

ENQUÊTE CAP (CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES) AUPRÈS DE 116 MÈRES CONCERNANT LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE D.

Sonia Mazigh Mrad*, N. Gazdalli*, L.Gharsallah*, Olfa Bouyahia*, Sihem Barsaoui**, Samir Boukthir*, Azza Sammoud*.

* Service de Médecine infantile C Hôpital d'Enfant de Tunis

** Service de Médecine infantile A Hôpital d'Enfant de Tunis

S.Mazigh Mrad, N. Gazdalli, L.Gharsallah, O.Bouyahia, S. Barsaoui, S.Boukthir, A. Sammoud.

S.Mazigh Mrad, N. Gazdalli, L.Gharsallah, O.Bouyahia, S. Barsaoui, S.Boukthir, A. Sammoud.

ENQUÊTE CAP (CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES) AUPRÈS DE 116 MÈRES CONCERNANT LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE D.

STUDY (KNOWLEDGE, BEHAVIOUR ,PRACTICES) OF 116 MOTHERS ON VITAMIN D SUPPLEMENTATION.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°04) : 273 - 278

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°04) : 273 - 278

R É S U M É

Prérequis: La prophylaxie par la vitamine D est obligatoire dans notre pays de la naissance à 18 mois. Notre pratique hospitalière nous a donné à penser que cette dernière était incorrectement suivie.

But : Evaluer la prévalence de la supplémentation en vitamine D dans une population de nourrisson en âge de recevoir cette prophylaxie, étudier les connaissances, les attitudes, et les pratiques des mères en matière d'administration de vitamine D, rechercher des facteurs qui les influencent et définir une population cible nécessitant un renforcement de l'éducation.

Méthodes : Nous avons réalisé une enquête CAP à partir d'un questionnaire auprès des 116 mères d'enfants âgés de 2 mois et 3 ans sur une période de un mois, qui étaient hospitalisés pour une pathologie aiguë dans un service de médecine infantile à l'hôpital d'enfant de Tunis. Les questions ont inclus les caractéristiques socio-démographiques de la mère et de l'enfant.

Résultats : 68 % (38/116) des enquêtées ne donnaient plus la vitamine D à l'heure de l'enquête. Les facteurs influençant de façon significative la connaissance du mode d'administration de la vitamine D étaient le chômage du père et de la mère, l'habitation dans un lieu déshérité, et un niveau scolaire bas (inférieur à six années d'étude). Les facteurs qui influencent de façon significative une pratique incorrecte en matière de vitamine D étaient la primarité et l'éloignement de plus de cinq kilomètre d'un centre de soin de santé de base.

Conclusion : Etant donné que la supplémentation en vitamine D est recommandée pour tous les enfants, cette étude a montré que la prévalence de cette supplémentation n'était pas satisfaisante.

S U M M A R Y

Background: In our country, the prevention of rickets is based on daily vitamin D intake from birth to eighteen months. This vitamin D intake has decreased according to our hospital practice.

Aim: To assess vitamin D supplementation prevalence and to study mother knowledge, attitude and practices about vitamin D and factors that influenced them and to define target population who needs further education.

Methods: A predefined questionnaire was submitted to 116 mother's child who was aged from two months to three years and were hospitalised for acute disease in Tunis children hospital. The questionnaire was filled by the paediatrician. He included as well questions on vitamin D supplementation and questions on socio-demographics characteristics.

Results: 68 % of the infants had received vitamin D. The various significant factors who influenced the knowledge about vitamin D were father and mother out of work, low education level, and the living in a deserted area,

The factors that influenced significantly the practices were the one parity and the living far away, up to five kilometre , from a primary health care.

Conclusion: Given that the supplementation of vitamin D is recommended for all infants the study show that supplementation prevalence is unsatisfactorily low. Various risks factors were identified. In view of the new evidence emerging on additional preventive properties of vitamin D and the resurgence of rickets, its promotion must be discussed anew.

M O T S - C L É S

Prophylaxie vitamine D, rachitisme, nourrisson.

