

DIVERSITÉ ALIMENTAIRE ET CONNAISSANCES DES CARENCES EN FER, VITAMINE A ET IODE : ÉTUDE DESCRIPTIVE CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE REPRODUCTION DE LA RÉGION DE MATAM

DIETARY DIVERSITY AND KNOWLEDGE OF IRON, VITAMIN A, AND IODINE DEFICIENCIES: A DESCRIPTIVE STUDY AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN THE MATAM REGION

TOGTOGA L¹, NIANG K¹, NDIAYE P¹

1. UFR des sciences de la santé, Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal / Département de Santé Publique et de Médecine sociale

Résumé

Introduction: La lutte contre la faim cachée est cruciale dans le monde entier, et la maîtrise des connaissances en matière d'alimentation est une stratégie essentielle pour combattre ce fléau. Cette étude vise à explorer la diversité alimentaire et le niveau de connaissance des femmes en âge de reproduction (FAR) de la région de Matam en ce qui concerne les carences en fer, vitamine A et iode.

Méthodologie : Une étude transversale à visée descriptive a été menée dans la région de Matam. L'outil de collecte portait sur les caractéristiques sociodémographiques, la diversité alimentaire et le niveau de connaissance des cibles. Les analyses statistiques ont été effectuées grâce au logiciel R.

Résultats : La majorité des FAR (80,3 %) était âgée de 20 à 49 ans. La plupart des femmes participantes n'était ni enceintes ni allaitantes (90,0 %), et une proportion significative (87,7 %) n'avait pas bénéficié d'une instruction formelle. Parmi celles-ci, 87,7 % étaient analphabètes. Pour la diversité alimentaire, 36,7 % des FAR présentent un score faible, 42,8 % un score moyen et 20,6 % un score élevé. Les termes «anémie», «vitamine A» et «iode» étaient inconnus respectivement de 56,0 %, 76,8 % et 83,5 % des femmes. Les informations sur ces carences étaient principalement obtenues auprès des structures de santé et des médias. Les FAR n'avaient pas de bonnes connaissances au sujet de l'anémie (99,0 %), la carence en vitamine A (97,0 %) et en iode (99,7 %).

Conclusion : L'anémie, la carence en vitamine A et la carence en iode n'étaient pas bien connues par les FAR de Matam. Cette ignorance pourrait découler de la faible sensibilisation et / ou du niveau de scolarisation des cibles. Il serait pertinent de renforcer l'utilisation des canaux habituels pour augmenter la sensibilisation à propos de ces carences.

Mots-clés : Diversité alimentaire, Connaissances, Carences, Femmes, Sénégal ,

Summary

Introduction: Combating hidden hunger is crucial worldwide, and mastering knowledge of nutrition is an essential strategy to tackle this issue. This study aims to explore dietary diversity and the level of knowledge among women of reproductive age (WRA) in the Matam region regarding iron, vitamin A, and iodine deficiencies.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted in the Matam region. The data collection tool focused on sociodemographic characteristics, dietary diversity, and the level of knowledge among the target group. Statistical analyses were performed using the R software.

Results: The majority of WRA (80.3%) were aged between 20 and 49 years. Most participating women were neither pregnant nor lactating (90.0%), and a significant proportion (87.7%) had not received formal education. Among them, 87.7% were illiterate. Regarding dietary diversity, 36.7% of WRA had a low score, 42.8% had a moderate score, and 20.6% had a high score. The terms «anemia», «vitamin A», and «iodine» were unknown to 56.0%, 76.8%, and 83.5% of women, respectively. Information on these deficiencies was primarily obtained from healthcare facilities and the media. WRA lacked adequate knowledge of anemia (99.0%), vitamin A deficiency (97.0%), and iodine deficiency (99.7%).

Conclusion: Anemia, vitamin A deficiency, and iodine deficiency were not well known among WRA in Matam. This lack of awareness may stem from insufficient sensitization and/or the educational level of the target group. It would be relevant to strengthen the use of conventional channels to increase awareness of these deficiencies.

