

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UFR/SH (Unité de formation et
de recherche /sciences humaines)

Département de sociologie

Année académique 2005 -2006

Mémoire de maîtrise de sociologie

THEME :

**Logiques et représentations des pratiques
d'allaitement et d'alimentation de complément
des enfants de 0 à 24 mois : cas des départements
de Bilanga, de Liptougou et de Manni dans la
province de la Gnagna**

Présenté et soutenu par
SAWADOGO Maïmouna

Sous la direction de
M. Ram Christophe
SAWADOGO, Maître Assistant

Session de Mai 2006

RESUME

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'allaitement et l'alimentation de complément revêtent une importance fondamentale pour la survie et le développement de l'enfant.

Ce mémoire porte sur les logiques et représentations des pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois dans la province de la Gnagna.

Les facteurs qui ont été considérés dans le but de cerner l'emprise de ces pratiques sur l'allaitement et l'alimentation de complément étaient : l'âge de la mère, le nombre de ses enfants et sa perception des AC (aliments de complément) ; ensuite sa connaissance en matière d'alimentation infantile, puis l'impact de l'éducation nutritionnelle sur l'allaitement et l'alimentation de complément. Il ressort que l'insuffisance du lait maternel, la capacité et le désir de l'enfant à consommer des aliments d'autre nature et la représentation du lait de la femme selon son état (enceinte ou non) ont un impact sur les pratiques d'alimentation de l'enfant.

Grâce à l'éducation nutritionnelle le colostrum autrefois rejeté par les Gulmanceba est de nos jours donné aux enfants. Les AC introduits tardivement (après un an) autrefois sont introduits actuellement au cours de la première année de vie. Dans la zone gnagnalaise, la consommation du colostrum et celle précoce des AC acquièrent de nouvelles représentations valorisantes. Celles-là sont le fruit des efforts déployés par les agents de santé et les structures de développement grâce aux sensibilisations.

Mots-clés

Pratiques d'alimentation, allaitement, gulmace (gourmantché), Gnagna, Burkina Faso.

DEDICACE

A mon père SAWADOGO El Hadj Moustapha et à ma mère SAWADOGO Zoénabo que j'aime tant et qui en retour n'ont cessé de me manifester leur amour parental.

A mon oncle SAWADOGO Raguilli qui a assuré mon éducation tant familiale que scolaire depuis ma tendre enfance ; vous avez été mon principal soutien matériel et financier du côté familial tout au long de mes études ; votre patience m'a permise de réaliser ce document ; puisse-t il vous porter satisfaction.

A mon oncle SAWADOGO Harouna qui n'a ménagé aucun effort pour m'intéresser à l'école.

A mon cousin SAWADOGO Delwendé Roland Wilfried et à mes frères SAWADOGO Mohamed, SAWADOGO Kassoum, SAWADOGO Issa et SAWADOGO Sarata ; puisse ce travail être pour vous un objet de motivation dans vos études.

A BARA Lamouni, la conjugaison de nos efforts intellectuels en terminal nous a conduites au succès ; puissent nos différentes formations universitaires bénéficier à la société.

A M. BORO Omar, vous qui m'avez conseillée la sociologie comme filière d'étude ; soyez réconforté par ce document.

A Marie Lucie MARQUIN : vous avez été pour moi un soutien moral inestimable dès ma première année d'études universitaires ; que ce travail soit pour vous un sujet de joie.

A tous les enfants et à toute personne morale et physique oeuvrant pour leur bien-être.

A tous les exclus sociaux et plus particulièrement aux femmes.

A tous mes maîtres du primaire et à tous mes professeurs du secondaires.

A OUEDRAOGO Péguedwendé Odette. Toi qui n'as cessé de me soutenir moralement, puissent nos liens d'amitié se resserrer davantage.

A KOLOGO Adélaïde, KINDE Pascaline, MAIGA Fatimata, OUEDRAOGO Mamou, OUEDRAOGO Nimbrata Julien, ZOMBRE Assétou : puissions-nous demeurer toujours solidaires dans toute situation.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a connu le dévouement et le concours de personnes morales et physiques. Aussi, nous tenons à remercier :

- M. Ram Christophe SAWADOGO : nous vous remercions infiniment pour nous avoir non seulement mise en contact avec l'IRD, mais également pour vous être évertué à nous obtenir un stage en son sein ; qui plus est, nous avons grâce à vous, bénéficié d'une formation en informatique pour le traitement de nos données ; merci également pour votre disponibilité à nous recevoir malgré vos multiples occupations ; et que dire de vos instincts paternels à notre égard ! Nous ne saurions vous remercier assez. Nous vous témoignons une gratitude infinie.

- M. Yves MARTIN-PREVEL, responsable de l'unité de recherche UR 106 "Vulnérabilité Alimentaire/Sécurité Nutritionnelle" : nous vous témoignons notre reconnaissance pour non seulement nous avoir fait confiance en nous acceptant au sein de cette unité, mais également pour vos conseils, votre compréhension et votre soutien infaillible à notre égard. Merci infiniment.

- Le représentant de l'IRD au Burkina M Jean-Pierre GUENGANT pour nous avoir accueillie au sein de cette institution et d'avoir mis à notre disposition tous les moyens nécessaires (financiers, matériels et logistiques) à la réalisation de ce mémoire.

- M. Saga Prosper SAWADOGO : vous nous avez intéressée à ce travail, et ensuite vous avez été pour nous un appui précieux ; malgré vos préoccupations quant à la rédaction de votre thèse, vous n'hésitez pas à user de votre temps tant précieux pour nous porter secours ; nous ne saurions rester indifférente à cette disponibilité ; aussi, vos conseils nous ont été d'un grand réconfort. Trouvez là l'expression de notre profonde gratitude.

- Mathilde SAVY : vous n'avez manifesté aucun embarras à nous secourir chaque fois que nous vous sollicitons ; grand merci !

- L'université de Ouagadougou en général et au département de sociologie en particulier pour avoir cautionné notre stage au sein de l'IRD pour la réalisation du mémoire de maîtrise.

- M. Florent SOME : nous vous manifestons notre gratitude pour avoir usé de patience et d'indulgence à notre égard tout au long de l'encadrement informatique que vous avez voulu nous accorder ; en effet, vous avez bravé la fatigue et consenti des efforts physique et matériel pour nous assurer gratuitement cette formation. Grand merci !

- M. Alain BAMBARA pour son assistance sur le terrain, ainsi qu'à ses enquêteurs Diabouga Lansongui, Lallogo Awa, et Mano Koumbo pour les moments agréables passés ensemble ; de même que notre conducteur Yougbaré Salif qui assurait notre déplacement d'un département à l'autre.

- Nos traducteurs Bourgou Dieudonné, Dabourgou David, Sogli Eliaba et Lankoandé Augustin pour le service rendu.

- Les populations enquêtées pour leur affabilité ; les différents représentants des CSPS et aux structures de développement FIMBA, l'ICODEV, l'Association Tin Tua, l'APDC pour leur accueil.

- Notre collègue Olga pour sa compagnie et tout le réconfort qu'elle nous a apportée, et à Salif Nasré qui a bien voulu lire ce document, à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce document, nous disons merci !

SIGLES ET ABREVIATIONS

- AC : Aliments de complément
- APDC : Association d'Appui à la Promotion du Développement durable des Communautés
- CPE : Consultation préventive des enfants
- CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
- EDS : Etudes Démographiques et de la Santé
- FAO : Found Agriculture Organisation
- FIDA : Fond International du Développement Agricole
- ICODEV : Initiatives COMMUNAUTAIRES de DEVELOPPEMENT
- ICP : Infirmiers chefs de poste
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAM : Programme Alimentaire Mondial
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- UCH : Unités collectives d'habitats
- MPE : Maladies protéino-énergétiques.

TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

1 - Tableaux :

Tableau n°1 : taux de consommation du colostrum	12
Tableau n°2 : variables et indicateurs.....	17
Tableau n°3 : pourcentage de femmes en fonction de l'âge d'introduction des AC, et de leur propre âge.....	64
Tableau n°4 : distribution des femmes en fonction des âges d'introduction des AC, et du nombre d'enfants.....	66

2 - Photos

Photos n°1 : des plants servant de tisane et une solution de ceux-ci.....	58
Photo n°2 : scène de gavage :.....	58

3- Schémas

Schéma n°1 : représentation traditionnelle du lait de la femme selon son état:.....	80
Schéma n°2 : les différents motifs du sevrage.....	81

4 - Carte

La carte de la Gnagna.....	34
----------------------------	----

<u>SOMMAIRE</u>	Pages
DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS	iv
SOMMAIRE.....	v
INTRODUCTION.....	1
Première partie : cadre théorique et méthodologie.....	3
Chapitre I : PROBLEMATIQUE.....	4
Chapitre II : METHODOLOGIE.....	15
Chapitre III : PESENTATION DU MILIEU DE L'ETUDE.....	28
I - APERÇU GEOGRAPHIQUE.....	28
II - APERÇU HISTORIQUE.....	29
III - FAITS SOCIO-CULTURELS.....	35
Deuxième partie : pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément chez les Gulmaceba de la Gnagna.....	40
Chapitre IV : L'ALIMENTATION.....	41
I - CARACTERISTIQUES D'UNE BONNE NOURRITURE.....	44
II - RELATION ENTRE ALIMENTATION ET SANTE.....	48
Chapitre V : ALLAITEMENT ET UTILISTION DE BOISSONS.....	51
I - REPRESENTATION DU COLOSTRUM.....	52
II - CONSOMMATION DE BOISSONS ET ALLAITEMENT.....	59
Chapitre VI : INTRODUCTION DES ALIMENTS DE COMPLEMENT	64
I - FACTEURS DETERMINANTS L'INTRODUCTION DES AC.....	64
II - NATURE ET FREQUENCES JOURNALIERE DE CONSOMMATION DES AC.....	72
Chapitre VII : LE SEVRAGE.....	75
I - CONDITIONS ET PROCESSUS DU SEVRAGE.....	75
II - REPRESENTATION DU LAIT DE LA FEMME ENCEINTE.....	78
CONCLUSION GENERALE.....	82
BIBLIOGRAHIE.....	84
ANNEXES.....	90
I - QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE.....	91
II - GUIDE D'ENTRETIEN.....	99
TABLE DES MATIERES.....	102

INTRODUCTION

« Le rôle des sciences humaines dans le domaine de la nutrition est de mettre en évidence les facteurs socio-culturels qui sous-tendent les comportements alimentaires, qui sont du domaine des idées, et correspondent aussi bien à la recherche d'un bien-être psychique et culturel qu'à satisfaire par exemple, une pulsion hédoniste, festive ou conviviale (que l'on pense à l'alcool) qui n'est pas étroitement ajustée à la réalisation d'un bien-être biologique » (GARINE 1996 : 26).

Nous ajoutons à cela que l'épanouissement intellectuel et psychique est la conséquence directe d'un bien-être physique inhérent à une alimentation adéquate. Bien manger est une condition *sine qua non* pour mieux vivre. En effet, les conséquences d'une alimentation inconvenable chez l'homme en général et chez l'enfant en particulier sont légion. Facteur déterminant dans la croissance du jeune enfant, inadaptée, elle a pour conséquence la malnutrition qui entraîne avec elle la vulnérabilité physique qui peut aboutir à la mort : elle est la cause d'un décès sur deux (Nourrir l'espoir de chaque enfant, Nutridev, IRD, GRET).

Dans le meilleur des cas, cette malnutrition infantile laisse des séquelles chez ses victimes tout au long de leur vie : retard de croissance physique, (petite taille), le sous-développement psychique et intellectuel (Le courrier de l'IBFAN 2000).

Si l'adulte est responsable de son alimentation en fonction de la disponibilité des vivres et des choix qu'il opère, l'enfant par contre reste dépendant en la matière et subit un double choix que lui imposent la société et surtout sa mère.

Si de la naissance jusqu'à 4 ou 6 mois, le lait maternel demeure le meilleur et le seul aliment recommandé pour l'enfant, il devient au fur et à mesure que celui-ci grandit insuffisant pour satisfaire les besoins nutritionnels nécessaires à sa croissance. De ce fait, il incombe à la mère d'introduire d'autres aliments en plus du lait. Cette période d'introduction des nouveaux aliments reste très délicate en raison du risque de malnutrition qu'elle véhicule. En outre, c'est à cette période que beaucoup d'enfants en sont victimes. Ainsi, en Afrique de l'Ouest, elle frappe les enfants âgés entre six (6) mois (moment idéal pour la consommation des nouveaux aliments selon l'OMS) et vingt et quatre (24) mois ; elle est liée à deux (2) facteurs dont entre autres les techniques inadéquates de sevrage : passation du lait maternel au plat familial ou solide sans transiter par la bouillie (BRIEND, 1985). Elle se caractérise par la sous-alimentation aussi bien sous l'angle quantitatif que qualitatif dans les pays en développement.

Au Burkina Faso, bien que l'allaitement maternel soit répandu (99 % des enfants sont allaités au sein jusqu'à deux ans), sa pratique reste marquée par beaucoup de faits : rejet du colostrum, introduction précoce de liquides. Quant à l'alimentation infantile, elle est caractérisée par l'introduction précoce ou tardive des aliments de complément. Le taux de malnutrition atteint 38% en milieu rural et même 50% dans certaines localités comme celle de la Gnagna (SAWADOGO 2002).

Au Burkina Faso comme dans bon nombre de pays en développement, la recherche accuse un retard sur certaines questions sociales. En effet, malgré l'actualité du phénomène de la malnutrition au Burkina Faso, il existe peu d'études sociologiques relatives à l'alimentation infantile en général, à l'allaitement et à l'alimentation de complément en particulier ; de plus celles réalisées sont loin d'être globales en ce sens qu'elles ne s'étendent point à l'ensemble des sociétés burkinabè d'où notre ambition de contribuer modestement à enrichir ces études existantes à travers le thème : **logiques et représentations des pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois : cas des départements de Bilanga, Liptougou et de Manni dans la province de la Gnagna.**

La malnutrition dans les pays en développement est devenue un problème de santé publique au point que des programmes de développement lui sont spécialement consacrés. Le Burkina fait partie des pays bénéficiaires de ces programmes. Comme nous l'avons déjà mentionné, le taux de malnutrition dans la Gnagna, est de l'ordre de 50%, ce qui dépasse de loin le taux rural national (38%). Dans le souci de pallier cette situation, un projet d'intervention dénommé Nutrifaso compte s'y implanter afin d'améliorer la qualité nutritionnelle des enfants et de leurs mères. Une connaissance préalable des habitudes alimentaires infantiles s'impose donc pour une meilleure intervention.

Notre travail se répartit en deux grandes parties : dans la première partie, il est question du cadre théorique et de la méthodologie qui se subdivise en trois grands chapitres à savoir : la problématique, la méthodologie, et la présentation du cadre de notre étude.

Dans la deuxième partie, il s'agit de l'analyse et de l'interprétation des données ; elle est composée de quatre chapitres : le premier chapitre porte sur l'alimentation, le second sur l'allaitement et l'utilisation des boissons, le troisième sur l'introduction des aliments de complément et enfin le quatrième qui traite du sevrage.

Première partie :
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Chapitre I : PROBLEMATIQUE

1- Problème général et question générale de recherche

La disponibilité des ressources vivrières joue un rôle important dans l'alimentation. Une abondance et une variété de celles-ci sont synonymes d'une alimentation suffisante, adéquate, voire équilibrée. L'espoir d'un tel équilibre est surtout grand au sujet des jeunes enfants qui ont non seulement pour la satisfaction de leurs besoins nutritionnels ces ressources vivrières, mais également le lait maternel. Cependant, la malnutrition dont ceux-ci sont victimes remet en cause cet espoir. En effet, dans certaines régions regorgeant de quantités et variétés suffisantes de vivres, « cette famine silencieuse », (malnutrition) y sévit. Ce qui convainc qu'« une situation alimentaire satisfaisante ne garantit pas toujours la sécurité nutritionnelle »

(TRAORE/ KAHIMBIRI 1998 : 75). Cette malnutrition est bien souvent attribuée aux interdits alimentaires (viande, poisson, mangue, œuf), au sevrage précoce et bien d'autres facteurs précités. Force est de reconnaître cependant, que ces causes paraissent insuffisantes pour justifier cette situation malnutritionnelle en raison de la possibilité de remplacement de ces produits alimentaires par d'autres produits équivalents. N'est-ce pas plutôt parce que « nous ne mangeons pas seulement pour nous nourrir, mais aussi pour des raisons cérémonielles et sociales, opérant un choix dans les virtualités alimentaires et consommant des symboles avec les aliments»

(RIVIERE 1994 : 9).