KEY - WORDS

Vitamin D, infant, prevention.

البحث (أشخص معلومات ، سلوك و ممارسات) بالإعتماد على 116 أم في خصوص الإضافة في الفيتامين "د"

الباحثون : مازهي مراد. س - قزداي. ن - غرس الله. ل - بويحيى. و - برصاوي. س - بوكثير. س - صمودي. أ.

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد انتشار الإضافة في الفيتامين "د" والبحث عن العوامل التي تؤثر في تحديد الضئة التي تتطلب دعما تريبويا . قمنا ببحث أشخص بالإعتماد على أستمارة تخص 116 أما لأطفال تتراوح أعمارهم بين شهرين وثلاث سنوات وذلك لمدة شهر . أستنتجنا من خلال سلوك الأمهات حيال الفيتامين "د" أن نسيان الجرعات مرتين في الأسبوع متواتر وأن العوامل المسؤولة عن عدم انتظام تناول الفيتامين هي البعد أكثر من خمس كيلو مترات على مركز الرعاية الصحية وعندما يكون الرضيع أول طفل بالنسبة للزوجين نؤكد في الختام على ضرورة تناول الإضافة من الفيتامين "د" وذلك لأن النقص في هذه الفيتامين يسبب مرض الرخد وبعض الأمراض المزمنة.

La vitamine D est une hormone indispensable pour le métabolisme phosphocalcique, son apport alimentaire est faible. La carence en vitamine D est responsable du rachitisme carentiel qui n'est que le stade ultime de cette carence. Le rachitisme carentiel n'est pas une maladie du passé : il reste un sujet d'actualité, de nombreux cas de rachitisme carentiel ont été publiés ces dernières années dans les pays industrialisés [1-2]. Les facteurs favorisant étant, l'allaitement maternel sans supplémentation en vitamine D, l'hyper pigmentation, le défaut d'exposition au soleil et un régime pauvre en produits laitiers, mais aussi une prophylaxie incorrectement suivie. Du fait de l'ubiquité des récepteurs de cette vitamine dans l'organisme, il est actuellement admis que sa carence peut être responsable de plusieurs états morbides. C'est dire l'intérêt de veiller à ce que cette prophylaxie soit correctement faite. Les doses de vitamine D recommandés dans les pays industrialisés sont de l'ordre de 200 UI/j de l'âge de deux mois à l'âge de trois ans [3]. Dans notre pays, la prévention primaire du rachitisme est largement développée. Les doses recommandées de Vit. D sont de l'ordre de 1200 UI/j de la naissance à l'âge de 18 mois.

Notre pratique hospitalière nous a donné à penser que la prise de Vitamine D était incorrecte et la compliance des mères n'était pas bonne à l'application de cette prévention.

Les objectifs de notre travail sont les suivants :

- Tester les connaissances des mères sur la vitamine D.
- Etudier leur comportement en matière de prévention du rachitisme.
- Rechercher une éventuelle liaison entre connaissance et comportement.
- Identifier les facteurs épidémiologiques et obstétricaux qui influencent les connaissances et le comportement des mères vis-à-vis de prophylaxie par la vitamine D.
- Définir une population cible nécessitant un renforcement de l'éducation en matière d'administration de la vitamine D.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre enquête est une étude transversale ciblant les mères dont l'enfant a été hospitalisé pour une pathologie aiguë dans un service de médecine infantile. Nous avons réalisé une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques à partir d'un questionnaire) (voir annexe) auprès des 116 mères d'enfants âgés de 2 mois et 3 ans sur une période de un mois. Les mères dont les enfants étaient âgés de plus de 3ans et/ou présentant une pathologie chronique ont été exclues de l'enquête.

Le niveau d'éducation était considéré comme élémentaire lorsque les mères avaient un nombre d'année d'étude compris entre la 5ème année et la 9ème année de base, il était considéré comme supérieur lorsque le niveau de la scolarité dépassait la neuvième année de base. Nous avons considéré enfin que la scolarité était médiocre, voir insuffisante lorsque les mamans étaient analphabètes ou avaient un niveau inférieur à la 4ème année de base. Le niveau scolaire était suffisant, voir satisfaisant lorsque les mamans faisaient partie des deux premiers groupes. Dans le questionnaire nous avons relevé les paramètres épidémiologiques des nourrissons (âge, sexe, terme de l'accouchement, poids de naissance, trophicité actuelle).

