

ACTIONS COMMUNAUTAIRES À ABOBO ANONKOI 3 : ASPECTS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS, ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE

Auteurs

ADJOBI M-C E^{1,2,3,4},
SANGARÉ A⁵,
SAMBA M⁵,
KOUADIO L⁶,
KOUIMI-MELEDJE M-D^{1,2,3},
TANO-KAMELAN A^{1,2,3},
KPEGBO DD^{1,2,3,7},
COULIBALY KSA^{1,2,3,8},
AGBRÉ-YACÉM-L^{1,3},
DOUKOURÉ D^{1,3},
KOUROUMA K R^{1,3},
AKÉ-TANO O^{1,7},
YAVO W^{1,6},
KOUASSI D^{1,6}

Services

1- Institut National de Santé Publique, Abidjan
2- Service de santé maternelle et infantile
3- Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
4- Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
5- UFR d'Odonto-Stomatologie de l'université FHB
6- UFR sciences pharmaceutiques et biologiques de l'université FHB
7- UFR sciences médicales de l'université FHB
8- Direction régionale santé de l'Agneby-Tiassa-Mé

Correspondance

Dr Adjobi Marie-Christine Emmanuela ; tel : 08 01 29 17 ; adresse mail : mcemmanuela1@gmail.com

RESUME

Introduction : La morbidité et la mortalité du couple mère-enfant restent encore élevés en Côte d'Ivoire malgré les efforts considérables effectués. Evaluer l'action communautaire dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant pourrait aboutir à des solutions pérennes d'engagement communautaire pour la santé.

Méthodes : Une étude transversale à volets qualitatif et quantitatif a été conduite au mois d'avril 2014, portant sur l'interview de 150 ménages comportant des enfants de moins de 5 ans et des entretiens avec 16 leaders communautaires.

Résultats : Volet quantitatif : 87% des ménages avaient un enfant de moins de 5 ans et 80,80% des enfants étaient correctement vaccinés au premier anniversaire de naissance. 55% étaient sous le régime d'allaitement exclusif quand ils avaient moins de 6 mois. 48% dormaient sous moustiquaire imprégnée. 97% des grossesses ont été suivies par un personnel de santé. Pour le volet qualitatif, des éléments de mobilisation de la communauté pour sa participation aux actions de santé et des projets communs réussis par la communauté à partir de ressources domestiques ont été enregistrés.

Conclusion : Les communautés d'Anonkoi 3 adoptent des pratiques pour promouvoir la santé et ont expérimenté des mécanismes de co-financement pouvant leur permettre de faire face aux défis de santé de leurs populations en général et de la mère et de l'enfant en particulier.

Mots-clés : Promotion de la santé - Enfants de 0 à 5 ans et mères - Organisations sociales - Pratiques familiales essentielles - Mobilisation des ressources communautaires

COMMUNITY ACTIONS IN ABOBO ANONKOI 3: ASPECTS OF PROMOTING THE HEALTH OF MOTHERS AND UNDER 5 YEARS CHILDREN, ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE

SUMMARY

Introduction: The morbidity and mortality of the mother-child pair remain high in Côte d'Ivoire despite the considerable efforts made. Evaluating community action in promoting maternal and child health could lead to sustainable community engagement solutions for health.

Methods: A cross-sectional qualitative and quantitative survey was conducted in April 2014, involving the interview of 150 households with children under 5 and interviews with 16 community leaders.

Results: Quantitative component: 87% of households had a child under 5 and 80.80% of children were correctly vaccinated at the first birthday. 55% were on exclusive breast feeding when they were less than 6 months old. 48% slept under an impregnated mosquito net. 97% of pregnancies were attended by health staff. For the qualitative part, elements of community mobilization for its participation in health actions and joint projects managed by the community from domestic resources were recorded.

Conclusion: The communities of Anonkoi 3 adopt practices to promote health and have experimented with co-financing mechanisms that can enable them to face the health challenges of their populations in general and of the mother and the child in particular.

Keywords: Health promotion - Children aged 0-5 and mothers - Social organizations - Essential family practices - Community resource mobilization

INTRODUCTION

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde, de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). De plus, 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement [1].

