étude en Santé des Populations et Système de santé (INSP)
- Thèse Unique en Santé Publique Université Félix Houphouët Boigny Abidjan;
- ➤ Diplôme Universitaire d'Education pour la Santé Université Paris 13 Nord-Bobigny Sorbonne-Cité ;
- > Certificat inter-universitaire en recherche sur les systèmes de santé de l'université libre de Bruxelles en Belgique
- ➤ Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en Hygiène Alimentaire Université de Cocody Abidjan ;
- Responsable des Stages de Santé Communautaire à l'UFR Sciences
   Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Félix Houphouet Boigny –
   Abidjan;
- ➤ Ancien interne des Hôpitaux ;
- Membre de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education en Santé (UIPES);
- Membre de la société française de santé publique (SFSP)
- Membre de la commission pédagogique de l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody-Abidjan

#### Cher Maître,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier le sujet de cette thèse. Je vous remercie vivement d'avoir dirigé ce travail sans ne jamais ménager aucun effort pour me guider dans le chemin sinueux de la recherche. Je n'oublierai jamais la

gentillesse, l'honnêteté et la disponibilité dont vous avez fait preuve en m'accueillant en toutes circonstances. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de ma vive gratitude.

#### A notre Maître et juge

#### Madame le Professeur SANGARE-TIGORI BEATRICE

- ➤ Maitre de conférence agrégé en Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)
- > Docteur en pharmacie
- Titulaire d'un Doctorat (PhD) en Toxicologie
- Experte en Toxicologie et Produits Pharmaceutiques près les Tribunaux de Côte d'Ivoire
- ➤ Pharmacien analyste au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)
- ➤ Titulaire du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de Valorisation de la Pharmacopée Africaine (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)
- ➤ Titulaire du DESS de Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)
- Membre de la Société Savante Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI).
- Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX)
- Membre de la Société Française de Toxicologie (SFT)
- ➤ Membre du Bureau National de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (Conseil central 3)
- ➤ 1er Prix de Communication Orale au IVe Congrès International de Toxicologie de Rabat (2012)

#### Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail n'a fait que confirmer vos multiples qualités. Nous vous en sommes reconnaissants. Votre amour pour le travail, votre esprit de tolérance et votre simplicité ont forgé notre admiration.

Permettez-nous de vous témoigner notre infinie reconnaissance.

#### A notre Maître et juge

#### Madame le Docteur KOUASSI Agbessi Thérèse

- ➤ Docteur en pharmacie
- ➤ Maître-assistante au département de bactériologie virologie, à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
- ➤ Pharmacien biologiste: (CES biochimie clinique, CES hématologie, CES parasitologie, CES bactériologie-virologie)
- Titulaire du DEA de biologie humaine tropicale option Bactériologie-virologie
- ➤ Chef de service adjoint du laboratoire d'hygiène chargé de la biologie médicale à l'INHP (Institut national d'hygiène publique)
- ler prix d'infectiologie en 1992
- Lauréat du concours d'internat (1989-1990)
- Membre de la Société Savante Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI).

#### Chère Maître,

C'est avec un immense honneur et une grande joie que nous vous comptons parmi les membres de ce jury. Merci pour l'enseignement de qualité et tous les conseils dont nous avons bénéficié.

Que Dieu vous bénisse.

#### **SOMMAIRE**

LISTE DES ABREVIATIONS	XXVI
LISTE DES TABLEAUX	XXVII
LISTE DES PHOTOS ET FIGURES	XXVIII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	5
I- AFFECTIONS RESPIRATOIRES	6
1- Affections respiratoires benignes : toux et rhume	6
2- Infections respiratoires aiguës (ira)	9
II- QUARTIERS PRECAIRES	22
1- Définition et synonyme	22
2- Situation actuelle	22
3- Problèmes de santé publique/impact sanitaire des quartiers précaires	28
4- Evolution	29
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	30
I - MATERIEL ET METHODES	31
1- Cadre de l'étude	31
2- Matériel	31
3- Méthodes	34
4- Traitement et analyse des données	35
5- Considérations éthiques	36
II- RESULTATS	37
1- Description des caracteristiques socio-demographiques	37
2- Connaissances generales, mesures de prevention et de prise en charge connaissance	
pratiquees	42
3- Niveau de connaissances et de pratiques des personnes en charge	45
4- Renforcement des connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants	
ans	
III- DISCUSSION	
1- L'approche méthodologique	
2- Caractéristiques sociodémographiques	
3- Niveau de connaissances et de pratiques des PECE	59
4- Intervention	61

## CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES : cas du quartier précaire" Nouvelle Jérusalem "Cocody-ABIDJAN

CONCLUSION	63
RECOMMANDATIONS	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	77

#### LISTE DES ABREVIATIONS

**AR** : Affection Respiratoire

**BNETD** : Bureau National d'Etude Technique et de Développement

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNTIG** : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique

**CSHKB** : Complexe Sanitaire Henriette Konan Bédié

**FSU**: Formation Sanitaire Urbaine

**IRA** : Infection Respiratoire Aiguë

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONU**: Organisation des Nations Unies

MOS : Mode d'Occupation du Sol

**MSHP** : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

**ORL** : Oto-Rhino-laryngologie

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

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

**PECADOM**: Prise En Charge à Domicile

**PECE** : Personne En Charge des Enfants

**SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SSSU : Service de Santé Scolaire et Universitaire

**VIH/SIDA** : Virus de l'Immunodéficience Humaine, SIDA : Syndrome

d'Immunodéficience Acquise

#### LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Principaux virus responsables d'IRA 14
Tableau II : facteurs favorisants de l'otite moyenne aiguë
Tableau III : Proportion de la population urbaine vivant dans les bidonvilles entre 1990 et 201425
Tableau IV : La population des quartiers précaires de chaque commune et à l'échelle du District d'Abidjan
Tableau V : Répartition des ménages en fonction de leurs caractéristiques 37
Tableau VI : Répartition des personnes en charge en fonction des caractéristiques sociodémographiques
Tableau VII : Répartition des enfants en fonction de l'âge et du rang de naissance 40
Tableau VIII : Répartition des mères selon leurs connaissances générales sur les affections respiratoires
Tableau IX : Répartition des mères selon leurs connaissances et pratiques des mesures de prévention
Tableau X: Les mesures de prise en charge des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE
Tableau XI : Répartition du niveau de connaissances générales des personnes en charge des enfants de 0 à 5 ans
Tableau XII : Répartition des PECE selon leur niveau de connaissances de prise en charge des affections respiratoires
Tableau XIII: La répartition du niveau de pratiques de prévention des PECE sur les affections respiratoires
Tableau XIV : La répartition des PECE selon leur niveau de pratiques de prise en charge des affections respiratoires

#### LISTE DES PHOTOS, FIGURES ET CARTE

<u>PHOTOS</u>	
Photo 1 : Vue des participants lors de la restitution des résultats de l'enquête 5	54
Photo 2 : Séance de formation des mères sur la prévention et la prise en charge à domicile des affections respiratoires	56
<u>FIGURES</u>	
Figure 1 : Répartition des enfants 0 à 59 mois en fonction du sexe	39
Figure 2 : Répartition des enfants en fonction de la prévalence	<b>ļ</b> 1
Figure 3 : Répartition des PECE selon leur niveau du niveau de connaissances des moyens de prévention des affections respiratoires.	16
Figure 4 : Niveau de connaissances globales des PECE sur les affections respiratoires	18
Figure 5 : Pratiques globales de prise en charge et de prévention des affections respiratoires par les PECE	51
Figure 6 : Niveaux adéquats de connaissances et de pratiques, de prévention et de pris en charge des affections respiratoires par les PECE	
CARTE	

Carte 1 : Situation géographique de la zone d'étude......29

**INTRODUCTION** 

Les affections respiratoires sont des maladies qui touchent les voies aériennes, y compris les voies nasales, les bronches et les poumons (1). Elles comptent parmi les causes de décès les plus importantes chez les nourrissons et les jeunes enfants et constituent un grave problème socio-économique et de santé publique dans les pays en développement comme dans les pays développés (2). Elles peuvent se manifester sous forme bénigne à type de toux et rhume ou prendre des formes infectieuses plus graves. Dans le monde, les infections respiratoires aiguës (IRA) sont à elles seules responsables de 18,1% des décès chez l'enfant (3). Dans les pays en développement, elles causent des ravages parmi les enfants de moins de 5 ans. En effet, sur le total de 15 millions de décès prématurés par an, quelques 25% à 30% sont attribués à ces infections, dont 90% aux seules pneumonies. Les enfants de moins de 5 ans subissent chacun environ 4 à 8 épisodes d'IRA par an, soit au moins 2 milliards d'épisodes annuels (4).

En Côte d'Ivoire les IRA occupent le deuxième rang des pathologies infantiles après le paludisme et avant la diarrhée et l'anémie (5). Les incidences étaient en augmentation passant de 165,4‰ en 2014 à 202,3‰ en 2015. Dans la région sanitaire d'Abidjan 2, cette incidence monte jusqu'à 302,7‰ (6).

La plupart de ces décès d'enfants surviennent à domicile (7). L'habilité des mères à reconnaître les symptômes des IRA détermine le succès du contrôle de la mortalité liée aux IRA (7) car elles sont habituellement les premières à apporter des soins à leurs enfants. Cependant plusieurs études ont montré que leurs connaissances sur les IRA restent insuffisantes et interfèrent sur leurs pratiques de prévention et de prise en charge. En effet, selon l'UNICEF (8), une mère sur 5 n'arrive pas à distinguer la pneumonie des autres maladies à cause de la similitude des symptômes (fièvre, toux...) avec d'autres pathologies. Pour 13 et 27% des mères de l'étude de Chan en Malaisie, les causes principales des IRA étaient liées à l'alimentation et aux germes (9). En Ethiopie, Teka et al ont montré que 64,4% des mères utilisaient des remèdes traditionnels

à base de beurre de karité et d'herbes qu'elles appliquaient par massage sur la poitrine de leurs enfants (10). Ces résultats montrent que les connaissances et pratiques des mères sur les IRA sont incorrectes (11).

Cependant, Campbell et al faisaient remarquer déjà en 1989 qu'il était possible de remédier à cette situation après une brève formation des mères sur des thématiques de santé. En effet, après un renforcement des capacités de mères illettrées ou insuffisamment instruites (avec des croyances culturelles médicales variées), ces dernières ont pu identifier les IRA et chercher un traitement adéquat (12). Ces actions communautaires en direction des familles permettent effectivement de réduire la mortalité due aux IRA. Elles consistent en la vulgarisation des moyens de prévention comme l'allaitement au sein, la vaccination, la lutte contre la pollution de l'air intérieur et la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et des enfants (PCIMNE) (13). Cependant, de telles actions ont du mal à se déployer, dans les zones marginalisées et appauvries que sont les quartiers précaires. Les inégalités sociales de santé y sont particulièrement criardes. En effet, les enfants vivant en milieu pauvre ont 1,9 fois plus de risque de mourir avant leur 5ème anniversaire que ceux vivant en milieu aisé (14). Les enfants vivant dans les zones d'habitations précaires et exposés aux AR cumulent un double fardeau. D'une part, ces zones font l'objet de peu d'études (15) et d'autre part l'évaluation des connaissances et pratiques des mères sur ces pathologies est habituellement peu fréquente (11). Il nous a donc paru intéressant de mener une recherche-intervention (7) afin d'analyser les connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sur les affections respirations dans le quartier précaire la « nouvelle Jérusalem » à Cocody. Les objectifs spécifiques étaient de :

 présenter les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de la population d'étude;

- recenser les connaissances générales, les mesures de prévention et de prise en charge des affections respiratoires bénignes;
- déterminer le niveau de connaissances et de pratiques de la population d'étude ;
- renforcer les connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sur les affections respiratoires.

Notre travail sera présenté en deux grandes parties. La première exposera la revue de la littérature sur les affections respiratoires et les quartiers precaires. La deuxième portera sur notre étude expérimentale avec le matériel et les méthodes suivis des résultats et de leur discussion.

PREMIERE PARTIE: REVUE DE LA
LITTERATURE SUR LES AFFECTIONS
RESPIRATOIRES ET LES QUARTIERS
PRECAIRES

#### I- AFFECTIONS RESPIRATOIRES

# 1- Affections respiratoires bénignes : toux et rhume

# 1.1- Toux

#### 1.1.1- Définition

La toux est un mécanisme physiologique d'épuration des voies aériennes. Elle est un signe d'appel isolé ou associé d'une maladie généralement oto-rhino laryngologique, broncho-pulmonaire, gastrique plus rarement sous-phrénique ou péricardique. Elle peut être sèche ou productive (16).

# **1.1.2- Causes**

Les causes les plus fréquentes retrouvées chez l'enfant sont :

- la bronchiolite,
- la mucoviscidose,
- le flux gastro-œsophagien,
- le tabagisme passif,
- les infections ORL et/ou bronchiques récidivantes,
- les allergies respiratoires,
- l'asthme du nourrisson,
- les corps étrangers respiratoires (16).

# 1.1.3- Epidémiologie

La toux est le troisième motif le plus fréquent de consultation d'un praticien généraliste et la première cause de consultation en Pneumologie (16). Dans la plupart des cas, elle est la complication d'une infection respiratoire aiguë saisonnière, d'évolution favorable spontanément en quelques jours. La persistance d'une toux au-delà de trois semaines définit par convention la toux chronique (16).

#### 1.1.4- Prévalence

La prévalence de la toux chronique chez l'enfant est estimée entre 15 et 25 %. Elle augmente avec l'âge entre 1 an (17,5 %) et 4 ans (25 %) et est évaluée à presque 30 % chez l'enfant âgé de 7 ans (16).

#### 1.1.5- Traitements

### 1.1.5.1- Traitement non médicamenteux

Les soins administrés à domicile sont :

- allaiter plus souvent que d'habitude ;
- alimenter plus souvent que d'habitude ;
- donner plus à boire;
- dégager le nez ;
- donner du miel + citron+ eau (1 cuillérée de chaque) ;
- éviter la fumée et la poussière (17).

#### 1.1.5.2-Traitement médicamenteux

Les médicaments peuvent avoir une action antitussive : antibiotiques, corticoïdes, bronchodilatateurs, antihistaminiques (16).

# **1.1.5.2.1- Antitussifs**

On distingue les antitussifs centraux qui agissent par dépression des centres médullaires et les antitussifs périphériques (16).

#### 1.1.5.2.1.1- Antitussifs centraux

On distingue les opiacés et les non-opiacées.

Les opiacés

La morphine et l'héroïne,

La codéine (16).

• les non-opiacées

Dextromethorphane,

Les anti-histaminiques (16).

#### **1.2- Rhume**

#### 1.2.1- Définition

Le Rhume est une infection virale bénigne et auto limitative, dont les symptômes comprennent le nez bouché et / ou qui coule, les éternuements, la toux, les maux de gorge et parfois une légère fièvre, des maux de tête ou des douleurs généralisées (18).

#### **1.2.2- Causes**

Les agents étiologiques sont viraux. La plupart des rhumes sont causés par des souches du groupe des rhinovirus, une minorité importante est due aux coronavirus, au virus respiratoire syncytial, au parainfluenzae, à certains adénovirus et entérovirus (18).

# 1.2.3- Épidémiologie

#### 1.2.3.1- Prévalence

Plus de la moitié des infections respiratoires hautes bénignes débute par le rhume. Statistiquement, un individu fait quatre infections des voies aériennes supérieures par an.