Nous avons posé des questions relatives aux conditions socio économiques des mères, à leur parité, leur statut matrimonial (mariée ou célibataire), à leur niveau scolaire, à leur travail, ainsi qu'à celui du père. Nous avons classé le travail comme stable lorsque le père et/ou la mère étaient fonctionnaires ou avaient un travail libéral et comme instable lorsqu'ils étaient journaliers ou ne travaillaient pas. Le lieu d'habitation a été classé en défavorisé et non défavorisé. Le nombre de pièces et le nombre de personnes par pièce ont été précisés. L'éloignement d'un centre de santé de base a également été étudié.

Les motifs d'hospitalisation ont été classés en respiratoires, digestifs, neurologiques et autres.

L'enquête a concerné les connaissances en matière de Vitamine D de la mère et le comportement de la mère en matière d'administration de cette vitamine. Les questions concernant les connaissances étaient au nombre de quatre : Connaissez vous la Vitamine D ? Connaissez-vous son action ? Connaissez-vous la durée du traitement ? Connaissez-vous le mode d'administration ?

Les questions concernant le comportement des mères vis à vis de la vitamine D étaient au nombre de huit. Depuis quand le donnez-vous ? Depuis que l'enfant est âgé de moins de 15 jours ou après ? Est-ce que vous oubliez de le donner ? Est-ce que vous le donnez de façon correcte (à la cuillère) ou dans le biberon ? Le donnez-vous maintenant (au moment de l'enquête?). La fréquence de l'oubli, inférieure ou égale à deux semaines ou plus de deux semaines ? Est-ce que vous avez donné puis arrêté ? Pourquoi vous avez arrêté ?

La durée de l'arrêt définitif et la durée de l'arrêt momentané ainsi que la durée correcte pour l'âge actuel de l'enfant ont été précisées. Nous n'avons pas vérifié les connaissances des mères mais nous avons fait un recoupement entre les connaissances et la pratique. Nous avons ensuite recherché des facteurs influençant, les connaissances et la pratique. Le niveau scolaire seuil pour la connaissance correcte et la durée du traitement a été déterminé à six années d'études.

Les données ont été saisies sur Excel puis analysées avec le logiciel SPSS 11.

La comparaison des pourcentages a été faite par le test de Chi2 et pour les effectifs théoriques

< 5 par le test exact de Fisher bilatéral. Le test t de Student a été utilisé pour comparer des moyennes. Les résultats ont été considérés comme significatifs quand le degré de signification était < 0,05.

RÉSULTATS

Première partie

L'âge moyen des mères était de 30,4 ±5,5ans avec des extrêmes allant de 19 à 45ans. La gestité était de 2,4±1,4 avec des extrêmes allant de [1à 7]. La parité était de 2,1±2 avec des extrêmes allant de 1 à 7. Le nombre d'enfants vivants était 2,1±1 avec des extrêmes allant de 1à 6. le niveau scolaire était supérieur ou égal à six années d'études chez 83 femmes. 90 mères ne travaillaient pas ou avaient un travail instable. Trois femmes n'étaient pas mariées. L'âge moyen des enfants était de

9 ±5,3 mois, répartis en 71 garçons et 45 filles. les enfants nés à terme étaient au nombre de 103/116 (88,8%). 105/116 (90,5%) étaient eutrophiques. Le motif d'hospitalisation était dans 50 /116 (43,1%) cas une cause respiratoire, 19/116 (16,4%) une cause neurologique, 22/116 (19%) une cause digestive et 25/116 (21,6%) d'autres causes.