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012 en Côte d'Ivoire (EDS-CI III), a révélé que le taux de mortalité maternelle est estimé à 614 décès pour 100.000 naissances vivantes. Les taux de mortalité néonatale, infantile et juvénile étaient de 38‰, 68‰ et 43‰, respectivement [2]. En Côte d'Ivoire, les causes de mortalité maternelle sont en priorité : les hémorragies (36%), l'obstruction du travail (20%) ; l'éclampsie (18%) ; l'avortement compliqué (15%). Les causes de mortalité néonatale et infantile sont principalement les affections néonatales (33%) ; la pneumonie (20%) ; le paludisme (21%) [3].

Ces chiffres demeurent élevés malgré les efforts considérables effectués pour réduire la morbidité et la mortalité du couple mère-enfant, notamment : l'Initiative pour une maternité sans risque (Nairobi 1987) ; la CARMMA (Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) - Ethiopie 2009 ; l'Initiative MUSKOKA.

La santé de la mère et de l'enfant est classiquement mesurée par des indicateurs spécifiques de morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile [4].

Par ailleurs, il est admis que les actions sur la communauté sont des interventions à fort impact, primordiales en matière de santé publique et qui réduisent de manière sensible la mortalité maternelle et infantile. En Côte d'Ivoire, des pratiques familiales essentielles sont proposées pour assurer la promotion de la santé materno-infantile. Quelle est l'adhésion des communautés à ces actions de promotion de la santé de la mère et de l'enfant dans le contexte ivoirien ? De quels mécanismes de mobilisation de ressources disposent-elles pour gérer la santé de la mère et de l'enfant.

Ceci a constitué l'intérêt de notre travail à Anonkoi 3, une zone péri urbaine d'Abidjan, avec pour objectif principal d'évaluer l'action communautaire dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant pour aider à trouver des solutions pérennes d'engagement communautaire pour la santé et le développement. De façon spécifique, il s'est agi de décrire des types d'organisations sociales en lien avec la gestion des problèmes de santé, d'apprécier l'application des pratiques familiales essentielles en lien avec la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, d'identifier les potentialités de mobilisation de ressources des communautés.

METHODES

Cadre de l'étude

L'étude a eu pour cadre le quartier d'Anonkoi 3 situé dans la commune d'Abobo et constitué d'un mélange d'autochtones, de communautés allochtones et d'autres communautés étrangères. Le quartier comptait 474 ménages en 1998 et 858 ménages en 2014[5]. L'université Félix Houphouët Boigny a déjà commencé le programme CHE (Community Health Engagement) à Abobo Anonkoi 3 avec les leaders communautaires, d'où l'intérêt de retenir ce quartier comme lieu d'étude. Les infrastructures sanitaires étaient constituées de 3 établissements sanitaires de premier contact dont un centre de santé privé laïc à but non lucratif de l'Association de Soutien à l'Auto promotion Sanitaire Urbaine (ASAPSU), qui nous a servi de base pour la réalisation de cette étude et dans lequel exercent des agents de santé communautaire.

Population d'étude

La population d'étude est celle d'Abobo Anonkoi 3.

Critères d'inclusion : tous les ménages comportant au moins un enfant de moins de 5 ans et tous les leaders communautaires disponibles et ayant accepté de participer à l'étude, sur la base de la liste fournie par ASAPSU.

Critère d'exclusion : il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à deux volets : qualitatif et quantitatif. L'étude s'est déroulée en avril 2014, sur une période d'une semaine.

Echantillons

Volet quantitatif : sur la base de la liste des 424 ménages ayant au moins 1 enfant de moins de 5 ans fournie par l'ONG ASAPSU, les visites effectuées sur une semaine ont permis de collecter les données auprès de 150 ménages disponibles et ayant accepté de participer à l'étude.

Volet qualitatif : il a concerné l'ensemble des leaders communautaires, ethniques, religieux de groupements de femmes ou de jeunes d'Anonkoi 3 disponibles. Les entretiens individuels ont été effectués avec 16 leaders communautaires : 1 chef de village, 3 notables, 4 chefs de communautés ethniques, 3 responsables de mouvements de jeunesse, 4 responsables de groupements féminins (dont 3 religieux de tendances différentes), 1 chef de l'assainissement.