Ces infections respiratoires hautes sont une des premières causes d'absentéisme dans les pays tempérés industrialisés; elles représentent donc un coût non négligeable pour la société (18).

#### 1.2.3.2-Transmission

La transmission du virus se fait par contact direct ou par aérosol d'un malade à un sujet sain.

#### 1.2.4-Traitement

#### 1.2.4.1- Traitement non médicamenteux

Les soins administrés à domicile sont comme dans le cas de la toux:

- allaiter plus souvent que d'habitude ;
- alimenter plus souvent que d'habitude ;
- donner plus à boire;
- dégager le nez;
- donner du miel + citron+ eau (1cuillérée de chaque);
- éviter la fumée et la poussière (17).

#### 1.2.4.2- Traitements médicamenteux

Il n'existe pas de remède ou de vaccin largement disponible pour le rhume, le traitement est axé sur l'atténuation des symptômes.

Les associations d'antihistaminiques, de décongestionnants et d'analgésiques visent à soulager le large spectre des symptômes du rhume (18).

# 2- Infections respiratoires aiguës (IRA)

#### 2.1- Définition

Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont des affections touchant une partie quelconque de l'appareil respiratoire et évoluant depuis plus de deux semaines. Ces infections concernent le nez, les oreilles, la trachée, les bronches ou bronchioles du poumon (19).

Les IRA sont subdivisées en deux groupes :

- les IRA des voies respiratoires supérieures constituées par le rhume, les otites moyennes et les pharyngites ;
- les IRA des voies respiratoires inferieures sont représentées par les laryngites, les bronchiolites, les bronchiolites et les pneumopathies (19).

# 2.2-Voies de contagion

Il en existe deux qui sont :

- voies aériennes supérieures ou extra thoraciques,
- voies inférieures ou intra thoraciques.

# 2.2.1- Voies aériennes supérieures ou extra thoraciques

Elles sont constituées par : les fosses nasales, les sinus, le larynx, le pharynx et l'oreille (19).

#### 2.2.1.1- Fosses nasales

Les fosses nasales sont deux cavités séparées par une cloison médiane. Elles s'ouvrent vers l'avant par les narines et vers l'arrière, dans le pharynx, par les choanes. Au niveau des narines, la cloison médiane est cartilagineuse. Les fosses nasales peuvent être le siège des agents responsables d'IRA (19).

#### 2.2.1.2- Sinus

Les sinus sont des cavités aérifères creusées dans certains os de la tête, groupées autour du nez et des yeux et tapissées de la muqueuse nasale. Les sinus débouchent dans le nez par de petits orifices qui peuvent s'obstruer, augmentant ainsi le risque d'infection. Ils communiquent avec le haut de la gorge, donc peuvent s'infecter facilement (19).

# **2.2.1.3**- Larynx (gorge)

Le larynx est un organe situé au niveau de la gorge. Il est situé après la jonction du pharynx. Il est l'intermédiaire entre le pharynx et la trachée et abrite les cordes vocales. Le larynx peut s'infecter en cas d'une sinusite (19).

# 2.2.1.4- Pharynx (carrefour aérodigestif)

Le pharynx est un carrefour musculo-membraneux entre les voies aériennes (de la cavité nasale au larynx) et les voies digestives (de la cavité orale ou bouche à l'œsophage). On rencontre à son niveau l'ouverture de la trompe d'Eustache ou tube auditif, qui le met en communication avec l'oreille moyenne au niveau de la caisse du tympan (19).

Il est donc subdivisé en 3 étages :

- le nasopharynx ou rhinopharynx : au niveau de sa paroi supérieure se trouve les amygdales pharyngiennes, lieu de prédilection des angines ;
- l'oropharynx : il communique en haut avec le rhinopharynx et en bas avec le laryngopharynx ;
- le laryngopharynx : il se déplace en arrière du larynx et se rétrécit en bas pour se continuer par l'œsophage.

Il est limité en avant par l'épiglotte (19).

#### 2.2.1.5- Oreille

L'oreille se situe à l'intérieur de l'un des os du crâne, le temporel ou, plus précisément, dans une partie trapue et tourmentée de cet os : la pyramide pétreuse ou rocher. On a coutume de décrire cet organe en trois parties : externe, moyenne, interne. Ces différentes parties définissent les principaux types d'otite.

- L'oreille externe : elle répond à la partie visible de l'organe et comporte le pavillon bien sûr et le conduit auditif ;
- L'oreille moyenne : c'est une cavité rempli d'air. Elle a pour limite extérieur le tympan, membrane qui la sépare du conduit auditif externe. Elle est le siège des agents de nombreux agents bactériens qui définissent l'otite moyenne aigue ;

- L'oreille interne : son anatomie est complexe. On la compare à un labyrinthe

creux dans l'os et garni d'un deuxième système membraneux et plus

labyrinthique encore. C'est par son biais que l'on diagnostique l'otite interne

**(19).** 

2.2.2- Voies aériennes inférieures ou intra thoraciques

On y distingue : la trachée, les bronches, les bronchioles et les poumons.

2.2.2.1-Trachée

C'est un conduit aérifère cartilagineux et membraneux interposé entre le larynx

et les bronches principales (19).

2.2.2.2- Bronches et bronchioles

Ce sont des canaux semi-rigides de l'appareil respiratoire situés entre la trachée

et les alvéoles pulmonaires (19).

**2.2.2.3- Poumons** 

Ce sont des organes invaginés permettant d'échanger des gaz vitaux, dont

l'infection est d'autant plus inquiétante lorsqu'il s'agit des jeunes enfants (20).

2.3-Transmission

La transmission des IRA est interhumaine et se fait essentiellement par voie

aérienne lors d'éternuements ou d'épisodes de toux. Les mains sont également

un vecteur important de la transmission (21).

2.4- Données épidémiologiques des IRA

Les IRA peuvent représenter jusqu'à 30% des consultations d'urgence en

pédiatrie générale. Elles ont un impact socio-économique très important en ce

qu'elles constituent les causes les plus courantes d'absence professionnelle et

représentent aussi une majeure partie des frais médicaux et pharmaceutiques. (20)

#### 2.4.1-Morbidité et mortalité dues aux IRA

Le nombre de décès dû aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde est estimé actuellement à 1 900 000 / an. Les IRA sont les infections les plus fréquentes de l'enfant. Elles sont de 30 à 40% des hospitalisations d'enfants, les pneumonies et broncho- pneumonies représentant 70 à 80% des admissions pour IRA (20).

# 2.4.2- Facteurs favorisant l'aggravation des IRA

Un risque accru d'IRA est associé à :

- des facteurs saisonniers et climatiques : la saison des pluies dans les pays du sud, a une influence directe sur le climat (température ambiante, teneur en eau de l'atmosphère) et indirecte sur le mode de vie et la promiscuité,
- l'environnement : le surpeuplement, la pollution de l'air (tabagisme, fumées domestiques),
- l'âge : le risque de décès est plus élevé chez le nourrisson de 1 à 3 mois,
- l'état nutritionnel : arrêt de l'allaitement maternel, malnutrition protéinoénergétique,
- un déficit immunologique congénital ou acquis (infection à VIH/SIDA)
- un bas niveau d'éducation du père et de la mère (20).

# 2.5- Germes majeurs responsables d'IRA

# 2.5.1- Virus

Les principaux virus responsables d'IRA sont cités dans le tableau I.

Tableau I: Principaux virus responsables d'IRA (20)

Syndromes respiratoires	Principaux virus en cause	
Rhinopharyngite	Rhinovirus, coronavirus virus respiratoire syncytial, Virus influenzae A et B	
Angine	virus parainfluenzae	
Laryngotrachéite	adénovirus, entérovirus, rhinovirus	
Bronchiolite	virus respiratoire syncytial, virus para influenzae	

Les infections respiratoires virales représentent environ 80% des causes d'infectons respiratoires. La gravité d'une infection virale est fonction du virus respiratoire et d'une susceptibilité individuelle (20).

# 2.5.2- Bactéries

# 2.5.2.1- Streptococcus pneumoniae

Streptococcus pneumoniae appartient à la famille des Streptococcaceae comprenant les genres Streptococcus et Enterococcus. Streptococcus pneumoniae a été incriminé dans certaines pathologies notamment les

pneumonies, les septicémies, les bronchites suppurées, les méningites et les infections ORL (20).

Les pneumonies surviennent dans la grande majorité des cas après inhalation des bactéries. Elles s'accompagnent de lésions tissulaires très importantes liées à la réponse inflammatoire dépendante des polynucléaires.

Les septicémies sont souvent associées à des lésions tissulaires, en particulier pulmonaires. Cependant, elles peuvent exister en l'absence d'un foyer cliniquement patent. Elles sont toujours d'un mauvais pronostic.

Les méningites sont mortelles dans 10% à 30% des cas.

Les infections ORL sont les otites et sinusites de gravité et d'évolution diverses en fonction de l'âge et du terrain (20).

# 2.5.2.2- Streptococcus pyogenes

Encore appelé streptocoque beta-hémolytique du groupe A, *Streptococcus pyogenes* appartient à la famille des *Streptococcaceae*. *Streptococcus pyogenes* est une bactérie commensale des muqueuses nasales et pharyngées. Il est en effet retrouvé à l'état de simple portage chez 15 à 25% des enfants et moins fréquemment chez l'adulte (20).

# 2.5.2.3- Haemophilus influenzae

Cette espèce appartient au genre *Haemophilus*, à la famille des *Pasteurellaceae*. *Haemophilus influenzae* est un commensal des voies aériennes supérieures. Ainsi, 50% des enfants sont porteurs de cette bactérie dans leur naso-pharynx.

La bactérie est responsable d'otites, sinusite et plus rarement, chez l'enfant, d'une affection grave, l'épiglottite. Elle est souvent impliquée dans les surinfections survenant au cours des pneumopathies chroniques. Elle est

également responsable de pneumonie chez l'enfant et chez l'adulte en particulier sur les terrains fragiles (20).

#### 2.5.2.4- Moraxella catarrhalis

C'est une espèce commensale de la flore oropharyngée de la famille des *Moraxellaceae*. Le taux de portage faible chez l'adulte (3 à 4%) est beaucoup plus élevé chez l'enfant, tout particulièrement l'enfant de moins de 2 ans, ou il peut passer de 9 à 40% en fonction des saisons.

Le pouvoir pathogène de *M. catarrhalis* est actuellement assez mal connu. Son rôle est prouvé dans les infections broncho-pulmonaires et les infections ORL de l'enfant (20).

# 2.5.2.5- Staphylocoques

Les Staphylocoques appartiennent à la famille des *Staphylococcaceae* au sein de laquelle une espèce, *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré) occupe une place non négligeable dans les infections respiratoires aiguës. Cette espèce fait partie de la flore normale de nombreux individus qui sont des « porteurs asymptomatiques ». Les Staphylocoques sont retrouvés au niveau des fosses nasales antérieures (20).

# 2.5.2.6- Legionella pneumophila

C'est une bactérie présente à l'état naturel dans les eaux douces et les sols humides (20).

# 2.5.2.7- Chlamydia pneumoniae

C'est une bactérie intracellulaire obligatoire à Gram négatif, de la famille des *Chlamydiaceae*, spécifiquement humaine qui se transmet par voie aérienne. Elle provoque diverses infections respiratoires le plus souvent bénignes, des infections broncho-pulmonaires et des sinusites (20).

# 2.5.2.8- Mycoplasma pneumoniae

C'est une bactérie de la famille des *Mycoplasmataceae*, qui a la particularité d'être dépourvue de paroi et d'être non colorable par la méthode de Gram. Elle colonise la muqueuse des voies respiratoires et est responsable de pharyngite, bronchite ou plus rarement de pneumonie atypique; elle peut provoquer des pneumonies graves chez les sujets immunodéprimés ou âgés (20).

# 2.6- Affections des voies aériennes supérieures

# **2.6.1-Angine**

C'est une inflammation microbienne ou virale des amygdales et du pharynx. Elle concerne prioritairement l'enfant de plus de 2 ans et l'adulte de moins de 40 ans. La grande majorité des angines sont érythémateuses ou érythématopultacées. Les angines ulcéreuses et pseudomembraneuses sont beaucoup plus rares. Les angines érythémateuses et érythématopultacées sont causées par le streptocoque A dans 15 à 25% des cas chez l'adulte et dans 25 à 50% des cas chez l'enfant, notamment à l'occasion de phénomènes épidémiques. Les autres espèces bactériennes n'occupent pas de place quantitativement significative dans l'étiologie des angines. Plus de la moitié des angines sont d'étiologie virale (20).

# 2.6.2- Otite

Il s'agit presque toujours de la surinfection bactérienne d'une infection virale dont le point de départ est le rhinopharynx. C'est surtout une pathologie pédiatrique consécutive aux très nombreuses infections rhino-pharyngées de l'enfant, beaucoup moins fréquente à partir de 6-7 ans. L'otite peut s'observer très tôt, dès les premières semaines de la vie. Elle atteint 20% des enfants au moins une fois par an. Les germes les plus fréquents sont : *Streptococcus pneumoniae* et/ou *Haemophilus influenzae* dans 90% des cas, *Moraxella catarrhalis* (10%), rarement *Streptococcus pyogenes*. L'otite moyenne aiguë est

la première cause de prescription d'antibiotiques chez l'enfant de moins de 15 ans, soit 2,5 millions de prescriptions par an en France (20).

La prévalence est énorme : 90% des enfants en souffrent au moins une fois avant l'âge scolaire, 30 à 40% sont atteints de manière répétée et 5 à 10% durant un an ou plus (22).

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés, certains liés à l'enfant luimême, d'autres liés à l'environnement (23).

Les facteurs favorisants sont représentés dans le tableau II.

Tableau II : Facteurs favorisants de l'otite moyenne aiguë (23)

Facteurs constitutionnels	Facteurs liés à l'environnement	
Reflux gastro-œsophagien	Carence martiale	
Sexe masculin	Tabagisme passif	
Âge	Infection des voies aériennes supérieures	
Malformations	Mode de garde en collectivité	
crâniofaciales		
Hypertrophie adénoïdienne	Conditions socioéconomiques	
	défavorisées	
Allergie	Rôle protecteur de l'allaitement maternel	

# 2.6.3- Sinusite

C'est une inflammation des sinus des joues et du front. Elle fait généralement suite à la rhinopharyngite. Elle n'atteint pas l'enfant avant l'âge de 5ans, de ce fait, est rare chez les bébés, dont les sinus ne sont pas encore totalement formés. Les agents bactériens sont les mêmes que dans l'otite (20).

C'est une inflammation du larynx pouvant siéger à l'étage sous-glottique ou au niveau de l'orifice glottique. De nombreux virus, et parfois bactéries peuvent pénétrer dans le corps par la gorge et infecter rapidement le larynx (20).

#### 2.7- Affections des voies aériennes inferieures

# 2.7.1-Bronchite aiguë

C'est une inflammation de l'arbre trachéo-bronchique, le plus souvent d'origine virale, plus rarement bactérienne, parfois virale secondairement surinfectée par une bactérie. Des bactéries peuvent être en cause, notamment :

Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae et Moraxella catarrhalis sont les germes des poussées de surinfection (20).

# 2.7.2- Bronchiolite aiguë

C'est une inflammation des bronchioles. Elle est fréquente chez le nourrisson, entre 1 et 9 mois. Elle est due dans 80% des cas au virus respiratoire syncytial (20).

