

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.

Knowledge, attitude and practice of the mothers with anemia of children under five years old in the peadiatric department at Sylvanus Olympio teaching hospital in Lomé

Koffi Mawuse Guedenon, Yawo Dzayissè Atakouma, Essossolim Macamanzi, Fidèle Comlan Dossou, Adama Dodji Gbadoe.

CHU Sylvanus Olympio de Lomé (TOGO) / Université de Lomé/Faculté des Sciences de Santé.

R É S U M É

Prérequis : L'anémie est une cause importante de morbidité et de mortalité des enfants au Togo malgré les efforts de prévention, à cause du manque d'implication des parents.

But : Déterminer les connaissances attitudes et pratiques des mères sur les anémies des enfants de moins de 5 ans.

Méthode : Enquête de type connaissance attitude et pratique sur la période du 1er février au 31 mars 2012, portant sur l'interview de 100 mères d'enfant de moins de 5 ans, sélectionnées de façon aléatoire à la salle d'attente de la consultation, de la vaccination et en hospitalisation.

Résultats : Quarante mères n'avaient jamais entendu parler d'anémie. Le personnel de santé a été la principale source d'information des mères (29%), les médias représentaient 8% des sources d'information (radio 5%, télévision 3%). La diminution de sang du corps était la principale définition donnée par les mères (44%). Le paludisme (24%) et la malnutrition (19%) ont été les principales causes citées. La carence en fer a été évoquée par 3% des mères. La pâleur palmo-plantaire (32%) était le signe clinique le plus connu des mères. La majorité des mères (90%) n'avait jamais suivi un message d'information éducation et communication sur la prévention de l'anémie. Lorsque leurs enfants étaient anémiés, le centre de santé a été le recours de 25 mères (65,8%), 5 mères (13,2%) avaient donné de la tomate. L'utilisation du fer en prophylaxie était connue par 43 % des mères. Le mélange tomate et lait a été le traitement prophylactique cité par 3% des mères. La majorité des mères (77%) conseilleraient à une mère dont l'enfant est anémié de se rendre à l'hôpital. La connaissance de l'anémie par les mères était corrélée au niveau d'instruction. Les connaissances sur la prévention ne dépendaient pas du niveau d'instruction.

Conclusion : L'anémie n'est pas bien connue par les mères des enfants de moins de 5 ans. Ses causes, son traitement sont aussi mal connus. Les médias s'y intéressent peu. La réduction de sa fréquence passe par des activités d'information éducation et communication.

M o t s - c l é s

Connaissance, Attitude, Pratique, Anémie, Mères d'enfants de moins 5 ans.

S U M M A R Y

Background: Anemia remains a major cause of morbidity and mortality of children in Togo despite of prevention effort, due to the parents lack of implication.

Aim :To determine the knowledges, attitudes and practices of mothers, with anemia of children under five years old

Methods : Knowledge Attitudes and Practice survey from the first of february to 31 of march 2012, about an interview of a hundred mothers with children under 5, randomly selected in the consultation, vaccination waiting rooms and in the hospitalisation.

Results : Forty mothers had never heard about anemia. Health personnel was the main source of mother's information (29%), mass media represented 8% of mothers information source (radio 5%; television 3%). The decreased of blood in the body is the most given definition from the mothers (44%). Malaria (24%) and malnutrition (19%) were the main causes cited by mothers. Iron deficiency has been mentioned by 3% of the mothers. Palmar – plantar pallor (32%) was the clinical signe the best known by the mothers. Most of the mothers (90%) had never assist to an information education and communication message about anemia prevention. When their children had anemia, 25 mothers (65,8%) took their children to the health center, five mothers (13,2%) had given tomatoes. The use of iron in prophylactic treatment was known by 43% of the mothers. The blend tomatoes and milk was the prophylactic treatment mentioned by 3% of the mothers. Most of the mothers (77%) would advice a mother with a children suffering from anemia to take him to the hospital. The knowledge of anemia by the mothers was correlated to then level of instruction. But the knowledge of prevention did not depend on the instruction level.

Conclusion : anemia is not well known by the mothers of under five children. It's causes, it's treatment are not well known. Mass media are not very implicated on the subject. The reduction of it's frequency goes by information education and communication activities.

Key - words

Knowledge, attitude, practice, anemia, mother of under five years old children.

La prévalence mondiale de l'anémie dans la population générale est de 24,8 millions et on estime à 1,62 milliards le nombre de personnes souffrant d'anémie. Chez les enfants d'âge préscolaire, la prévalence de l'anémie est de 47,4%, 293 millions d'enfants étant atteints à l'échelle mondiale [1]. La prévalence la plus élevée est constatée en Afrique (67,6%) et en Asie du Sud-est (65,5%).