Outils et collecte des données

Deux outils ont été utilisés pour la collecte des données auprès des populations d'Anonkoi 3.

Un questionnaire élaboré pour les besoins de l'étude a permis la collecte de données quantitatives dans les ménages. Elle comportait les rubriques suivantes : les caractéristiques sociodémographiques, l'organisation sociale, les pratiques familiales essentielles, et la mobilisation des ressources.

Un guide d'entretien a été élaboré et utilisé avec les leaders communautaires dans le cadre du volet qualitatif de l'étude. Les points abordés étaient relatifs à : la gestion des problèmes et programmes de santé par la communauté, la mobilisation de la communauté pour son adhésion et sa participation dans les actions de santé, l'organisation de la communauté pour le bon déroulement de la grossesse des femmes, les pratiques identifiées par la communauté pour que la mère et l'enfant soient en bonne santé, l'hygiène et la lutte contre le péril fécal, la mobilisation des ressources.

La méthode de collecte des données a été :

Pour le volet quantitatif de l'étude, les personnes retenues ont été interviewées dans les ménages à l'aide du questionnaire préalablement testé.

La collecte des données qualitatives s'est faite à partir des entretiens avec les leaders communautaires.

Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Excel. Il a été procédé à un tri à plat avec le calcul de proportions pour les principales variables de l'étude. Pour ce qui est des données qualitatives, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un magnétoscope ; les données ont été retranscrites et analysées selon la méthode de l'analyse du contenu, qui est une méthode systématique de lecture en vue d'extraire l'idée maîtresse.

Considérations éthiques

Les personnes ayant participé à l'étude ont été préalablement informées des objectifs de l'étude et des garanties ont été fournies quant à la confidentialité des données collectées. Le consentement éclairé de chaque participant a été obtenu avant la collecte des données de l'étude.

RESULTATS

Enquête quantitative

Données socio démographiques

Sur les 150 ménages visités, 172 enfants de moins de 5 ans ont été trouvés dans 130 ménages (87%).

Age et nombre d'enfants dans les ménages visités : l'étude a concerné en grande majorité des nourrissons de 29 jours à 24 mois (80%).

Personnes prenant en charge les enfants : Ce sont principalement les mères (94%) qui s'occupaient de leurs enfants.

Pratiques communautaires de promotion de la santé de la mère et de l'enfant

Tableau I : Pratiques communautaires de promotion de la santé de la mère et de l'enfant (n=172)

Pratiques	Pourcentage(%)
Vaccination complétée au premier anniversaire de naissance	80
Allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois	55
Diversification alimentaire à 6 mois	86
Dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticides	48
Administration correcte du traitement ambulatoire	90
Suivi de la grossesse par un personnel de santé	97
Intervalle d'au moins 2 ans avec la grossesse précédente	95
Vaccin antitétanique chez la femme enceinte	88
Supplémentation en fer chez la femme enceinte	96

Mode d'organisation pour financer la santé

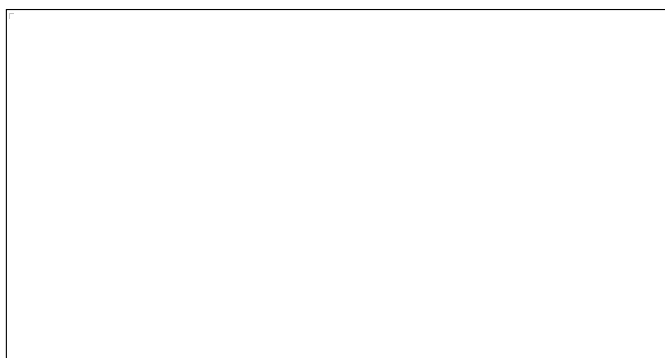


Figure 1 : Mode d'organisation pour financer la santé

Les ménages ont essentiellement proposé comme mode d'organisation pour le soutien financier dans la gestion de leur santé, la coopérative (48%), la mutuelle (20%), les groupes informels (12%), qui sont alimentés par les cotisations.

