

Connaissances, perceptions et pratiques des mères d'enfants anémiés vis-à-vis de l'anémie dans le service de pédiatrie du CHU de Treichville.

Knowledge, Perceptions, and Practices Regarding Anemia Among Mothers of Anemic Children in the Pediatrics Department of the Treichville University Hospital.

Aké-Assi M-H, Angan G, Mansou A, Mea B D, Folquet A

Service de pédiatrie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : ANGAN Goli Yao Armand, cel : 07 07 89 80 00 Email : agyalander@yahoo.fr

Résumé

Introduction : L'anémie demeure un problème majeur de santé publique chez l'enfant en Afrique subsaharienne. Les connaissances et les perceptions des mères conditionnent en grande partie le recours aux soins et le pronostic de cette affection. L'objectif de cette étude était d'explorer les connaissances, les perceptions et les pratiques des mères d'enfants sévèrement anémiés, ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer ces pratiques. **Méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique, menée sur une période de quatre mois dans le service de pédiatrie du CHU de Treichville. Ont été inclus les couples mère-enfant, l'enfant étant âgé de 4 mois à 15 ans et présentant une anémie sévère clinique et/ou biologique (hémoglobine inférieure à 7 g/dL). Un échantillonnage probabiliste a permis de retenir 214 couples mère-enfant. Les données ont été recueillies par entretien individuel à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée et analysées à l'aide d'un test du Khi-2 ou d'un test exact de Fisher, au seuil de significativité de 5 %. **Résultats :** L'âge moyen des mères était de 34 ans, et 44,4 % d'entre elles n'avaient jamais été scolarisées. Concernant les enfants, 58,4 % étaient de sexe masculin et près de la moitié avait moins de cinq ans. Le paludisme grave constituait le diagnostic principal dans 86,9 % des cas. Sur le plan des connaissances, 96,7 % des mères avaient déjà entendu parler de l'anémie et l'assimilaient à un « manque de sang ». Le paludisme (47,7 %) et une alimentation inadéquate (13,1 %) étaient perçus comme les principales causes. Un niveau de connaissance globalement satisfaisant a été observé chez 86,9 % des mères. Concernant les pratiques, 89,3 % des mères ont eu recours d'emblée à une structure de santé conventionnelle, tandis que 7,0 % sont restées à domicile et 2,3 % ont consulté un praticien de médecine traditionnelle. Une pratique non conventionnelle (automédication ou remède local) a été rapportée dans 42,1 % des cas. En analyse bivariable, le niveau d'instruction ($p = 0,044$), l'appartenance religieuse ($p = 0,016$) et l'adhésion à une association ou mutuelle ($p = 0,032$) étaient significativement associés au type de pratique adoptée. **Conclusion :** Malgré un bon niveau de connaissances déclaratives sur l'anémie, une proportion non négligeable de mères recourt encore à des pratiques non conventionnelles. Le renforcement de l'éducation sanitaire ciblée et de la couverture sociale pourrait réduire ce recours et améliorer la précocité de la prise en charge.

Mots-clés : anémie, connaissances, perceptions, pratiques, mères, enfant.