Notre étude vise la compréhension des logiques et représentations qui entourent les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément.

Facteurs déterminants le bien-être ou le mal-être des jeunes enfants, quelles valeurs les mères donnent-elles au lait et aux aliments consommés par ceux-ci ? Quelles sont les logiques et représentations qui sous-tendent l'allaitement et la période d'introduction des aliments de complément dans la région de la Gnagna ?

2 - Revue de littérature

« Il n'est pas de recherche sans lectures. Car aucun sujet n'est radicalement neuf, et aucun chercheur ne peut prétendre pouvoir se passer du capital de savoir accumulé »

(KAUFMANN, 1996 : 36).

« Il est donc normal qu'un chercheur prenne connaissance des travaux antérieurs qui portent sur des objets comparables et qu'il soit explicite sur ce qui rapproche, et sur ce qui distingue son propre travail de ces courants de pensées » (QUIVY et CAMPENHOUDT, 1997 : 43).

En conformité avec cette exigence de la recherche sociale, la recherche d'informations relatives à notre thème s'est effectuée dans des cadres bien précis à travers l'investigation documentaire dans des bibliothèques plus ou moins spécialisées .

L'ensemble donc des travaux relatifs à l'allaitement et à l'alimentation infantile que nous avons eu à consulter soulignent :

- le rejet du colostrum ¹
- l'introduction surtout précoce ou tardive des aliments de complément²
- la malnutrition infantile se caractérisant par la sous-alimentation dans les pays en voie de développement
- les interdits alimentaires temporaires
- le non respect des recommandations de l'OMS

En ce qui nous concerne, nous nous intéressons spécifiquement à l'allaitement et à l'alimentation de complément ; en effet « l'alimentation de sevrage et l'allaitement maternel sont deux (2) processus étroitement liés et la nature de ce lien ne relève pas de la substitution, mais de la complémentarité ; l'alimentation de sevrage ne remplace pas le lait maternel mais le complète d' où le nom "aliments de complément" » (BENOIST et al, 1995 : 12).

Dans la suite, nous ferons ressortir les différents aspects relatifs à l'allaitement et à l'alimentation de complément abordés par les différents ouvrages.

¹ Le premier lait épais de couleur jaunâtre d'une nouvelle accouchée ; celui-ci constituerait le premier vaccin du bébé car riche en anti-corps de la mère, il est susceptible de le protéger contre les infections.

² Les aliments que le nourrisson consomme en plus du lait maternel ou artificiel

2.1 - L' allaitement et l'utilisation du colostrum

Selon la première recommandation de l'OMS, les enfants doivent être immédiatement mis au sein dès la naissance (ce qui implique une consommation du colostrum) et allaités exclusivement jusqu'à l'âge de six (6) mois. Cependant, les contextes socio-culturels dans le milieu africain en général et burkinabè en particulier permettent peu ou pas du tout l'application de celle-ci.

En Afrique du Nord plus précisément au Maroc, le taux d'allaitement exclusif était de 65% en 1992 et était parmi l'un des plus élevés en Afrique du Nord ; cependant seulement 41% des nouveau-nés bénéficiaient du colostrum. Ce taux est encore plus bas en Egypte : 25% des enfants Egyptiens bénéficient du colostrum (WHO 1999).

Quant à l'Afrique de l'Est, particulièrement au Rwanda, 97% des enfants sont allaités exclusivement au sein dont 90% de moins de 4 mois ; c'est l'un des taux le plus élevé en Afrique mais seulement 18% reçoivent le colostrum (WHO 1999) bien qu'il soit considéré comme le liquide qui précède simplement le lait, favorable à la croissance future du nouveau-né (CARAEL et MSELLATI et al 2000) ; en Ethiopie, seulement 1/3 des nouveau-nés bénéficient du colostrum ; cependant, l'allaitement exclusif est de l'ordre de 99% ; c'est le plus élevé en Afrique et concerne 3/4 des enfants âgés de 6 mois.

Le Congo, le Malawi, l'Iran, le Botswana affichent les taux les plus élevés de consommation du colostrum avec respectivement 100%, 90%, 81% et 77%. Quant à l'allaitement exclusif, ce sont respectivement pour les deux derniers pays 48% et 41%. Cette forte consommation du colostrum n'est pas le cas dans certains pays comme le Cameroun qui affiche un taux de consommation de 12% ; encore moins du Madagascar où seulement 6% en bénéficient. Ce faible taux de consommation du colostrum s'observe également au Bénin où uniquement 24% sont mis immédiatement au sein (les mères scolarisées sont celles qui en donnent le plus à leurs enfants) tandis que 63% le sont au bout de 24 heures. L'allaitement exclusif est de l'ordre de 13%.

Au Ghana, 50% des enfants bénéficient du colostrum; cependant, les mères du Nord du pays affichent un refus quant à sa consommation estimant que c'est du "mauvais lait" susceptible de rendre le bébé malade. Celles qui en donnent à leurs enfants pensent au contraire, qu'il est une partie du lait maternel. L'allaitement exclusif représente 8% (WHO, 1999).

Au Burkina Faso, 45% des nouveau-nés sont mis immédiatement au sein dès le premier jour de leur naissance. Quant à la consommation du colostrum, elle varie selon les ethnies (WHO, 1999). C'est ce qu'une étude nutritionnelle dans la province de la Gnagna confirme avec un taux de rejet

de 47,2% chez les Gulmaceba ; 39,3% chez les Mossi et 6% chez les Peuls (SAWADOGO, 2002). Chez les premiers, selon des études antérieures, le nouveau-né ne boit que de l'eau pendant deux (2) à trois (3) jours, en attendant que l'on sache si le lait maternel est bon (KINTZ et al "Folk-Demography").

Karim BOUGMA (2000), dans une étude de quatre (4) villages de Kongoussi révèle que les enfants pour la plupart sont mis tardivement au sein (0,0% à 28% seulement bénéficient du colostrum). Néanmoins la quasi-totalité de ceux-ci sont allaités jusqu'à l'âge de deux (2) ans.

Amivi NOUKPOAPE (1997), dans une étude similaire, affirme que dans la région de Garango 21,3% des enfants sont mis au sein dès le premier jour de leur naissance contre 78,7% bénéficiant d'autres liquides, en attendant la montée laiteuse. Ainsi, ces derniers consomment différents liquides durant les deux ou quatre premiers jours de leur existence au détriment du colostrum qualifié par la société Bissa de "mauvaise qualité", de liquide "sale" et "trouble", à "odeur répugnante et nauséabonde", "responsable de diarrhée, de plaies buccales et stomacale du nouveau-né". Ce liquide est donc extrait jusqu'à la montée du lait "pur" et ce, sur le conseil des vieilles femmes. Plusieurs raisons expliquent son rejet selon l'auteur : si certaines le rejettent par ignorance et par manque d'informations, d'autres par contre le rejettent par souci de respect des coutumes. L'auteur conclut par un constat à savoir que les jeunes mères ont commencé à prendre conscience de l'importance du colostrum. Quant à l'allaitement exclusif, il représente 0% dans la région, car les mères pensent que l'eau complète le lait chez l'enfant.

Chez les Peuls du Séno par contre, le colostrum est systématiquement donné à l'enfant ; il est perçu comme étant très riche et l'enfant doit en profiter afin de se développer au mieux ; le colostrum permet également d'expulser les déchets présents dans le corps de l'enfant à travers les selles (QUERRE et al 2000).

La pratique de l'allaitement est quasi générale au Burkina Faso ; cependant, plus de la moitié des nouveaux-nés ne sont pas allaités par leurs mères le premier jour de leur existence. Ce comportement peut avoir un effet néfaste sur la santé de l'enfant, car c'est lors de l'allaitement dans les 24 premières heures après la naissance que l'enfant peut recevoir le colostrum contenant les anti-corps de la mère. De plus, le nouveau-né non allaité dans les premières 24 heures reçoit à la place de l'eau et d'autres liquides qui contiennent souvent des agents pathogènes pouvant déclencher des maladies infectieuses (EDS 1993).

