

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÈRES SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES DANS UN BIDONVILLE À ABIDJAN.

Auteurs

SACKOU-KOUAKOU J-G^{1,2},
DANH T M¹
KOUADIO FA¹,
SIENE D¹,
YAPI BONI P¹,
ATTIA-KONAN AR^{1,2},
HOUNSA-A A^{1,3},
DESKITH A A¹,
OGA S^{1,4},
KOUADIO L^{1,5}

Services

1- Univeristé Félix
Houphouôte Boigny
2- Institut National de
Santé Publique
3- Direction de
l'Informatique et de
l'Information Sanitaire
4- Institut de Cardiologie
5- Institut National
d'hygiène Publique

Correspondance

Sackou-Kouakou
Julie-Ghislaine
juliekouakou77@gmail.com
Département de Santé
Publique, Hydrologie
et Toxicologie, UFR des
Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques

RESUME

Objectif: Analyser les connaissances et pratiques des mères sur les affections respiratoires (AR) dans un quartier précaire à Abidjan.

Méthodes: une étude transversale descriptive à base communautaire s'est déroulée du 05 février au 4 avril 2018 à l'aide d'un questionnaire. Les scores de connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge ont été calculés. Une restitution des résultats et une formation ont été organisées.

Résultats: Le niveau de connaissances et de pratiques des 54 mères était insuffisant en matière de prévention des AR. Les pratiques de prévention les plus adoptées étaient le dépoussiérage (45/54) et le fait de couvrir l'enfant pendant les périodes de froid (24/54). Peu de mères (3/54) vivaient dans un domicile avec au moins deux ouvertures par pièces. Pour la prise en charge des cas bénins, 20% utilisaient la tisane miel-citron. Toutes les mères avaient recours au centre de santé quand l'enfant présentait un signe grave d'AR. L'intervention communautaire a réuni 43 personnes pour la restitution et 23 mères pour la formation ; 4 mères ont été désignées pour être formées comme relais communautaire.

Conclusion: La formation des mères pourrait être une bonne stratégie pour la gestion des AR des enfants.

Mots-clés: Connaissances et pratiques, Affections respiratoires, Enfants de moins de 5 ans, Intervention communautaire, Bidonville.

SUMMARY

MOTHERS' KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT CHILDHOOD RESPIRATORY DISEASE IN SLUM OF ABIDJAN.

Objective: To determine knowledge and practices of mothers regarding respiratory disease (RD) in their children aged less than five years in a slum of Abidjan.

Methods: The community-based cross-sectional study was conducted from 05 February to 4 April 2018. A questionnaire based on the home care guidelines of RD was administered to each of the respondent mothers by the investigator. Prevention

knowledge and practices' scores were calculated, so were the management of RD knowledge and practices. The knowledge and practices were said to be appropriate if the score was $\geq 50\%$. A restitution of the results and a formation of the mothers were organized. Results: The level of knowledge and practice of the 54 mothers was insufficient for RD prevention. The most common prevention practices were dusting (45/54) and covering the child during periods of cold (24/54). Few mothers (3/54) lived in a home with at least two openings per room. For the management of mild forms of RD, 20% used the honey-lemon tea. All mothers said they would seek health center services for severe RD. Community intervention on RD brought together 43 people for restitution and 23 mothers for training; 4 mothers were designated to be trained as community health workers. Conclusions: knowledge of RD wasn't appropriate and so influences prevention practices. Mothers training could be a good strategy for managing children's RD.

Keywords: Knowledge and practice, Respiratory disease, Children under 5, Community intervention, slum.