Abstract

Introduction: Anemia remains a major public health problem among children in sub-Saharan Africa. Mothers' knowledge and perceptions largely determine the use of healthcare services and the prognosis for this condition. The objective of this study was to explore the knowledge, perceptions, and practices of mothers of severely anemic children, as well as the factors likely to influence these practices. **Methods:** This was an analytical cross-sectional study conducted over a four-month period in the pediatric medical department of the Treichville University Hospital. The study included mother-child pairs, with children aged 4 months to 15 years who had clinically and/or biologically confirmed severe anemia (hemoglobin level below 7 g/dL). Probability sampling was used to select 214 mother-child pairs. Data were collected through individual interviews using a standardized questionnaire and analyzed using a chi-square test or Fisher's exact test, with a significance level of 5%. **Results:** The mean age of the mothers was 34 years, and 44.4% of them had never attended school. Regarding the children, 58.4% were male, and nearly half were under five years of age. Severe malaria was the primary diagnosis in 86.9% of cases. In terms of knowledge, 96.7% of the mothers had heard of anemia and associated it with a "lack of blood." Malaria (47.7%) and inadequate nutrition (13.1%) were perceived as the main causes. An overall satisfactory level of knowledge was observed in 86.9% of mothers. Regarding practices, 89.3% of mothers sought care immediately at a conventional health facility, while 7.0% remained at home and 2.3% consulted a traditional healer. An unconventional practice (self-medication or a local remedy) was reported in 42.1% of cases. In bivariate analysis, educational level ($p = 0.044$), religious affiliation ($p = 0.016$), and membership in an association or mutual aid society ($p = 0.032$) were significantly associated with the type of practice adopted. **Conclusion:** Despite a good level of declarative knowledge about anemia, a significant proportion of mothers still resort to unconventional practices. Strengthening targeted health education and social coverage could reduce this reliance on such practices and improve the timeliness of care.

Keywords: anemia, knowledge, perceptions, practices, mothers, children.

Introduction : L'anémie se définit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme une diminution de la concentration d'hémoglobine en dessous de deux déviations standards par rapport à la valeur moyenne attendue pour l'âge. Sa forme sévère correspond à un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL [1]. Elle constitue un problème de santé publique mondial touchant environ 1,6 milliard de personnes, avec une prévalence particulièrement élevée chez les enfants de moins de cinq ans, estimée à 40 % au niveau mondial et atteignant près de 60 % en Afrique subsaharienne [1,2]. En Côte d'Ivoire, les enquêtes démographiques et de santé successives situent la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans entre 62 % et 68 %, avec une proportion non négligeable de formes sévères [3,4]. Ses étiologies sont dominées, en contexte tropical, par les carences nutritionnelles en fer et par les infections parasitaires, au premier rang desquelles le paludisme [4]. Au-delà de sa fréquence, l'anémie sévère de l'enfant engage le pronostic vital à court terme, notamment par décompensation cardiorespiratoire, et affecte à plus long terme le développement cognitif et la croissance staturo-pondérale [5]. Ce constat contraste avec un faible taux de recours aux structures de santé de premier contact, ce qui retarde la prise en charge et aggrave le pronostic [5]. Dans ce contexte, les connaissances, les perceptions et les pratiques des mères jouent un rôle déterminant. Ce sont en effet elles qui identifient les premiers signes, interprètent la gravité de la situation et orientent l'itinéraire thérapeutique de l'enfant. Une méconnaissance des signes de gravité, une représentation mystique de la maladie ou un recours privilégié à des remèdes traditionnels peuvent retarder l'accès aux soins appropriés [6]. Plusieurs travaux menés en Afrique de l'Ouest se sont intéressés aux connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des mères face à l'anémie de l'enfant, notamment une étude conduite récemment auprès de mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans consultant en ambulatoire, qui a mis en évidence des connaissances globalement satisfaisantes mais des pratiques encore perfectibles [7]. Cependant, peu d'études se sont focalisées spécifiquement sur les mères d'enfants présentant une anémie sévère nécessitant une hospitalisation, population pourtant directement concernée par les enjeux de rapidité de prise en charge. L'objectif de la présente étude était de décrire les connaissances, les perceptions et les pratiques des mères d'enfants sévèrement anémiés admis en service de pédiatrie, et d'identifier les facteurs sociodémographiques associés à leurs pratiques thérapeutiques, en vue d'orienter des interventions éducatives ciblées. **Patients et méthodes** Il s'agissait d'une étude transversale à