# 2.7.3- Pneumonie aiguë

La pneumonie est considérée comme une infection locale du parenchyme pulmonaire et est la cause la plus fréquente de décès par IRA dans les pays en développement, où elle constitue un véritable problème de santé publique. Elle est dite communautaire si elle est acquise en milieu extrahospitalier ou si, à l'hôpital, elle survient au cours des 48 premières heures du séjour. Au-delà, on parle de pneumonie nosocomiale. Dans bon nombre de cas, elle est d'origine mixte, virale et bactérienne ; la combinaison la plus fréquente étant l'infection à virus respiratoire syncytial et pneumocoque (20).

On estime que la pneumonie cause 15% du nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans. 922 136 enfants de moins de 5 ans sont morts de pneumonie en 2015 selon l'OMS (24).

# Facteurs de risques

Tandis que la plupart des enfants en bonne santé ont des défenses naturelles leur permettant de combattre l'infection, ceux qui ont un système immunitaire affaibli sont exposés à un risque plus élevé de contracter une pneumonie. Le système immunitaire d'un enfant peut être affaibli par la malnutrition ou la sous-alimentation, notamment pour les nourrissons qui ne sont pas allaités exclusivement au sein (25).

Des maladies préexistantes, comme une infection à VIH symptomatique ou la rougeole, augmentent également le risque.

Certains facteurs de risque exposent aussi davantage les enfants à la pneumonie:

- la pollution de l'air ambiant due à l'utilisation de la biomasse pour les feux de cuisine ou le chauffage (bois ou bouses);
- le fait d'habiter dans des logements surpeuplés;
- le tabagisme des parents (25).

# 2.8- Prise en charge thérapeutique

L'impossibilité d'écarter un processus infectieux explique la décision de mise en route rapide d'une antibiothérapie probabiliste. Quel que soit l'âge, le risque infectieux le plus important est lié à *Streptococcus pneumoniae* (21).

La prise en charge comprend :

- ➤ l'identification précoce de la pneumonie en se basant sur les signes de respiration rapide et de tirage ;
- ➤ le transfert rapide à l'hôpital pour antibiothérapie parentérale et autres soins intensifs pour les cas graves ou très graves ;
- ➤ l'antibiothérapie à domicile avec les médicaments recommandés pour les cas de pneumonie qui ne sont pas graves ;

➤ le traitement de soutien à domicile pour la grande majorité des infections respiratoires aiguës qui ne demandent pas d'antibiotiques (21).

# **II- QUARTIERS PRECAIRES**

# 1- Définition et synonyme

Il existe une terminologie propre à chaque pays pour désigner les quartiers précaires (26):

Les Favelas (Brésil), les Gecekondus (Turquie), les Invasiones, Barrios populares ou Quebradas (Colombie), les Villas miserias (Argentine), les Pueblos jóvenes (Pérou), les Gazras ou Kebbé (Mauritanie), les Achwaiya (Egypte), bidonville (France), slum (Angleterre), Gobelet (Cote d'ivoire) (26).

#### Selon l'ONU-HABITAT

« Un bidonville est une zone d'habitation contiguë où les habitants sont dotés de logements et de services de base insuffisants. Le bidonville ou taudis n'est souvent pas reconnu ou pris en compte par les autorités comme une partie intégrante et équivalente de la ville ». Il se caractérise par quatre composantes principales :

- un accès insuffisant à l'eau;
- un accès insuffisant à l'assainissement et autres infrastructures de base ;
- une qualité de la structure du logement insuffisante ;
- un surpeuplement (26).

# 2- Situation actuelle

# 2.1- Dans le monde

Les pays les plus affectés par le phénomène des quartiers précaires sont les pays les moins avancés et les pays en crise. Dans les pays plus développés, la proportion de la population urbaine vivant dans des quartiers précaires oscille entre 30 à 60 %. Le niveau de développement d'un pays et le nombre d'habitants vivant dans des quartiers précaires sont largement corrélés (27).

Aujourd'hui, partout dans le monde, un quart de la population urbaine vit dans des bidonvilles. Dans les pays en développement, 881 millions de résidents des villes vivent dans des bidonvilles. En 1990, ce chiffre était de 689 millions. Cela représente une augmentation de 28% en chiffres absolus des habitants des bidonvilles au cours des 15 dernières années, même si la proportion de la population urbaine des pays en développement vivant dans des bidonvilles, a diminué de 39 à 30% pendant la même période. Malgré ces gains, depuis 1990 près de 200 millions nouveaux habitants des bidonvilles ont été ajoutés à la population mondiale (15).

En Afrique subsaharienne, 59% de la population urbaine vivent dans des bidonvilles, et d'ici 2050, les résidents urbains de l'Afrique devraient augmenter pour atteindre 1,2 milliard.

La capacité des nouveaux habitants des bidonvilles à sortir de ces environnements dégradés reste limitée. Par exemple, sur les 10 millions de personnes ajoutées à la population urbaine de l'Afrique subsaharienne chaque année, les deux tiers soit sept millions vivent dans des bidonvilles, et seulement deux millions peuvent espérer en sortir (15).

En Asie et dans le Pacifique, qui abritent la moitié de la population urbaine du monde, 28% de la population urbaine résident dans des bidonvilles. Toutefois, l'Asie a été en première ligne des efforts qui ont permis de réaliser l'Objectif du Millénaire pour le Développement 7, avec des gouvernements qui ont amélioré la vie d'environ 172 millions d'habitants des bidonvilles (15).

En Amérique latine et la région des Caraïbes, où la régularisation de l'habitat informel a historiquement contribué à fournir des solutions de logement, les établissements informels continuent d'être un élément significatif des zones urbaines, avec au moins 21% de la population urbaine de la région résidant encore dans des bidonvilles, malgré une diminution de 17 % de cette même proportion au cours de la dernière décennie (15).

Dans la région arabe, la proportion de logements insalubres varie de pays à pays. Dans certains pays, les établissements informels et les bidonvilles forment des poches isolées et marginalisées, tandis que dans d'autres, de 67 à 94% des résidents urbains vivent avec une ou plusieurs privations liées au logement. Dans certains pays du Golfe, par exemple, les conditions de logement des travailleurs migrants à faible revenu, sont souvent très pauvres par rapport au reste de la population urbaine (15).

Les zones urbaines des régions développées ne sont également pas à l'abri des disparités urbaines entre les conditions de vie de leurs citoyens. L'Europe, par exemple, a connu une hausse des résidents urbains qui ne peuvent pas se permettre de payer un loyer, étant donné la flambée rapide des coûts du logement dans les grandes villes les plus prospères. Cela est particulièrement le cas pour les régions méridionales et orientales de la région, tandis que l'on dit des pays d'Europe occidentale que plus de 6 pour cent de leurs résidents urbains vivent dans des conditions extrêmement précaires. Dans le cas des États-Unis d'Amérique, la prévalence de l'informalité dans la production et la consommation de logements parmi les groupes à faible revenu, peut être trouvée dans les paysages ruraux de nombreuses villes américaines (15).

La proportion de la population urbaine vivant dans les bidonvilles entre 1990 et 2014 est présentée dans le tableau III.

# <u>Tableau III</u>: Proportion de la population urbaine vivant dans les bidonvilles entre 1990 et 2014 (15)

Continents	Nombre d'habitants en bidonvilles en milliers/ 1990	Part de la population urbaine en % /1990	Nombre d'habitants en bidonvilles en milliers/ 2000	Part de la population urbaine en % /2000	Nombre d'habitants en bidonvilles en milliers/ 2014	Part de la population urbaine en % /2014
Afrique du Nord	22 045	34,4	16 892	20,3	11 418	11,9
Afrique subsaharienne	93 203	70,0	128 435	65,0	200 677	55,9
Amérique latine	106 054	33,7	116 941	29,2	104 847	21,1
Asie de l'Est	204 539	43,7	238 366	37,4	251 593	26,2
Asie du Sud	180 960	57,2	193 893	45,8	190 876	31,3
Asie du Sud-Est	69 567	49,5	79 727	39,6	83 528	28,4
Asie de l'Ouest	12 294	22,5	16 957	20,6	37 550	24,9
Océanie	382	24,1	468	24,1	591	24,1
Ensemble des pays en développement	689 044	46,2	791 679	39,4	881 080	29,7

#### 2.2- En Côte d'Ivoire

L'explosion urbaine des 40 dernières années dans les métropoles des pays en développement a été marquée par l'extension croissante d'un habitat spontané ou illégal. En Côte d'Ivoire, cette urbanisation a émergé surtout dans les années 50. Abidjan, localité coloniale de 1400 habitants, qui couvrait 600 hectares en 1912, devient, dans les années 90, une agglomération portuaire de plus de 2 100 000 habitants et de 63 000 hectares. Comme dans toute métropole du tiers-monde pullulent alors les quartiers précaires, franges citadines privilégiées des immigrants ruraux et étrangers, confrontés aux difficultés que pose l'insertion urbaine. A Abidjan, la population résidente de ces zones représente encore le cinquième de la population comme en 1960, soit pour 1992, 400 000 habitants (28).

En 1977, Abidjan dénombre 4 483 hectares d'habitats légaux pour 405 hectares dits illégaux ou précaires.

En 1984, on dénombrait 6 666 hectares de quartiers d'habitats planifiés par l'Etat ivoirien donc légaux, et 932 d'habitats précaires sous-équipés ou spontanés. En 2007, le Mode d'Occupation du Sol (MOS) du BNETD évaluait la superficie occupée par l'habitat précaire à 1 893 ha à l'échelle des dix communes de la ville d'Abidjan (29).

En 2013, on dénombrait 137 quartiers précaires dans les treize communes du District d'Abidjan. Ces quartiers couvrent 2% de la superficie du District. Avec 20 % des habitants, soit 1 200 000 habitants du District d'Abidjan vivent dans les quartiers précaires (30).

En 2014, la situation des quartiers précaires du district Autonome d'Abidjan a considérablement évolué par rapport à ces chiffres (29).

La population des quartiers précaires de chaque commune et à l'échelle du District d'Abidjan est présentée dans le tableau IV.

Tableau IV : Proportion de la population des quartiers précaires de chaque commune et à l'échelle du District d'Abidjan (29)

Communes	Population Des quartiers Précaires en 2013	Population totale Des communes En 2013	Part des populations des quartiers précaires dans l'ensemble des communes et du district d'Abidjan en 2013
ABOBO	241 475	1 465 909	16,47%
ADJAME	108 512	418 216	25,95%
ANYAMA	124 451	182 520	68,18%
ATTECOUBE	80 103	339 469	23,60%
BINGERVILLE	34 780	90 483	38,44%
COCODY	255 733	787 852	32,46%
KOUMASSI	94 339	589 922	15,99%
MARCORY	11 698	273 058	4,28%
PLATEAU	255	9 960	2,56%
PORT BOUET	210 196	340 429	61,74%
SONGON	21 389	76 678	27,90%
TREICHVILLE	25 461	158 155	16,10%
YOPOUGON	136 863	1 962 609	6,97%
DISTRICT D'ABIDJAN	1 345 255	6 695 260	20,09%

# 3- Problèmes de santé publique/impact sanitaire des quartiers précaires

Les conditions de vie dans les bidonvilles constituent un risque pour la santé des habitants, et les rendent plus vulnérables aux épidémies de maladies transmissibles, qui ont un effet dramatique sur l'espérance de vie des habitants des bidonvilles. Tandis que les 20% les plus pauvres dans les villes ont du mal à atteindre 55 ans, les 40% les plus riches vivent bien au-delà de 70 ans. De même, parmi les 20% des habitants les plus pauvres des bidonvilles du monde, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a plus que doublé par rapport à celui des 20% les plus riches. Aucune loi de la nature ne décrète que les enfants des familles pauvres devraient mourir plus tôt, et à un taux plus élevé, que ceux des familles riches. Cette situation est générée et maintenue par des « dispositions sociales injustes » (15).

Plus de 2,2 millions de personnes dans les pays en développement meurent de maladies évitables liées au manque d'accès à l'eau potable, à un assainissement insuffisant et à une mauvaise hygiène. Environ 1,8 million de personnes meurent chaque année de diarrhée et d'autres maladies liées à une eau insalubre, les enfants, pour la plupart de moins de cinq ans, étant les premières victimes. Les bidonvilles sont également sujets à des épidémies comme le VIH, le choléra et, comme récemment démontré, le virus Ebola (15).

Le manque global de préparation provoqua des troubles sociaux, et les moyens d'existence en furent gravement impactés. Cette crise sanitaire met en évidence à quel point les effets de la négligence envers les bidonvilles peuvent être négatifs, dans la mesure où le manque de services de base, de planification, d'enquêtes auprès des ménages et d'engagement communautaire, ont facilité la propagation de la maladie. Il est cependant fort probable que les solutions pour éviter et contenir les épidémies dans les zones de bidonvilles, résident dans ces mêmes aspects (15).

#### 4- Evolution

Depuis 2000, la population mondiale des bidonvilles a augmenté d'en moyenne six millions par an. Cela signifie une augmentation de 16 500 personnes par jour.

Au cours des deux prochaines décennies, la population urbaine des deux régions les plus pauvres du monde (Asie du Sud et Afrique sub-saharienne) devrait doubler, ce qui suggère que le nombre absolu d'habitants des bidonvilles et des établissements informels dans ces régions, va considérablement s'accroître (15).

La prolifération sans précédent des bidonvilles et des autres établissements informels est la manifestation physique dans les villes d'un manque chronique de logements convenables et accessibles. En 2013, plus de 860 millions de personnes vivaient dans des bidonvilles, soit une augmentation de 725 millions de personnes depuis 2000. En dépit d'efforts significatifs, la croissance nette des bidonvilles continue à être plus rapide que leur amélioration (31).

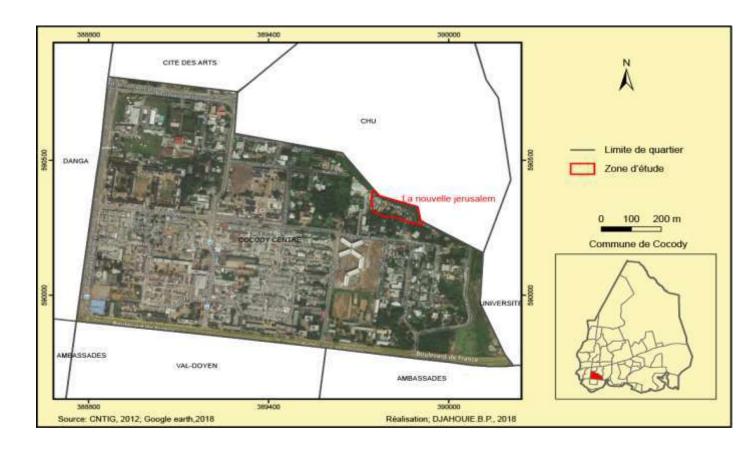
Aujourd'hui, on estime qu'un milliard de personnes vivent dans des quartiers précaires dans le monde. Cette population a tendance à s'accroître, et va vers les trois milliards d'habitants en 2050, en corrélation avec la courbe de l'urbanisation qui s'accentue (26).

# DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE

# I - MATERIEL ET METHODES

# 1- Cadre de l'étude

Cette étude a été menée dans le quartier précaire la "Nouvelle Jérusalem" d'une superficie de 1,079 hectare, situé dans le quartier Mermoz dans la commune de Cocody à Abidjan. Il est situé entre le CHU de Cocody et la Cité universitaire Mermoz (carte 1) et abrite une centaine de familles.