INTRODUCTION

Les affections respiratoires sont responsables de près d'un cinquième des décès chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde, soit environ 2 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans par année. La majorité de ces décès surviennent en Afrique et en Asie du Sud-Est [UNICEF, 2016]. En Côte d'Ivoire, les incidences étaient en augmentation passant de 165,39‰ en 2014 à 202,35‰ en 2015. Dans la région sanitaire d'Abidjan 2, cette incidence monte jusqu'à 302,75‰ [Direction de la prospective, la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire, 2016]. Pourtant, les interventions déterminantes pour le contrôle de la mortalité liée aux affections respiratoires particulièrement les infections respiratoires aiguës (IRA) sont bien connues. Ce sont des actions communautaires en direction des familles comme le volet communautaire de la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant [USAID, 2001, Agha, 2007]. Elles permettent de renforcer l'habileté des mères à reconnaître les symptômes des IRA car elles sont habituellement les premières à apporter des soins à leurs enfants. Cependant, leurs connaissances restent insuffisantes et interfèrent sur leurs pratiques de prévention et de prise en charge [UNICEF, 2016]. Le taux de couverture des interventions en direction des communautés reste cependant faible [Boschi-Pinto, 2017]. Elles ont du mal à se déployer, qui plus est dans les zones marginalisées et appauvries que sont les quartiers précaires. Les inégalités sociales de santé y sont particulièrement criardes. En effet, les enfants vivant en milieu pauvre ont 1,9 fois plus de risque de mourir avant leur 5^{ème} anniversaire que ceux vivant en milieu aisé [UNICEF, 2016]. Selon le plan national de développement sanitaire ivoirien, les enfants des ménages appartenant aux quintiles des plus pauvres ont deux fois moins de chance de recevoir des soins de santé en cas de maladie [Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016]. En effet, bon nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent à domicile même là où les populations ont un meilleur accès géographique aux services de santé [OMS/UNICEF, 2007, UNICEF, 2008]. En Côte d'Ivoire, la promotion de la prise en charge des cas à domicile (PECADOM) est une réalité avec la rédaction de directives pour la prévention des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans [Programme national de santé de la mère et de l'enfant, 2013]. Cependant, peu de données existent sur les connaissances de ces directives par les mères. Utilisant un dispositif de recherche communautaire [Bekelynck, 2011], nous avons analysé les connaissances et pratiques des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans sur les affections respiratoires dans un bidonville à Abidjan.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le bidonville dénommé « Nouvelle Jérusalem » situé dans la commune de Cocody, l'une des 13 communes du district autonome d'Abidjan. Il est situé à flanc de colline entre le centre hospitalier universitaire de Cocody, la cité universitaire « Mermoz ». Il s'étend approximativement sur un hectare et abrite une centaine de familles. Les structures sanitaires les plus proches de ce site étaient deux établissements de premier contact, une formation sanitaire ayant statut d'hôpital général et deux établissements du niveau tertiaire du système de santé à savoir le centre hospitalier et universitaire de Cocody et le service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

Type et période de l'étude

Elle a consisté en une enquête transversale à visée descriptive qui s'est déroulée en février 2018. Elle a été suivie d'une intervention communautaire en mars et avril 2018.

Population d'étude

Elle était constituée des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans résidant depuis plus de 3 mois dans le quartier au moment de l'enquête. Celles qui ont donné leur consentement verbal ont été retenues. Ainsi dans chaque ménage, toutes les personnes en charge des enfants (PECE) et tous les enfants de moins de cinq ans ont été recrutés.

L'intervention a ciblé tous les parents du quartier.

Déroulement de l'enquête

Quatre enquêteurs ont été formés à l'utilisation du questionnaire pré-testé à « Gobelet », un autre bidonville d'Abidjan.

La chefferie du quartier a mis à disposition des guides volontaires pour faciliter l'accès aux ménages.

Collecte et traitement des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire qui comportait trois volets.

Un premier volet renseignait sur les caractéristiques socio-démographiques des ménages et des PECE. Le deuxième volet concernait les caractéristiques socio-démographiques des enfants et leur état de santé c'est-à-dire la présence d'affections respiratoires (toux, rhume, respiration rapide etc.) les deux semaines précédant l'enquête. Le troisième volet portait sur les connaissances et pratiques des PECE. Il s'agissait de questions élaborées sur la base des pratiques familiales essentielles retenues pour la PECADOM des affections respiratoires [Programme national de la santé de la mère et de l'enfant, 2013, Programme national de lutte contre le paludisme, 2013]. Les items ont donc porté sur l'aménagement du domicile, les particules intra-domiciliaires, la protection de l'enfant et la recherche de soins hors domicile. Chaque réponse correcte comptait un point. Pour chaque PECE, les scores de connaissances et de pratiques ont été calculés (nombre de réponses correctes sur le total de réponses proposées).

Le calcul du score a été fait pour la connaissance des mesures de prévention et celle des mesures de prise en charge. La même démarche a été utilisée pour calculer le score des pratiques de prévention et celui des pratiques de prise en charge de chaque PECE.

Pour cette étude, les connaissances et pratiques étaient dites :

- adéquates si la PECE avait un score $\geq 50\%$
- insuffisantes si la PECE avait un score $<50\%$ [Essi, 2013, Munkunya, 2014].

Pour la restitution et la formation, une fiche de présence portant sur le nom et le sexe des participants a été élaborée.