Enquête qualitative

Organisation sociale pour la gestion de la santé par la communauté

Des interviews des 16 leaders communautaires, les constats suivants ont été faits :

Gestion des problèmes de santé par les communautés : 8 leaders sur 16 ont affirmé que les problèmes de santé pouvaient être gérés par la communauté. Les cadres de gestion étaient : le comité de santé villageois, le COGES, les communautés ethniques et religieuses, les associations de jeunes. Les 8 autres leaders communautaires n'ont pas évoqué de système pour l'auto-gestion communautaire de la santé.

Gestion des programmes de santé communautaire : 7 des leaders ont affirmé avoir géré des programmes de santé communautaire : les projets réussis de prévention et de promotion en santé menés par l'ONG ASAPSU en communauté (dénommés projets ASAPSU 1, ASAPSU 2, SIDA 1, Paludisme 1, sensibilisation à la fréquentation de centre de santé 1). Le projet de construction du centre de santé communautaire a été rendu possible grâce aux efforts conjugués des communautés qui ont offert le terrain et de l'ONG ASAPSU qui a conduit plusieurs partenaires internationaux pour que le dispensaire et la maternité soient tous deux fonctionnels.

Par ailleurs, dans certaines communautés ethniques ou religieuses, en cas de maladie, le membre est soutenu parfois même avant l'intervention de la famille. Pour la communauté originaire d'Odienné, le chargé de la santé a la responsabilité de présenter les différentes étapes de mise en œuvre des programmes de santé communautaire.

Pratiques communautaires de promotion de la santé de l'enfant

Mobilisation de la communauté pour son adhésion et sa participation dans les actions de santé : la communauté Koulango est essentiellement mobilisée à l'occasion de conférences organisées en relation avec ASAPSU sur des sujets d'actualité. Les nouvelles sont concomitamment traduites en langue vernaculaire. Les autres leaders mobilisent leur communauté pour avoir leur adhésion et leur participation dans les actions de santé, à travers des rencontres communautaires périodiques. La responsable d'un groupement féminin a rassemblé ses membres pour échanger sur la prévention du paludisme, en plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Elles ont convenu d'intensifier le nettoyage de leur cour, des alentours et de limiter au minimum les temps de station des poubelles aux alentours des cours. Les responsables des communautés Odienneka, Attié, jeunes, Baoulé, de l'assainissement, des femmes catholiques, Gouro, Dida, Korhogo, interrogés n'ont pas identifié de moyens de mobilisation de leur communauté pour participer à sa propre santé.

Mobilisation de la communauté pour la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et l'accès aux services de planning familial : les rencontres périodiques sont également le cadre de sensibilisation pour mobiliser les femmes enceintes pour la fréquentation des centres de santé, l'utilisation de moustiquaires imprégnées et la pratique du planning familial. Les relais communautaires effectuent également des visites à domicile et la sensibilisation porte à porte. Par ailleurs, si une question d'actualité touche cette cible, les religieux les communiquent à la fin de leurs cultes.

Pratiques identifiées par la communauté pour que la mère et l'enfant soient en bonne santé : ont été identifiés la sensibilisation à la fréquentation des centres de santé, la médecine traditionnelle, le maintien de la cour et de ses alentours propres.

Mobilisation des ressources :

Existence de modes d'organisation générant des revenus dans la communauté : les leaders communautaires ont évoqué l'existence d'une caisse d'entraide pour les ressortissants de Korhogo. Par ailleurs, une association apolitique a été mise en place en période post-électorale, dans le but de faciliter l'accès à des places de marchandes d'articles divers au marché d'Abobo. Elle a permis à plusieurs femmes de s'autonomiser et subvenir aux besoins de leurs familles. En dehors de ces deux éléments, la plupart des

leaders n'ont pas identifié de coopératives ou d'associations pour des activités génératrices de revenus. Une association apolitique a été mise en place en période post-électorale, dans le but de faciliter l'accès à des places de marchandes d'articles divers au marché d'Abobo. Elle a permis à plusieurs femmes de s'autonomiser et subvenir aux besoins de leurs familles. En dehors de ces deux éléments, la plupart des leaders n'ont pas identifié de coopératives ou d'associations pour des activités génératrices de revenus.