Globalement, les études démographiques et de santé (EDS) indiquent qu'au Burkina Faso, la mise au sein est tardive ; 55% des nouveaux-nés ne bénéficient pas du colostrum d'où la mise au sein tardive accompagnée de consommation de liquides ; quant à l'allaitement exclusif (première recommandation de l'OMS) seulement 5% des mères le pratiquent. L'allaitement associé à l'utilisation des boissons est le plus dominant.

2.2 - Alimentation de complément et sevrage

L'une des recommandations de l'OMS est l'introduction des aliments de complément à partir de 4 ou 6 mois chez les jeunes enfants.

Pour André BRIEND (1985), si de la naissance à quatre (4) mois, le lait maternel reste suffisant pour couvrir les besoins de l'enfant, à partir de six (6) mois, il devient insuffisant d'où la nécessité d'introduire une alimentation variée. C'est à cette période que les problèmes alimentaires les plus importants dans la vie de l'enfant se situent ; ces problèmes sont inhérents au mode d'allaitement maternel et aux pratiques alimentaires (âge d'introduction des AC, fréquences des repas, aspects relationnels et la qualité des régimes c'est-à-dire l'hygiène) (DELPEUCH et al, 1995).

L'introduction des AC présage un sevrage, et selon Serge TRECHE (1996), le sevrage doit commencer par des bouillies à consistance liquide ou semi-liquide à cause de l'incapacité du jeune enfant à mastiquer avant un certain âge. La cherté et la non-disponibilité des aliments de base constituent l'un des problèmes du sevrage constate-t-il. André BRIEND (1985) dans cette même lancée propose son déroulement comme suite : la période des bouillies à deux (2) aliments, la période des bouillies multiples, et enfin le plat familial.

Hélène AGBESSI DOS SANTOS et Michel DAMON (1987) constatent en Afrique deux (2) cas de figures dans l'allaitement : soit l'enfant est sevré brusquement après s'être nourri exclusivement au sein pendant deux (2) ans ; l'inconvénient de cette pratique est que le lait devient insuffisant à partir de six (6) mois pour couvrir les besoins notamment en fer, d'où la dénutrition protéino-énergétique ; soit il reçoit en plus du lait des suppléments ou compléments peu nourrissants en calorie d'où le risque du kwashiorkor. Il conclut en proposant la prolongation de l'allaitement maternel au delà d'un an et l'introduction des AC à partir du quatrième (4^e) mois. Mais la réalité est tout autre : l'introduction des AC est soit précoce, soit tardif.

a - Introduction précoce des AC

Les introductions précoces des AC sont celles qui ont lieu avant le 4^e ou le 6^e mois de l'enfant.

Au Bénin, l'introduction des AC est précoce avec 34% d'enfants âgés de 2-3 mois recevant les premiers aliments. Le Cameroun affiche presque le même pourcentage : 28% des enfants de moins de quatre (4) mois consomment des AC. C'est également le cas du Malawi où 25% d'enfants âgés de 0-1 mois et 60% de 2-3 mois soit un total de 85 % recevant assez tôt les AC. (WHO, 1999).

Naloubèbouolè DABIRE (2002) abordant l'introduction des AC dans une étude sur les tabous alimentaires dans la société Dagara a également constaté que l'introduction des AC était précoce. En effet, les bouillies sont introduites dès le 2^e mois ; il en est de même du plat familial ; il est introduit à partir du 6^e ou 8^e mois. Cette précocité se constate également dans des pays comme le Congo où les bouillies sont introduites à partir de la septième (7^e) semaine (moins de deux mois) du nouveau-né (BONVILLE, 1994). Félicité TCHIBINDAT (1995) confirme cette situation au Congo en précisant que les aliments notamment la bouillie sont introduits précocement à un moment où la physiologie de l'enfant ne permet pas de les utiliser et où leur consommation entre en compétition avec le lait maternel. L'introduction du plat familial coïncide avec l'arrêt de consommation des bouillies qui ne jouent plus leur rôle de transition vers l'alimentation. Pour Bernard DELPECH (1995) cette précocité de l'introduction des aliments repose sur la conviction que le sein seul ne saurait suffire à alimenter convenablement un bébé ; malheureusement, très pauvres en protéines, ces aliments présentent plus d'inconvénients que d'avantages : d'une part, ils exposent l'enfant à des risques de contamination ; d'autre part, le gavage intensif (...) peut conduire ce dernier à "s'auto-sevrer". C'est également ce que Francis DELPEUCH (1995) soutient : les quantités d'AC trop élevées perturbent l'alimentation au sein ; trop faibles elles n'assurent pas une couverture suffisante des besoins.

Au Burkina Faso 50% des enfants reçoivent des aliments de complément entre l'âge de six (6) et neuf (9) mois. Les EDS estiment précoce la période d'introduction des aliments de complément dans l'ensemble.

Cependant, des introductions tardives des AC sont légion dans plusieurs pays d'Afrique et d'ailleurs.

b - Introduction tardive des AC

Les introductions tardives sont celles qui ont lieu après le quatrième ou le sixième mois préconisé par L'OMS.

Au Maroc tout comme en Egypte, l'introduction des AC demeure tardive avec respectivement 22% d'enfants de 4-5 mois et 71% d'enfants de 6-7 mois qui sont les premiers à recevoir les AC. Certains pays orientaux comme le Pakistan se situent sur la même longueur d'onde avec seulement 31% des enfants recevant à temps les AC (WHO, 1999).

En Ethiopie, la poursuite prolongée de l'allaitement exclusif induit une introduction tardive des AC ; 30% des enfants âgés de 6-9 mois consomment pour la première fois les AC tandis qu'à 12 mois 22% des enfants n'ont pas encore reçu d'AC.

Koungno Jean-François SOME (1999) dans une étude sur le cas d'enfants admis dans des centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) à Ouagadougou a constaté que 35% des enfants de six (6) à neuf (9) mois, en phase de récupération n'avaient pour nourriture que le lait maternel. Pascale GERBOUIN REROLLE (1996) observe quant à elle, non seulement une introduction précoce des AC liquides, mais également une absence d'AC solides au delà de six (6) mois.

Dans l'étude de Karim BOUGMA (2000) les AC sont introduits à partir du sixième (6^e) mois pour les liquides (bouillies) tandis que le plat familial intervient dès le neuvième mois dans le Bam. L'auteur signale peu d'interdits alimentaires permanents. Cependant, c'est à la période de consommation des nouveaux aliments que la malnutrition apparaît.

Quant à Amivi NOUKPOAPE (1997), en moyenne, la bouillie est introduite dès le sixième mois et le plat familial dès le dixième mois chez les Bissa. Les œufs et la viande constituent les principaux aliments interdits aux enfants, mais ces interdits ne sont plus respectés par les mères ; malheureusement, le manque des moyens financiers ne leur permet pas d'en donner à leur progéniture ; cette pénurie financière justifie également l'absence de plats spéciaux pour les enfants. Les femmes, toutes catégories confondues, conclut-il, ignorent la relation entre alimentation et maladies.