<u>Carte 1</u>: Situation géographique de la zone d'étude.

Les structures publiques de soins de la zone d'étude sont organisées en deux niveaux :

- le niveau primaire ou périphérique : trois établissements à savoir le Complexe Sanitaire Henriette Konan Bédié (CSHKB) de Blockhaus, le Service de Santé Scolaire et Universitaire de COCODY (SSSU), la Formation Sanitaire Urbaine de COCODY (FSU) composée de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et du dispensaire Urbain ;
- le niveau tertiaire : deux établissements, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de COCODY, Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

# 2- Matériel

# 2.1- Matériel de l'enquête

Un questionnaire à 3 volets a été utilisé pour recueillir des données sur le ménage, les personnes en charge des enfants (PECE) et les enfants (Annexe1).

# 2.1.1- Informations sur le ménage

Il s'agissait des caractéristiques socio-économiques à savoir le type d'habitat, le statut du logement, le nombre de pièces et de personnes vivant dans le ménage.

# 2.1.2- Données sur les PECE

Elles ont porté sur leur :

- caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, lien avec l'enfant) ;
- connaissances de la définition, des causes, des mesures de prévention, des mesures de la prise en charge des affections respiratoires ;
- pratiques de préventions et de prise en charge des affections respiratoires.

# 2.1.3- Informations sur les enfants

Chez les enfants, nous nous sommes intéressés :

- aux variables socio-démographiques (âge, sexe ; rang de naissance),
- et l'état de santé deux semaines précédant l'enquête (présence ou non d'affections respiratoires).

# 2.2- Matériel de l'intervention

#### 2.2.1- La restitution des résultats

Ont été utilisés comme outils :

- un ordinateur ;
- un écran téléviseur :
- les diapositives sur les premiers résultats (Annexe 2).
- un appareil photo

# 2.2.2-La formation

Les outils utilisés pour la formation étaient :

- pour la projection du film intitulé
- « Votre enfant est-il malade ? Reconnaitre la pneumonie, la diarrhée et le paludisme (version complète) » (32).
  - un ordinateur,
  - un écran téléviseur,
    - pour la préparation de la tisane (17)
  - un petit verre,
  - de l'eau,
  - du miel,
  - du citron,
  - un couteau,

#### 3- Méthodes

# 3.1- Enquête

# 3.1.1- Type et période de l'étude

L'étude était transversale descriptive exhaustive qui s'est déroulée du 05 au 11 février 2018. C'était une étude à base communautaire.

# 3.1.2- Population cible

Elle était constituée des ménages ayant des enfants de moins de 5 ans, des personnes en charge de ces enfants et les enfants eux-mêmes.

# 3.1.2.1- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- tous les ménages où vit au moins un enfant de moins de 5 ans,
- les personnes en charge des enfants vivant dans le quartier depuis au moins 3 mois qui ont donné leur accord,
- tous les enfants de moins de 5 ans présents dans le ménage pendant la période de l'enquête.

#### 3.1.2.2- Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans et leurs enfants absents après deux rendez-vous confirmés.

# 3.1.3- Méthodes d'investigation

L'enquête s'est faite par des visites dans les ménages avec un questionnaire administré par interview. L'accès au ménage a été facilité par des guides désignés par le chef du quartier.

3.1.4- Pré enquête

Une pré-enquête s'est déroulée le 30 janvier 2018 dans le quartier précaire

"GOBELET" situé à COCODY II plateaux à Abidjan. Le but était la

simulation à l'échelle réduite de tous les aspects du protocole et qui pourrait

amener à réviser certains aspects du protocole initial.

3.2- Intervention

Le projet de l'intervention est né du besoin de renforcer les connaissances de

prévention et de prise en charge des affections respiratoires, des personnes en

charge des enfants de moins de 5 ans (Annexe 3) en vue de l'amélioration de la

santé de leurs enfants.

Elle s'est faite en plusieurs phases :

Une première phase : l'analyse et la restitution des résultats

La date a été arrêtée en accord avec la communauté ainsi que la planification de

la formation.

**Une deuxième phase :** la Conception du module de formation

Nous avons retenu les items issus de l'analyse des résultats et choisi les

techniques de formation les plus appropriées après la validation du contenu et

des outils de la formation

Une troisième phase : le déploiement de la formation à la date convenue avec

la communauté.

4- Traitement et analyse des données

4.1- Traitement des données

Les scores de connaissances et pratiques ont été calculés (nombre de réponses

justes/nombre de réponses proposées) à partir du PECADOM (17). Ces scores

ont été établis pour les connaissances générales, les connaissances de mesures de

prévention et de prise en charge, les pratiques de prévention et de prise en charge.

Un score global de connaissances et de pratiques a été également calculé.

- Le niveau de connaissances ou de pratiques a été jugé adéquat, si le score de connaissance ou de pratique est ≥50%,
- Le niveau de connaissances et de pratiques a été jugé insuffisant, si le score de connaissance ou de pratique est <50% (33).

# 4.2- Analyse des données

Le logiciel sphinx lexica® a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écarttype.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour chacun des modalités des variables. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de figures.

Le logiciel Powerpoint a été utilisé pour élaborer les diapositives de la restitution des résultats.

# 5- Considérations éthiques

Les autorités de la mairie de Cocody et du district sanitaire de Cocody-Bingerville, les chefs du quartier ont été contactés. La participation était volontaire, le recueil et la saisie des données étaient anonymes, la confidentialité était également assurée par un codage des données.

#### **II- RESULTATS**

# 1- Description des caractéristiques socio-démographiques

Un total de 57 ménages a été recensé. Dans chacun de ces ménages, une personne en charge des enfants de moins de 5 ans a été retrouvée.

Parmi les 57 PECE, 3 par méfiance ont refusé de participer à l'étude, soit un taux de participation de 95%. L'étude a donc concerné 54 ménages et PECE et de 64 enfants âgés de 0 à 5 ans.

# 1.1- Ménages

Les informations sur le statut du logement, le type d'habitat et la promiscuité des ménages sont présentées dans le tableau V.

<u>Tableau V</u>: Répartition des ménages en fonction de leurs caractéristiques (N=54)

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Statut du logement      Propriétaire     Locataire  Type d'habitat     Cour commune     Maison en dur isolée     Baraque	17 37 17 9 28	31,5 68,5 31,5 16,6 51,9
Nombre de personnes par pièce • ≤ 3 • > 3	28 26	51,9 48,1

Les habitations étaient en majorité des baraques (51,9%), les personnes qui y vivaient étaient pour la plupart des locataires (68,5%) et un peu plus de la moitié avaient 3 personnes au plus par pièce.

# 1.2- Personnes en charge des enfants

Toutes les personnes en charge des enfants étaient des femmes, elles étaient les mères des enfants dont elles s'occupaient.

La répartition des personnes en charge des enfants en fonction des caractéristiques socio-démographiques est présentée dans le tableau VI.

<u>Tableau VI</u>: Répartition des personnes en charge en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Age (années) (N=53)  • [19 -25[  • [25 -30[  • [30-49]	14 23 16	26,4 43,4 30,2
Situation matrimoniale (N=54)  • En union  • Célibataire	52 2	96,3 3,7
Niveau d'étude (N=50)  • Jamais scolarisée  • Primaire  • Secondaire	28 17 5	56 34 10
Activité professionnelle (N=54)  • Ménagère  • Commerçant(e)  • Administration /salarié  • Artisan	24 27 1 2	44,4 50 1,9 3,7

Les mères étaient en majorité âgées de 25 à 30 ans (43,4%) avec une moyenne d'âge (écart-type) de 28,5 (16,5) ans.

Elles vivaient pour la plupart en union (96,3%) et 56% d'entre elles n'avaient jamais été scolarisées. La moitié des mères était commerçante, et l'autre moitié était à majorité composée de ménagères (44,4%).

# 1.3- Enfants

# 1.3.1- Sexe

La répartition par sexe des enfants de 0 à 59 mois est présentée sur la Figure 1.

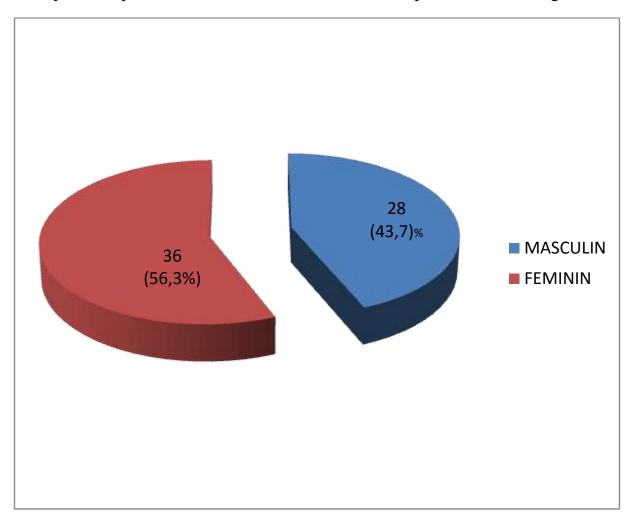


Figure 1 : Répartition des enfants 0 à 59 mois en fonction du sexe

Le sex-ratio homme/femme était de 0,78.

# 1.3.2- Âge et le rang de naissance

La répartition des enfants en fonction de l'âge et du rang de naissance est présentée dans le tableau VII.

<u>Tableau VII:</u> Répartition des enfants en fonction de l'âge et du rang de naissance (N=64)

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Âge (mois)		
• 0-23	24	37,5
• 24-59	40	62,5
Rang de naissance		
• 1 <sup>er</sup> – 2 <sup>e</sup>	36	56,3
• > 3 <sup>e</sup>	28	43,7

Les enfants recrutés étaient pour la plupart âgés de 24 à 59 mois (62,5%) avec une moyenne d'âge (±écart-type) de 28,8 (±6,3) mois. Ils étaient en grande partie premier ou deuxième enfant (56,3%).

# 1.3.3- Prévalence des affections respiratoires

La répartition des enfants en fonction de l'état de santé est présentée sur la figure 2 (N=64).

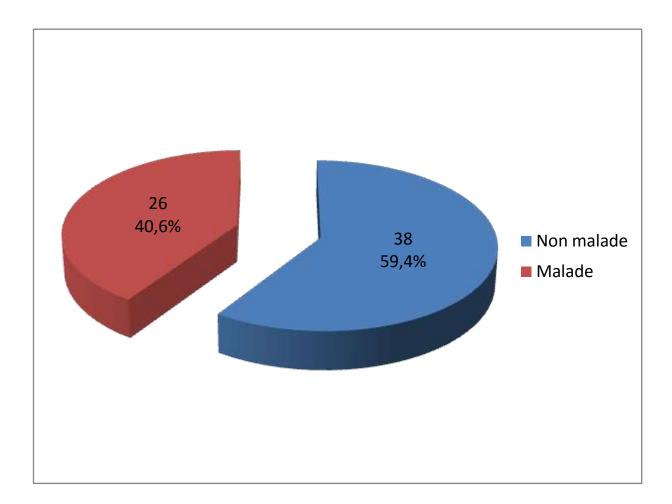


Figure 2 : Répartition des enfants en fonction de la prévalence

La prévalence des affections respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans était de 40,6%. C'était des affections bénignes à type de toux et rhume.

## 2- Connaissances générales, mesures de prévention et de prise en charge, connaissances et pratiques

#### 2.1- Connaissances générales

Les connaissances générales des PECE sur les affections respiratoires sont représentées dans le tableau VIII.

<u>Tableau VIII</u>: Répartition des mères selon leurs connaissances générales sur les affections respiratoires

Connaissances générales	n (%)
Localisation des affections respiratoires	
La gorge	11(20)
Le nez	30 (56)
Le poumon	36 (67)
Types de maladies respiratoires	
Toux/rhume	34 (63)
Toux avec respiration rapide	29 (53)
Toux plus signes de gravité	0 (0)
Causes de maladies respiratoires	
Fumées intra-domiciliaires	7 (13)
Poussière	39 (72)
Humidité	2 (03)
Froid	17 (31)
<ul> <li>Signos do gravitá dos affactions respiratoires</li> </ul>	
<ul> <li>Signes de gravité des affections respiratoires incapacité de manger, boire ou téter</li> </ul>	8 (14)
vomissement	1(02)
convulsion	0(0)
respiration rapide ou sifflante	30 (56)
inconscient/ <b>léthargie</b>	3 (6)
fièvre	15 (28)

Les connaissances générales des PECE montrent que la toux/rhume et la toux avec une respiration rapide étaient beaucoup cités comme affections respiratoires. Les mères ont indiqué que les affections respiratoires touchaient

plus le poumon et le nez et que la poussière en était la principale cause. La respiration rapide ou sifflante était la plus citée comme signe de gravité.

# 2.2- Mesures de prévention des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE

Les mesures de prévention des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE sont représentées dans le tableau IX.

<u>Tableau IX</u>: Répartition des mères selon leurs connaissances et pratiques des mesures de prévention (N=54).

	n (%)
5 (9)	3 (5)
4 (7)	5 (9)
12 (22)	8 (18)
1(02)	1(02)
5 (9)	6 (11)
52 (96)	45 (83)
2 (3)	2 (3)
5 (09)	3 (05)
24 (44)	24 (44)
	4 (7) 12 (22)  1(02) 5 (9) 52 (96) 2 (3)

Les PECE n'avaient pas de bonnes connaissances et pratiques en ce qui concerne la prévention des affections respiratoires. Le nettoyage du domicile était la mesure la plus connue et pratiquée par les PECE.

## 2.3- Mesures de prise en charge des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE

Les mesures de prise en charge des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE sont représentées dans le tableau X.

<u>Tableau X</u>: Les mesures de prise en charge des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE

Mesures de prise en charge	Connaissances n (%)	Pratiques n (%)
Soin à base de la tisane miel +citron	11(20)	11(20)
Soin à base d'autres tisanes	16 (30)	10 (18)
Recours aux centres de santé	52 (96)	54 (100)

Les PECE avaient une bonne connaissance et pratiques de prise en charge des affections respiratoires en ce qui concerne le recours aux centres de santé. Les connaissances et pratiques des PECE de soins à base de tisane sont faibles.

#### 3- Niveau de connaissances et de pratiques des personnes en charge

#### 3.1- Niveau de connaissances

#### 3.1.1- Niveau de connaissances générales

La répartition du niveau de connaissance générale des personnes en charge des enfants de 0 à 5 ans est représentée dans le tableau XI.

<u>Tableau XI</u>: Répartition du niveau de connaissances générales des personnes en charge des enfants de 0 à 5 ans (N=54)

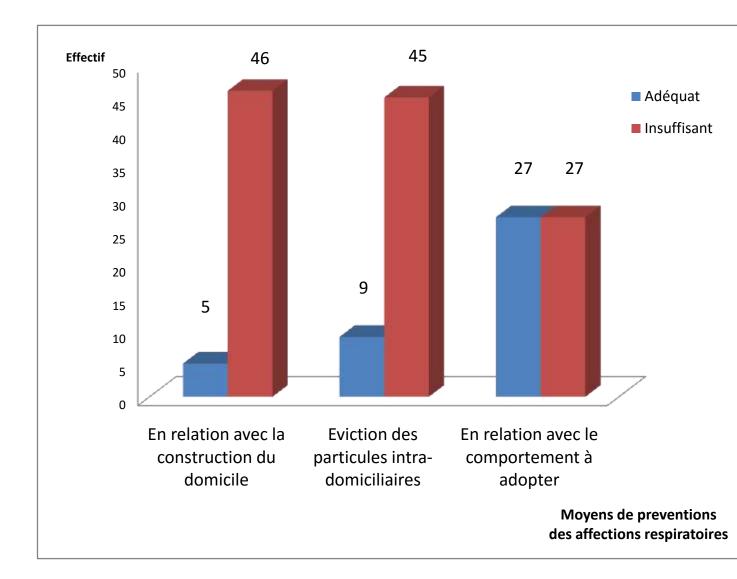
Connaissance générale	Adéquat	Insuffisant
	n (%)	n (%)
Définition	26 (48)	28 (51,8)
Type	19 (35,2)	35 (64,8)
Causes	15 (27,8)	38 (70,4)
Signes de gravité	3 (5)	51 (94,4)

Les PECE avaient un niveau de connaissance générale insuffisant.