Projets communs réussis par la communauté à partir de ressources individuelles, familiales ou villageoises :le projet CARITAS qui est une œuvre de charité apportant beaucoup plus une assistance et le don d'un terrain à l'ONG ASAPSU pour la construction du centre de santé, comprenant deux bâtiments qui sont à présent fonctionnels

Propositions d'activités faites par 04 leaders pour générer des ressources pour la gestion de la santé de la communauté : le transport en commun de personnes sur les trajets Abobo-Adjamé, Abobo-Yopougon, Abobo-Cocody ; le commerce de fruits, ou de produits maraichers, ou de charbon, ou de pagnes... ; l'élevage de volailles, ou de porcins, ou de caprins.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de relever les éléments communautaires de promotion de la santé des mères et enfants des communautés d'Abobo Anonkoi 3 qui pouvaient constituer des bases solides d'un engagement communautaire durable, en faveur de la santé et du développement. De cet objectif, trois grands axes ont été déclinés tels que l'organisation sociale et la gestion des problèmes de santé, l'application des pratiques familiales essentielles en lien avec la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, les mécanismes de mobilisation des ressources.

Organisation sociale et gestion des problèmes de santé

L'on remarque que les communautés gèrent leur santé au travers de rencontres à caractère social, religieux, ou sanitaire. C'est aussi le cas de l'exemple décrit par Altavela aux Etats-Unis [6]. Ces cadres de rencontres révélés dans la présente étude peuvent être retenus pour des séances de sensibilisation sur des questions de santé diverses, en raison de la représentativité de l'audience. La communauté d'Abobo Anonkoi 3 a une certaine expérience en matière de gestion des programmes de santé en collaboration avec l'ONG ASAPSU depuis de longues années. Adhikari [7] a rapporté une expérience similaire de réussite de programme de santé communautaire au Laos. Sethi et Belliard ont communiqué sur le processus qui a permis aux communautés de définir et de hiérarchiser leurs problèmes, d'identifier les ressources potentielles en Haïti [8]. Les éléments évoqués ci-dessus marquent bien le souci partagé par ces diverses communautés de s'organiser pour gérer leurs problèmes de santé.

Application des pratiques familiales essentielles en lien avec la promotion de la santé de la mère et de l'enfant

Notre étude a permis d'enregistrer une bonne disposition des communautés à appliquer les pratiques familiales essentielles dans l'ensemble, ce qui est le cas de l'étude de Simonetti en Italie [9]. De façon particulière, ces deux études s'accordent sur l'application de la pratique d'allaitement maternel mais de façon particulière pour Simonetti, un counseling téléphonique structuré a été appliqué.

Pour ce qui est de la prévention du paludisme par l'utilisation de moustiquaires imprégnées, moins de la moitié des enfants de notre population dormait sous moustiquaire imprégnée d'insecticides(MII). Pourtant, Wehner a bien montré dans son essai au Burkina Faso, que les effets à long terme des MII étaient plus manifestes chez l'enfant protégé à partir de la naissance [10-12]. Toutes ces études issues de la littérature ont bien mis en évidence le taux élevé d'utilisation des moustiquaires dans la prévention du paludisme et son efficacité sur les populations. Rappelons que le paludisme est endémique en Côte d'Ivoire et aussi la principale cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans [2].

Mécanismes de mobilisation des ressources

Plusieurs éléments ont été retrouvés dans notre étude : existence de caisse d'entraide; projet commun réussi par la communauté à partir de ressources individuelles ou familiales ; propositions d'Activités faites par les leaders pour générer des ressources pour la gestion de la santé de la communauté.

Toutefois, seulement 4 leaders sur 16 ont pensé qu'il était possible de réaliser des activités génératrices de revenus pour gérer leur propre santé en général et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant en particulier. C'est donc le cas de se poser la question de la pérennisation des interventions de santé en cas d'aide extérieure par des partenaires, car la conviction de la communauté n'est pas perceptible sur le fait qu'elle gagnerait à mieux s'organiser pour gérer sa propre santé.