Naloubèbouolè DABIRE (2002) souligne l'importance des interdits alimentaires à l'égard des enfants dans la société Dagara. Ce sont entre autres, la viande, le poisson, le sucre, le miel et les œufs. Riches en nutriments essentiels, notamment en protéines et en vitamines, leur non-consommation est source de malnutrition. Ces interdits sont d'ordre moral, socio-culturel et socio-

économique. Ils sont renforcés par la méconnaissance des besoins nutritionnels des enfants par leurs parents. En effet, selon l'auteur, beaucoup d'enquêtés affirment n'avoir pris conscience de l'importance de l'alimentation sur la santé qu'à l'issue des séances de sensibilisation d'un projet dénommé WAYE-NYE. Pour certains, la mise en pratique des conseils reçus s'avère difficile eu égard aux difficultés financières ; pour d'autres par contre, des produits à faible coût équivalents à ceux recommandés (viande, œuf, poisson) peuvent pallier aux insuffisances nutritionnelles dont ils sont victimes. Pour Naloubèbouolè DABIRE le sevrage brusque, source jadis de malnutrition et de mortalité infantiles est de nos jours banni des techniques du sevrage et de soutenir que le projet WAYE-NYE par son organisation rigoureuse et un suivi régulier est l'auteur de ce changement. La fréquence journalière des repas dans la zone est deux (2). Les hommes en saison sèche n'en consomment qu'une fois par jour et ce, généralement la nuit ; cette situation les incite à se nourrir de viande dans les lieux publics au détriment de leurs progénitures et compagnes qui en ont plus besoin. Les enfants quant à eux se contentent de la nourriture de la veille toute la journée. Elle conclut par une panoplie de recommandations parmi lesquelles une sensibilisation soutenue au bénéfice des hommes, une amélioration des conditions de vie à travers la construction et l'amélioration des retenues d'eau, des projets de développement participatif qui contribueront à l'aboutissement des changements qualitatifs dans le domaine alimentaire dans cette région.

Au regard des différentes approches dont nous venons de faire étalage, force est de constater la faible mise en pratique des recommandations de l'OMS à savoir la consommation du colostrum, l'allaitement exclusif et l'introduction des AC à partir de 4 ou 6 mois.

Le colostrum dans la majorité des cas est rejeté ; quant aux aliments de complément, ils sont soit introduits précocement, soit tardivement mais rarement en temps opportun.

Si l'utilisation du colostrum connaît une justification, les auteurs en ce qui concerne le lait et les AC ont surtout mis l'accent sur le mode d'allaitement, la période d'introduction des AC et les fonctions biologiques qu'ils remplissent ; or les pratiques d'allaitement et la consommation des AC obéissent également à des fonctions sociales.

Quant aux interdits alimentaires et le manque de moyens financiers souvent soulevés par les auteurs, ils jouent certes un rôle important dans le choix alimentaire mais ils ne sauraient à notre avis le justifier assez. En effet beaucoup d'aliments équivalents sur le plan nutritionnel à ceux interdits et exempts de toute contrainte financière sont souvent exclus des préférences alimentaires malgré leur accessibilité.

Nous nous proposons de consigner le taux de consommation du colostrum dans les différents pays dans le tableau suivant :

Tableau n°1 : taux de consommation du colostrum selon les pays.

Pays	Taux de consommation du colostrum
Burkina Faso	45%
Benin	24%
Botswana	77%
Cameroun	12%
Congo	100%
Egypte	25%
Ghana	50%
Iran	81%
Madagascar	6%
Malawi	90%
Maroc	41%
Rwanda	18%

Dans presque tous les pays, plus de la moitié des enfants sont privés du colostrum. Le taux de rejet l'emporte sur celui de la consommation hormis le Congo, le Malawi, l'Iran et le Botswana où celui-ci prédomine avec respectivement 100%, 90%, 81%, 77% de consommation. Le Madagascar enregistre le taux le plus faible : 6%.

3 - Problème et question spécifiques

Les différentes études relatives à notre thème dont nous avons pris connaissance ont été non seulement réalisées dans des régions bien précises, mais relèvent moins de la sociologie ; leurs résultats ne sauraient donc s'appliquer à toutes les sociétés burkinabè. Il s'avère donc nécessaire pour nous de mener des investigations similaires à savoir porter un regard sociologique sur les **logiques et représentations des pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois dans la province de la Gnagna** pour mieux cerner le phénomène dans cette zone gulmacema. Quelles sont les logiques et représentations qui déterminent les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois dans la Gnagna ?

A cette question générale se greffent celles spécifiques suivantes :

L'âge de la mère, son expérience maternelle, sa perception des AC ont-ils un impact sur l'âge de leur introduction ? Quelles connaissances en matière d'alimentation infantile les mères possèdent-elles ? L'absence ou la présence d'éducation nutritionnelle a-t-elle une influence sur l'âge, les modes de sevrage et la fréquence journalière de consommation ?

4 - Champs sociologiques

Notre thème est au carrefour de plusieurs champs sociologiques : la sociologie du développement en ce sens que l'alimentation constitue un indicateur de développement selon la classification de certaines agences spécialisées du système onusien tel le FIDA (Fond International du Développement Agricole). Le Burkina Faso, contrairement aux pays auto-suffisants sur le plan alimentaire et à ceux financeurs d'aide alimentaire se classe parmi ceux demandeurs d'aide alimentaire ; ce qui fait de lui, un pays en voie de développement. Il est par ailleurs classé 175^e sur 177 Etats dans le rapport annuel 2004 du PNUD.

Il embrasse également le domaine de la sociologie de la santé : « faites de votre alimentation votre remède » disait Hypocrate. Cette exhortation rappelle combien la santé reste inhérente à l'alimentation. Son insuffisance et son inadéquation affectent la vie des individus de tout âge. Ainsi, au Burkina, l'insuffisance pondérale à la naissance est de l'ordre de 19% (Situation des enfants dans le monde 2004) et l'espérance de vie de l'ordre de 53 ans.¹

La famille est un cadre privilégié d'éducation aussi bien moderne que traditionnelle. L'emprise de cette unité familiale est surtout l'apanage des sociétés traditionnelles où tout se décide en son sein.

¹ www.burkinaonline.bf/burkina/burkina.htm extraite le 02 Juillet 2005

Aussi, nous ne saurions passer sous silence celle-ci en intégrant l'éducation comme variable dans notre étude. La sociologie de l'éducation et de la famille font donc parties intégrantes de notre étude.

5 - Objectifs de la recherche

a - Objectif principal

La présente étude vise la compréhension des logiques et représentations qui orientent les pratiques d'allaitement et d'alimentation infantile dans la zone gnagnalaise.

b - Objectifs spécifiques

La présente étude vise à :

- comparer l'âge, l'expérience maternelle de la mère, la perception des AC par la mère à l'âge de leur introduction.
- comparer le mode d'alimentation au degré de connaissances de la mère en matière d'alimentation infantile.
- ces connaissances supposent une éducation nutritionnelle ; il s'agit donc d'établir la relation entre l'éducation nutritionnelle et les processus et l'âge du sevrage, et les différents modes d'alimentation.

6 - Intérêts de la recherche

L'intérêt primordial de cette étude repose sur la compréhension des habitudes alimentaires infantiles dans la Gnagna ; en plus elle sera une référence pour les études et interventions ultérieures ; ce travail enrichira également la bibliographie existante.

Au regard des problèmes alimentaires (malnutrition) auxquels sont confrontés les pays en développement eu égard à leur pauvreté et à leur contexte socio-culturel, ce travail permettrait aux organismes notamment à Nutrifaso communautaire, à l'UNICEF, à l'OMS, au PAM, d'intervenir dans le domaine de la santé alimentaire en tenant compte des présents résultats et par là d'améliorer à long terme certains comportements inappropriés.

A l'issue de cette étude nous arriverons également à l'évaluation des connaissances des mères en matière d'allaitement et d'alimentation infantile.

Chapitre II : METHODOLOGIE

« Les personnes engagées dans un effort scientifique doivent tenter d'explicitier au mieux l'intuition qui les guide, les moyens dont elles croient pouvoir se doter et la visée qu'elles prennent. Les faits viennent ensuite, pour corroborer cette visée ou pour la corriger » (ROUQUETTE et RATEAU, 1998 :125).

L'objet de ce chapitre est d'énoncer d'abord les différentes hypothèses, les variables et les indicateurs, puis de préciser certains termes pour éviter tout équivoque. Une recherche sociale n'est possible que s'il y a des acteurs sociaux ; pour ce faire, nous présenterons notre population d'enquête et la technique mise en œuvre pour sa sélection. Nous présenterons également les outils utilisés pour la collecte des données, les outils d'analyse des données, l'organisation de la collecte des données ; nous ne saurons achever ce chapitre sans évoquer les difficultés et les limites de notre enquête.

1-Hypothèses

a - Hypothèse principale

Les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément obéissent à des logiques et représentations.

b - Hypothèses secondaires

- L'âge d'introduction des AC serait fonction de l'âge, de l'expérience maternelle de la mère et de sa perception des AC.
- La connaissance de la mère en matière d'alimentation infantile détermine le mode d'alimentation de son enfant.
- La présence ou l'absence de l'éducation nutritionnelle justifie l'âge et les modes de sevrage de même que les fréquences journalières de consommation.