Au Togo, 69,6% à 96,7% des enfants de moins de 3ans ont moins de 11g/dl d'hémoglobine et 5% à 26% des enfants de cette tranche d'âge ont moins de 7g/dl [2]. L'anémie occupe une part importante de la morbidité et de la mortalité dans les formations sanitaires du pays en dépit des mesures prises par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour sa régression [3]. En effet une supplémentation systématique de fer recommandée dans la stratégie Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et du Nouveau-né (PCIMNE) est faite à tous les enfants de moins de 5 ans reçus dans les formations sanitaires du pays mais l'anémie demeure fréquente.

L'inefficacité de la prévention serait certainement liée au fait que la population ne soit pas suffisamment impliquée. Les enfants de moins de 5ans constituent la tranche d'âge pédiatrique la plus touchée par l'anémie. Une prévention efficace nécessite une bonne connaissance de l'anémie par les mères des enfants de moins de 5 ans car de cette connaissance, dépend les attitudes et les pratiques de ces mères lorsque les enfants sont anémiés. Il convient donc de déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères des enfants de moins de 5 ans pour bien définir les actions à mener dans le but de diminuer le taux d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie et d'améliorer le pronostic de ceux qui en souffrent déjà. C'est pourquoi nous avons mené cette étude dont les objectifs spécifiques étaient d'évaluer les connaissances des mères des enfants de moins de 5 ans sur la définition de l'anémie, ses signes, ses étiologies, son traitement ainsi que les sources de ces connaissances, d'identifier les attitudes de ces mères et de déterminer leurs pratiques face à l'anémie.

MÉTHODES

Cadre d'étude

Notre étude a été effectuée dans les salles de consultation, les salles d'hospitalisation, et le hall de vaccination du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé. Le CHU SO de Lomé est le premier centre national de référence au Togo.

Description du service de pédiatrie

Ce service a une capacité d'accueil de 93 lits et berceaux répartis dans 10 pavillons d'hospitalisation dont 02 pavillons de réanimation. Il comprend en outre un bloc de consultation et une unité de réhydratation par voie orale, centre intégré de soins aux enfants (URO-CISE) abritant

une antenne de vaccination.

Description du bloc de consultation de pédiatrie

Il s'agit d'un bloc composé d'une salle d'attente, de deux (02) salles de consultation et d'une salle de soins externe. Dans la salle d'attente, il y a des bancs réservés aux mères, une table et une chaise servant au personnel de santé prenant les constantes et les mesures anthropométriques. Il existe une toise bébé, une toise verticale, un pèse-bébé, une pèse personne et un poste de télévision.

Description du hall de la vaccination

Il s'agit d'une grande salle climatisée et comportant des bancs destinés aux mères accompagnant leur enfant à la vaccination. Cette salle a une capacité d'accueil de 300 patients.

Description des salles d'hospitalisation

Il existe 10 salles d'hospitalisations, du pavillon 1 (P1) au pavillon 10 (P10). Ce sont des salles contenant des lits et des berceaux. A coté de chaque lit ou berceau se trouve une chaise destinée à la mère se trouvant au chevet de son enfant. Chaque salle dispose de salle de garde et de sanitaire pour le personnel soignant.

Population et méthode d'étude

Population

Il s'agit de 100 mères d'enfants de moins de 5 ans interviewées dans la salle d'attente de la consultation, ou dans le hall de la vaccination, ou encore en hospitalisation au chevet de leur enfant.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les mères ayant un ou plusieurs enfants de moins de 5 ans, admises en consultation de pédiatrie ou au chevet de leur enfant en hospitalisation dans le service de pédiatrie ou encore admise dans le hall de la vaccination et ayant accepté de répondre à notre questionnaire après un consentement éclairé.

Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les mères d'enfants de moins de 5 ans venus rendre visite aux malades et celles dont les enfants étaient hospitalisés dans d'autre service du CHU SO.

Critères d'exclusion

Nous avons exclu les mères n'ayant pas donné leur consentement et les mères qui ne connaissaient pas les âges de leurs enfants.

MÉTHODES

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective de type transversal à visée descriptive basée sur une enquête de type Connaissance Attitude et Pratique (CAP) portant sur l'interview des mères d'enfants de moins de 5 ans. Elle a duré du 1^{er} février au 31 mars 2012, soit une période de 2 mois.