visée analytique, réalisée dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Treichville, sur une période de quatre mois. Le recrutement s'est déroulé au sein des unités d'urgences et d'hospitalisation pédiatriques. La population source était constituée des couples mère-enfant (ou substitut-enfant) fréquentant le service durant la période d'étude. Ont été inclus les enfants âgés de 4 mois à 15 ans présentant une anémie sévère clinique (pâleur, signes de lutte respiratoire, tachycardie, trouble de la conscience) et/ou biologique (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL), ayant reçu au moins une transfusion sanguine au cours de l'hospitalisation. N'ont pas été inclus les enfants porteurs d'une maladie chronique pourvoyeuse d'anémie (drépanocytose, insuffisance rénale, hémopathie maligne), ainsi que les mères ou substituts n'ayant pas donné leur consentement. La taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz, avec une prévalence estimée d'anémie chez l'enfant de moins de cinq ans de 54 %, un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, aboutissant à un effectif minimal de 214 enfants sévèrement anémiés, effectivement recrutés selon un échantillonnage probabiliste conforme aux critères d'inclusion. Les données ont été recueillies au moyen d'un entretien individuel en face à face, à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement testée lors d'une pré-enquête. Quatre catégories d'informations ont été recueillies : les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques sociodémographiques de la mère, les connaissances et perceptions maternelles vis-à-vis de l'anémie, et les pratiques adoptées face à l'épisode en cours. Les connaissances maternelles ont été évaluées à partir d'un score portant sur six items (définition, causes, signes, pronostic, traitement, prévention de l'anémie), chacun coté 0 ou 1 selon l'exactitude de la réponse. Un score total inférieur ou égal à 2 traduisait une connaissance mauvaise, un score compris entre 3 et 4 une connaissance moyenne, et un score supérieur ou égal à 5 une bonne connaissance. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages, les variables quantitatives en moyenne et écart-type. L'analyse bivariée a été réalisée afin de rechercher une association entre le type de pratique adopté (conventionnel versus non conventionnel) et les caractéristiques sociodémographiques maternelles. Le test du Khi-2 de Pearson a été utilisé pour les tableaux de contingence dont les effectifs théoriques étaient tous supérieurs à 5, avec application de la correction de continuité de Yates pour les tableaux 2x2 ; le test exact de Fisher a été employé lorsque cette condition n'était pas respectée. Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

L'étude a reçu l'accord de la direction médicale et scientifique de l'établissement d'accueil. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été garantis. Le consentement libre et éclairé de chaque mère ou substitut a été obtenu. **Résultats :** Durant la période d'étude, 214 couples mère-enfant ont été inclus. Les mères étaient âgées de 25 à 35 ans dans 42,1 % des cas et présentaient un âge moyen de 34

ans. Près de la moitié d'entre elles (44,4 %) n'avait jamais été scolarisée, et 80,4 % n'appartenaient à aucune association ou mutuelle de santé. Sur le plan matrimonial, 90,7 % des mères vivaient en couple. Concernant les enfants, le sex-ratio était en faveur du sexe masculin (58,4 % contre 41,6 %), et les enfants âgés de moins de cinq ans représentaient 53,3 % de l'échantillon. (**Tableau I**)

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des mères et des enfants (n = 214)

<i>Variable</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
<i>Âge maternel</i>		
<i>Moins de 25 ans</i>	29	13,6
<i>25–34 ans</i>	90	42,1
<i>35–49 ans</i>	88	41,1
<i>50 ans et plus</i>	7	3,3
<i>Niveau d'instruction maternelle</i>		
<i>Non scolarisée</i>	95	44,4
<i>Primaire</i>	63	29,4
<i>Secondaire</i>	50	23,4
<i>Supérieur</i>	6	2,8
<i>Appartenance à une association/mutuelle</i>		
<i>Non</i>	172	80,4
<i>Oui</i>	42	19,6
<i>Religion</i>		
<i>Chrétienne</i>	105	49,1
<i>Musulmane</i>	109	50,9
<i>Sexe de l'enfant</i>		
<i>Masculin</i>	125	58,4
<i>Féminin</i>	89	41,6
<i>Tranche d'âge de l'enfant</i>		
<i>Moins de 5 ans</i>	114	53,3
<i>5 ans et plus</i>	100	46,7

Le paludisme grave constituait le diagnostic principal chez 86,9 % des enfants. (**Tableau II**)

Tableau II. Répartition des enfants sévèrement anémiés selon le diagnostic principal (n = 214)