L'enquête a montré que (45,7%) des mères ne connaissaient pas l'action de la vitamine D. mais (71,6%) connaissaient la durée du traitement. Les réponses des mères relatives aux connaissances sont rapportées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Connaissances et pratiques des mères concernant la vitamine D

Connaissances		Nombre	Pourcentage %
Connaissez-vous la vitamine D ?	non	3	2,6
Connaissez-vous son action ?	non	53	45,7
Connaissez-vous la durée du traitement ?	non	33	28,4
Connaissez-vous le mode d'administration ?	non	15	12,9
Pratiques			
La donnez-vous maintenant ?	Non	38	32,8
Ne l'avez-vous Jamais donné ?	oui	3	2,6
Depuis quand la donnez-vous ?	≥ 15j	5	4,3
Acceptabilité de l'enfant	mauvaise	33	31,4
Comment la donnez-vous ?	incorrectement	20	17,7
Vous arrive-t-d'oublier de la donner	Non	28	27
Fréquence de l'oubli	≥ 2 fois /semaines	22	23,7
L'avez-vous donnée puis arrêté ?	Oui	45	39,8

La durée d'administration de la prophylaxie était correcte pour l'âge actuel des enfants.

Le comportement des mères vis à vis du sterogyl a montré que 38/116 enquêtées ne donnaient plus le sterogyl à l'heure de l'enquête et que les oublis supérieurs ou égal à plus de 2 fois par semaine était fréquents (23,7%) des cas. Les résultats relatifs au comportement sont rapportés dans le tableau 1.

Deuxième partie

Liaisons entre les connaissances et le comportement.

Les résultats sont résumés dans le tableau 2.

Quatre vingt dix pour cent des mères qui connaissent la durée du traitement connaissaient le mode d'administration versus

26/33 (78,8%) parmi celles qui ne connaissent pas (p= 0,127). 58/84 (70,7%) qui connaissaient la durée du traitement administraient la vitamine D pendant une durée correcte pour l'âge versus 17/33(51,5%) de celles qui ne connaissaient pas la durée du traitement (p=0,05).

Les mères qui donnaient la vitamine D de façon correcte connaissaient le mode d'administration de la vitamine D dans 89/93(95,7%) des cas et la donnaient pendant une durée correcte pour l'âge actuel dans 66/93 (71%). Parmi celles qui la donnaient de façon incorrecte, 12/19(63,2%) connaissaient le mode d'administration (p<10-3) et le donnaient pendant une durée correcte pour l'âge actuel dans 9/19 cas (47%) (p=0,046).

Tableau 2 : Liaisons connaissances et pratiques

Connaissance		Connaissez-vous		La durée du traitement P
		Oui	Non	
Connnaissance	oui	74 (90%)	26 (78,8%)	
Mode d'administration	non	8 (9,8%)	7 (21%)	0,127 NS
Durée correcte	oui	58 (70,7%)	17 (51,5%)	
Pour l'âge actuel	non	24 (29,3%)	16 (48,5%)	0,05 NS
Comment le donnez vous ?				
	Correct	67 (81,7%)	25 (86,2%)	
	Incorrect	15 (18,3%)	4 (13,8%)	0,78 NS
Comment Le donnez vous				
Connnaissance	oui	Correct 89 (95,7%)	Incorrect 12 (63,2%)	P
Mode d'administration	non	4 (4,3%)	7 (36,8%)	<10-3 S
Durée correcte Pour l'âge				
Actuel	oui	66 (71%)	9 (47%)	
	non	27 (29%)	10 (52,6%)	0,046 S

Facteurs influençant les connaissances

Dans le groupe des mères qui ne connaissaient pas le mode d'administration de la vitamine D 15/15(100%) des mères ne travaillaient pas versus 74/101(73,3%) dans le groupe des mères qui connaissaient le mode d'administration (p=0,02).

Parmi les femmes qui ne connaissaient pas le mode d'administration ,10/15 (66,6%) avaient un mari qui ne travaillait pas versus 38/101(37,62%) parmi les mères qui connaissaient le mode d'administration. (p=0,03).

De même dans le groupe des mères qui ne connaissaient pas le mode d'administration du sterogyl 10/15 (66,7%) habitaient dans une zone défavorisée versus 16/101(15,8%) dans le groupe des mères qui connaissaient le mode d'administration (p<10-3).