Données recueillies et technique de collecte

Pour chaque mère, les variables suivantes étaient collectées et analysées :

-données sociodémographiques : l'âge de la mère, sa situation matrimoniale, sa profession, son ethnie, sa religion et son niveau d'instruction ;

-données concernant les connaissances de la mère sur l'anémie : la définition, les causes de cette affection, ses manifestations cliniques, son retentissement sur la santé de l'enfant, son traitement et ses moyens de prévention. Les questions posées étaient, avez vous une fois entendu parler de l'anémie ? De quelle personne ou source ? Qu'est ce que l'anémie ? Qu'est ce qui peut causer l'anémie ? Quelles sont les manifestations cliniques ? Avez vous déjà entendu parler ou vu une publicité sur la prévention de l'anémie ? Où avez vous entendu ou vu cette publicité ? Avez-vous eu un enfant décédé ou qui a souffert d'anémie ? Quel risque court un enfant anémié ? Existe t-il un traitement pour l'anémie ? Si oui, lequel ? Peut-on mourir d'anémie ?

-données sur les attitudes et pratiques de la mère : ses réactions face à un nourrisson ou un jeune enfant atteint d'anémie ; les remèdes qu'elles utilisent habituellement devant un nourrisson ou jeune enfant atteint d'anémie ainsi que ceux utilisés pour la prévention de l'affection. Les questions posées étaient, Quelle a été votre réaction lorsque vous avez constaté que votre enfant était anémié ? (femme ayant eu un enfant qui a souffert d'anémie), quel traitement a été fait ? Peut-on prévenir l'anémie ? Si oui, comment ? Quelle serait votre réaction si vous remarquez qu'un enfant est anémié dans votre entourage ?

Nous n'avions pas fait des propositions de réponses aux mères contenues sur les fiches avant d'obtenir leurs réponses.

Nos données étaient recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie. Ces données ont été recueillies par l'interview des mères d'enfant de moins de 5 ans. Les mères étaient sélectionnées de façon aléatoire à la salle d'attente de la consultation, dans le hall de la vaccination, et dans les pavillons d'hospitalisation.

Déroulement de l'enquête

Notre enquête était précédée d'un pré-test de 02 jours ayant permis de tester notre questionnaire.

La collecte des données était basée sur l'interview des mères. Cette interview était faite :

- à 22 mères qui étaient sur les bancs dans la salle d'attente de la consultation ;

- à 30 mères qui étaient dans le hall de la vaccination avec leurs enfants et

- à 48 mères qui étaient au chevet de leurs enfants dans les salles d'hospitalisation.

La procédure d'interview a suivi plusieurs étapes notamment. L'enquêteur approchait et saluait la mère puis demandait à la voir à l'écart. Il lui explique l'étude et recueille ses questions d'éclaircissement. Après les réponses à ces questions et un consentement éclairé, la mère accepte ou refuse de participer à l'étude. Enfin le questionnaire lui est administré et les réponses notées.

Technique d'analyse des données

Nos données étaient saisies et traitées dans le logiciel Epi-Info 6.04d. Le test de Khi-deux a été utilisé pour la recherche de liaison entre les différentes variables qualitatives. Le seuil de signification retenu était de 5%.

RÉSULTATS

Répartition des mères selon leur besoin d'éclaircissement avant le consentement et la participation à l'enquête

Cent trois (103) mères d'enfants de moins de 5 ans ont été abordées au cours de notre étude. Cent (100) mères ont accepté de participer à l'étude et trois (3) mères ont refusé. Vingt-une (21) mères avaient d'abord posé des questions d'éclaircissement sur le déroulement de l'enquête puis elles ont toutes accepté et participé.

- Les questions posées étaient les suivantes :

- allons nous participer financièrement ?

- comment serions-nous sensibiliser sur l'anémie après l'étude ?

pourquoi le personnel de santé ne fait pas de sensibilisation sur l'anémie et ne donne pas de conseils pour prévenir l'anémie chez l'enfant ?

cette enquête va-t-elle nous aider à mieux savoir ce qu'est l'anémie ?

Caractéristiques socio-démographiques des mères

Age des mères : La tranche d'âge 25-29 ans était la plus représentée (39%) avec des extrêmes de 14 ans et 45 ans (tableau N°1).

Tableau 1: Répartition des mères selon l'âge

	Effectif	Pourcentage
10 – 14 ans	1	1
15 – 19 ans	1	1
20 – 24 ans	22	22
25 – 29 ans	39	39
30 – 34 ans	12	12
35 – 39 ans	19	19
40 – 44 ans	5	5
45 – 50 ans	1	1
Total	100	100

Situation matrimoniale des mères : Il y avait 92 mères mariées et 8 mères célibataires.

Ethnie des mères : L'ethnie adja/ewé était la plus représentée avec 47%, suivie des kabyè/tem (18%), des para/gourma (14%), des akposso/akébou (9%) et des ana/lifè (2%). Il y avait 10% de mères d'autres pays d'Afrique subsaharienne (4% de béninoise, 2% de ghanéenne, 2% de guinéenne et 2% de nigérienne).

Religion : La religion chrétienne était la plus représentée (87%) suivie de l'islam (12%) et de l'animisme (1%).