Déroulement de l'intervention

Après un premier dépouillement, la restitution des résultats a été faite lors d'une rencontre de deux heures le 25 mars 2018 avec les habitants du quartier.

La nécessité d'une action a été convenue ; l'action retenue était une formation pratique. La date qui a été arrêtée de façon consensuelle était celle de la rencontre mensuelle des femmes du mois d'avril.

La formation a été planifiée, le contenu et les outils pédagogiques ont été validés par l'équipe d'enquêteurs supervisée par un spécialiste en éducation pour la santé.

Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Sphinx Lexica[®]. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentage. Les moyennes et écart-type des variables quantitatives ont été calculés. Le test exact de Fischer a été utilisé pour la comparaison des proportions au seuil de signification de 5 %.

Considérations éthiques

Les autorisations du district sanitaire de Cocody-Bingerville et de la chefferie du quartier ont été obtenues. Les participants et les enfants ont été retenus pour l'étude après l'accord verbal de la PECE. Le fichier électronique des données était anonyme.

RÉSULTATS

1- Caractéristiques socio-démographiques des PECE

Un total de 57 ménages a été recensé. Dans chacun de ces ménages, une personne en charge des enfants de moins de cinq ans a été retrouvée. Parmi les 57 PECE, trois ont refusé de participer à l'étude soit un taux de participation de 95%. Toutes les PECE étaient des femmes et elles étaient les mères des enfants dont elles s'occupaient.

L'âge médian des mères était de 29 ans avec des extrêmes de 19 et 49 ans. La majorité des mères (28/54) n'était pas scolarisée, elles étaient en couple (52/54) et étaient ménagères (24/54) ou menaient de activités génératrices de revenus (30/54).

Les mères vivaient dans des ménages dont les caractéristiques sont présentées dans **le tableau I**. Les habitations étaient en majorité des baraques et les personnes qui y vivaient étaient pour la plupart des locataires. Dans les 54 ménages enquêtés, 64 enfants de moins de cinq ans ont été retrouvés, 26 avaient présenté une affection respiratoire les deux semaines précédant l'enquête soit une prévalence de 26/64 (40,6%). Leurs caractéristiques socio-démographiques sont également présentées dans le tableau I. Le sex-ratio H/F était de 0,8 avec une moyenne d'âge (écart type) de 28,8 (6,3) mois.

Tableau I : Caractéristiques des ménages et des enfants

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Ménages (N=54)		
Type d'habitat		
Baraque	28	51,9
Cour commune	17	31,5
Maison en dur	9	16,6
Statut des habitants		
Propriétaire	17	31,5
Locataire	37	68,5
Enfants (N=64)		
Âge (mois)		
< 24	24	37,5
≥ 24	40	62,5
Sexe		
Masculin	28	44
Féminin	36	56

2- Niveau de connaissances et pratiques

Qu'il s'agisse de la prévention ou de la prise en charge, la majorité des mères avaient un niveau de connaissance et de pratiques insuffisant. Les mères qui avaient un niveau de connaissances et de pratiques adéquat étaient plus nombreuses lorsqu'il s'agissait des mesures de prise en charge (14,81% vs 7,41% et 37,04% vs 3,7%). S'agissant de la prévention des affections respiratoires, les niveaux de connaissances et de pratiques des mères n'étaient pas significativement différents ($p= 0,678$). Concernant la prise en charge des affections respiratoires, le niveau de pratiques des mères était plus adéquat que celui de leurs connaissances ($p=0,014$) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des mères selon le niveau de connaissances et de pratiques des moyens de prévention et de prise en charge des affections respiratoires (N=54).

	Adéquat n (%)	Insuffisant n (%)	p
Mesures de prise en charge			
Connaissances	8 (14,81)	46 (85,19)	0,014
Pratiques	20 (37,04)	34 (62,96)	
Mesures de prévention			
Connaissances	4 (7,41)	50 (92,59)	0,678
Pratiques	2 (3,7)	52 (96,3)	

3-Connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge à domicile

Les mesures de prévention et de prise en charge connues et pratiquées par les mères sont présentées dans le tableau III. Les pratiques de prévention des affections respiratoires les plus adoptées par les mères étaient le dépoussiérage de la maison (45/54) et le fait de couvrir l'enfant pendant les périodes de froid (24/54). Les pratiques de prévention en relation avec l'aménagement du domicile et la lutte contre les particules intra-domiciliaires étaient les moins fréquentes à savoir avoir au moins deux ouvertures par pièce (3/54) et séparer le lieu de cuisson des autres pièces du domicile (5/54). Seulement trois (3) mères éloignaient leur enfant du lieu de cuisson des aliments, elles étaient également 3 à utiliser le gaz comme combustible. Les autres mères utilisaient des combustibles solides (Bois de chauffe, charbon de bois).