Keywords: Dietary diversity, Knowledge, Deficiencies, Women, Senegal

Correspondance : Lebem Togtoga, togtoga.lebem@ugb.edu.sn

INTRODUCTION

La diversité alimentaire est une mesure qualitative de la consommation alimentaire, qui rend compte de la variété des aliments dans l'alimentation. Elle constitue, au niveau individuel, une mesure approchée de l'adéquation nutritionnelle du régime alimentaire [1]. Une mauvaise diversité alimentaire peut entraîner des carences, surtout en micronutriments. Celles-ci, encore appelées « la faim cachée » ou « faim insoupçonnée », constituent un enjeu de taille dans pratiquement tous les pays du monde, surtout dans les pays du Sud. Plus de 2 milliards de personnes sont touchées [2], dont 340 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit un enfant sur deux dans le monde [3].

Les carences en micronutriments sont très problématiques car elles impactent le bien-être des populations, fragilisent l'économie des pays et entravent le plein développement et le plein épanouissement des futures générations. La faim cachée représente plus d'un dixième de la perte de productivité due aux maladies, à l'incapacité ou au décès prématuré dans les pays les plus gravement touchés [4]. Parmi ces carences, il existe trois types qui sont les plus rencontrées en Afrique, et qui restent un problème majeur de santé publique [5] : la carence en fer, en vitamine A et en iode. On pourrait les prévenir si l'alimentation intègre dans les quantités adéquates les aliments contenant ces micronutriments. Ces carences ont des effets non négligeables sur les données épidémiologiques alarmantes telles que le taux de prévalence de l'anémie, du goitre et du retard de croissance, entre autres.

Matam est l'une des régions les moins nanties du Sénégal, plus de 45 % de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. La situation nutritionnelle chez les enfants âgés de 6 à 59 mois du point de vue de la malnutrition aiguë globale est critique (14,1 %) ; pour la malnutrition aiguë sévère, le taux de prévalence est de 16,5 % [6], dépassant le seuil d'alerte de l'OMS (15 %). Dans cette même région, on remarque que 24 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance [7].

Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que la collecte de données a eu lieu au moment des récoltes, voire même après, période à laquelle les prévalences ont déjà baissé. La morbidité est très importante dans cette région [8]. En ce qui concerne l'anémie, 76,1 % des enfants et 52,9 % des femmes sont en état de carence martiale [9].

Les femmes sont des cibles de choix pour la promotion des bonnes connaissances en matière d'alimentation, car elles sont directement concernées en tant que couche vulnérable et indirectement car elles sont

plus engagées dans l'alimentation des enfants dans nos contrées.

Cette étude avait pour objectif de mesurer la diversité alimentaire des femmes en âge de reproduction de la région de Matam et d'évaluer leurs connaissances en matière de carence en fer, vitamine A et iode.

MÉTHODE D'ETUDE

Cadre d'étude [6]

Créée par la loi 2002-02 du 15 février 2002 et par le décret 2002-166 du 21 février 2002, la région de Matam est située entre 14°20 et 16°10 de latitude Nord, et 12°40 et 14°60 de longitude ouest. Elle est limitée au Nord par la République Islamique de Mauritanie et la région de Saint-Louis, au sud et au sud-est par la région de Tambacounda, au sud-ouest par la région de Kaffrine, à l'est par la République Islamique de Mauritanie et à l'ouest par la région de Louga. Le fleuve Sénégal borde la région sur toute sa partie orientale et septentrionale, sur une longueur d'environ 200 Km. La région couvre une superficie de 29 616 Km², soit environ un septième du territoire national, ce qui en fait la seconde région la plus étendue du pays après celle de Tambacounda.

Dans la région de Matam, l'agriculture et l'élevage constituent les principales activités économiques, représentant 90 % de la population. La sylviculture, la pêche, l'artisanat et le commerce y sont également importants et constituent des atouts de taille.