Profession des mères : Les fonctionnaires (48%) étaient plus représentées suivies des femmes au foyer (26%), des coiffeuses (19%), des commerçantes (4%), des étudiantes (2%), des élèves (1%).

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans : La majorité des mères (78%) avait un seul enfant de moins de 5 ans. Vingt deux mères avaient 2 enfants de moins de 5 ans.

Niveau de scolarisation des mères : La majorité des mères scolarisées (37%) avaient le niveau secondaire 1. Venaient ensuite celles ayant les niveaux primaire (23%), secondaire 2 (19%) et supérieur (8%). Les mères non scolarisées représentaient 13%.

Connaissance des mères sur l'anémie

Sources d'information des mères sur l'anémie

Dans notre série, 40 mères avaient déclaré n'avoir jamais entendu parler de l'anémie. Des 60 mères ayant déjà entendu parlé de l'anémie, les sources d'information étaient le personnel de santé (29%), la famille/amies (21%), la radio (5%), la télévision (3%) et l'école (2%).

Définition de l'anémie par les mères

Quarante mères ne savaient pas ce qu'est l'anémie (tableau N°2).

Tableau 2 : Répartition des mères interrogées sur la définition de l'anémie

	Effectif	Pourcentage
Diminution du sang du corps	44	44
Pâleurpalmo-plantaire	5	5
Pâleurconjonctivale	5	5
Manque de vitamines	2	2
Déficit de fer	1	1
Maladie	1	1
Maladie du foie	1	1
Perte de sang	1	1
Aucune idée	40	40
Total	100	100

Causes de l'anémie

Cinquante six (56) des cent (100) mères interrogées sur les étiologies d'une anémie avaient donné une cause valable. Le paludisme a été cité par 24 mères, la malnutrition par 19 mères la maladie par 10 mères, la carence en fer par 3 mères, le manque de vitamines par 3 mères et l'infection par 2 mères. Trente neuf mères n'avaient aucune idée.

Signes cliniques

La pâleur palmo-plantaire était le premier signe (32%) cité par les mères comme signe clinique d'une anémie. Elle était suivie de la pâleur conjonctivale (20%), des vertiges (4%), des œdèmes des membres inférieurs (2%), de la fièvre (2%). L'asthénie, les céphalées, la géophagie, la crise, la diarrhée et la coloration rouge des urines ont été chacune citée par une mère. Trente quatre mères n'avaient aucune idée.

Message de prévention de l'anémie par les activités d'information d'éducation et de communication (IEC)

La majorité des mères (90%) n'avaient jamais suivi un message d'IEC sur la prévention de l'anémie. Les 10% des mères restantes ont affirmé avoir suivi un message d'IEC sur l'anémie.

Sources d'IEC

Les principales sources des 10 mères ayant suivi des messages d'IEC sur les anémies étaient la télévision (n=8), le centre de santé (n=1) et la campagne de vaccination (n=1).

Mères ayant eu un enfant décédé ou un enfant ayant souffert d'anémie

Les mères ayant eu un enfant décédé ou un enfant ayant souffert d'anémie représentaient 41% des mères interrogées.

Risque couru par un enfant anémié

Le risque couru par un enfant anémié le plus cité par les mères était le décès (71%). Venaient ensuite la crise (6%), la maladie (6%), la perte de connaissance (3%), l'asthénie (2%), la paralysie (1%), l'amaigrissement (1%), le retard de croissance (1%). Neuf mères n'avaient cité aucun risque.

Traitement de l'anémie

La majorité des mères (91%) savait qu'on pouvait traiter l'anémie. Les neuf mères restantes ignoraient si l'anémie pouvait être traitée ou non.

Moyens de traitement de l'anémie

Le traitement par du fer / foldine était le moyen thérapeutique le plus cité (45%) suivie de la transfusion (28%) et des remèdes traditionnels (6%). Les autres moyens de traitement cités étaient une alimentation riche en fer (2%), un mélange tomate lait betterave (2%), dormir sous moustiquaire (1%) et prendre de la vitamine A (1%). Quinze mères ne connaissaient aucun moyen de traitement.

Connaissance du risque de décès par anémie

A la question l'anémie peut-elle tuer, la majorité des mères (93%) avait répondu « oui ». Six mères n'avaient aucune réponse à cette question et une mère ignorait que l'anémie pouvait tuer.

Attitudes et pratiques des mères

Attitude de la mère en cas d'anémie de son enfant

Dans notre série, des 41 mères ayant eu un enfant ayant souffert ou décédé d'anémie, 38 mères avaient répondu sur leur attitude lorsqu'elles avaient découvert l'anémie de leur enfant. Le centre de santé était le premier recours des mères en cas de suspicion d'anémie dans 25 cas (65,8%). Cinq mères (13,2%) ont donné de la tomate, 5 autres mères (13,2%) ont donné du ferédétate de sodium (ferrostrane®) et 3 mères n'ont rien fait lorsqu'elles ont suspecté l'anémie chez leurs enfants.