Pour la prise en charge des cas à domicile, 1 femme sur 5 utilisait la tisane au citron et toutes les mères avaient recours au centre de santé quand leur enfant présentait un signe grave d'affections respiratoires. Les proportions des mères qui connaissaient et pratiquaient ces mesures n'étaient pas significativement différentes ($p > 0,05$).

Tableau III : Connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge identifiées chez les PECE (N=54)

Thèmes	Connaissances n (%)	Pratiques n (%)	p
Mesures de prévention			
En relation avec la construction du domicile			
Avoir au moins 2 ouvertures par pièce	5 (9)	3 (5)	0,715
Séparer l'espace de cuisson des autres pièces	4 (7)	5 (9)	1
Aérer le domicile	12 (22)	8 (18)	0,458
En relation avec les particules intra-domiciliaires			
Eviter de fumer dans la maison	1 (2)	1 (2)	1
Eviter le balayage à sec	5 (9)	6 (11)	0,715
Nettoyer régulièrement le domicile	52 (96)	45 (83)	0,052
Eviter l'usage de combustibles solides	3 (3)	2 (3)	1

En relation avec le comportement			
Eloigner l'enfant du lieu de cuisson	5 (9)	3 (5)	0,715
Protéger l'enfant contre le froid	24 (44)	24 (44)	0,706
Mesures de prise en charge			
Traitement de la toux et du rhume à domicile			
Soins à base de tisane au miel et citron	11 (20)	11 (20)	1
Soins à base d'autres tisanes	16 (30)	10 (18)	0,415
Recherche de soins hors domicile			
Recours au centre de santé si présence d'un signe de gravité des affections respiratoires	54 (100)	54 (100)	1

4- Intervention

La restitution a réuni 45 habitants de la communauté dont deux hommes. Elle a consisté en une projection des résultats sous forme de diapositives en insistant sur les points forts (connaissances et pratiques adéquates en ce qui concerne la prise en charge) et les points à améliorer (connaissances et pratiques de prévention).

Quant à la formation, elle a eu lieu le mercredi 4 avril 2018 de 19h10 à 21h13. Elle a réuni 23 participantes qui étaient essentiellement des mères. Elle s'est faite en deux étapes.

La première a consisté en la présentation d'un film de 18 minutes 31 secondes « votre enfant est-il malade ? Reconnaître la pneumonie, la diarrhée et le paludisme » [Medical Aid Film-Film for Life, 2014].

Au cours de la deuxième étape, une démonstration de la préparation de la tisane au miel selon les recommandations du PECADOM a été réalisée.

A la fin de la formation, les mères ont pris des engagements pour prévenir les affections respiratoires chez les enfants (protéger les enfants contre le froid, nettoyer régulièrement la maison, conduire l'enfant au centre de santé en cas de toux ou rhume associé à une respiration rapide, préparer la tisane au miel et au citron en cas de toux/rhume simple). La contribution des menuisiers du quartier a été demandée pour réaliser les deuxièmes ouvertures dans les domiciles afin de favoriser une meilleure aération.

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

DISCUSSION

L'approche méthodologique

La recherche communautaire qui se caractérise par la participation, la recherche et l'action en vue de l'amélioration des connaissances et la transformation sociale [Bekelynck, 2011] nous a paru l'approche la plus adaptée pour l'étude des problèmes de santé dans une population vivant en milieu précaire. En effet, ce milieu est caractérisé par un renoncement aux soins plus importants, des pratiques préventives en santé moins sollicitées et des indicateurs de santé plus défaillants [Allory, 2017, Programme de Nations-Unies pour

le Développement, 2014]. L'approche participative et le renforcement des capacités des mères a permis de s'engager dans la promotion de la santé infantile par la désignation de relais communautaires à former.

Les caractéristiques socio-démographiques dans la communauté

Les caractéristiques socio-démographiques des PECE dans ce quartier montrent une population jeune en majorité non scolarisée avec un taux élevé de précarité de l'emploi. Ces caractéristiques sont semblables à celles relevées par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) en 2014 dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan à restructurer. Un peu moins de la moitié des maisons étaient construites en dur contrairement à l'étude du PNUD [2014] où 70% des maisons des quartiers précaires d'Abidjan étaient bâties en dur. Cette situation pourrait être due au caractère éphémère du site. En effet, ce quartier n'a pas été listé dans l'étude du PNUD, il n'est donc pas considéré comme quartier à restructurer. La répartition des enfants de moins de cinq ans selon l'âge et le sexe est semblable à celle des autres quartiers précaires de la ville d'Abidjan [PNUD, 2014].