Type et population d'étude

Une étude transversale à visée descriptive a été menée afin de préciser la diversité alimentaire et les connaissances en matière de carences en micronutriments chez les femmes en âge de reproduction de la région de Matam.

Critères de sélection

Ont été incluses dans cette étude toutes les personnes de sexe féminin âgées de 15 à 49 ans résidant dans la région. N'ont pas été incluses dans cette étude les FAR manifestant le refus de participer à l'étude, les adolescentes dont les responsables légaux ont manifesté un refus de participer, et les FAR non disponibles ou absentes au moment de la collecte des données.

Échantillonnage

Une taille de 320 (20 femmes pour chacun des 16 districts de recensement) personnes a été fixée au niveau de la région d'étude après calcul en utilisant la formule de Schwartz ($N = (Z\alpha^2(p.q)^2) / i^2$) en considérant les paramètres suivants :

Écart réduit ($Z\alpha$)=1,96 pour un risque d'erreur de 5%.

Prévalence (p) supposée a priori : 50%

Précision (i) = 5%

Suivant les données du rapport EDS-c 2017 relatives à la répartition des FAR au Sénégal, l'échantillon était constitué de 20 % d'adolescentes jeunes de 15 à 19 ans et 10 % de personnes enceintes ou allaitantes. La sélection des cibles s'est faite à travers un échantillonnage probabiliste à deux degrés. Le premier degré du sondage a consisté à la sélection du district de recensement (DR) dans la région d'étude. Au niveau de chaque DR sélectionné, la méthode des itinéraires a été utilisée pour diriger les enquêteurs au niveau des concessions. Après avoir sélectionné au hasard une intersection de plusieurs voies dans le DR, l'enquêteur a fait tourner son stylo pour choisir une direction. L'ensemble des concessions de cette rue / ruelle a été inclus jusqu'à l'obtention des 20 personnes cibles dans le DR. Au second degré, une seule personne a été sélectionnée au niveau du ménage. Lorsque plusieurs personnes répondaient à l'ensemble des critères de sélection, l'une d'entre elles était choisie. Lorsque la rue choisie ne permettait pas d'atteindre la cible recherchée, la première voie sur la droite a été choisie, jusqu'à l'atteinte de la cible.

Procédure de collecte

La collecte des données s'est effectuée sur la base de questionnaires. Celui-ci a été transcrit au format XML grâce à l'application Open Data Kit (ODK) puis déployé sur des tablettes Android. Il était constitué de trois parties : les informations sociodémographiques, la diversité alimentaire et les connaissances des FAR en matière de carence en fer, vitamine A et iode. Le questionnaire a été administré lors d'entretiens individuels au domicile de l'enquêtée. Le recueil des données fut fait dans un endroit discret et approprié garantissant la confidentialité des informations fournies par l'enquêtée conformément aux réalités du ménage.

Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été analysées avec le logiciel R. Une analyse descriptive a été réalisée et consistait à déterminer les fréquences (absolues et relatives) pour les variables qualitatives et calculer la moyenne accompagnée de son écart - type et la médiane accompagnée des extrêmes pour les variables quantitatives.

Définitions opérationnelles des variables

Pour évaluer les connaissances (bonne connaissance ou connaissance insuffisante), des seuils ont été fixés. Ainsi, une connaissance sera qualifiée d'insuffisante si au plus 50 % des réponses sont correctes. Elle sera qualifiée de bonne si plus de 50 % des réponses sont correctes.

La détermination de ce score s'est faite en utilisant le guide de l'Organisation des nations unies pour

l'alimentation et l'agriculture (FAO) [1]. Il s'agit d'une approche qui se base sur le rappel des 24h. Il est question de lister 9 groupes d'aliments et d'interroger le répondant sur le fait d'avoir consommé ou non un aliment de ces groupes. Lorsqu'un aliment a été consommé, un point est affecté au groupe auquel il appartient. Si aucun aliment d'un groupe n'a été consommé, 0 est affecté à ce groupe. Les seuils de diversité alimentaire ont été définis grâce aux quartiles du score de diversité alimentaire. Ainsi, une diversité alimentaire sera dite faible, moyenne, élevée, si respectivement son score est inférieur ou égal au premier quartile, compris entre le premier et le troisième quartile et enfin supérieure au troisième quartile