Evaluation quantitative des mères ayant utilisé les moyens curatifs modernes de l'anémie

Le moyen le plus utilisé était la transfusion dans 20 cas, soit 52,6% suivi des dérivés de fer (n=14 ; 36,8%). Quatre mères (10,6%) n'avaient aucune idée du traitement utilisé lorsque leurs enfants étaient anémiés.

Connaissance des pratiques préventives de l'anémie

Les mères qui savaient qu'on pouvait prévenir l'anémie représentaient 77%. Celles n'ayant aucune idée de la prévention de l'anémie représentaient 18% et celles qui ne savaient pas que l'anémie pouvait être prévenue 5%.

Moyens de prévention

Le traitement martial (utilisation du fer) était le moyen le plus utilisé dans 43 cas. Une bonne alimentation a été pratiquée par 19 mères, un traitement adéquat des infections par 8 mères. Quatre mères donnaient des infusions d'herbes à leurs enfants. Trois mères donnaient un mélange tomate et lait. Vingt trois mères n'avaient cité aucun moyen de prévention.

Attitude des mères lorsque l'enfant d'une autre mère souffre d'anémie

A la question quelle serait votre réaction si l'enfant d'une autre mère souffre d'anémie, 77 mères (77%) avaient répondu que leur attitude serait de convaincre les parents de se rendre à l'hôpital. Les autres réponses étaient de donner du fer (n=10), ne rien faire (n=7), donner un mélange de tomate et lait (n=4) et donner de l'infusion (n=2).

Influence du niveau de scolarisation sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères

Répartition des mères selon le niveau de scolarisation et la connaissance de l'anémie

La connaissance de l'anémie par les mères était meilleure lorsque le niveau de scolarisation s'élevait (tableau N°3) ; p= 0,0095

Tableau 3 : Répartition des mères interrogées selon leurs niveaux d'instruction et la connaissance de l'anémie

	Connaissance de l'anémie		Total (n= 100)	p
	Oui (n=60 ; 60%)	Non (n=40 ; 40%)		
Analphabète	6 (6)	7 (7)	13	0,2
Primaire	9 (9)	14 (14)	23	0,02
Secondaire 1	22 (22)	15 (15)	37	0,9
Secondaire 2	15 (15)	4 (4)	19	0,06
Supérieur	8 (8)	0 (0)	8	NP*

*NP : non applicable

Répartition des mères selon le niveau de scolarisation et la prévention de l'anémie

La prévention de l'anémie par les mères ne dépendait pas du niveau de scolarisation (tableau N°4).

Tableau 4 : Répartition des mères interrogées selon leurs niveaux de scolarisation et la prévention de l'anémie

	Prévention de l'anémie			Total (n= 100)	p
	Oui (n=77 ; 77%)	Non (n=5 ; 5%)	Aucune idée (n=18 ; 18%)		
Analphabète	11(11)	0 (0)	2 (2)	13	NP
Primaire	17 (17)	1 (1)	5 (5)	23	NP
Secondaire 1	26 (26)	4 (4)	7 (7)	37	NP
Secondaire 2	15 (15)	0 (0)	4 (4)	19	NP
Supérieur	8 (8)	0 (0)	0 (0)	8	NP

DISCUSSION

L'évaluation de la connaissance des mères sur l'anémie a retrouvé un niveau de connaissance moyen avec une sensibilisation faible des médias. Les attitudes et pratiques étaient adéquates chez les mères ayant répondu mais des attitudes et pratiques inadéquates ont été également notées. Le besoin éducatif des mères

sur l'anémie est crucial afin d'assurer une bonne promotion de la santé des enfants de moins de 5 ans. L'absence du choix d'un échantillon de mère basée sur des calculs statistiques dans le but d'avoir une représentativité à l'échelle nationale afin de déboucher sur des résultats susceptibles d'amener à des suggestions pertinentes **sur le plan national** est une des limites de notre étude. Il y a beaucoup de mères d'enfants de moins de 5 ans dans les maisons et les communautés et qui ne fréquentent jamais le milieu hospitalier. Cependant, il est important de commencer par agir à partir de l'hôpital. La traduction du questionnaire en dialectes maternels faisait perdre quelques précisions.

Caractéristiques sociodémographiques des mères

Age des mères

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 25 et 29 ans (39%). Nos résultats se rapprochent également de ceux de l'enquête Multiple Indicator Cluster Survey (MICS3) de 2006 au Togo [4] où 54% des femmes avaient un âge compris entre 15 et 30 ans et 71% d'entre elles avaient déjà au moins un enfant. Ceci montre que malgré le choix aléatoire de nos mères, notre échantillon était représentatif des mères en âge de procréer. Par ailleurs, les mêmes observations avaient été rapportées au Bénin où Kiniffo et al [5] avaient trouvé un âge moyen de 28 ans dans une enquête transversale auprès de 1200 mères d'enfants de moins de 5 ans. Ce jeune âge constitue un atout pour les activités de communications pour un changement de comportement. En effet, les populations qui adoptent précocement un nouveau comportement sont habituellement jeunes.