<i>Diagnostic principal</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
<i>Paludisme grave</i>	186	86,9
<i>Sepsis</i>	6	2,8
<i>Méningite bactérienne aiguë</i>	5	2,3
<i>Aucun diagnostic retenu</i>	5	2,3
<i>Déshydratation sévère</i>	3	1,4
<i>Infection urinaire</i>	3	1,4
<i>Malnutrition aiguë sévère</i>	1	0,5
<i>Méningo-encéphalite aiguë</i>	1	0,5
<i>Cellulite maxillo-faciale</i>	1	0,5

L'anémie était connue de 96,7 % des mères interrogées, principalement grâce au personnel de santé dans 46,3 % des cas. Sa définition, assimilée à un « manque de sang », était correctement énoncée dans 96,7 % des cas. Le paludisme (47,7 %) et une mauvaise alimentation (13,1 %) constituaient les principales causes évoquées, tandis que 12,1 % des mères reconnaissaient ignorer l'origine de l'affection. La pâleur des conjonctives et des téguments était le signe clinique le plus fréquemment cité (49,1 %). La

quasi-totalité des mères (93 %) percevait l'anémie comme une maladie potentiellement mortelle, alors qu'une minorité (3,3 %) lui attribuait une origine mystique. L'existence d'un traitement était connue de 96,3 % des mères, et 65,4 % savaient que l'anémie pouvait être prévenue. Au total, le score global de connaissance était bon ($\geq 5/6$) chez 86,9 % des mères, moyen chez 7,5 % et mauvais chez 5,6 %. (**Tableau III**)

Tableau III. Synthèse des connaissances et perceptions maternelles vis-à-vis de l'anémie (n = 214)

<i>Item évalué</i>	<i>Réponse principale</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
<i>Connaissance de l'existence de l'anémie</i>	<i>Oui</i>	207	96,7
<i>Principale source d'information</i>	<i>Personnel de santé</i>	99	46,3
<i>Définition correcte (manque de sang)</i>	<i>Oui</i>	207	96,7
<i>Principale cause perçue</i>	<i>Paludisme</i>	102	47,7
<i>Deuxième cause perçue</i>	<i>Mauvaise alimentation</i>	28	13,1
<i>Absence de connaissance des causes</i>	—	26	12,1
<i>Signe le plus cité</i>	<i>Pâleur conjonctivale/cutanée</i>	105	49,1
<i>Perception d'une maladie naturelle</i>	<i>Oui</i>	200	93,5
<i>Perception d'une origine mystique</i>	<i>Oui</i>	7	3,3
<i>Perception d'un risque vital</i>	<i>Oui</i>	199	93,0
<i>Connaissance de l'existence d'un traitement</i>	<i>Oui</i>	206	96,3
<i>Connaissance de la possibilité de prévention</i>	<i>Oui</i>	140	65,4
<i>Score global de connaissance</i>	<i>Bon ($\geq 5/6$)</i>	186	86,9
	<i>Moyen (3–4/6)</i>	16	7,5
	<i>Mauvais ($\leq 2/6$)</i>	12	5,6

L'itinéraire thérapeutique pré-hospitalier montrait un recours direct à une structure de santé conventionnelle dans 89,3 % des cas, un maintien à domicile dans 7,0 % , une consultation auprès d'un praticien de médecine traditionnelle dans 2,3 %, et un recours à l'entourage dans 1,4 %. Concernant le modèle thérapeutique effectivement utilisé avant l'admission, 57,9 % des mères déclaraient avoir administré un

traitement prescrit par un professionnel de santé, tandis que 42,1 % rapportaient une pratique non conventionnelle, associant automédication dans 22,9 % des cas et usage de remèdes locaux (19,2 %). Parmi les remèdes locaux cités, une décoction de feuilles (26,8 %), une préparation à base de tomate concentrée et de boisson gazeuse (17,1 %) et le bissap (14,6 %) étaient les plus fréquemment mentionnés.