Parmi les mères qui ne connaissaient pas le mode d'administration du sterogyl 4/15 (26,7%) habitaient à plus de cinq kilomètres d'un centre de soin de base versus 9/101(8,9%) dans le groupe des mères qui connaissaient le mode

d'administration. ($p=0,042$). Les autres facteurs n'étaient pas significatifs (tableau 3).

Le tableau 4 rapporte la répartition de la connaissance de la durée du traitement, en fonction des antécédents obstétricaux de la mère et des conditions socioéconomiques. Parmi les mères qui ne connaissaient pas la durée du traitement 19/33(57,6%) avaient un mari qui ne travaillait pas, versus 29/82(35,4%) parmi les mères qui connaissaient la durée du traitement. ($p=0,03$). Dans le groupe des mères qui ne connaissaient pas la durée du traitement 15/33 (45,5%) avaient fait moins de six années d'études versus 17/82 (20,7%) des mères qui connaissaient la durée du traitement ($p=0,007$).

Facteurs influençant la pratique :

La gestité et la parité des mères qui donnaient correctement la vitamine D par comparaison aux mères qui ne le donnaient pas correctement était respectivement de $2,6\pm 1,4$ versus $1,7\pm 1$, ($p=0,011$) et de $2,3\pm 1,2$ versus $1,5\pm 0,9$, ($p=0,011$).

Le nombre d'enfants vivants dans le groupe des mères qui donnaient correctement le stérogyl était de $2,2\pm 1,1$ versus $1,6\pm 0,9$ ($p=0,027$). Les autres paramètres obstétricaux, et socioéconomiques sont résumés dans le tableau 5.

La répartition des mères qui donnaient la vitamine D pendant une durée correcte pour l'âge en fonction des antécédents obstétricaux et des conditions socioéconomiques sont résumés dans le tableau 6.

Le nombre de pièces par famille était de $2,7\pm 0,9$ lorsque la durée d'administration était correcte pour l'âge versus $2,3\pm 0,9$, lorsque la durée n'était pas correcte ($p=0,048$). Parmi les mères qui avaient le téléphone, 41/75 (57,7%) administraient la vitamine D durant une durée correcte versus 16/41(31,7%) parmi celles qui n'avaient pas le téléphone ($p=0,018$). Lorsqu'il existait un transport personnel au sein de la famille ,15/75 (20%) donnaient la vitamine D durant une durée correcte pour l'âge versus 2/41(4,9%) parmi celles qui ne disposaient pas de moyens de transport personnel ($p=0,018$).

Identification d'une population de femmes à risque.

Il ressort de cette étude que les mères qui sont primipares, ne travaillant pas et/ou dont le mari ne travaille pas, dont le niveau scolaire est inférieur à six années d'études, dont les conditions socio-économiques sont défavorables et qui habitent à plus de 5 Km d'un centre de santé de base nécessitent un renforcement de l'éducation en matière d'administration de la vitamine D.

DISCUSSION

L'enquête a montré que la prévention primaire en matière d'administration de vitamine D était déficiente ; 32,8% des mères ne donnaient plus de vitamine D au moment de l'enquête alors que leur enfant était encore en âge d'en prendre. Ces chiffres sont proches d'une enquête [4] faite en Suisse et qui a montré que la prévalence de la mauvaise compliance à la supplémentation à la vitamine D était de 36%. Faut il donc favoriser la prise unique de stérogyl à raison de 300000 à 600000 unités données soit oralement soit par voie parentérale. C'est une alternative aussi efficace que la prise quotidienne pour certains auteurs [5]. Cette mauvaise compliance au traitement est due probablement à l'insuffisance des connaissances des mères concernant le stérogyl comme le montre notre étude. Il existe par ailleurs une relation significative entre une bonne pratique et une bonne connaissance en matière de stérogyl et les deux étaient liés aux conditions socio-économiques et à l'éloignement d'un centre de soins de santé de base. Par ailleurs l'expérience de la mère par des grossesses ultérieures améliorait la connaissance et la pratique de façon significative. Il ressort de cette étude que les familles chez qui la mère est primipare, qui ne travaille pas et/ou dont le mari ne travaille pas, dont le niveau scolaire est inférieur à six années d'études, dont les conditions socio-économiques sont défavorables et qui habite loin d'un centre de santé de base à plus de cinq Km nécessitent un renforcement de l'éducation en matière d'administration de vitamine D. Dans