Profession des mères

Les fonctionnaires (48%) étaient majoritaires, suivis des ménagères (26%) et des coiffeuses (19%). Ceci s'explique certainement par les coûts moyens des soins, la qualité des soins et le fait que le CHU SO est une structure publique qui correspond bien au niveau de vie des fonctionnaires. Ces fonctionnaires ayant un niveau de scolarisation assez élevé leur permettant de rechercher un meilleur rapport efficacité coût. A ceci, s'ajoute l'assurance Institut National d'Assurance Maladie (INAM) des fonctionnaires récemment créée par l'Etat togolais. En effet, cette assurance offre une consultation gratuite aux enfants de moins de 5 ans. Tout ceci facilite l'accès aux consultations pour les fonctionnaires par rapport à leurs moyens financiers.

Niveau de scolarisation

Dans notre étude, 13% des mères étaient non scolarisées, 37% du secondaire 1 et 19% du secondaire 2. Nos mères ayant fréquenté une école représentaient 87%. Dans d'autres séries des fréquences inférieures ont été retrouvées, c'est le cas de l'enquête MICS3 qui a

rapporté 61% [4]. En effet, malgré un nombre élevé de femmes ayant fréquenté une école dans notre série, seules huit (8) ont atteint le niveau supérieur. Malgré les efforts de l'OMD [6] d'aboutir à un taux d'achèvement du cycle primaire de 66,1% en 2007, les résultats ne sont pas encore satisfaisants car seulement 37% ont achevé ce cycle dans notre étude effectuée en 2012. Un niveau de scolarisation bas associé à un taux d'analphabétisation élevé est un handicap dans la lutte contre certaines maladies. En effet, l'influence positive de la scolarisation sur les attitudes et pratiques des mères en matière de prévention et de prise en charge n'est plus à démontrer. Ainsi, le changement de comportement est en général plus rapide dans les classes de population les plus instruites [7].

Connaissances des mères sur l'anémie

Sources d'information des mères sur l'anémie

Dans notre enquête, les mères qui avaient une fois entendu parler de l'anémie représentaient 60%. Ellie et al [8], dans une étude réalisée en Indonésie avaient trouvé 87% des mères ayant entendu parler de l'anémie. La différence observée entre les deux études s'expliquerait par le fait qu'en Indonésie l'anémie est au centre de nombreuses préoccupations dans la politique de santé du pays. Les conseils prodigués aux mères sur la prévention de l'anémie aussi bien en consultation prénatale qu'en consultation post-natale auraient également contribué à cette meilleure sensibilisation en Indonésie.

Les principales sources d'information de nos mères étaient le personnel de santé (29%) et les familles / amies (21%). Ceci montre l'ampleur du problème de l'anémie dans les centres de santé. En effet, l'anémie fait parti des signes qui préoccupent le personnel de santé aussi bien sur le plan diagnostic que thérapeutique. C'est pourquoi ils en parlent autour d'eux pour un changement de comportement. Le contraste entre cette préoccupation en milieu médical et le peu d'intérêt que cela revêt pour les médias, 5% pour la radio et 3% pour la télévision, est préoccupant. Ce constat est encore plus préoccupant lorsque l'on sait que notre étude a été réalisée en milieu urbain où les postes téléviseurs et les postes radio sont souvent disponibles dans les ménages. En milieu rural, ces moyens de communication manquent.

Définition de l'anémie selon les mères

Dans notre étude, moins de la moitié des mères (44%) avaient pu donner une définition juste de l'anémie. Ce chiffre était inférieur aux attentes. L'existence dans notre échantillon de mères ayant déjà été confrontées à l'anémie devrait permettre d'avoir beaucoup de définitions exactes. Nous avons eu peu de définition juste, cependant l'intérêt du sujet est remarquable vu le nombre de mères ayant accepté de participer à l'étude. Les questions préalables posées dénotent de cet intérêt aussi. Cet intérêt existant déjà, un petit effort d'IEC de la

part des médias et du personnel de santé devrait permettre aux mères de cerner la question et de bien agir.