Le niveau de connaissance de la définition de l'affection respiratoire était le plus adéquat (48%), quand celui sur les signes de gravité était le plus faible (5%).

# 3.1.2- Niveau de connaissances des moyens de prévention des affections respiratoires

La répartition des PECE selon leur du niveau de connaissances des moyens de prévention des affections respiratoires par la figure 3.



<u>Figure 3</u>: Répartition des PECE selon leur niveau de connaissances des moyens de prévention des affections respiratoires

Les PECE avaient un niveau de connaissances insuffisant en ce qui concerne les moyens de prévention des affections respiratoires. Le niveau de connaissances des PECE relatif au comportement à adopter par les PECE pour éviter les

affections respiratoires était le plus connu 27/54. Le niveau de connaissances le moins adéquat était celui en relation avec la construction du domicile (5/54).

# 3.1.3- Niveau de connaissances sur la prise en charge des affections respiratoires

La répartition des PECE selon leur niveau de connaissances de prise en charge des affections respiratoires est représentée dans le tableau XII.

<u>Tableau XII</u>: Répartition des PECE selon leur niveau de connaissances de prise en charge des affections respiratoires (N=54)

Connaissances de la prise en charge	Adéquat	Insuffisant
	n (%)	n (%)
Soins en cas d'affections respiratoires	32 (59,3)	22 (40,7)
bénignes		
Soins en cas d'affections respiratoires	52 (96,3)	2 (3)
graves		

Les soins en cas d'affections bénignes et graves étaient adéquats.

Les mères qui avaient un niveau de connaissances adéquat sur les soins en cas d'affections bénignes et d'affections graves étaient majoritaires.

#### 3.1.4- Niveau de connaissances globales

Le niveau de connaissances globales des PECE de 0 à 5 ans est représenté sur la **figure 4.** 

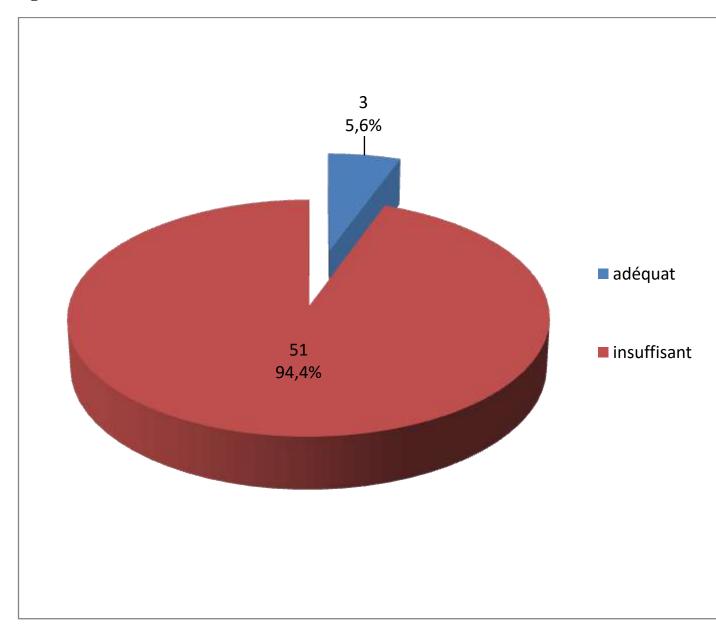


Figure 4 : Niveau de connaissances globales des PECE sur les affections respiratoires (N=54)

Le niveau de connaissances globales des PECE sur les affections respiratoires était insuffisant.

#### 3.2- Niveau de pratiques

#### 3.2.1- Niveau de pratiques de prévention des affections respiratoires

La répartition des PECE selon leur niveau de pratiques de prévention est représentée dans le **tableau XIII.** 

<u>Tableau XIII:</u> La répartition du niveau de pratiques de prévention des PECE sur les affections respiratoires (N=54)

Pratiques de prévention	Adéquat n (%)	Insuffisant n (%)
En relation avec la		
construction du domicile	2 (3,7)	52 (96,3)
En relation avec les		
particules intra-	10 (18,5)	44 (81,5)
domiciliaires		
En relation avec le		
comportement	26 (48,1)	28 (51,8)

Le niveau de pratiques de prévention des affections respiratoires était insuffisant.

Le niveau de pratiques de prévention liées aux comportements des PECE à adopter pour éviter les affections respiratoires était le plus adéquat (48,1%).

#### 3.2.2- Niveau de pratiques de prise en charge des affections respiratoires

La répartition des PECE selon leur niveau de pratiques de prise en charge des affections respiratoires est représentée dans le tableau XIV.

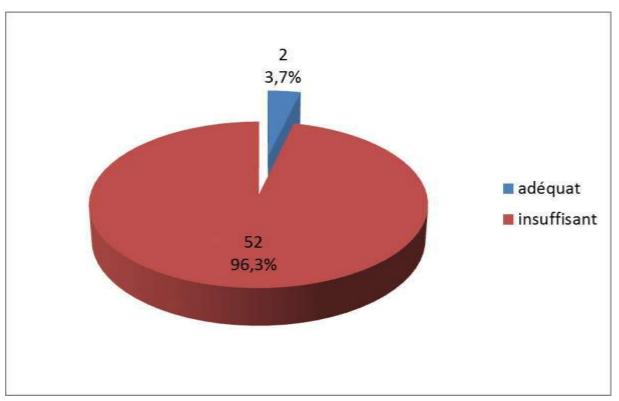
Tableau XIV : La répartition des PECE selon leur niveau de pratiques de prise en charge des affections respiratoires (N=54)

Pratique de prise en charge	Adéquat	Insuffisant
	n(%)	n(%)
Soins en cas d'affection respiratoire		
bénigne	6 (11,1)	48 (88,9)
Soins en cas d'affections		
respiratoires graves	54 (100)	0 (0)

Les PECE avaient une pratique de prise en charge de la toux/rhume à la maison insuffisante et leur pratique de prise en charge de la toux/rhume associé à des signes de gravité était adéquate.

#### 3.2.3- Niveau de pratiques globales

Les pratiques globales de prévention et de prise en charge des affections respiratoires par les PECE sont représentées par la figure 5.



<u>Figure 5</u>: Pratiques globales de prise en charge et de prévention des affections respiratoires par les PECE (N=54)

Les pratiques globales de prise en charge et de prévention des affections respiratoires par les PECE étaient insuffisantes.

## 3.3- Comparaison des niveaux adéquats de connaissances et de pratiques, de prévention et de prise en charge des affections respiratoires

La comparaison des niveaux adéquats de connaissances et de pratiques, de prévention et de prise en charge des affections respiratoires par les PECE est représentée par la figure 6.

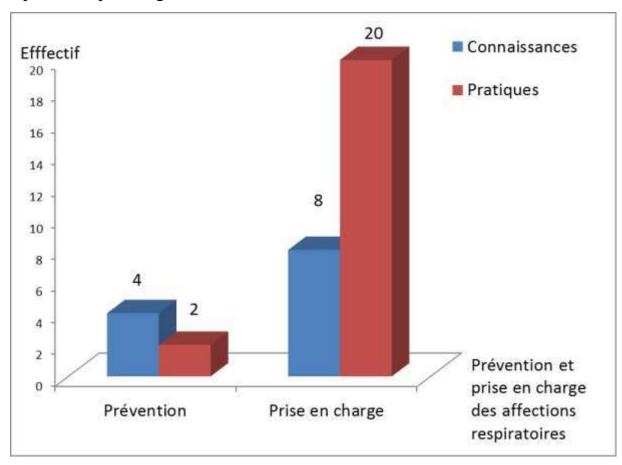


Figure 6 : Niveaux adéquats de connaissances et de pratiques, de prévention et de prise en charge des affections respiratoires par les PECE.

Les PECE étaient plus nombreuses à avoir un niveau de connaissances et de pratiques adéquat pour la prise en charge (8/54 et 20/54) comparativement à la prévention.

## 4- Renforcement des connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants de 0 à 5 ans

#### 4.1- Restitution

Le dimanche 25 mars 2018 de 16h à 17h30, les résultats de l'enquête ont été restitués, en présence de 45 participants dont 2 hommes (photo 1).

Ils ont été présentés sous forme de diapositives illustrant les mesures de prévention et de prise en charge des affections respiratoires. L'accent a été mis sur les points forts et les points faibles à améliorer à l'aide d'images sur :

- les causes et signes des affections respiratoires,
- les moyens de prévention et de prise en charge à domicile des affections respiratoires.



Photo 1 : Vue des participants lors de la restitution des résultats de l'enquête a salle de réunion de la communauté.

#### 4.2- Formation

Elle a eu lieu le mercredi 4 avril 2018 de 19h10 à 21h13 en présence de 23 participantes qui étaient essentiellement des mères (photo 2). Elle s'est faite en deux étapes.

Au cours de la première étape, le film « votre enfant est-il malade ? Reconnaître la pneumonie, la diarrhée et le paludisme (version complète) (32) a été projetée pour montrer aux mères les signes, les causes des affections respiratoires et les moyens de prévention et de prise en charge.

Au cours de la deuxième étape, une démonstration de la préparation et l'administration de la tisane au miel+ citron a été faite.

La recette est la suivante :

- 2 cuillères à café de miel,
- un demi-citron,
- un petit verre rempli à moitié d'eau tiède.

A la fin de la formation, les mères ont pris des engagements suivants :

- aérer le domicile,
- séparer la cuisine des autres pièces,
- nettoyer la maison régulièrement,
- protéger l'enfant contre le froid,
- éviter le balayage à sec,
- conduire l'enfant à l'hôpital en cas de toux/rhume avec respiration rapide,
- préparer la tisane au miel+citron en cas de toux/rhume simple à domicile.

Par ailleurs, les participantes ont désigné 4 mères pour être formées en tant que relais communautaires de prise en charge de la santé des enfants.

Avant la désignation volontaire des relais, une des mères a eu à affirmer publiquement avec un air satisfait : "moi je voulais dire que après tout ce qu'on nous a dit ce soir, on n'a plus besoin de choisir les mamans encore pour venir nous former ".



Photo 2 : Séance de formation des mères sur la prévention et la prise en charge à domicile des affections respiratoires

#### **III- DISCUSSION**

#### 1- Approche méthodologique

La recherche communautaire en santé publique est une approche collaborative de la recherche qui implique équitablement, les membres de la communauté, les représentants et chercheurs dans tous les aspects du processus de recherche (34). Cette approche collaborative impliquant les différents acteurs, nous a convenu pour notre étude.

#### 2- Caractéristiques socio-démographiques

#### 2.1- Ménage

Les habitations dans notre étude étaient des baraques (51,9%), **Ibrahima S. (35)** en janvier 2013, a trouvé que 58,6% des habitations précaires étaient composées de baraques. **Catherine B. (36)** en Août 2016, a montré dans son étude que, dans une grande partie des quartiers non reconnus d'Abidjan, les habitations sont constituées de baraques en bois.

A Abidjan, **Koffi A.** (37), en 2015, a montré que les baraques représentaient respectivement 14,6% des logements à Zoé Bruno, 12,5% à Jean Folly et 19,6 % à Sagbé. Ces taux sont faibles par rapport à celui de notre étude. Cela s'explique par le fait que certaines personnes appartenant à la classe moyenne de la société s'installent de plus en plus dans ces quartiers. Les terrains y coûtent moins cher et sont disponibles. De plus, certains anciens habitants vivant dans ces baraques ont vu leur condition économique s'améliorer. Ils ont donc décidé de rester et d'investir sur place en construisant pour la majorité des cas des habitats évolutifs (36).

Plus de la moitié des habitations étaient en location (68,5%). **Ibrahima S. (35)**, à Nouakchott, en 2013, a montré que les familles locataires ne représentent que 8,6%. Ce faible taux d'habitation en location dans l'étude d'Ibrahima s'explique par le fait que les ménages avaient bénéficié du programme social twize (35).

Le programme social twize permettait aux populations vivant dans les bidonvilles de bénéficier d'habitat évolutif.

L'étude de la promiscuité a montré que la majorité des ménages avait moins de 3 personnes par pièce. Ce qui peut paraître favorable. Le cadre de vie des enfants peut avoir un impact sur leur santé. Un sondage mené en 2012 par les pays de mise en œuvre du Programme Participatif d'Amélioration des Bidonvilles a montré que le taux d'occupation moyen par pièce (nombre de personnes par pièce) au sein des ménages des bidonvilles est de quatre personnes, une personne de plus que le maximum recommandé de trois pour une pièce de neuf mètres carrés dans les bidonvilles (15).

#### 2.2- Personnes en charge des enfants

Les PECE étaient toutes des mères. Cela confirme le fait que traditionnellement, ce sont des mères qui sont en charge des enfants. Ces mères étaient en majorité jeune (25 à 30 ans). Cette tranche d'âge majoritaire a été retrouvée dans les études de **N'sagha D.** (38) à Douala en 2013 (48,9%), de **Fodé C.** (39) en Guinée en 2011 (36%) et de **Koffi M.** (40) à Lomé en 2016 (39%).

La moitié des mères avait une activité génératrice de revenus. **Brou-Tanoh A.** (41) en 2010 a trouvé que la plupart des mères (35,6%) était commerçante. **Ouedrago L.** (42) au Burkina Faso, en 2008, a trouvé 4,76% de commerçantes dans son étude en milieu rural et la plupart des mères étaient des ménagères/cultivateurs (93,33%). L'autonomisation des femmes doit se poursuivre par la création d'activités génératrices de revenus suffisants. Cela favoriserait leur implication financière dans les soins administrés à leurs enfants (43).

Plus de la moitié des mères étaient non scolarisées (56%). Le taux d'analphabétisme est de 68% chez les femmes en Côte d'Ivoire (44). Kiniffo I.

(45), au Bénin, en 2000, a trouvé 95% de mères non scolarisées. La scolarisation de la mère peut avoir des effets sur la santé des enfants. D'une part, elle augmente les compétences et les connaissances ainsi que la capacité à traiter les maladies avec les nouvelles idées et d'autre part, elle permet une ouverture d'esprit à de nouvelles cultures en matière de soins (46).

#### 2.3- Enfant

La majorité des enfants étaient âgée de plus de 2 ans. **Konan L. (47)** à Abidjan dans son étude, la majorité des enfants avaient plus de 2 ans. Le sex-ratio H/F était de de 0,78 en faveur des filles. La prédominance du sexe féminin n'est pas toujours établie dans les études chez les enfants de 0 à 5 ans. En effet, dans les études de **Ngombe L. (48)** au Congo en 2014 et de **Maiga B. (46)** au Mali en 2016, le sexe ratio H/F était respectivement de 1,25 et 1,38.