Considération éthique

Un consentement libre et éclairé a été obtenu auprès de toutes les femmes âgées de 18 ans et plus. Pour les femmes âgées de moins de 18 ans, un consentement de leur responsable légal a été obtenu avant leur propre assentiment. Il n'existait aucun risque physique en participant à cette étude. Cette étude ne prévoyait aucune rémunération ou indemnisation pour les personnes enquêtées. Les sujets abordés restaient généraux. Les données collectées sont restées confidentielles. L'identité des individus qui consentaient à participer n'a pas été mentionnée sur les outils de collecte.

RÉSULTATS

Parmi les 320 femmes en âge de procréer (FAR) enquêtées, 80,3 % avaient plus de 20 ans. Les enquêtées vivaient principalement (58,1 %) dans des ménages constitués de plus de 10 membres, dont les chefs étaient en majorité (85,9 %) des hommes. Parmi ceux-ci, 59,1 % étaient monogames et 82,2 % n'avaient reçu aucune instruction.

Chez les femmes, 73,4 % n'avaient aucune instruction, et parmi elles, seules 12,3 % étaient alphabétisées. La majorité (62,2 %) des FAR n'avait aucune activité génératrice de revenus. L'ensemble des informations liées aux caractéristiques sociodémographiques est présenté dans le tableau I.

Le score moyen de diversité alimentaire était de $3,8 \pm 1,6$ groupes d'aliments. La diversité alimentaire était faible chez 36,6 % et élevée chez 20,6 % des FAR. Les résultats du score de diversité sont illustrés dans le tableau II.

Tandis que la dénomination «anémie» était inconnue chez 56 % des FAR, ce sont 76,8 % et 83,5 % des FAR qui n'avaient jamais entendu ces mots pour respectivement la «vitamine A» et «l'iode».

Les yeux clairs et le vertige ont été signalés par 22,5 % et 17,2 % des répondantes comme étant des signes d'anémie, mais 42,5 % ne pouvaient énumérer aucun signe. Pour la carence en vitamine A, 5 %

avaient cité la fatigue intense et 4,7 % la tendance à tomber malade comme signe, alors que 87,2 % n'en savaient rien. En ce qui concerne la carence en iode, 8,8 % des FAR ont évoqué le goitre comme signe et 0,6 % la fatigue, tandis que 89,7 % ne connaissaient aucun signe lié à cette carence.

Bien que 38,4 % des FAR ne connaissaient aucune cause de l'anémie, le manque de fer dans l'alimentation et l'hémorragie étaient désignés respectivement par 18,8 % et 10,0 %. En ce qui concerne la vitamine A, l'alimentation peu diversifiée a été citée par 5,6 % des participantes. Pour l'iode, la faible consommation de sel iodé était connue par 10,3 % comme cause de carence, mais 89,7 % ne connaissaient aucune cause.

L'association fer-acide folique a été désignée par 30,3 % des FAR comme moyen de prévention contre l'anémie. Par ailleurs, la consommation des abats, des légumes à feuilles vert foncé et des fruits de couleur orange ou jaune étaient énumérées comme moyens de prévention contre la carence en vitamine A chez respectivement 6,5 %, 5,6 % et 5,3 %, mais 76,9 % des répondantes ne connaissaient aucune technique de prévention pour cette carence. Pour la carence en iode, la consommation de sel iodé était citée par 13,1 % des FAR comme étant un moyen de prévention. Cependant, 86,9 % n'avaient connaissance d'aucun moyen de prévention.

Pour les trois types de carences, les structures de santé étaient les sources d'information principales, et secondairement les médias classiques (chaînes de télévision et les radios).

L'ensemble des informations relatives aux connaissances des FAR est dressé dans le tableau III. Globalement, les connaissances étaient insuffisantes chez 98,8 % des FAR pour l'anémie, 97,2 % pour la vitamine A et 99,7 % pour l'iode, comme l'illustre la figure 2.