Causes de l'anémie

Dans notre étude, le paludisme (24%) et la malnutrition (19%) ont été cités par la majorité des mères comme causes de l'anémie. Ceci s'expliquerait par le fait que les enfants souffrant de paludisme sont souvent anémiés. La forme anémique est la première forme du paludisme grave retrouvée dans les formations sanitaires au Togo [9]. Le poids du paludisme étant connu en Afrique au sud du Sahara, les mères relient l'anémie au paludisme. L'anémie chronique existant chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique au sud du Sahara favorise des décompensations rapides lorsqu'une cause d'anémie aiguë s'y associe. Certaines mères répondaient qu'une alimentation pauvre était à l'origine de l'anémie. Mais une grande majorité des mères (39%) ignoraient les causes de l'anémie.

Signes cliniques

Les signes les plus connus étaient la pâleur palmo-plantaire (32%) et la pâleur conjonctivale (20%). Il s'agit là de signes simples qu'une mère peu facilement reconnaît et aller consulter. La stratégie PCIMNE recommande d'enseigner aux mères la comparaison de la paume de leurs mains à celle de la main de leurs enfants. Ellie et al [8] ont retrouvé que 51,2% des mères ont reconnu l'anémie par la constatation d'une pâleur palmo-plantaire.

Nous avons retrouvé 34% de mères qui ignoraient les signes cliniques de l'anémie. Le pourcentage de mères qui continuent d'ignorer les signes cliniques de l'anémie contraste avec la facilité avec laquelle on peut reconnaître la pâleur palmo-plantaire surtout en comparant sa paume à la paume de son enfant. Ce hiatus peut être comblé toujours par l'IEC. Le personnel de santé et le personnel des médias doivent encore faire des efforts à ce sujet.

Prévention de l'anémie par les IEC et sources d'IEC

Dans notre étude, 8% des mères avaient suivi une séance d'IEC à la télévision, 1% au centre de santé et 1% lors des campagnes de vaccinations, ce qui témoigne d'une faible participation des médias et du personnel des centres de santé dans la sensibilisation sur l'anémie. Par ailleurs, Hassan et al [10] ont montré l'importance de la sensibilisation menée dans le cadre du programme Health Education. En effet, ce programme a fait passer le pourcentage de mères qui avaient une bonne connaissance, pratique et une perception du risque sur l'anémie respectivement de 16%, 28% et 7% à 52%, 74% et 48%.

Mères ayant eu un enfant décédé ou un enfant ayant souffert d'anémie

Les mères qui avaient déclaré avoir eu un enfant décédé

ou ayant souffert d'anémie étaient de 41% dans notre étude. Elles étaient respectivement de 34,9% et 62,3% dans les séries de Gupta et al [11] et Ellie et al [8]. Au Togo, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans demeure très élevé, les enquêtes MICS3 et MICS4 [4; 12] ont rapporté un taux de 123‰, signe d'une stagnation. Le paludisme demeure la première affection en terme de morbidité et de mortalité et la première forme de paludisme grave est la forme anémique. Ceci justifie les 41% de mères retrouvées dans notre étude. Une étude faite par Moyen et al [13] à Brazzaville en 2006 sur le paludisme grave de l'enfant a montré que l'anémie était en tête des formes cliniques (51,3%). Ces chiffres sont très élevés et montrent qu'il s'agit d'un réel problème de santé publique.

Risque couru par un enfant anémié

Dans notre étude, le risque couru par un enfant anémié le plus reconnu par les mères était le décès (71%). En Egypte, dans la série de Hassan et al [10], 27% des mères l'ont cité. Le traumatisme psychologique vécu par les mères face à la gravité de l'état clinique de leurs enfants souffrant d'anémie sévère pourrait expliquer ce fait. En effet le sang est le symbole de la vie et sa diminution aurait logiquement pour conséquence une cessation de la vie.

Traitement et moyen thérapeutique

Dans notre étude, 73% des mères avaient pu donner un moyen adéquat de traitement de l'anémie à savoir du fer/foldine (45%) et la transfusion (28%). Ceci peut s'expliquer par le fait que la supplémentation en fer est instaurée chez la mère dès la première consultation prénatale et 3 mois après l'accouchement. Les recommandations PCIMNE de supplémentation systématique en fer à tout enfant de moins de 5 ans sont aussi en vigueur dans beaucoup de centres de santé et permettent aux mères de mieux connaître les traitements de l'anémie. En outre, les 41% de mères ayant eu un enfant décédé ou un enfant ayant souffert d'anémie ont déjà utilisé des moyens thérapeutiques qu'elles ont certainement cités. Nos résultats sont similaires à ceux d'Ellie et al [8] qui avaient trouvé 74,8% de mères qui connaissaient le traitement adéquat de l'anémie. Six (6) mères (6%) ont cité un traitement traditionnel. L'utilisation des remèdes traditionnels fait partie des premières étapes de l'itinéraire de soins au Togo. La couleur rouge du sang donne lieu à certaines dérives. C'est ainsi que les produits ayant une coloration rouge tels que la tomate, la betterave sont considérées à tort comme produisant du sang. Il existe des mélanges reconnus par les mères comme remède. C'est ce qui explique l'utilisation du mélange tomate, lait et betterave dans notre étude.