Les affections respiratoires sont fréquemment retrouvées chez les enfants de moins de 5 ans. Dans notre étude, 40% des enfants en avaient été atteints; **Konan L. (47)** a trouvé une prévalence de 25,3% en 2010 à Anonkoi 3 à Abidjan.

#### 3- Niveau de connaissances et de pratiques des PECE

#### 3.1- Connaissances générales

Notre étude a révélé un faible niveau de connaissances générales des mères sur les affections respiratoires. La définition des affections respiratoires n'était pas bien décrite quoi qu'elle fût la plus connue parmi les connaissances générales. Dans une étude au Kenya, **Simiyu D.** (7), en 2013 a montré que 18% des mères connaissaient la définition des infections respiratoires aiguës. En Arabie Saoudite, **Alluqmani M.** (49), en 2017, a trouvé 52% de bonne connaissance des infections respiratoires aiguës.

En ce qui concerne le type d'affections respiratoires, notre étude a montré que la toux ou le rhume était le type le plus commun suivi de la toux avec une respiration rapide. Aucune des mères n'a mentionné la toux avec un signe de gravité. **Farhad J. (11)**, en Iran, en 2013, a trouvé dans son étude que le type le plus commun de l'infection était le rhume, et le moins commun était la pneumonie.

La cause des affections respiratoires la plus évoquée était la poussière. La fumée intra-domiciliaire, l'humidité, le froid ont été moins cités. Au Pakistan, **Bham S.** (50), en 2014, a trouvé dans son étude que la poussière était en cause des infections respiratoires à 81%.

#### 3.2- Connaissances et pratiques de prévention

Notre étude a montré que les mères avaient un niveau de connaissances et de pratiques de prévention des affections respiratoires insuffisant.

Les mères ne savaient pas que la fumée ou l'utilisation de combustibles solides pour la cuisson avait des effets néfastes sur la santé des enfants. Cela a été montré dans l'étude de **Asante K.** (51) au Ghana en 2016. En effet la majorité des enfants souffrant des symptômes d'infections respiratoires aigües vivaient dans les ménages où les parents étaient sans éducation et utilisaient le bois comme combustible à 98%.

#### 3.3- Connaissances et pratiques de prise en charge

En cas d'affections respiratoires légères, les mères connaissaient les remèdes maison pour la prise en charge. La tisane miel-citron était le soin à domicile le plus connu. Dans d'autres études comme celle d'**Afaf M.** (52) au Soudan en 2005, les mères donnaient du miel d'abeille (3,8%), du jus de citron (72,8%) comme remède maison pour prendre en charge la toux. **Teka T.** (10), en Ethiopie, a révélé, dans son étude en zone rurale, que, pour la prise en charge

des infections respiratoires aiguës légères, les mères appliquaient du beurre de karité et des herbes sur la poitrine par un massage à la maison (95,5%).

Au Ghana, **Denno D.** (53), en 1994, a trouvé que le miel et le sirop contre la toux étaient souvent utilisés pour traiter la toux et la fièvre.

En ce qui concerne la prise en charge des cas graves des affections respiratoires, notre étude a montré que toutes les mères avaient recours aux centres de santé. Le même résultat a été observé par **Kumar R.** (54) au Pakistan (64% des mères ont consulté un médecin). Dans l'étude de **Simiyu D**. au Kenya (7), 87,1% des mères ont déclaré qu'elles chercheraient les services des centres de santé pour les IRA sévères. **Teka T** en Ethiopie a trouvé un faible niveau de recours aux centres de santé; seulement 35,6% des mères ont proposé d'emmener leurs enfants aux centres de santé. Ce faible taux de recours pourrait être est dû au fait que les pratiques traditionnelles sont répandues dans cette zone rurale (11).

#### 4- Intervention

Ce faible niveau de connaissances et de pratiques montre l'intérêt de notre intervention. En effet, sans avoir la prétention d'être une action d'éducation pour la santé, qui, elle, s'inscrit dans la durée (55), nous pouvons la considérer comme un précurseur. Les interventions d'ordre éducationnel peuvent avoir un impact favorable sur la santé, selon **Fewtrell L.** (56) et de **Soleimani A.** (57). Premièrement, elles permettent d'élever le niveau de littératie (niveau d'instruction des mères sur la santé). Ce que nous avons pu faire en insistant sur les connaissances générales, les mesures de prévention et de prise en charge au cours de la formation.

Ensuite, elles permettent d'améliorer le savoir-faire (58), l'apprentissage de la préparation de la tisane miel +citron recommandée par le ministère de la santé et l'hygiène publique en cas d'affection bénigne est un exemple.

Enfin, ces interventions agissent favorablement sur le savoir-être ou l'attitude (53). Ceci s'est démontré à travers les engagements pris par les mères.

Il est cependant à noter que si ces interventions sont courantes pour prévenir la diarrhée et le paludisme (56,57), elles sont encore peu utilisées dans le cas des affections respiratoires.

### **CONCLUSION**

Notre étude était transversale descriptive exhaustive et s'est déroulée du 05 février 2018 au 4 avril 2018 dans le quartier précaire "Nouvelle Jérusalem "dans la commune de Cocody (Abidjan).

Elle avait pour objectif d'analyser les connaissances et pratiques des PECE sur les affections respiratoires.

57 PECE ont été recensées, 3 ont refusé de participer à l'étude, soit un taux de participation de 95%. Elles étaient en charge de 64 enfants et ont répondu à un questionnaire administré par interview. Les PECE étaient en majorité jeunes et en union, elles étaient des commerçantes et avaient un niveau d'instruction bas. Elles vivaient pour la plupart en location dans les baraques, et il y avait moins de 3 personnes par pièce dans le ménage.

Le niveau de connaissance générale des PECE était insuffisant ; la définition des affections respiratoires était la notion la plus connue.

Le niveau de connaissances et de pratiques des moyens de prévention des affections respiratoires était généralement insuffisant. Les moyens de prévention les plus connus étaient ceux en relation avec le comportement (protéger l'enfant contre le froid).

Le niveau de connaissances et de pratiques de prise en charge des affections respiratoires était adéquat. Les mères avaient un niveau adéquat en matière de l'administration de la tisane miel+citron en cas de la toux ou le rhume simple. En cas de signe de gravité, toutes les mères avaient recours à un centre de santé.

Les affections respiratoires ont été retrouvées chez 40% des enfants. Elles étaient bénignes à type de toux et rhume.

L'intervention consistant en la restitution des résultats et la formation des mères a été mise en œuvre pour améliorer les compétences des mères dans la prévention et la prise en charge des affections respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans. Elle a réuni respectivement 45 personnes pour la restitution et 23 personnes pour la formation. 04 relais communautaires ont été également désignés.

### RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

#### Aux autorités politiques et administratives

- Améliorer la situation des personnes vivant dans la précarité ;
- Améliorer le cadre de vie des populations.

#### Aux autorités sanitaires (MSHP)

- Promouvoir des campagnes d'éducation sanitaires en direction des mères ;
- développer les approches communautaires dans la gestion des problèmes de santé infantiles ;
- Instaurer la prise en charge à domicile des affections respiratoires des enfants de moins de 5 ans ;
- veiller à rendre l'offre de service de santé accessible à tous ;
- assurer la formation continue du personnel de santé vis-à-vis des méthodes de prévention et de prise en charge des affections respiratoires.

#### À la communauté

- adhérer aux efforts de sensibilisation initiés par les autorités sanitaires notamment au niveau des moyens de préventions des affections respiratoires.

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-OMS. Maladies respiratoires [Internet]. WHO. [Cité 14 juill 2018].
  - Disponible sur: <a href="http://www.who.int/topics/respiratory\_tract\_diseases/fr/">http://www.who.int/topics/respiratory\_tract\_diseases/fr/</a>
- 2-WHO. (1979). Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000: principes directeurs et questions essentielles, document du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé.
- 3-Beaglehole R, Irwin A, Prentice T, WHO. (2003). The world health report 2003: shaping the future. World Health Organization.
- 4- World Health Organization, (1990) Acute respiratory infections [Internet] disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/61939 consulté 16/07/2018.
- 5- DIPE (2012). Annuaire des statistiques sanitaires de la Côte d'Ivoire 2011. Abidjan, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.
- 6- DIPE (2015). Rapport annuel sur la situation sanitaire, Abidjan, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.
- 7- Simiyu D, Wafula E, Nduati R. (2003). Mothers' knowledge, attitudes and practices regarding acute respiratory infections in children in Baringo District, Kenya. *East African medical journal*, 80(6): 303-307.
- 8- UNICEF (2007). The state of the world's children 2008: Child survival: Unicef, 154p.

- 9- Chan G. and Tang S, Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending à primary healthcare clinic in Malaysia. Singapore medical journal, 2006. 47(4): 266-270.
- 10- Teka T, Dagnew M. (1995). Health behaviour of rural mothers to acute respiratory infections in children in Gondar, Ethiopia. *East African medical journal*, 72(10): 623-625.
- 11- Farhad J, Malihe A, Azami F et al. (2014). The Knowledge, Attitude and Practice of Mothers Regarding Acute Respiratory Tract Infection in Children. *Biosci Biotech Res Asia*, 11(1): 343-348.
- 12- Campbell H, Byass P, Forgie I et al, (1989) .Clinical signs of pneumonia in children, *The Lancet* 1(8643): 899-900.
- 13- UNICEF. (2007). La Pneumonie de l'enfant un fléau Oublié. UNICEF. 40p.
- 14- UNICEF (2016). Situation des enfants dans le monde: l'égalité des chances pour chaque enfant, rapport, 184p. Consulté le 14 juillet 2018 sur le site http://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF\_SOWC\_2016\_French\_LAS\_T.pdf
- 15- World Urban Campaign (2015/2016). Suivre l'amélioration de la qualité de vie des habitants des bidonvilles, Almanach des Bidonvilles. Disponible sur <a href="http://www.worldurbancampaign.org/sites/default/files/subsites/resources/almanach\_des\_bidonvilles\_2015-2016\_ppab.pdf">http://www.worldurbancampaign.org/sites/default/files/subsites/resources/almanach\_des\_bidonvilles\_2015-2016\_ppab.pdf</a> consulté le 17/07/2018.
- 16- Prevot G, Murris M, Didier A et al. (2008). Toux chez l'enfant et l'adulte. Livre, module 12 : 123-138.

- 17- Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale. (2013). Pecadom, manuel.
- 18- De Sutter AI, van Driel L, Kumar A et al. (2012). Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): 97p.
- 19- Adonis L. (1992). Etude sur la prise en charge médicale des IRA des enfants de 0 à 5 ans par le personnel de santé des centres de PMI d'Abidjan. Thèse en médecine (Abidjan) ; 2735 :143p
- 20- Foumbi A. (2006). Validation des algorithmes de diagnostic bactériologique d'infections respiratoires aigües. *Thèse en Pharmacie (Dakar)*, 25:107p
- 21- Sakho P. (2005) Facteurs environnementaux et santé des populations : cas du quartier des abattoirs Ndangane de Kaolack. *Mémoire de maîtrise en Population et développement, IPDSR, UCAD* : 2-11.
- 22- Cherpillod J. (2006). L'otite moyenne chronique chez l'enfant. *Revue médicale*, 54 : 513p.
- 23- Baculard F. (2007). Épidémiologie de l'otite moyenne aiguë et de ses complications chez l'enfant. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 10(3): 154-157.
- 24- OMS .Pneumonie Disponible sur : <a href="http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia">http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia</a> consulté le 18/07/2018.

25- OMS. Mettre fin aux décès évitables d'enfants par la pneumonie et la diarrhée d'ici 2025.

Disponible sur :

http://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/documents/global\_action\_plan\_p neumonia\_diarrhoea/fr/ consulté 16/07/2018.

26- Mathilde C, Nora P, Dukhan A. (2014). L'AFD & l'intervention en quartiers précaires.

Disponible sur : <a href="https://issuu.com/objectif-developpement/docs/afd-quartiers-precaires-vf">https://issuu.com/objectif-developpement/docs/afd-quartiers-precaires-vf</a> consulté le 17/07/2018

27- Quartiers précaires : 3 milliards d'habitants en 2050.

Disponible sur:

https://ideas4development.org/quartiers-precaires-developpement-bidonvilles/consulté le 17/07/2018

- 28- Blary R, N'Guessan S et André F. (2000). Urbanité et quartiers précaires. *article de revue*, 21(1): 55-87.
- 29- République de Côte d'Ivoire (mai 2014). Diagnostics et plan d'amélioration des quartiers précaires des 13 communes du district d'Abidjan ,1: 45-46
- 30- PNUD Côte d'Ivoire (2013). 20% des habitants du district d'Abidjan vivent dans les quartiers précaires.

Disponible sur:

http://www.ci.undp.org/content/cote\_divoire/fr/home/presscenter/articles/2013/1

1/28/20-des-habitants-du-district-d-abidjan-vivent-dans-les-quartiers-prcaires.html consulté 17/07/2018

31- ONU HABITAT. Logement et amélioration des bidonvilles : Stratégie mondiale du logement (SML).

Disponible sur : <a href="https://fr.unhabitat.org/urban-themes/logement-et-amelioration-des-bidonvilles/">https://fr.unhabitat.org/urban-themes/logement-et-amelioration-des-bidonvilles/</a> consulté le 17/07/2018

32- Medical Aid Films - Films for Life. Ajoutée le 24 avr. 2014

Disponible sur: http://medicalaidfilms.org/our-films/

- 33- Mukunya D, Kizito S, Orach T et al. (2014). Knowledge of integrated management of childhood illnesses community and family practices (C-IMCI) and association with child undernutrition in Northern Uganda: a cross-sectional study. *BMC public health*, *14*(1): 7p.
- 34- Chambaud L, Schaetzel F. (2009). Participation citoyenne et système de santé: démocratisation ou instrumentalisation? *Santé, société et solidarité*, 8(2): 35-43.
- 35- Ibrahima S, Diagana I, Reymond M et al. (2013) "Enquête sur les systèmes d'assainissement dans les quartiers précaires de Nezaha (El Mina) et de Tarhil (Riyadh), Nouakchott. "*Rapport d'étude version finale*, 75p.
- 36- Baron C, Bonnassieux A, Bontianti A. (2016). Eau des villes, assainissement et précarités—des réalités contrastées à Ouagadougou (Burkina Faso) et Niamey (Niger). *Notes techniques*, (19): 275p.

- 37- Koffi A, Moussa K, Joseph K. (2015). La nouvelle configuration de l'habitat dans les quartiers précaires d'Abidjan: cas de jean folly, zoe bruno et sagbe. *European Scientific Journal, ESJ*, 11(14): 191-203.
- 38- Nsagha D, Ngowe N, Assob N et al. (2013). Prévention du Paludisme Chez des Mères d'Enfants de 0-5 ans à Bépanda, Douala, *Afr.J.Of Integ Health,AJIH*. 2(1): 4-9.
- 39- Fode C. (2011). Évaluation de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) dans le district sanitaire de Kissidougou République de Guinée en 2011, *Annales de l'UNIGOM*, 7(1): 333-348.
- 40- Koffi M, Yawo D, Essossolim M et al. (2016) Connaissance, attitude et pratique des mères des enfants de moins de 5 ans sur l'anémie dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. *La Tunisie médicale*, 94 (1) : 46-53.
- 41- Brou-tanoh A, Patrice B, Raïssa K et al. (2010) les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en côte d'ivoire: cas de l'alimentation de complément des enfants de 6-24 mois. Cahier Santé Publique, EDUCI 2010, 9(2): 69-82.
- 42- Ouédraogo L. (2008). Evaluation de la couverture vaccinale, de l'offre et de la demande de services de vaccination dans la commune rurale de Koubri dans le District Sanitaire de BOGODOGO. *Ouidah: EPIVAC/Université Paris Dauphine*. Burkina Faso, 53p.