Tableau IV. Synthèse des pratiques maternelles face à l'épisode d'anémie sévère (n = 214)

<i>Pratique</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
<i>Itinéraire thérapeutique pré-hospitalier</i>		
<i>Recours direct à un centre de santé</i>	191	89,3
<i>Maintien à domicile</i>	15	7,0
<i>Praticien de médecine traditionnelle</i>	5	2,3
<i>Conseil de l'entourage</i>	3	1,4
<i>Total</i>	214	100,0
<i>Modèle thérapeutique pré-hospitalier</i>		
<i>Traitement conventionnel (prescription médicale)</i>	124	57,9
<i>Pratique non conventionnelle</i>	90	42,1
<i>Automédication</i>	49	22,9
<i>Remède local</i>	41	19,2

Facteurs associés au type de pratique adopté : En analyse bivariée, le niveau d'instruction était significativement associé au type de pratique adopté : les mères non scolarisées recouraient plus fréquemment à des pratiques non conventionnelles (52,6 %) que les mères ayant un niveau secondaire (32,0 %) , $p = 0,047$. L'appartenance religieuse était également significativement associée aux pratiques : les mères de confession musulmane présentaient une

proportion plus élevée de pratiques non conventionnelles (50,5 %) que les mères chrétiennes (33,3 %) , $p = 0,016$. Enfin, l'adhésion à une association ou une mutuelle était associée à une pratique plus favorable, les mères non-membres recourant davantage aux pratiques non conventionnelles (45,9 %) que les mères membres (26,2 %) , $p = 0,032$. (**Tableau V**)

Tableau V. Facteurs sociodémographiques associés au type de pratique maternelle.

<i>Variable</i>	<i>Modalité</i>	<i>Effectif total (n)</i>	<i>Pratique conventionnelle n (%)</i>	<i>Pratique non conventionnelle n (%)</i>	<i>P value</i>
Âge maternel	< 25 ans	29	19 (65,5)	10 (34,5)	$p = 0,337$
	25–34 ans	90	47 (52,2)	43 (47,8)	
	35–49 ans	88	55 (62,5)	33 (37,5)	
	≥ 50 ans	7	3 (42,9)	4 (57,1)	
Niveau d'instruction	Non	95	45 (47,4)	50 (52,6)	$p = 0,047$
	scolarisée				
	Primaire	63	41 (65,1)	22 (34,9)	
	Secondaire	50	34 (68,0)	16 (32,0)	
Religion	Supérieur	6	4 (66,7)	2 (33,3)	$p = 0,016$
	Chrétienne	105	70 (66,7)	35 (33,3)	
	Musulmane	109	54 (49,5)	55 (50,5)	
Appartenance à une association ou mutuelle	Oui	42	31 (73,8)	11 (26,2)	$p = 0,032$
	Non	172	93 (54,1)	79 (45,9)	

Discussion : Les mères de notre échantillon étaient majoritairement de jeunes adultes en période d'activité génitale, un constat partagé par plusieurs travaux africains dont Nikina A et al Guedenon et al portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'anémie infantile [8,9]. La forte proportion de mères non scolarisées (44,4 %) contraste avec les résultats rapportés dans certaines séries togolaises où la majorité des mères était scolarisée [10] et pourrait constituer un frein à l'appropriation des messages de prévention, comme cela a été souligné par Coulibaly et al [11]. Cette situation renforce l'intérêt de vecteurs de communication qui ne reposent pas exclusivement sur l'écrit. Le niveau de connaissance des mères sur l'anémie était globalement satisfaisant, avec près de neuf mères sur dix ayant obtenu un score jugé bon. Ce résultat est cohérent avec celui d'Azagoh et al au CHU d'Angré, qui rapportait également qu'une grande majorité des mères dans 97,2 % avait déjà entendu parler de l'anémie et la définissait de façon quasi similaire comme un « manque de sang » dans 83,8 % des cas [7]. Cette proximité de résultats, obtenue dans deux populations distinctes de mères d'enfants anémiés, suggère une diffusion assez large de l'information de base sur cette pathologie au sein de la population générale, indépendamment de la sévérité du tableau clinique de l'enfant au moment de l'enquête. Le paludisme a été identifié par les mères comme étant la principale cause d'anémie dans 47,7%. Ce résultat est comparable à celui d'Azagoh qui retrouvait 62,1% des mères. [7]. Cette convergence traduit probablement le poids réel du paludisme comme première cause d'anémie sévère en zone d'endémie palustre, mais aussi une bonne diffusion communautaire de ce lien de causalité, entretenue par les campagnes de lutte antipaludique. La persistance d'une frange de mères (3,3 % dans notre série) attribuant l'anémie à une cause mystique