Tableau 3 : Liaisons entre les connaissances du mode d'administration de la vitamine D et les antécédents obstétricaux de la mère et des conditions socioéconomiques de la famille

	Correct n=101	Incorrect n=15	P
Age mère*	30,6+/- 5,2	28,8 +/- 6,9	0,243
Gestité*	2,4 +/- 1,3	2,2 +/- 1,7	0,529
Parité*	2,2 +/- 1,2	1,7 +/- 0,8	0,160
Enfants vivants*	2, +/- 1,1	1,8 +/- 0,8	0,320
Nombre pièce*	2,6 +/- 0,9	2,4 +/- 1,3	0,56
Nombre personne*	4,2 +/- 1,3	4,0 +/- 1,8	0,6
Nombre Pièce par *personne*	1,8 +/- 0,8	1,9 +/- 1,1	0,636
Travail M non	74(73,26%)	15(100%)	0,02 S
Travail P non	38(37,62%)	10(66,66%)	0,03 S
Lieu d'habitation déshérité	16(15,84%)	10(66,66%)	< 10⁻³ S
Eau non	2(1,98%)	1(6,6%)	0,286
Electricité non	0	0	
Téléphone non	53(52,47%)	9(73,26%)	0,782
Télévision non	4(4%)	2(13,3%)	0,172
Transport non	85(84,16%)	14(93,33%)	0,694
Distance CSB > 5 km	9 (8,9%)	4 (26,7%)	0,042 S

* : Moyenne ± écart type CSB : Centre de soins de santé de base M : Mère P : Père

Tableau 4 : Liaisons entre les connaissances de la durée du traitement et les facteurs obstétricaux de la mère et les conditions socioéconomiques de la famille

	Durée du traitement		P
	Connue n = 82	Non connue n = 33	
Age de la mère*	30,8 ± 5,6	29 +/- 5,2	0,203
Gestité*	2,3 ± 1,3	2,5 +/- 1,2	0,716
Parité*	2,1 +/- 1,1	2,2 +/- 1,2	0,716
Enfants vivants*	2,0 +/- 1,0	2,1 +/- 1,2	0,483
Nombre de pièces*	2,6 +/- 0,9	2,3 +/- 0,9	0,095
Nombre de personne*	4,3 +/- 1,4	4,1 +/- 1,3	0,603
Nombre de Pièces par personne*	1,8 +/- 0,9	1,9 +/- 0,8	0,494
Niveau scolaire <6 années d'études	17(20,7%)	15(45,5%)	0,007
Travail M non	60(73,1%)	29(87,9%)	0,08
Travail P non	29(35,4%)	19(57,6%)	0,032
Lieu d'habitation désolé	11 (13,4%)	6(18,8%)	0,56
Eau non	2(2,4%)	1(3%)	0,857
Electricité oui	82	33	
Télévision non	3(3,6%)	3(9%)	0,352
Transport non	68(82,9%)	30(90,9%)	0,388
Dist CSB > 5km	9 (11%)	4 (12,1%)	11

Tableau 5 : Liaisons entre les pratiques, les antécédents obstétricaux de la mère et les conditions socioéconomiques de la famille