2 - Variables et indicateurs

« L'analyse des faits sociaux consiste, comme celle des faits naturels, à introduire certaines variables, puis certaines relations entre les variables » (BOUDON, 1998 : 23).

a - Variables

Nous avons retenu comme variables :

Variables indépendantes

- **L'âge** : la majorité des mères enquêtées sont relativement jeunes.
- **La religion** : le catholicisme associé à l'animisme constitue la principale religion pratiquée.
- **L'ethnie** : l'étude se déroulant en pays gulmace, les mères Gulmaceba sont évidemment les plus nombreuses ; à celles-ci, s'ajoutent quelques Mõõse et Fõlbè.
- **Le niveau d'instruction** : il est quasiment faible ; le niveau le plus élevé est celui primaire.
- **La situation matrimoniale** : la plupart de nos enquêtées sont sous le régime de la polygynie
- **La taille de l'UCH** : elle est considérable, on y dénombre souvent plus de cent (100) personnes.
- **Le nombre d'enfants dans l'UCH** : il est également important et varie selon la taille de l'UCH.
- **Les sources de revenus** : toute la population de l'étude possède une source de revenus ; ce sont entre autre des champs (d'arachides¹ surtout), le petit commerce et l'élevage.

b- Variables et indicateurs

Pour ce qui est des variables relatives à notre thème et les indicateurs, nous les avons consignés dans le tableau ci-dessous :

¹ Exception faite des femmes Peuls, toutes les mères possèdent au moins un champ d'arachides ; après les récoltes ces arachides sont vendues pour satisfaire les différents besoins (achat de vêtements, soins des enfants, achat de nourriture) ou pour acheter des animaux à élever ; les feuilles des arachides sont destinées à cet élevage comme foin.

Tableau n°2 : variables et indicateurs relatifs à l'étude.

Hypothèses	Objectifs	Variables	indicateurs
1	Comparer l'âge de la mère, son expérience maternelle, sa perception des AC à l'âge de leur introduction	<ul style="list-style-type: none"> - L'âge de la mère - Nombre d'enfants vivant de la mère - Perception des AC 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en relation l'âge de la mère et celui d'introduction des AC - Identifier le nombre d'enfants par mère en rapport avec l'âge d'introduction des AC - Repérer les différentes représentations des AC
2	Evaluer les connaissances de la mère en matière d'alimentation infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Nature des AC - Impact de l'alimentation sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - AC liquide ou solide - Identifier les différentes appréhensions de l'alimentation sur la santé
3	Cerner l'impact de l'éducation nutritionnelle sur les modes et processus de sevrage de même que la fréquence journalière de consommation	<ul style="list-style-type: none"> - Age du sevrage - Processus de sevrage - Fréquences journalières de consommation 	<ul style="list-style-type: none"> - Sevrage précoce, s - Mettre en relief l'éducation nutritionnelle et le processus du sevrage (brusque, progressif) ainsi que les différentes fréquences journalières de consommation des AC

A notre entendement, les différentes pratiques d'allaitement et d'alimentation sont la projection de ces variables et indicateurs.

3 – Définition des concepts

Pour permettre une meilleure compréhension de certains concepts utilisés dans notre étude et lever toute équivoque, nous nous proposons de leur donner des définitions contextuelles correspondant aux usages que nous en faisons, car « ce serait une grave erreur de croire qu'on peut se passer de tout vocabulaire spécialisé et qu'il est possible de bâtir une science avec les mots de tous les jours. Il convient, au contraire, de se défier des imprécisions et des naïvetés véhiculées par le sens commun » (COLLEYN 1998 : 11).

1- Logiques : Selon le lexique des sciences sociales, la logique, c'est le domaine de la philosophie qui définit les règles de raisonnement valide (ARISTOTE).

Selon le Petit Larousse illustré, c'est la science du raisonnement ; c'est une manière de raisonner juste, méthodique, c'est une cohérence interne. C'est l'ensemble des relations qui règlent le fonctionnement d'une organisation ou l'application de phénomènes. Pour le Petit Robert, c'est ce qui est normal, explicable.

La logique, c'est la science des lois formelles de la pensée c'est-à-dire de ce qu'il y a de permanent dans les formes si diverses sous lesquelles l'intelligence humaine se développe et se produit.¹

Selon les auteurs de la logique de Port-Royal, la logique c'est l'art de penser qui comprend les quatre (4) opérations principales de la pensée : concevoir, juger, raisonner, ordonner.²

C'est également un raisonnement correcte, valide, qui s'accorde avec certaines règles ou normes du raisonnement ; c'est ce qui paraît intuitivement évidentes ; les normes logiques sont comparables aux règles de la conduite, aux normes morales. Ce sont des impératifs ou des prescriptions que nous suivons (Pascal ENGEL).

Dans le contexte de notre étude, nous la définissons comme la détermination des règles à suivre et l'application de ces règles de raisonnement des acteurs sociaux par eux-mêmes, en ce sens que les actes constituent la projection de nos différents raisonnements.

¹ <http://www.cosmovisions.com/logique.htm>

² <http://www.cosmovisions.com/logique.htm>

2 - Représentations : le concept de représentations (sociales) est un concept très vaste et mal circonscrit comme en témoignent la multitude de définitions qui l'entourent. Ainsi selon Michel-Louis ROUQUETTE et Patrick RATEAU « les représentations sont une clé qui donne accès à la compréhension » (1998 : 14). Elles ont pour rôle majeur de guider le jugement et l'action, la compréhension du monde et l'emprise pratique sur celui-ci.

Pour Denise JODELET, les représentations sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal ; elles sont des systèmes d'interprétation qui régissent notre relation au monde et aux autres ; elles orientent et organisent les conduites et les communications sociales ; la représentation serait tributaire de la position que les sujets occupent dans la société, l'économie et la culture.

Quant à Gustave Nicolas FISCHER « la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales etc) et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifeste au cours des inter-actions sociales (1998 :126)

En résumé, nous retenons que les représentations sont un processus d'élaboration mentale impliquant des érections de règles sociales à suivre selon la manière dont nous percevons le monde et les objets qui nous entourent. En d'autres termes, elles constituent le miroir de notre conception des choses et du monde et se situent à l'origine de nos actions.

3 - Sevrage : le Petit Larousse illustré le définit comme l'action de cesser l'allaitement d'un enfant pour lui donner une alimentation plus solide ; c'est également l'action de désaccoutumer quelqu'un de quelque chose spécialement de l'alcool, d'une drogue. Nous nous intéresserons au premier cas c'est-à-dire au sevrage relatif à l'allaitement.

Pour Bruno de BENOIST, il faut reconnaître au sevrage cinq (5) facteurs :

- les facteurs nutritionnels : il s'agit de compléter les apports nutritifs du lait maternel pour répondre aux besoins du nourrisson ;
- les facteurs adaptatifs : le sevrage consiste dans le passage d'une alimentation basée sur le lait maternel à une alimentation basée sur les céréales ;
- les facteurs socio-culturels : le sevrage est un apprentissage au cours duquel l'enfant s'initie à des aliments dont le goût et la texture sont différents de ceux du lait et, par conséquent, nouveau pour lui ;

- les facteurs psycho-affectifs : le sevrage entraîne une modification de la relation de l'enfant avec sa mère dans le sens d'une moins grande dépendance ;
- les facteurs temporels : le sevrage est un phénomène progressif s'étalant dans le temps.

Sadek Ali ABDELAAL abonde presque dans le même sens, lorsqu'il avance que le sevrage est la manière dont un enfant est habitué à se passer du lait maternel.

Quant à Hélène AGBESSI DOS-SANTOS et Michel DAMON, il est la suppression de l'allaitement maternel et son remplacement par l'alimentation adulte ; c'est également l'accoutumance progressive du jeune enfant à l'alimentation diversifiée .

Ces différentes définitions nous semblent plutôt convenir au concept : processus de sevrage. Dans le cas de notre étude, nous appelons sevrage l'arrêt de consommation du lait maternel ou artificiel comme nourriture principale et la consommation de divers autres aliments, liquides et solides.