Le niveau de connaissances et de pratiques

Le niveau de connaissances et de pratiques était insuffisant, qu'il s'agisse de la prévention ou de prise en charge. En Ouganda, Mukunya et al. [2014] ont révélé que le niveau de connaissance des mères sur les pratiques familiales essentielles était bas. Il était globalement de 13% et variait de 2 à 59%. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, ce niveau peut être le reflet du niveau de scolarisation qui était faible [Agha, 2007, Munkunya, 2014]. Ensuite, il peut être dû à une mauvaise communication des services de santé sur les pathologies respiratoires. En effet, bien que les affections respiratoires soient une des principales causes de mortalité infanto-juvénile, peu de messages de prévention sont diffusés, au contraire du paludisme et de la diarrhée [OMS/UNICEF, 2007]. Enfin, les documents de la prise en charge à domicile issus des pratiques familiales essentielles de l'OMS-UNICEF [USAID, 2001] existent mais sont peu diffusés dans les ménages. Les approches communautaires de santé qui auraient permis la mise à disposition de ces documents ou de l'information qu'ils contiennent sont encore peu développées dans le système de santé en Côte d'Ivoire [Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016]. De ce fait, le questionnaire que nous avons élaboré à partir des informations de prise en charge à domicile pouvait paraître trop strict comme l'a révélé l'étude faite en Ouganda [Munkunya, 2014].

Une analyse plus poussée du niveau de connaissance et de pratique montre cependant que les connaissances et pratiques de prévention sont moins adéquates que celles de la prise en charge. En effet, toutes les mères avaient recours au centre de santé lorsque l'enfant présentait un signe de gravité sur une toux ou un rhume ; situation que l'on peut expliquer par une orientation curative dominante des systèmes de santé. Dans d'autres études, l'accent est également mis sur la prise en charge des cas [Boschi-Pinto, 2017, Sangho, 2012, Muro, 2017, Sinyangwe, 2016].

Les pratiques de prévention adéquates rencontrées étaient le nettoyage régulier de la maison et le fait de couvrir l'enfant pendant les périodes de froid. Ces pratiques qui peuvent être considérées comme profanes ou traditionnelles sont à encourager. Cependant, d'autres pratiques comme l'aménagement de deux ouvertures par pièce ou l'usage de gaz

comme combustible sont plus spécifiques et relèvent d'une connaissance experte. Ceci démontre la nécessité de l'information et de la formation ; d'où l'intérêt de l'intervention qui a été l'occasion de renforcer les bonnes pratiques et de former sur les moins bonnes.

Cependant, cette intervention bien que pertinente, reste limitée car ponctuelle. Dans une perspective de promotion de la santé, la combinaison des actions en dehors du secteur spécifique de la santé et d'autres en lien direct avec la santé devraient être explorée. Il s'agit par exemple de l'aménagement des domiciles, l'accès aux combustibles propres [Sanbata, 2014], la prise en charge des affections bénignes à domicile et le recours au centre de santé pour les cas les plus graves. Un des outils de cette stratégie serait l'éducation pour la santé [OMS-Europe, 1986] ciblant les relais communautaires ou en travaillant directement avec les mères comme l'a recommandé l'étude de Sangho [2012] au Mali ; l'effectif réduit des mères de notre étude étant dans ce cas un atout.

Biais et Difficultés

Les biais de prévarication rencontrés dans les enquêtes sur les connaissances ont pu être minimisés par l'immersion dans la communauté depuis l'année 2015 et par le recueil des données sur les pratiques réelles des mères.

La principale difficulté rencontrée a été la faible disponibilité des mères à cause des activités ménagères d'une part et des occupations professionnelles en dehors du quartier d'autre part. Cela a conduit à plusieurs rendez-vous pris avec une même personne. Au total, le taux de participation de 95% démontre une très bonne adhésion à l'étude. L'intervention a été confrontée à la démolition du quartier en juin 2018, ce qui n'a pas permis de mettre en œuvre la formation des relais communautaires. Le projet est en cours de reprise dans un autre quartier précaire où quelques familles de la Nouvelle Jérusalem ont pu s'installer.