DISCUSSIONS

Limites de l'étude

Cette étude n'a pas évalué l'aspect quantitatif des prises alimentaire compte tenu des difficultés liées à la mise en œuvre d'une telle approche. L'évaluation du score de diversité permet juste une appréciation qualitative approximative de l'exposition ou non des FAR à certaines carences.

Score de diversité alimentaire

Le score moyen de diversité de 3,8 groupes \pm 1,6 était quoique élevé par rapport au 3,5 \pm 2,5 groupes retrouvé par Desta et al en Éthiopie [10] était inférieur aux 6,84 \pm 1,46 et 6,70 \pm 2,2 retrouvés respectivement au Kenya [11] et en Afrique du Sud [12]. Notre étude a révélé que 37% des FAR avaient une diversité alimentaire faible, 21% une diversité élevée et 43% une diversité moyenne. Ces résultats sont supérieurs

à ceux de Coulibaly et Bengali mais restent inférieurs à ceux de Diarra. Ce dernier ayant fait l'étude dans une zone de forte activité maraichère et de pêche, peut-être à la base de ce contraste.

Par rapport à la connaissance des mères

Anémie

Cette étude révèle que pour les produits utilisés dans le but de prévenir les carences en fer au cours de l'adolescence, les femmes à plus de 30% connaissent l'association fer-acide folique. Hassan et al [13] avaient trouvé un résultat plus bas soit 21%, tandis qu'une enquête CAP [14] avait enregistré que 43% des femmes connaissaient l'utilisation du fer-acide folique pour prévenir l'anémie. Ce niveau de connaissance assez élevé, émanerait du fait que les interrogées avaient déjà suivi des séances de causeries autour de l'anémie avant la collecte de données.

Concernant les signes de l'anémie, il ressort de ce travail que le vertige, les yeux clairs et la fatigue sont les plus cités. Dans l'étude de Tsévié (Togo) c'est plutôt la pâleur palmo-plantaire qui était le signe clinique le plus connu des mères (32,0%) [15].

Les femmes à Matam, puisent leurs connaissances sur l'anémie à travers les conseils et sensibilisations au niveau des structures de santé, de la famille et des médias classiques. Une très faible portion (à peine 1%) s'informe sur l'anémie grâce aux réseaux sociaux et internet. Il est courant de voir dans le contexte des pays du sud, une faible accessibilité aux technologies de l'information et de la communication dans les milieux ruraux. Cette réalité en plus du niveau d'instruction des populations étudiées pourrait expliquer ce résultat.

Carence en vitamine A

Au vu des résultats obtenus lors de l'enquête, il ressort que 76,8% des femmes ne savent pas ce qu'est la vitamine A. Ce résultat est totalement opposé à celui trouvé par le NIN et l'UNICEF en 2001 qui faisait état du bon niveau de connaissance des mères sur la vitamine A en Asie. Cet état de non connaissance est probablement ce qui justifie le niveau global des connaissances sur la carence en vitamine A : 97,2% ont eu des mauvaises réponses sur les questions posées à propos de cette vitamine.

Carence en iode

Selon les données obtenues via cette étude, 82,6% des FAR à Matam n'ont aucune idée de ce qu'est l'iode. Concernant les causes de la carence en iode, c'est 86,9% des femmes qui ne connaissaient aucune cause. Quoiqu'élevés, ces résultats sont en dessous de ce que Rampiandravelo avait trouvé au Madagascar, soit 92% de l'échantillon qui ignoraient les causes de cette carence [16] alors qu'il n'y avait que 50,5% des femmes en Guinée qui ignoraient

ces causes [17]. Cette dernière se comprend quand on prend en compte que la Guinée est un exemple en matière de lutte contre la carence en iode selon l'African Child Forum en 2005 ; en 2008, c'est l'UNICEF qui cite les efforts de ce pays dans son rapport intitulé « l'élimination durable de la carence en iode ».