4 - Malnutrition : selon le dictionnaire médical, la malnutrition est un terme général désignant toute anomalie de la nutrition par excès, défaut ou déséquilibre. Pour Dar Francis SOME c'est un ensemble d'états morbides liés à l'inadéquation entre les besoins et les apports en nutriments au niveau de l'organisme.

Le guide pratique pour la vulgarisation de la nutrition (à l'usage des agents de terrain) la définit comme la carence ou l'excès dans les apports alimentaires de substances nutritives (nutriments) et /ou d'énergie. C'est un déséquilibre alimentaire.

Dans notre contexte, elle est synonyme de carence dans les apports alimentaires de substances nutritives (nutriments) et/ou d'énergie ; dans ce cas, elle est une sous-alimentation qui se caractérise par la consommation d'une quantité insuffisante de nourriture pendant une longue période. La malnutrition vue comme sous-alimentation est caractéristique des pays en voie de développement.

Elle se manifeste par les avitaminoses (ou MPE chez les enfants¹); ce sont entre autres : le kwashiorkor, le marasme² et le rachitisme ; chez l'adulte nous avons le goitre, le bérubéri et le scorbut entre autres.³

¹ MPE : maladies protéino-énergétiques. Pour VAUGELADE (1988), les causes de la malnutrition sont entre autres : le régime alimentaire de sevrage inadéquat, les interdits alimentaires et les pénuries.

² Le kwashiorkor est du à une alimentation suffisamment riche en calorie mais carencée en protéines ; il survient à l'âge du sevrage qui constitue la période de transition.

Le marasme ou maladie de la "faim" est caractérisée par une carence globale en nutriments ; il apparaît dans la première année de vie marquée par la croissance rapide ; elle est causée par le sevrage précoce ou l'allaitement prolongé sans apports d'autres aliments.

³ Le goitre est du à une carence d'iode dans l'alimentation, le bérubéri à une carence de vitamine B et le scorbut à une carence de vitamine C.

4 - Population d'enquête

Notre population cible est composée de mères d'enfants âgés de 23 à 24 mois nés dans les trois (3) départements (Bilanga, Liptougou, Manni) concernés par la phase pilote du projet Nutrifaso communautaire et y résidant depuis la naissance de l'enfant. Elle concerne également les vieilles personnes.

Pourquoi parlant de pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants de 0 à 24 mois , notre attention s'est porté sur les mères d'enfants de 23 à 24 mois ? Nous l'avons fait pour deux raisons : si nous avions opté pour des mères d'enfants moins âgés, nous serions confrontée à un problème d'impossibilité de réponses pour les mères primipares dont les enfants n'auraient pas encore consommé les aliments de complément à plus forte raison d'être sevrés ; c'est pourquoi nous avons opté pour les mères d'enfants âgés de 23 à 24 mois tout en faisant "un fil back" sur leur passé alimentaire. En effet, à cet âge les enfants sont censés avoir franchi plusieurs étapes relatives à l'allaitement et à l'alimentation de complément. De plus, les mères, premières responsables de ces jeunes enfants dépourvus de raison eu égard à leur âge, sont les mieux indiquées pour nous fournir des informations crédibles quant à ces pratiques. Pour cerner davantage le phénomène, nous avons associé à ces mères les vieilles personnes, dépositaires de la tradition et quelques associations oeuvrant entre autres dans le domaine alimentaire.

5 - Echantillonnage et échantillon

L'enquête a concerné trois (3) départements principaux bénéficiaires de la phase pilote du projet Nutrifaso communautaire. Chaque département compte deux (2) centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Cinq villages sont retenus dans chaque CSPS dont le village hôte et quatre autres villages tirés au sort ; ce qui donne un total de trente (30) villages. Le choix des départements et de la population d'enquête a été raisonné en prenant en compte la situation géographique (le Nord-Ouest, l'Est et le Sud) et l'appartenance ethnique. C'est également le cas des quatre (4) villages dans chacun des six (6) CSPS : ils ont été tirés au sort mais, leur proximité ou leur éloignement d'un CSPS ont constitué des critères ayant prévalu à leur rétention dans l'ensemble à choisir.

Un recensement exhaustif des nouveau-nés a été réalisé au cours de l'année 2002 par une équipe nutritionnelle de l'IRD dans les villages retenus. Tous les enfants âgés de zéro (0) à quinze (15)

jours lors du passage de l'équipe, et dont les mères comptaient résider les deux (2) années suivantes dans la même localité ont été retenus. Cent dix huit (118) enfants ont été recensés.

Nous avons opté pour la méthode du choix raisonné en retenant les mères de ces enfants. Cette méthode (choix raisonné) « consiste à analyser soigneusement les caractéristiques de la population d'enquête à l'aide de recensements et statistiques objectives ou officielles déjà mentionnées, à repérer celles de ces caractéristiques qui sont en relation logique avec les objectifs de l'enquête » (MUCCHIELLI 1984 : 18).

Vu le chiffre (cent-dix-huit '118' enfants) peu élevé, les éventuels abandons (déplacement hors de la province), et la mortalité infantile, l'ensemble des enfants recensés par celle-ci ont été retenus "a priori" pour notre étude. Cet échantillon a fait l'objet d'une étude nutritionnelle depuis les premiers mois d'existence des enfants. Il s'est réduit à quatre vingt et dix neuf (99) individus lors de notre passage pour les raisons précitées. .

La sélection des vieilles personnes et des associations a été faite sur place. Pour les premières, les critères reposaient sur la maternité c'est-à-dire avoir été mère et pour plus de sûreté, nous choisissons les belle-mères de nos enquêtées pour la plupart du temps. Pour les dernières, les activités menées ont été déterminantes.

6 - Outils de collecte des données

Nos outils de travail ont été constitués :

- **de questionnaire** à remplir, adressé à la population cible notamment aux mères. Il est constitué de questions fermées avec des réponses prévues et des questions ouvertes afin d'obtenir aussi bien des informations quantitatives que qualitatives : les questions ouvertes en effet ont l'avantage de laisser à l'individu la liberté de s'exprimer comme il veut, de formuler à sa guise son opinion en réponse à la question posée. Il a concerné quatre-vingt-dix-neuf (99) mères dont vingt-et-un (21) dans le département de Bilanga, vingt et neuf (29) dans celui de Liptougou et enfin quarante-neuf (49) dans le département de Manni.

- **du guide d'entretien** pour compléter le questionnaire. Afin d'obtenir des informations qualitatives et d'établir des comparaisons diachroniques des pratiques d'allaitement et d'alimentation infantile, et saisir le fondement de celles-ci, un guide d'entretien semi-directif a été élaboré à l'intention des vieilles personnes notamment des femmes. Il a été également adressé

aux personnes ressources que sont les structures de développement oeuvrant entre autre dans le domaine de l'alimentation et aux ICP de CSPS pour d'une part mesurer l'ampleur du phénomène et d'autre part obtenir des informations objectives. Les différents thèmes ont été traduits en questions concrètes pour leur meilleure compréhension. Au total, nous avons réalisé quinze (15) entretiens. Huit (8) ont été adressés à la population cible (les mères et les vieilles personnes); ils se repartissent comme suite : cinq (5) entretiens collectifs dont un groupe composé de mères allaitantes, un groupe composé de vieilles femmes et mères allaitantes, trois (3) entretiens composés uniquement de vieilles femmes et trois (3) entretiens individuels avec deux (2) vieilles femmes et un vieil homme ; quatre (4) entretiens ont été administrés aux associations suivantes : l'ICVODEV, FIIMBA, TIN-TUA, l'APDC, et trois (3) entretiens réalisés avec des agents de santé. Ces différents entretiens ont été enregistrés sur des cassettes à l'aide d'un dictaphone, mais certains on été transcrits.