- 43- Fromageot A, Parent F, Coppieters Y. (2005). Femmes, cultures maraîchères et recours aux soins en Afrique de l'Ouest. *Sciences sociales et santé*, 23(4): 48-69.
- 44- Care-union Européenne. Réseau régional pour l'étude et la promotion du leadership féminin. Disponible sur <a href="http://www.observatoiresdugenre.com/wp-content/uploads/2014/05">http://www.observatoiresdugenre.com/wp-content/uploads/2014/05</a>. Consulté le 17/07/2018
- 45- Kiniffo I, Agbo-Ola L, Issifou S et al (2000). Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au Sud-Est du Bénin. *Médecine d'Afrique Noire*, 47(1): 27-33.
- 46- Maiga B, Togo B, Diall H et al. (2016). Etude épidémiologique et clinique des détresses respiratoires aigües chez les enfants âgés de 1 à 59 mois admis dans le service des urgences pédiatriques au CHU Gabriel Toure. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie, tome 7, 27-32.
- 47- Konan L. (2010). Facteurs environnementaux associés aux infections respiratoires aigües chez les enfants de 0 à 5 ans dans le quartier d'ABBO-ANONKOI 3. *Mémoire Master 2 Recherche Santé Publique* (côte d'ivoire) 75p.
- 48- Ngombe L, Mbombo-Ditunga N, Malingo A et al. (2014). Infection respiratoire aigüe et statut nutritionnel chez les enfants de 0-5 ans: cas des cliniques universitaires de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 19(393) : 2-5.

- 49- Alluqmani M, Abdullah A, Abdulwahab A et al. (2017). Knowledge, Attitude and Practice of Mothers on Acute Respiratory Infection in Children under Five Years in Saudi Arabia, 2017. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(2): 1959-1963.
- 50- Bham S, Saeed F, Shah M (2016). Knowledge, Attitude and Practice of mothers on acute respiratory infection in children under five years. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(6): 1557-1561.
- 51- Asante K, Kinney P, Zandoh C et al. (2016). Childhood respiratory morbidity and cooking practices among households in a predominantly rural area of Ghana. *African journal of infectious diseases*, 10(2): 102-110.
- 52- Afaf M. (1996). Evaluation of Mothers' Perception of the Symptoms and Signs of Acute Respiratory Infections, their Practice and Health Seeking Behaviour: A Survey in ELSururab Area (Karari Locality.) thesis for the clinical MD degree in Pediatrics and child health (Soudan), 124p.
- 53- Denno D, Bentsi-Enchill A, Mock C et al. (1994). Maternal knowledge, attitude and practices regarding childhood acute respiratory infections in Kumasi, Ghana. *Annals of tropical paediatrics*, *14*(4): 293-301.
- 54- Kumar R, Hashmi A, Soomro J et al. (2012). Knowledge Attitude and Practice about Acute Respiratory Infection among the Mothers of Under Five Children Attending Civil Hospital Mithi Tharparkar Desert. *Primary Health Care: Open Access*, 2(108): 2-3.

- 55- Ngowi H, Ozbolt I, Millogo A et al. (2017). Development of a health education intervention strategy using an implementation research method to control taeniasis and cysticercosis in Burkina Faso. *Infectious diseases of poverty*, 6(1), 95p.
- 56- Fewtrell L, Kaufmann R, Kay D., et al. (2005). Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: à systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, 5(1): 42-52.
- 57- Soleimani A, Vatandoost H, Shaeghi M, et al. (2012). Effects of educational intervention on long-lasting insecticidal nets use in a malarious area, southeast Iran. *Acta Medica Iranica*, 50(4): 279-287.
- 58- Haroun H, Mahfouz M, El Mukhtar M, et Salah A. (2010). Assessment of the effect of health education on mothers in Al Maki area, Gezira state, to improve homecare for children under five with diarrhea. *Journal of family and community medicine*, 17(3): 141-146.
- 59- Cropley L. (2004). The effect of health education interventions on child malaria treatment-seeking practices among mothers in rural refugee villages in Belize, Central America. *Health Promotion International*, 19(4): 445-452.

### **ANNEXES**

Annexe 1 : Fiche d'enquête
QUESTIONNAIRE
1. Date/2018.
2. Numéro de fiche : QPREC _
3. Contact
4. durée de vie dans le quartier (Mois)
5. Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage
PREMIERE PARTIE : MENAGE
CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES
1. Type d'habitat
☐ Cour commune
☐ Maison dure isolée
□ Baraque
2. Statut du logement
□ Propriétaire
□ Locataire
3 .Nombre de pièces du logement :
_ ~
4. Nombre de bersonnes vivant dans le menage :
4. Nombre de personnes vivant dans le ménage :
5. Nombre de personnes vivant dans le menage :
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :  DEUXIEME PARTIE : PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :  DEUXIEME PARTIE : PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS  I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :  DEUXIEME PARTIE : PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS  I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT  1. Age(Ans)
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer) :
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):  DEUXIEME PARTIE : PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS  I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT  1. Age
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):
5. Nombre de personnes par pièce (à calculer):

7. informations sur	le père (reporter les mêmes informations si père =
personne en charge d	e l'enfant)
7.1. Age	(Ans)
7.2. Quel est votre	niveau d'étude ?
☐ Jamais scolarisé	□ primaire
☐ Secondaire	□ supérieur
7.3. Quel est votre	e activité professionnelle ?
☐ Commerçant	☐ Administration/ Technicien
☐ Elève/étudiant	☐ Artisan
☐ Sans emploi	
II- CONNAISSANC	ES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS
DE MOINS DE 5 AN	S
A - connaissa	ances générales sur les affections respiratoires
1-Qu'est-ce qu'une m	aladie respiratoire?
C'est une maladie qui	touche
☐ La gorge	
☐ Le nez	
☐ Le poumon	
☐ Ne sait pas	
	des maladies respiratoires ?
☐ Toux/rhume	
☐ Toux avec respiration	
-	pide avec au moins un signe de danger (vomir, incapable
_	de de téter, convulsion, respiration difficile)
□Ne sait pas	
	signes de gravité des affections respiratoires chez
l'enfant ?	
•	able de manger, boire ou de téter
☐ L'enfant vomit tou	t ce qu'il consomme
☐ L'enfant convulse	1:00:11 :00
•	piration difficile ou sifflante
☐ L'enfant est incons	scient/léthargique
☐ L'enfant est fébrile	
☐ Ne sait pas	

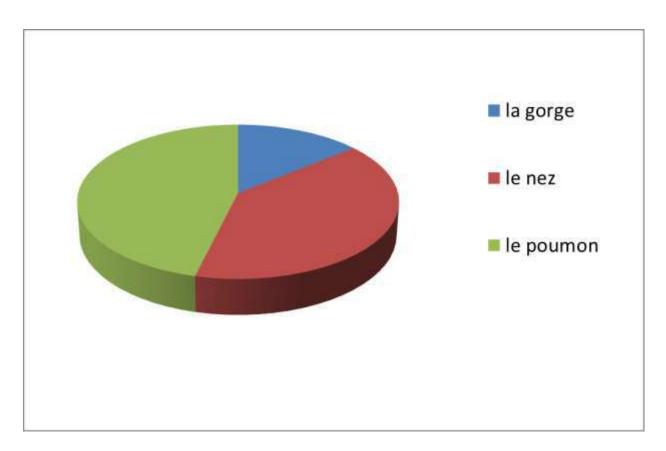
4-Quelles sont les causes des affections respiratoires ?
☐ Fumées intra-domiciliaires
□ Poussière
□Humidité
□ Froid
□ Ne sait pas
B- connaissances des moyens de prévention
1-relatifs à la construction du domicile
□Avoir au moins 2 ouvertures par pièce
☐ Aérer le domicile
☐ Séparer la cuisine des autres pièces
□ Ne sait pas
2-relatifs aux particules intra-domiciliaires
☐ Eviter l'utilisation des combustibles solides
☐ Eviter de fumer dans la maison
□ Nettoyer régulièrement la maison
☐ Eviter le balayage à sec
□Ne sait pas
3-relatifs aux comportements
☐ Protéger l'enfant contre le froid
☐ Eloigner l'enfant du lieu de cuisson des aliments
□ Ne sait pas
C - Connaissances sur les mesures de prise en charge
1- comment soigne-t-on la toux/rhume simple chez l'enfant à la maison?
☐ Tisane Citron+ miel
□ Autres Tisanes
☐ Dégager le nez
□Ne sait pas
2- la tisane au miel
2-1-Connaissez-vous la tisane au miel ?
□ Oui
□ Non

2-1-Si oui comment la prépare-t-on ?
□ 2 cuillères à café de miel
□ Demi-citron
<ul> <li>□ Un petit verre rempli à moitié d'eau tiède</li> <li>3- Comment prendre en charge une affection respiratoire qui s'aggrave</li> </ul>
chez l'enfant ?
□ Envoyer l'enfant à l'hôpital
□ Ne sait pas
III - PRATIQUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS
DE MOINS DE 5 ANS
A - Pratiques préventives  1-Que faites-vous (qu'est ce qui est fait) pour éviter les affections respiratoires chez les enfants en relation avec la construction du domicile ?  □ Deux ouvertures au moins par pièce □ Le domicile bien aéré □ Le avisire aéronée des autres pièces
<ul><li>□ La cuisine séparée des autres pièces</li><li>□ Ne fait rien</li><li>□ Autres pratiques</li></ul>
2-Qu'est-ce que vous faites pour ne pas avoir de particules dans le
domicile ?
☐ Utiliser du gaz pour la cuisson des aliments
□Ne pas fumer dans la maison
□ Nettoyer la maison régulièrement
□ Ne pas faire de balayage à sec
□ Ne fait rien
☐ Autres pratiques
3-Quel comportement avez-vous pour protéger votre enfant des affections
respiratoires
☐ Couvrir l'enfant contre le froid
☐ Eloigner l'enfant du lieu de cuisson des aliments
□ Ne fait rien
☐ Autres pratiques

B- Pratiques de prise en charge
1- Que faites-vous à la maison lorsque votre enfant tousse/ est enrhumé?
□ Citron + miel
□ Autres Tisanes
□ Dégager le nez
□ Ne fait rien
☐ Autres pratiques
2-Que faites-vous en cas de Toux ou rhume associé à une respiration rapide
de votre enfant ?
☐ Envoie à l'hôpital ☐ Ne fait rien
TROISIEME PARTIE : ENFANT
I-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES_: Enfant N°Rang de naissance
1. Présence du carnet de santé Oui □ Non □
2. Si non, demander pourquoi ?
☐ Perte de carnet ☐ Jamais acheté
3. Age: (Mois)
4. Sexe: $M \square$ $F \square$
5-Est-ce que votre enfant a (ou a eu) des problèmes respiratoires les 15 jours précédents?
□ Oui □ Non
6-Si oui, quel type d'affections respiratoires souffre votre enfant ?
☐ Toux/rhume simple
☐ Toux + respiration rapide
□Toux + respiration rapide avec un signe de gravité (vomissement, convulsion,
ne mange pas, ne boit pas)

# ANNEXE 2 : Diapositives de la restitution des résultats





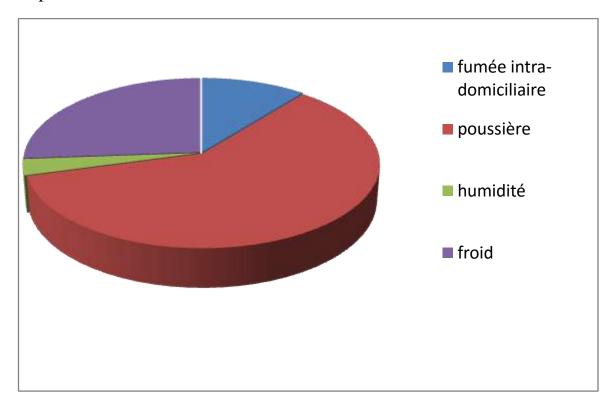
Annexe 2a : Diapositive sur la définition des affections respiratoires





La poussière

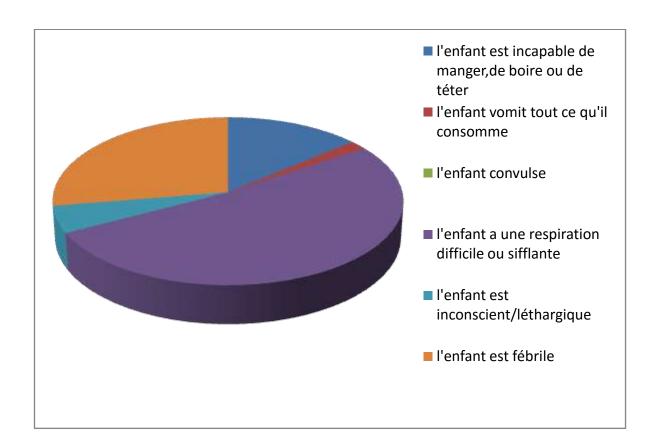
Fumée intra-domiciliare



Annexe 2b: Diapositive sur les causes des affections respiratoires





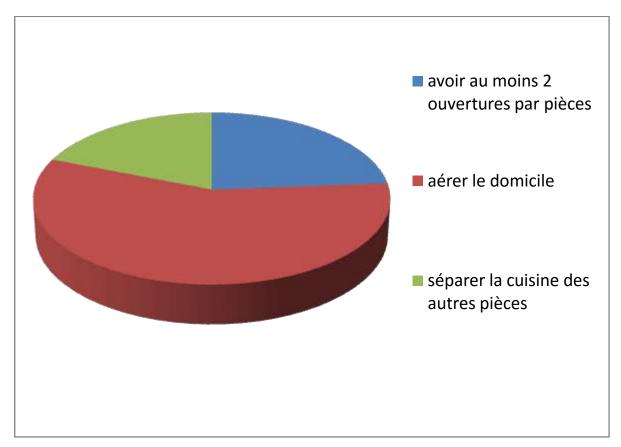


Annexe 2c : Diapositive sur les signes de gravité des affections respiratoires chez les enfants





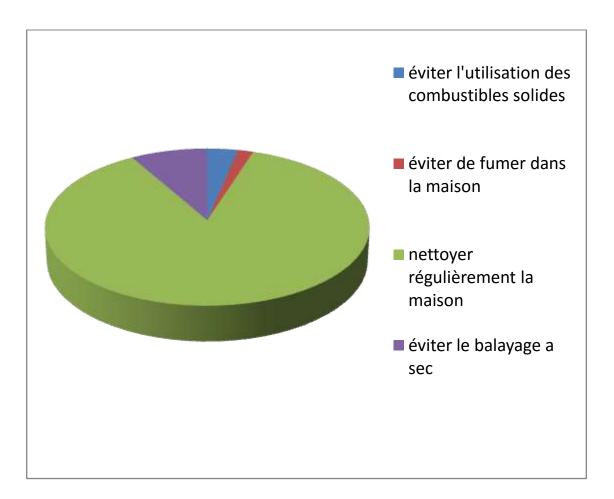




Annexe 2d: Diapositive sur les connaissances relatives à la construction du domicile