	Comment donnez vous la vitamine D?		P
	Correctement	Incorrectement	
Age de la mère*	30,6 +/- 5,0	29,7 +/- 7,2	0,55
Gestité*	2,5 +/- 1,3	1,6 +/- 1	0,011 S
Parité *	2,2 +/- 1,2	1,5 +/- 0,9	0,011 S
Enfants vivants*	2,1 +/- 1,1	1,5 +/- 0,9	0,027 S
Nombre de pièces*	2,6 +/- 0,9	2,4 +/- 0,8	0,42
Nombre de personnes*	4,3 +/- 1,3	3,9 +/- 1,6	0,19
Travail de la mère	oui 89 (25,8%)	3 (15,8%)	
	non 69 (74,2%)	16 (84,2%)	0,3
Travail du père	oui 57 (61,3%)	10 (52,6%)	
	non 36 (38,7%)	9 (47,4%)	0,9
Lieu d'habitation	D 14 (15%)	2 (10,13%)	0,73
	ND 78 (85%)	17 (89,47%)	
Electricité	oui 93	19	
Télévision	oui 1- (95,7%)	18 (94,7%)	0,172
	non 4 (4,3%)	1 (5,3%)	
Téléphone	oui 46 (49,5%)	8 (42,1%)	0,559
	non 47 (50,5%)	1 (5,3%)	
Transport	oui 16 (17,2%)	1 (5,3%)	0,297
	non 77 (82,8%)	18 (94,7%)	
CSB distance < 5km	83 (89,2%)	16 (84,2%)	0,46
> 5km	10 (10,8%)	3 (15,8%)	

* : Moyenne ± écart type D : Désolé ND : Non désolé CSB: Centre de soins de santé de base M : Mère P : Père

Tableau 6 : Liaisons entre la durée correcte du traitement pour l'âge actuel et les antécédents obstétricaux de la mère et les conditions socioéconomiques de la famille

DCA Paramètres	Oui n = 75	Non n = 40	P
Age mère *	30,8 +/- 5	29,5 +/- 6,2	0,24
Gestité*	2,4 +/- 1,4	2,2 +/- 1,2	0,494
Parité*	2,2 +/- 1,2	2 +/- 1,3	0,451
Enfants vivants*	2,1 +/- 1	2 +/- 1,1	0,659
Nombre de pièces*	2,7 +/- 0,9	2,3 +/- 0,9	0,048 S
Nombre de personnes*	4,3 +/- 1,4	4,1 +/- 1,4	0,659
Nombre de Personne par Pièce*	1,7 +/- 1,4	2 +/- 1	0,088
Travail de la mère	oui 20 (26,7%)	7 (17%)	0,34
	non 55 (73,3%)	34 (83%)	
Travail du père	oui 47 (62,7%)	21 (51,2%)	0,23
	non 28 (37,3%)	20 (48,8%)	
Lieu d'habitation	D 12 (16%)	5 (12,2%)	0,57
	ND 63 (84%)	36 (87,8%)	
Eau	oui 74 (98,7%)	39 (95,1%)	0,25
	non 1 (13%)	2 (4,9%)	
Télévision	oui 1- (97,3%)	37 (90,2%)	0,183
	non 2 (2,7%)	4 (9,8%)	
Téléphone	oui 41 (57,7%)	13 (31,7%)	0,018 S
	non 34 (45,3%)	28 (58,3%)	
Transport	oui 15 (20%)	2 (4,9%)	0,028 S
	non 60 (80%)	39 (95,1%)	
CSB distance < 5km	69 (92%)	34 (82,9%)	0,216
> 5km	6 (8%)	7 (17,1%)	

DCA : Durée correcte pour l'âge actuel. * : moyenne ± écart type CSB : Centre de soins de santé de base M : Mère P : Père

l'étude Suisse [4], les facteurs de risques de non supplémentation en vitamine D étaient le jeune âge maternel, la langue, la nationalité suisse, la gémellité et l'allaitement maternel. Des études américaines ont montré que les pédiatres

jouent un rôle primordiale dans la prévention de la carence en vitamine D [6]. Il semblerait qu'il y ait un déclin dans la prescription de cette vitamine par le pédiatre, un renforcement de cette prescription paraît nécessaire.