CONCLUSION

Notre étude a permis de recenser des types d'organisations et des pratiques familiales favorables à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

Ainsi, nous pouvons retenir que les communautés d'Anonkoi 3 s'organisent et adoptent des pratiques pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, conformément aux pratiques familiales essentielles prônées en Côte d'Ivoire. Toutefois, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et le niveau d'instruction des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans restent encore insuffisants dans ces communautés.

Les communautés d'Abobo Anonkoi 3 ont également des idées qui peuvent être davantage approfondies pour générer des revenus pouvant leur permettre de faire face aux défis de santé et de développement de leurs populations en général et de la mère et de l'enfant en particulier.

Des mécanismes de promotion de la santé de la mère et de l'enfant existent au sein des communautés d'Abobo Anonkoi 3, qui ont su percevoir leur importance dans le système de santé par le biais des actions des relais communautaires de l'ASAPSU.

Il est donc essentiel, pour les communautés d'Anonkoi 3 de s'adonner davantage à la réflexion et la mise en place d'activités génératrices de revenus et de mécanismes de cofinancement pour la gestion de leur santé en général et de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant en particulier. Pour cela, il convient d'envisager une étude pour envisager le coût de la mise en œuvre de ces pratiques à long terme et à une plus grande échelle.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Les auteurs ont contribué au travail de recherche, depuis sa planification, sa réalisation, son interprétation ou de son contrôle, jusqu'à la rédaction et la finalisation du manuscrit. Les contributions pertinentes sont venues de l'équipe de recherche, chacun à son niveau et selon sa compétence, son expérience a permis d'améliorer le contenu de la publication.

REMERCIEMENTS

Aux communautés d'Abobo Anonkoi 3 et aux personnels du centre de santé urbain d'Abobo Anonkoi 3 de l'Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine (ASAPSU) qui ont permis et facilité ce travail.

Conflits d'intérêts

Aucun des auteurs ne manifeste un conflit d'intérêt dans la réalisation de cette étude.

RÉFÉRENCES

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La mortalité maternelle. Aide-Mémoire. Novembre 2016. N°348.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA - REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE. Enquête Démographique et de Santé (EDS CI) III. 2012.
- MINISTERE DE LA SANTE - REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). 2012-2015.
- MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT- REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE. Cadre stratégique et plan d'investissement pour l'atteinte des OMD 4,5 en Côte d'Ivoire, MBB. 2012.
- SHORTEN T., TAYLOR M., SPICER N., MOUNIER-JACK S., MCCOY D. The International Health Partnership Plus: rhetoric or real change? Results of a self-reported survey in the context of the 4th high level forum on aid effectiveness in Busan. *Global Health*. 2012; 8: 13.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE - REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE. Recensement Général de la Population et de l'Habitat. 2014.
- ALTAVELA J., DORWARD K., SORRENTO T., DIEHL K., WYMAN C. Population health management: An independent physician organization approach. *Am J Health Syst Pharm*. 2017; 74 (18):1477-1485.
- ADHIKARI B., PELL C., PHOMMASONE K., KAZUHIKO M., NEWTON P.; SATO M. et al. Elements of effective community engagement: lessons from a targeted malaria elimination study in Lao PDR (Laos); *Glob Health Action*. 2017; 10 (1)
- SETHI S., BELLIARD J., ANDREASSEN K., KIRKENGEN L. Participatory health assessment in Haiti: practical tools for community empowerment; *Prog Community Health Partnersh*. 2009; 3 (3): 257-64.
- SIMONETTI V., PALMA E., GIGLIO A., MOHNA., CICOLINIG. A structured telephonic counselling to promote the exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to six months: a pilot study. *Int J Nurs Pract*. 2012 Jun; 18 (3): 289-294.
- WEHNERS S., STIEGLBAUER G., TRAORÉ C., SIE A., BECHER H., MÜLLER O. Malaria incidence during early childhood in rural Burkina Faso: Analysis of a birth cohort protected with insecticide-treated mosquito nets. *Acta Trop*. 2017 Nov; 175:78-83.
- ESCAMILLA V., ALKER A., DANDALOL., JULIANO J., WILLIAM C., MILLER C. et al. Effects of community-level bed net coverage on malaria morbidity in Lilongwe, Malawi; *Malar J*. 2017 Apr 7;16(1):142.