CONCLUSION

Les mères qui offrent les premiers soins de santé à leur enfant avaient un niveau de connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge insuffisant en ce qui concerne les affections respiratoires. Pour la réduction de l'incidence des affections respiratoires, toutes les mesures de prévention devraient être diffusées régulièrement car elles étaient peu connues. Cette situation peut être améliorée par la mise en place d'un programme d'éducation pour la santé associant les mères, les services sociaux de la mairie et les agents des services de santé de premier contact dans l'aire de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agha A, Younus M, Kadir MM, Ali S, Fatmi Z. (2007) Eight key practices of integrated management of childhood illnesses (IMCI) amongst mothers of children aged 6 to 59 months in Gambat, Sindh, Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*, 57(6) : 288-93.
- Allory E, Banâtre A, Bourbonnois E et al. (2017) Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative. *Santé publique*, 29 : 535-45.
- Bekelync A. (2011) Revue de la littérature internationale sur la recherche communautaire-synthèse. working paper du centre population et développement (CEPED), 14 ; 47p.
- Boschi-Pinto C, Dilip TR, Costello A. (2017) Association between community management and pneumonia and diarrhoea in high burden countries and the decline in under-five mortality rates : an ecological analysis. *BMJ Open* ; 7 : 5p.

- Direction de la prospective, la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire. (2016) Rapport annuel sur la situation sanitaire, année 2015. Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique. 378p.
- Essi MJ, Njoya O. (2013). Enquête CAP en recherche médicale, *Heath Sci. Dis*, 14, 2 :3p.
- Medical Aid Films-Film For Life. (2014) votre enfant est-il malade ? Reconnaître la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. Consulté le 2 avril 2018 sur <https://www.youtube.com/watch?v>.
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2016) Plan National de développement sanitaire 2016-2020. Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique. 88p.
- Munkunya D, Kizito S, Orach T et al. (2014) Knowledge of integrated management of childhood illnesses community and family practices (C-IMCI) and association with undernutrition in northern Uganda : a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14 : 7p
- Muro F, Meta J, Renju J et al. (2017) « It is good to take her early to the doctor »- mothers' understanding of childhood pneumonia symptoms and health care seeking in Kilimandjaro region. Tanzania, *BMC internationale health and human rights*, 17, 27, 8p.
- OMS/UNICEF. (2007) La pneumonie de l'enfant, un fléau oublié. Consulté le 31 mai 2018 sur le site http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43866/9789280640496_fre.pdf
- OMS-EUROPE. (1986) Promotion de la santé, charte d'Ottawa. Consulté le 31 mai 2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Programme des Nations-Unies pour le Développement. (2014) Diagnostics et plans d'amélioration des quartiers précaires des 13 communes du District d'Abidjan. Abidjan : Ministère d'Etat, Ministère de l'intérieur et de la sécurité. 174p.
- Programme National de lutte contre le paludisme. (2013) Manuel du DSDOM sur la prise en charge du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës. Dakar : Ministère de la santé et de l'action sociale. 60p.
- Programme national de santé de la mère et de l'enfant. (2013) Directives pour la prévention des infections respiratoires aiguës chez les enfants de 0 à 5 ans. Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique. 6p.
- Sanbata H, Asfaw A, Kumie A. (2014) Association of biomass fuel use with acute respiratory infections among under five children in a slum urban of Addis-Ababa, Ethiopia. *BMC public health*, 14, 8p.
- Sangho H, Kéïta AS, Kéïta HD et al. (2012) Formation des mères : stratégie pour améliorer le traitement des infections respiratoires aiguës au Mali. *Santé publique HS*, 24 : 23-31.
- Sinyangwe C, Graham K, Nicholas S. (2016) Assessing the quality of care for pneumonia in integrated community case management : a cross-sectional mixed method study. *PLOS ONE* : 12p.
- UNICEF. (2008) Situation des enfants en Afrique, la survie de l'enfant. Consulté le 30 mai 2018 à l'adresse https://www.unicef.org/french/publications/index_44410.html.
- UNICEF. (2016) Situation des enfants dans le monde (2016) : l'égalité des chances pour chaque enfant, rapport. 184p. Consulté le 14 juillet 2018 sur le site http://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_French_LAST.pdf.
- USAID. (2001) Reaching communities for child health Advancing PVO/NGO Technical capacity and leadership for household and community integrated management of childhood illness (HH/C IMCI). Consulté le 30 mai 2018 à l'adresse <http://library.health.go.ug/publications/service-delivery-child-health/imci/reaching-communities-child-health-advancing-pvongo>.