Pour les connaissances liées à la prévention de la carence en iode, 86,9% des femmes ne connaissaient aucune prévention. Ces résultats sont supérieurs à ceux enregistrés chez les femmes Zafimaniry [16] soit 82,3% qui ne connaissaient aucun moyen de prévention de la carence en iode. Cependant, il ne faut pas jeter aux oubliettes que 13,1% savent que la consommation du sel iodé est un moyen pour prévenir la carence en iode.

CONCLUSION

Les connaissances des femmes relatives aux carences en fer, vitamine A et iode dans la région de Matam sont insuffisantes. Il est cependant important de souligner qu'une partie de ces cibles quand bien même assez faible, détient de bonnes connaissances en matière de ces carences. A partir d'une gestion inclusive de la sensibilisation et des formations pratiques, les connaissances peuvent être améliorées chez les FAR de Matam.

REFERENCES

1. **Kennedy G, Ballard T et Dop M C.** Guide pour mesurer la diversité alimentaire au niveau du ménage et de l'individu. Division de la nutrition et de la protection des consommateurs. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. ISBN 978-92-5-206749-8
2. **OMS.** Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques, promouvoir une vie saine : vue d'ensemble [en ligne]. 2014. [Page consultée le 20/04/2021]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int>
3. **UNICEF.** Situation des enfants dans le monde 2019. Enfant nutrition et nutrition, 2019.
4. **Initiative pour les micronutriments.** Rapport mondial. Investir dans l'avenir : un appel commun à l'action contre les carences en vitamines et minéraux, Ottawa, 2009.
5. **Muthayya S, Rah J H, Sugimoto J D, Roos F F, Kraemer K et Black R E.** The goal hidden hunger indices and maps : An advocacy tool for action. PLoS ONE. 2013 ; 8(6) : e67860. Doi :10.1371/journal.pone.0067860
6. **ANSD.** Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples. ANSD, 2011.
7. **ANSD.** Enquête nutritionnelle et de moralité-SMART. 2015.
8. **UNICEF-DANSE.** Enquête nutritionnelle anthropométrique dans les régions de Diourbel, Kédougou, Kolda, Louga, Matam, Tambacounda, Thiès et Saint Louis au Sénégal de à Novembre-Décembre 2011. 2011.
9. **ANSD.** Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2010-2011.520p
10. **Melaku D , Akibu M, Tadese M et Tesfaye M.** Dietary Diversity and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic in Shashemane, Oromia, Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study.Hindawi. Journal of Nutrition and Metabolism Volume 2019, Article ID 3916864, 7 pages
11. **Kiboi W, Kimiywe J et Chege, P.** Determinants of dietary diversity among pregnant women in Laikipia County, Kenya: a cross-sectional study. BMC Nutr 3, 12 (2017).
12. **Acham H, Oldewage-Theron W et Egal AA.** Dietary diversity, micronutrient intake and their variation among black women in informal settlements in South Africa: a cross-sectional study. Intern J Nutr Metab. 2012;4:24–39.
13. **Hassan A E, Kamal M M, Fetohy E M et Turkey G M.** 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.
14. **Coulibaly COD.** Connaissances, attitudes et pratiques des mères ou gardiennes d'enfants malnutris face à la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois vus en consultation au CSRéf de Niono en 2013. [Thèse de doctorat Médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako ; 2014.
15. **Djadou K E, Agbeko F, Guédéhoussou T, Takassi O E, Tchagbé O B, Guédénon M J, Azoumah K D et Agbèrè A D.** Connaissance, attitude et pratique des mères des enfants de moins de cinq ans sur l'anémie au CHR de Tsévié (Togo). Journal Africain de Pédiatrie et de Génétique Médicale. 2018 ; 4, p.37-42.
16. **Rampiandravelo P.** Aspects épidémiologiques du goitre chez les femmes Zafimaniry. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Antananarivo : Université d'antananarivo ; 2000.
17. **Daff M, Barry A et Diallo S.** Etude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques à l'égard du problème des TDCl et l'utilisation du sel iodé en République de Guinée. Santé tropicale, le pharmacien d'Afrique. 2000.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Sexe du chef de ménage		
Masculin	275	85,9
Féminin	45	14,1
Taille du ménage		
1 à 5 membres	37	11,6
6 à 10 membres	97	30,3
Plus de 10 membres	186	58,1
Classe d'âge des FAR		
Adolescente-jeune (15-19 ans)	63	19,7
Adultes (20-49 ans)	257	80,3
État maternel des FAR		
Femme enceinte	16	5
Femme allaitante	17	5,3
Ni enceinte, ni allaitante	287	89,7
Niveau instruction des FAR		
Aucune instruction	235	73,4
Primaire	48	15
Secondaire	32	10
Supérieur	5	1,6
Alphabétisation chez les FAR non instruits		
Oui	29	12,3
Non	206	87,7
Activité génératrice de revenus des FAR		
Oui	121	37,8
Non	199	62,2