rejoint des constats similaires ailleurs [7,12] et mérite une attention particulière, car cette représentation peut retarder ou détourner le recours aux soins conventionnels. La majorité des mères avaient recours direct à une structure de santé conventionnelle dans 89,3% des cas. Ce taux est supérieur à celui retrouvé par Azagoh portant sur des enfants anémiés d'intensité variable consultant en ambulatoire, où ce recours direct concernait environ une mère sur deux [7]. Cette différence s'explique vraisemblablement par la nature même de notre population d'étude, restreinte aux enfants présentant une anémie sévère avec signes de gravité clinique, situation qui pousse plus spontanément les familles vers une prise en charge hospitalière urgente, alors que les formes plus légères d'anémie laissent davantage de place à l'attentisme ou à l'automédication. Cette observation illustre l'importance de la sévérité clinique perçue comme déterminant majeur du comportement de recours aux soins, plus encore que le seul niveau de connaissance théorique de la maladie. : Malgré ce recours majoritairement approprié, 42,1 % des mères ont néanmoins associé une pratique non conventionnelle (automédication ou remède local) avant l'admission, un chiffre qui rejoint les observations faites dans d'autres pays de la sous-région [9,13]. Les remèdes rapportés, à base de préparations végétales ou de produits agro-alimentaires de couleur rouge (bissap, concentré de tomate), évoquent une logique symbolique associant la couleur du remède à celle du sang, logique déjà décrite dans la littérature sur les représentations sociales de la maladie [14]. Ce constat plaide pour une éducation sanitaire qui ne se contente pas de transmettre de l'information biomédicale, mais qui prenne en compte ces représentations culturelles afin de mieux orienter les pratiques.

L'analyse bivariée, révèle que le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et l'adhésion à une association ou une mutuelle de santé sont significativement associés au type de pratique adopté par les mères, alors que l'âge maternel et le groupe ethnique ne le sont pas. L'association entre un faible niveau d'instruction et le recours à des pratiques non conventionnelles a déjà été rapportée dans plusieurs contextes africains [11,15] et pourrait s'expliquer par une moindre capacité de compréhension des messages de prévention formulés dans un langage biomédical. De même, l'association observée entre l'adhésion à une association ou une mutuelle et une pratique plus conventionnelle corrobore le rôle reconnu des structures communautaires dans la diffusion de comportements favorables à la santé [14]. L'association mise en évidence entre l'appartenance religieuse et le type de pratique doit être interprétée avec prudence. Elle ne doit en aucun cas être lue comme une caractéristique intrinsèque à une confession donnée, mais plutôt comme le reflet possible de facteurs de confusion non mesurés dans cette étude, tels que le niveau socio-économique, le lieu de résidence ou l'accès différentiel à l'information sanitaire, qui peuvent se répartir de façon inégale entre les groupes religieux au sein de la population étudiée. Des travaux complémentaires, intégrant une analyse multivariée, seraient nécessaires pour confirmer l'indépendance de cette association vis-à-