Attitude des mères lorsque leurs enfants étaient anémiés

Dans notre étude, le premier recours des mères était le centre de santé (65,8%). Certains recours avaient été cités par les mères : tomate (13,2%) et ferrostrane (13,2%). La méconnaissance de l'anémie par certaines mères serait certainement responsable du fait qu'elles considèrent que la tomate produit du sang. Une proportion de 7,8% des mères n'avait rien fait face à l'anémie. Seule, l'ignorance de l'affection et de ses conséquences peuvent expliquer cette inertie.

Connaissance des pratiques préventives de l'anémie

L'utilisation du fer en traitement prophylactique était connue de 43% des femmes de notre série. Les moyens de prévention cités par 34% des femmes étaient erronés. Les moyens de prévention n'étaient pas connus de 23% des femmes. Ces résultats témoignent du fait que le niveau de connaissances des mères sur l'anémie était bas. Le traitement préventif est très important et doit être connu des mères. Hassan et al [10] ont retrouvé un taux plus bas que le nôtre. En effet, 21% des mères de leur série avaient une bonne pratique en matière de prévention de l'anémie. Aucune explication n'a été trouvée à ces différences observées dans les différentes études.

Influence du niveau d'instruction sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères

Parmi les variables socio-démographiques, seul le niveau de scolarisation était fortement associé à la connaissance des mères sur l'anémie. Ceci se fait plus remarquer pour

les mères de niveaux secondaire 2 et supérieur. Des 19 mères du secondaire 2, seules 4 mères ne connaissaient pas l'anémie. Toutes les mères du niveau supérieur (8 mères) connaissaient l'anémie et pouvaient bien la définir. Les notions élémentaires de biologie enseignées à l'école, la logique que l'on acquiert en évoluant dans les différents niveaux de scolarisation ont certainement participé à élever le degré de connaissances de certaines femmes sur l'anémie. Les attitudes et les pratiques étant évaluées dans des situations d'urgence, la différence observée n'était pas significative. Cependant, la connaissance des pathologies telles que l'anémie est très importante et permet d'avoir des attitudes et des pratiques plus adéquates.

CONCLUSION

Le niveau de connaissance moyen de l'anémie doit être amélioré par des sensibilisations et la scolarisation afin d'aider à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Une étude nationale doit être faite pour une meilleure représentativité et un plan stratégique adopté essentiellement sur l'éducation des mères dans le cadre de la promotion de la santé des enfants de moins de 5 ans.

Références

- McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. OMS. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. *Public Health Nutr* 2009; 12: 444-54.
- World Health Organization (2005). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 : WHO global database on anaemia. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf?ua=1]
- Agbèrè AD, Aplogan A, Wilkins K, Kessié K, Assimadi K. Anemia and nutritional status in young children in northern Togo. *Med Trop* 1995; 55:106.
- UNICEF – Togo. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappe à indicateurs multiples 2006/MICS3. [http://www.childinfo.org/files/MICS3_Togo_FinalReport_2006_Fr.pdf].
- Kiniffo IR, Agbo-Ola L, Issifou S, Massougbodji A. Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au Sud-Est du Bénin. *Méd Afr Noire* 2000; 47: 27-33.
- UNICEF. - Togo - country statistics. [http://www.unicef.org/infobycountry/togo_statistics.html]
- UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale. [http://www.unicef.org/french/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_FR_USLetter_03112009.pdf]
- Souganidis ES, Sun K, de Pee S, et al. Relationship of maternal knowledge of anemia with maternal and child anemia and health-related behaviors targeted at anemia among families in Indonesia. *Matern Child Health J* 2012; 16: 1913-25.
- Gbadóé AD, Lawson-Evi K, Badayodi A, et al. Paludisme grave de l'enfant : évaluation de la prise en charge des formes anémiques et neurologiques dans un service de réanimation en milieu tropical. *Arch pédiatr* 2006; 13: 1554-5.
- Hassan AE, Kamal MM, Fetohy EM, Turkey GM. Health education program for mothers of children suffering from iron deficiency anemia in United Arab Emirates. *J Egypt Public Health Assoc* 2005; 80: 525-45.
- Gupta S, Venkateswaram R, Gorenflo DW, Eyler AE. Childhood iron deficiency anemia, maternal nutritional knowledge, and maternal feeding practices in a high-risk population. *Prev Med* 1999; 29: 152-6.
- UNICEF – Togo. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2010/MICS4. [http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html].
- Moyen G, MbikaCardorelle A, Kambourou J, Oko A, Mouko A, Obengui. Paludisme grave de l'enfant à Brazzaville. *Med Afr Noire* 2010; 55 : 113-116.