Tableau II : Scores de diversité alimentaire

Classes de diversité alimentaire	Seuils	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Diversité faible	≤2	117	36,6
Diversité moyenne]2 – 4]	137	42,8
Diversité élevée	>4	66	20,6
Paramètres statistiques			
Moyenne	3,8		
Écart type	1,6		

Tableau III : Connaissances des FAR en matière d'anémie

Niveau de connaissances sur l'anémie	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative(%)
Connaissance du mot « anémie »		
Oui	140	44
Non	178	56
Signes de l'anémie		
Vertige	55	17,2
Yeux clairs, Ongles clairs, langue claire	72	22,5
Faiblesse/ Incapable de travailler	46	14,4
Troubles du sommeil/ fatigue/ épuisement	13	4,1
Manque de concentration	7	2,2
Respiration courte / S'essouffle facilement	4	1,3
Causes de l'anémie		
Manque de fer dans l'alimentation	60	18,8

Manque de vitamines dans l'alimentation	52	16,3
Perte de sang énorme (règles/ accident)	32	10
Infections fréquentes	3	0,9
Croissance rapide sans l'alimentation adéquate	3	0,9
Source d'information sur l'anémie		
Structure santé	78	24,4
Entourage (famille, amis)	35	10,9
Radio	17	5,3
TV	10	3,1
École	11	3,4
Autre	3	0,9
Recherche internet	1	0,3
Réseaux sociaux	2	0,6
Connaissance des produits utilisés pour la prévention		
Association fer-acide folique	97	30,3
Vitamine A	19	5,9
Micronutriments	28	8,8
Ne sait pas & autres	176	55
Connaissance de la fréquence d'utilisation du fer		
Une fois par semaine	31	9,7
Ne sait pas & autres	289	90,3

Tableau IV : Connaissances des FAR en matière de vitamine A

Niveau de connaissances sur la carence en vitamine A	Fréquence absolue	Fréquence relative
Connaissance du mot « vitamine A »		
Oui	74	23,1
Non	246	76,8
Connaissance des signes de carence en vitamine A		
Fatigue intense	16	5
Tendance à tomber plus facilement malade	15	4,7
Problèmes oculaires	10	3,1
Ne sait pas & Autres	279	87,2
Connaissance des causes de carence en vitamine A		
Faible alimentation	31	9,7
Alimentation pas diversifiée	18	5,6
Ne sait pas	31	9,7
Autres	240	75
Connaissance des aliments riches en vitamine A		
Huile de palme rouge	3	0,9
Fruits de couleur orange ou jaune	18	5,6
Légumes de couleur orange	16	5
Abats (foie, rognons, cœur)	20	6,3
Légumes verts	17	5,3
Ne sait pas & Autres	246	76,9
Connaissances globales sur la carence en vitamine A		
Bonnes (> 50% de bonnes réponses)	9	2,8
Mauvaises (≤ 50% de bonnes réponses)	311	97,2