vis des autres déterminants socio-économiques. Cette étude présente plusieurs limites. Son caractère hospitalier et monocentrique, restreint aux enfants présentant une anémie sévère, limite la généralisation des résultats à l'ensemble des mères d'enfants anémiés, notamment celles dont l'enfant présente une forme légère à modérée. Un biais de déclaration ne peut être exclu, les mères pouvant privilégier des réponses socialement valorisées plutôt que le reflet exact de leurs pratiques. Enfin, la barrière linguistique rencontrée avec certaines mères non scolarisées a pu affecter la qualité de certaines réponses. **Conclusion :** Cette étude montre que les mères d'enfants sévèrement anémiés disposent globalement d'un bon niveau de connaissances déclaratives sur l'anémie et perçoivent majoritairement cette affection comme grave, ce qui favorise un recours rapide aux structures de santé conventionnelles en situation d'urgence. Toutefois, une proportion non négligeable de mères continue de recourir à des pratiques non conventionnelles, en particulier lorsqu'elles sont peu instruites ou peu insérées dans un réseau associatif ou mutualiste. Ces déterminants socioculturels devraient être pris en compte dans la conception des stratégies de communication pour le changement de comportement, afin de réduire les retards diagnostiques et thérapeutiques et à terme d'améliorer le pronostic de l'anémie sévère chez l'enfant.

Références

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Anémie [Internet]. Genève : OMS ; 2023.
2. **McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B.** Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993–2005. *Public Health Nutr.* 2009;12(4):444-54.
3. **Pasricha SR, Black J, Muthayya S, Shet A, Bhat V, Black RE.** Anemia: a comprehensive global estimate. *Lancet Glob Health.* 2013;1(1).
4. **Diouf S, Folquet M, Mbofung K, Ndiaye O, Brou K, N'Dri D, et al.** Prévalence et déterminants de l'anémie chez le jeune enfant en Afrique francophone – Implication de la carence en fer. *Arch Pediatr.* 2015;22(11):1188-97.
5. **Institut National de la Statistique, ICF.** Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples 2016.
6. **Merrill RD, Burke RM, Northrop-Clewes CA, Rayco-Solon P, Flores-Ayala R, Namaste SM, et al.** Factors associated with inflammation in preschool children and women of reproductive age. *Am J Clin Nutr.* 2017;106(Suppl 1):348-58.
7. **Azagoh-Kouadio R, Andjou-Degré AMA, Tué Bi CG, Koné Toutou I, Assé KV, Amon-Tanoh-DF.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des mères des Enfants de 0 à cinq ans sur l'anémie au Centre Hospitalier Universitaire d'Angré. *J Afr Pediatr Genet Med.* 2023;21:36-41.
8. **Nikina A, Le Loarne-Lemaire S, Shelton LM.** Le rôle de la relation de couple et du soutien du conjoint dans l'entrepreneuriat féminin. *Rev Entrepreneuriat.* 2012;11(4):37-60.
9. **Guédénon KM, Atakouma YD, Macamanzi E, Dossou FC, Gbadoé AD.** Connaissance, attitude et pratique des mères des enfants de moins de 5 ans sur l'anémie. *Tunis Med.* 2016;94(1):46-53.
10. **Agbèrè AD, Djadou KE, Guédéhoussou T, Takassi OE, Tchagbéle OB, Guédénon MJ, et al.** Connaissance, attitude et pratique des mères des enfants de moins de cinq ans sur l'anémie. *J Afr Pediatr Genet Med.* 2018;4:37-42.
11. **Coulibaly I, Keita B, Kuepie M.** Les déterminants du recours thérapeutique : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique. *Afrilux.* 2008;3:5-14.

- 12. Ellie S, Sun K, de Pee S, Kraemer K, Jee-Hyun R, Moench-Pfanner, et al.** Relationship of maternal knowledge of anemia with maternal and child anemia and health-related behaviors. *Matern Child Health J.* 2012;16(9):1913-25.
- 13. Traoré M, Koné Y, Diabaté S.** Approches intégrées pour la lutte contre l'anémie. *Int J Public Health.* 2022;17(1):50-60.
- 14. Jodelet D.** La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. *Educ Perm.* 2013;195(2):37-46.
- 15. Chakroun E, Ben Salem Hachmi L, Bouzid C, Kammoun I, Maatki C, Turki Z, et al.** Influence du niveau socio-économique et du niveau d'instruction sur l'observance thérapeutique. *Diabetes Metab.* 2009;35(1):P67.