La carence en vitamine D est responsable de rachitisme qui lorsqu'il est floride peut mettre en jeu le pronostic vital par le biais de l'hypocalcémie [7]. La carence en vitamine D ne touche pas uniquement le nourrisson, plusieurs études, ont identifié des états de rachitisme sub clinique chez l'enfant et l'adolescent surtout en hiver, ce qui a amené à proposer de nouvelles recommandations concernant les doses de vitamine D et l'identification d'une population cible [8,9]. Cette carence est aussi responsable d'une morbidité élevée à long terme (cancer, maladie auto-immune, diabète insulino-dépendant [1, 10, 11] qui n'est plus à démontrer. A côté de la prévention primaire, la prévention secondaire consiste à détecter et traiter les formes de rachitismes subcliniques qui sont de plus en plus fréquentes par des radiographies du poignet et par des dosages de la 25 hydroxyvitamine D, avant qu'elles ne progressent vers un rachitisme floride [12]. Une étude française [13] a validé un questionnaire pour repérer de façon non invasive les enfants et les adolescents à risque de développer des déficiences en vitamine D.

RÉFÉRENCES

- 1- Ladhani S., Srinivasan L., Buchanan C., Allgrove J. Présentation of vitamin D deficiency. Arch. Dis Child 2004; 89: 781-784.
- 2- Ward L. Vitamine D deficiency in the 21st century: a persistent problem among Canadian infants and mothers. CMAJ 2005; 172:769-770.
- 3- Greer F. Issue in establishing vitamin D recommendations for infants and children. Am J Clin Nutr 2004; 80:1759S-62S.
- 4- Dratva J., Merten S., Ackermann-Liebrich Vitamin D supplementation in Swiss infants Swiss Med Wkly 2006; 136: 473 – 481.
- 5- Allgrove J. Is nutritional rickets returning? Arch. Dis Child 2004; 89 : 699-701.
- 6- Davenport ML, Uckun A., Calikoglu A. S. Pediatrician patterns of prescribing vitamin D supplementation for infants: Do they contribute to rickets. Pediatrics 2004; 113 : 179 – 180.
- 7- Jonier T.A., Foster C., Shope T. The many faces of vitamin D Deficiency rickets. Pediatrics 2000; 21 : 296 – 302
- 8- Gartener LM, Greer FR. Prevention of Rickets and vitamin D deficiency: New guidelines for vitamin D intake. Pediatrics 2003; 111: 908 – 910.
- 9- Narchi H., El Jamil M., Kulaylat N. Symptomatic rickets in adolescence Arch. Dis. Child 2001; 84 : 501 – 503.
- 10- Hollick MF. The vitamin D epidemic and its health consequences. Nutr 2005 ; 135: 2739S – 48S.
- 11- Hollick MF. Vitamin D and health in the 21st century Am J Clin Nutr 2004; 80:1678S-1688 S.
- 12- Spence JT. Secondary prevention of vitamin D. Deficiency rickets. Pediatrics 2004; 114: 70 – 72.
- 13- Garabedian M., Menn S., Walrant-Debray O., Teinturier C., Delaveyne R., Rooen A. Prévention de la tolérance en vitamine D chez l'enfant et l'adolescent. Validation d'un abaque décisionnel non invasif prenant en compte l'exposition Solaire et les apports exogènes de vitamine D. Arch. Ped. 2005; 12: 410 – 503.

CONCLUSION

S'enquérir de la prévalence de la supplémentation de la vitamine D est la première étape pour identifier une éventuelle carence chez l'enfant tunisien.

Notre enquête a montré que la prévention primaire, du rachitisme était insuffisante, puisque l'administration de vitamine D était déficiente dans un tiers des cas et ceci malgré un programme de supplémentation national obligatoire de la naissance à 18 mois. Cette prévention doit donc être renforcée par des campagnes de sensibilisation, et d'éducation des mères primipares, issues de milieu défavorisé, habitants à plus de cinq kilomètres d'un centre de soins de santé de base, et dont le niveau scolaire n'exède pas six années d'études. Quel est le statut vitaminique de ces enfants dont la prophylaxie est insuffisante, ainsi que leur taux de morbidité et leur taux de mortalité ? Une étude longitudinale serait nécessaire pour le préciser.