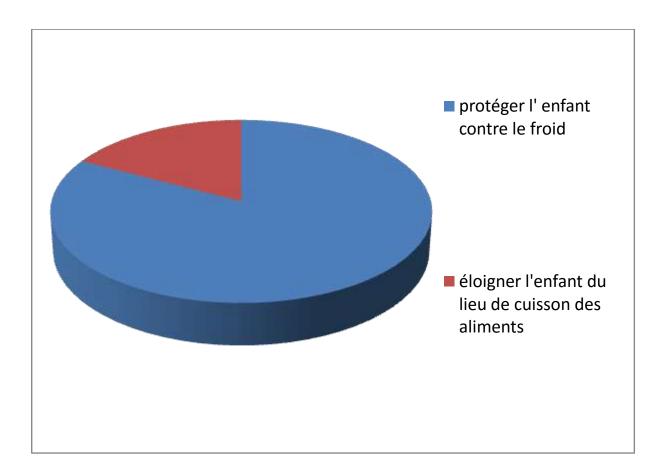




Annexe 2e: Diapositive sur les connaissances relatives aux particules intradomiciliaires



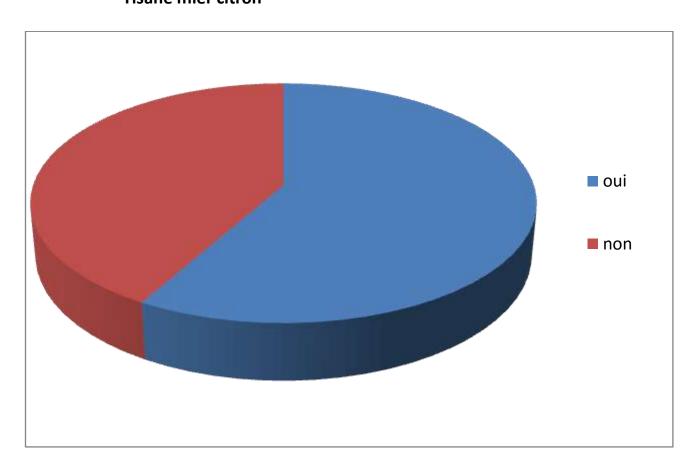




Annexe 2f : Diapositive sur les connaissances relatives aux comportements

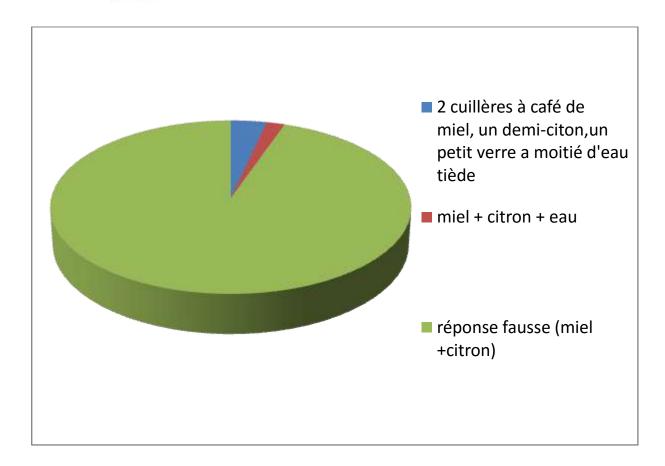


**Tisane miel-citron** 



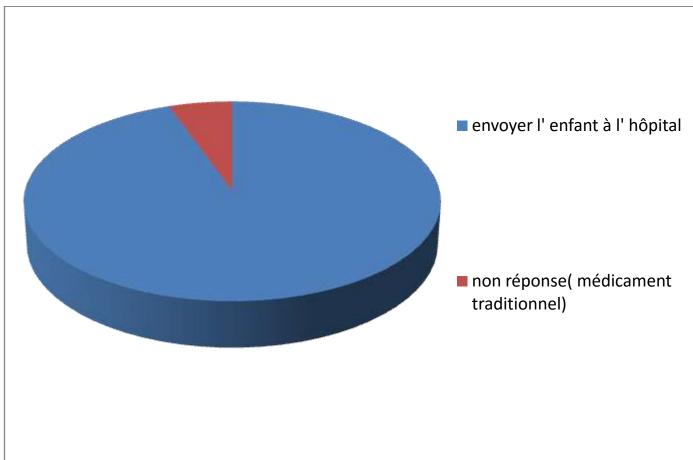
Annexe 2g : Diapositive sur la prise en charge de la toux/rhume avec la tisane miel-citron





Annexe 2h : Diapositive sur la préparation de la tisane miel-citron

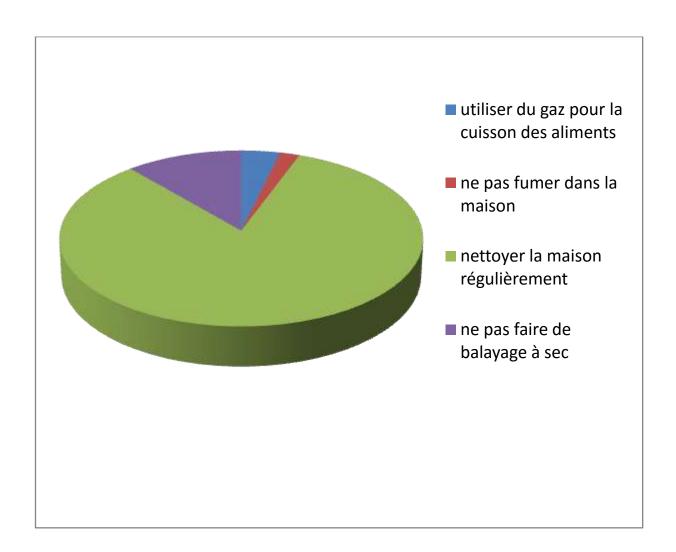




 $Annexe\ 2i: Diapositive\ sur\ les\ connaissances\ de\ prise\ en\ charge\ des\ affections\ respiratoires\ graves$ 



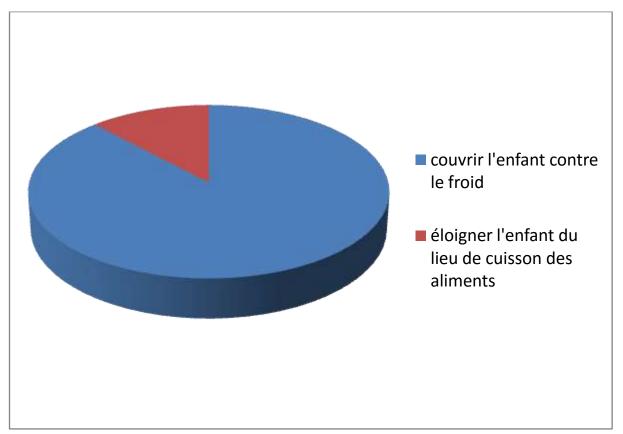




Annexe 2j : Diapositive sur les pratiques de prévention relatives aux particules intra-domiciliaires







Annexe 2k : Diapositive sur les pratiques de prévention relatives aux comportements

# Annexe 3 : Fiche de présence lors de la restitution des résultats et la formation.

UNIVERSITE

UNIVERSITE

UNIVERSITE

UNIVERSITE

UNIVERSITE

UNIVERSITE

UNIVERSITE

FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY DE COCODY

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHES

DE SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION





# FORMATION DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DU QUARTIER LA NOUVELLE JERUSALEM

NOUVELLE JERUSALEM		
DATE:		

FIN:

**DEBUT:** 

ordre	Nom et prénoms	sexe	âge	contact

# **TABLE DES MATIERES**

LISTE DES ABREVIATIONS	XXIX
LISTE DES TABLEAUX	XXVII
LISTE DES PHOTOS ET FIGURES	XXVIII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	5
I- AFFECTIONS RESPIRATOIRES	6
1- Affections respiratoires benignes : toux et rhume	6
1.1.Toux	6
1.1.1- Définition	6
1.1.2- Causes	6
1.1.3- Epidémiologie	6
1.1.4- Prévalence	7
1.1.5- Traitements	7
1.1.5.1- Traitement non médicamenteux	7
1.1.5.2- Traitement médicamenteux	7
1.1.5.2.1- Antitussifs	7
1.1.5.2.1.1- Antitussifs centraux.	7
1.2- Rhume	8
1.2.1- Définition	8
1.2.2- Causes	8
1.2.3- Épidémiologie	8
1.2.3.1- Prévalence	8
1.2.3.2- Transmission	8
1.2.4- Traitement	9
1.2.4.1-Traitement non médicamenteux	9
1.2.4.2- Traitements médicamenteux	9
2- Infections respiratoires aiguës (IRA)	9
2.1-Définition	9

2.2-Voies de contagion
2.2.1- Voies aériennes supérieures ou extra thoraciques
2.2.1.1- Fosses nasales
2.2.1.2- Sinus
2.2.1.3- Larynx (gorge)
2.2.1.4- Pharynx (carrefour aérodigestif)
2.2.1.5- Oreille
2.2.2- Voies aériennes inférieures ou intra thoraciques
2.2.2.1- Trachée
2.2.2.2- Bronches et bronchioles
2.2.2.3- Poumons
2.3-Transmission
2.4- Données épidémiologiques des IRA
2.4.1- Morbidité et mortalité dues aux IRA
2.4.2- Facteurs favorisant l'aggravation des IRA
2.5- Germes majeurs responsables d'IRA
2.5.1- Virus
2.5.2- Bactéries
2.5.2.1- Streptococcus pneumoniae
2.5.2.2- Streptococcus pyogènes
2.5.2.3- Haemoplilus influenzae
2.5.2.4- Moraxella catarrhalis
2.5.2.5- Staphylocoques
2.5.2.6- Legionella pneumophila
2.5.2.7- Chlamydia pneumoniae
2.5.2.8- Mycoplasma pneumoniae
2.6- Affections des voies aériennes supérieures
2.6.1- Angine
2.6.2- Otite

2.6.3- Sinusite	18
2.7- Affections des voies aériennes inferieures	19
2.7.1- Bronchite aiguë	19
2.7.2- Bronchiolite aiguë	19
2.7.3- Pneumonie aiguë	19
2.8- Prise en charge thérapeutique	20
II- QUARTIERS PRECAIRES	22
1- Définition et synonyme	22
2- Situation actuelle	22
2.1- Dans le monde	22
2.2- En Côte d'Ivoire	26
3- Problèmes de santé publique/impact sanitaire des quartiers précaires	28
4- Evolution	29
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	30
I - MATERIEL ET METHODES	31
1- Cadre de l'étude	31
2- Matériel	31
2.1- Enquête	32
2.1.1- Informations sur le ménage	32
2.1.2- Données sur les PECE	32
2.1.3- Informations sur les enfants	33
2.2- Intervention	33
2.2.1- La restitution des résultats	33
2.2.2- La formation	33
3- Méthodes	34
3.1- Enquête	34
3.1.1- Type et période de l'étude	34
3.1.2- Population cible	34
3.1.2.1- Critères d'inclusion	34

3.1.2.2- Critères de non inclusion	34
3.1.3- Méthodes d'investigation	34
3.1.4- Pré enquête	35
3.2- Intervention	35
4- Traitement et analyse des données	35
4.1- Traitement des données	35
4.2- Analyse des données	36
5- Considérations éthiques	36
II- RESULTATS	37
1- Description des caracteristiques socio-demographiques	37
1.1- Ménages	37
1.2- Personnes en charge des enfants	38
1.3- Enfant	39
1.3.1- Sexe	39
1.3.2- Âge et le rang de naissance	40
1.3.3- Prévalence des affections respiratoires	41
2- Connaissances generales, mesures de prevention et de prise en charge connaissances et pratiquees	
2.1- Connaissances générales	42
2.2- Mesures de prévention des affections respiratoires, connaissances et pratiques des PECE.	43
2.3- Mesures de prise en charge des affections respiratoires, connaissances e pratiques des PECE.	
3- Niveau de connaissances et de pratiques des personnes en charge	45
3.1- Niveau de connaissances	45
3.1.1- Niveau de connaissances générales	45
3.1.2- Niveau de connaissances des moyens de prévention des affections respiratoires	46

3.1.3- Niveau de connaissances sur la prise en charge des affections	
respiratoires.	47
3.1.4- Niveau de connaissances globales	48
3.2- Niveau de pratiques	49
3.2.1- Niveau de pratiques de prévention des affections respiratoires	49
3.2.2- Niveau de pratiques de prise en charge des affections respiratoir	e50
3.2.3- Niveau de pratiques globales	50
3.3- Comparaison des niveaux adequats de connaissances et de pratique prévention et de prise en charge des affections respiratoires	
4- Renforcement des connaissances et pratiques des personnes en chargenfants de 0 a 5 ans	_
4.1- Restitution	53
4.2- Formation	54
III- DISCUSSION	57
1- Approche méthodologique	57
2- Caractéristiques sociodémographiques	57
2.1- Ménage	57
2.2- PECE	58
2.3- Enfant	59
3- Niveau de connaissances et de pratiques des PECE	59
3.1- Connaissances générales	59
3.2- Connaissances et pratiques de prévention	60
3.3-Connaissances et pratiques de prise en charge	60
4- Intervention	61
CONCLUSION	63
RECOMMANDATIONS	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	77

## **RESUME**

## **JUSTIFICATION**

Les affections respiratoires (AR) comptent parmi les causes de décès les plus importantes chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ces décès surviennent le plus souvent à la maison et seraient liés à l'insuffisance des connaissances des mères. Notre objectif a donc été d'analyser les connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sur les AR dans un quartier précaire.

#### MATERIEL ET METHODES

L'étude transversale descriptive exhaustive à base communautaire s'est déroulée du 05 février au 4 avril 2018 dans le quartier précaire "Nouvelle Jérusalem" sis à Cocody. Un questionnaire élaboré à partir des directives de prise en charge à domicile des AR a été administré aux personnes en charge des enfants de moins de 5 ans (PECE). Les scores de connaissances générales, de connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge ont été calculés. Les connaissances et pratiques étaient dites adéquates si le score était ≥50%. Elles étaient insuffisantes dans le cas contraire. Une restitution des résultats et une formation des mères ont été également organisées.

#### **RESULTATS**

L'étude a porté sur 54 PECE, elles étaient toutes mères des enfants. Elles étaient en majorité jeunes ; 43,4% avaient entre 25 et 30 ans. Notre étude a révélé un faible niveau de connaissances générales des mères sur le sujet. La définition des AR n'était pas bien décrite quoi qu'elle fût la plus connue parmi les connaissances générales. En ce qui concerne le type des affections respiratoires, la toux et le rhume étaient les plus cités.

Concernant la prévention, le niveau de connaissances et de pratiques était insuffisant pour plus de 90% des mères. Parmi les causes des AR, la plus évoquée était la poussière quand la fumée intradomiciliaire, l'humidité et le froid ont été les moins cités. A propos de la prise en charge des affections bénignes, le niveau de pratiques a été trouvé insuffisant pour 88,9% des mères. Cependant celui des connaissances était adéquat pour 59,3%. Le niveau de connaissances et de pratiques de prise en charge des affections respiratoires associées à un signe de gravité était adéquat (96,3% et 100%).

### **CONCLUSION**

Le niveau insuffisant de connaissances des AR des mères influence leurs pratiques de prévention. Le renforcement des capacités des mères est une bonne stratégie pour la gestion communautaire des AR chez les enfants.

**MOTS CLES**: Connaissances et pratiques des mères, Affections respiratoires des enfants de moins de 5 ans, Intervention communautaire, Quartier précaire