Tableau V : Connaissances des FAR en matière de carence en iode

Niveau de connaissances sur la carence en iode	Fréquence absolue	Fréquence relative
Connaissance du mot « iode »		
Oui	53	16,5
Non	267	83,5
Signes de carence en iode cités		
Goitre	28	8,8
Fatigue	2	0,6
Manque de motivation	3	0,9
Ne sait pas & autres	287	89,7
Causes de la carence en iode citées		
Faible ou absence de consommation de sel iodé	33	10,3
Ne sait pas & autres	287	89,7
Prévention de la carence en iode		
Consommation d'aliments avec du sel iodé	42	13,1
Ne sait pas & autres	278	86,9
Source d'information sur l'iode cités		
Radio	11	34,4
Structure santé	19	59,4
TV	4	12,5
Entourage (famille, amis)	5	15,6
École	7	21,9
Autres sources non précisées	2	6,2
Connaissances globales sur la carence en iode		
Bonnes (> 50% de bonnes réponses)	1	0,3
Mauvaises (\leq 50% de bonnes réponses)	319	99,7

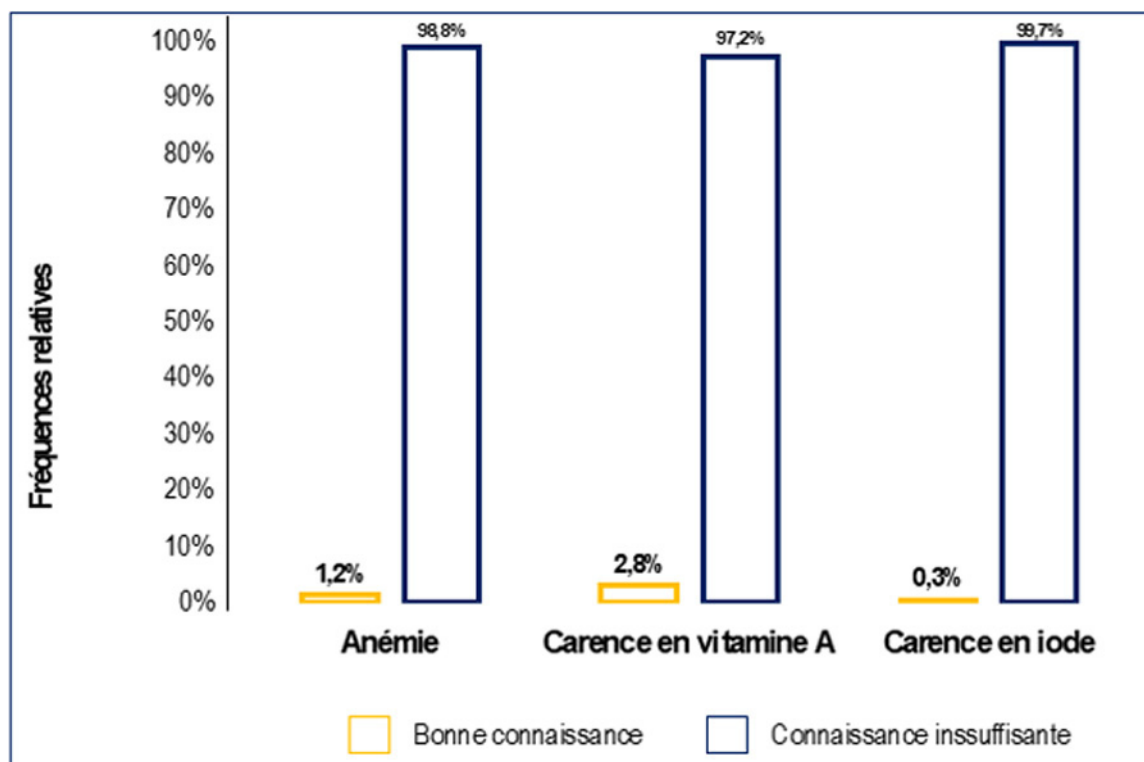


Figure 1 : Niveau de connaissance des FAR en matière d'anémie, de carence en vitamine A et iode