- **de l'observation directe** : elle a été menée discrètement auprès de la population sans indices d'intéressement de notre part dans le souci de confronter les faits aux informations ; l'observation consiste à recueillir des informations sur des agents sociaux en captant leurs comportements, et leurs propos au moment où ils se manifestent ; elles permettent de saisir les phénomènes sur le vif, (GUIBERT, JUMEL, 1997) et de confronter les faits réels aux informations recueillies c'est-à-dire, confronter le dit et le non-dit. Elle nous a permise de constater de manière générale certaines pratiques inhérentes à l'alimentation : les céréales sont toujours détégumentées au mortier avant d'y être réduites en farine. Les fréquences journalières de préparation est de deux (2). La sauce prédominante reste celle des feuilles sèches de baobab¹.

Quant aux comportements des mères par rapport à l'alimentation de leurs enfants, nous avons constaté une forte consommation des friandises achetées : on a les galettes, les beignets (de blé et d'haricot) ; il y a également l'achat de plat de résistance (principalement le riz) et des fruits (pastèques) au profit des enfants. Le tô délayé est généralement consommé par ceux-ci au milieu de la journée. Les enfants qui refusent de manger sont soumis au gavage de bouillie ou de tô délayé ; des cas de malnutritions sévères chez certains enfants ont été constatés².

¹ Notre enquête s'est déroulé en saison sèche ce qui ne nous a pas permise de constater si les feuilles fraîches étaient consommées avec le même engouement ou si elles constituaient la principale sauce en saison hivernale.

² Certains enfants à 24 mois étaient tellement émaciés qu'ils étaient incapables de se déplacer même à "quatre pattes".

Les mères font aussi recours aux vivres du PAM par le biais des pesées : les CSPS refusent du monde aux séances de pesées ; c'est au cours de ces séances que celles-là apprennent la préparation de bouillies enrichies.¹

Ces différentes remarques ont été mentionnées dans des bloc-notes pour les besoins de l'analyse.

- de l'observation participante ; nous l'avons pratiqué, mais uniquement en ce qui concerne l'alimentation ; ainsi avons-nous accompli certaines tâches inhérentes à l'alimentation comme la détégumentation de céréales, la préparation de tô et enfin la préparation et la distribution de bouillies enrichies lors des pesées dans les CSPS.

En résumé, les questionnaires étaient adressés uniquement aux mères d'enfants, tandis que les guides d'entretien ont été administrés aux vieilles personnes et/ou mères d'enfants, aux personnes ressources à savoir les ICP de CSPS et quelques structures de développement oeuvrant entre autre dans le domaine de l'alimentation sous quelque forme que ce soit.

7 - Outils d'analyse des données

« Les méthodes au terme du travail, vont bien au delà de la fourniture de matériaux bruts à la réflexion. Elles déteignent sur l'interprétation qui est donnée, imposant un moule dont il est difficile de se dégager complètement » (SAUTTER 1988 : 20).

Nous avons procédé à un dépouillement manuel et informatique de nos données. Les questionnaires ont été tous dépouillés manuellement : si les questions fermées ont été pré-codées, il en était autrement pour les questions ouvertes, nous avons donc affecté des codes aux différentes réponses à ces questions pour les besoins de l'exploitation. Quant aux guides d'entretien, ils ont été dépouillés par traitement informatique au moyen du logiciel ATLAS. ti ; mais avant, nous avons d'abord procédé à la transcription des différents discours avant de passer à leur traitement. Onze entretiens ont été exploités.

Quant à l'analyse, nous avons combiné l'analyse statistique et l'analyse de contenu. La première « consiste à évaluer les résultats du point de vue de ces hypothèses. Elles sont précisées, mesurées, confirmées ou infirmées. Le calcul statistique est valable pour évaluer les "mouvements" de la variable que l'on étudie dans les résultats par rapport à l'hypothèse prise... Elle consiste à calculer la part, l'importance, l'influence (...) statistiques de chacune de ces

¹ Cette bouillie est composée de céréales notamment du petit mil, du petit pois, des légumineuses (arachide grillée), de légumes, de poudre de poisson sec, de poudre de soubala, de poudre de gombo ou de baobab, du sucre, du sel... Ces ingrédients ne sont pas utilisés à la fois ; une certaine combinaison est faite pour obtenir une gamme variée de bouillies enrichies.

variables » (MUCCHIELLI 1984 : 55). La dernière « est une méthode qui se donne pour but d'analyser objectivement l'information contenue dans un discours, un texte » (GUIBERT, JUMEL, 1997: 138). Nous nous inscrivons dans ce cas dans le domaine des théories cognitives.¹

L'analyse statistique a été appliquée aux données quantitatives et l'analyse de contenu à celles qualitatives.

8 - Organisation de la collecte des données

L'enquête s'est déroulée du Mercredi 08 Décembre 2004 au Jeudi 18 Janvier 2005, dans les trois départements (3) dont celui de Bilanga au Sud comprenant le CSPP de Bilanga et celui de Bilanga-Yanga, le département de Liptougou à l'Est qui comprend les CSPP de Liptougou et de Kodjena ; enfin celui de Manni au Nord-Ouest avec les CSPP de Manni et de Dakiri. La recherche des informations administratives dans le chef-lieu de la province à savoir Bogandé s'est étendue du 18 au 21 Janvier 2005. D'un département à un autre, le déplacement était assuré par un véhicule, mais à l'intérieur de chaque département, il était assuré par un cyclomoteur.

Ne comprenant pas la langue, nous avons sollicité dans chaque département les services d'un natif du milieu que nous emmenions à se familiariser avec les outils de collecte avant de rencontrer la population. Ces traducteurs étaient notre seul moyen de communiquer avec la population. Leur travail consistait à traduire aux enquêtés les différentes questions du français en gulmacema, et à nous retraduire les éléments de réponses du gulmacema en français ; quant au report des différents éléments de réponses sur les questionnaires, nous nous en sommes personnellement occupé.

Dans chaque localité, la population cible (les mères d'enfants) était avertie de notre présence et s'apprêtait à nous recevoir pour la passation du questionnaire ; quant aux entretiens, des rendez-vous étaient pris aussi bien avec les vieilles personnes qu'avec les ICP et les structures de développement ciblées et ce, à la fin de l'enquête avec les mères.

Le travail débutait vers huit (8) heures du matin et se terminait au plus tard à dix neuf (19) heures.

¹ Les théories cognitives sont des ensembles d'énoncés qui expliquent le processus de la vie sociale par la manière dont les gens les perçoivent et les interprètent c'est-à-dire à travers les processus mentaux en œuvre pour traiter l'information sociale concernant autrui, soi-même, et le monde qui nous entoure (FISCHER 1996)

9. Difficultés et limites de l'étude

Il s'agit d'une première expérience individuelle dans le domaine de la recherche sociale ; aussi des difficultés n'ont pas manqué lors de la réalisation de ce travail.

Les difficultés auxquelles nous avons eu à faire face à cette première expérience individuelle et scientifique sont d'ordre technique, psychologique et temporelle.

La recherche documentaire a révélé une faible présence d'ouvrages relatifs à la zone de la Gnagna, notre cadre d'étude.

Région d'insécurité, la phobie d'être attaquée était toujours présente à l'esprit ; ce qui a réduit les heures de travail qui toutefois allaient souvent jusqu'à dix-neuf (19) heures. Le déplacement était effectué à base d'un cyclomoteur, lequel n'a pas manqué de nous causer des ennuis suite aux pannes nocturnes en pleine campagne.

Notre étude s'est déroulée dans une société différente de la notre tant du point de vue culturel que du point de vue langagier. L'incompréhension donc de la langue a constitué un obstacle à ne pas négliger : en effet, il nous était impossible de saisir directement les informations verbales, obligée chaque fois d'attendre qu'un traducteur nous les transmette. Cette situation présente un double impact : non seulement le temps pris est relativement long, mais, l'authenticité de l'information se trouve affectée car, ne dit-on pas que « traduire, c'est trahir ? ».

Signalons que la longueur des questionnaires a été lassante pour les enquêtées ; lors de leur passation, nous avons d'ailleurs été confrontée à des obstacles : interruptions en pleine conversation à cause de la curiosité de tierce personne qui est généralement le mari ou la belle-mère attentif (ve) à toutes les questions posées, influençant de la sorte les éléments de réponses, comme en témoigne cette anecdote : à la question « *consommez-vous fréquemment de la viande?* », une enquêtée répond par la négative et le mari de rétorquer : « *vous ne mangez pas de viande ?* » « *elle a demandé si nous en mangeons fréquemment* » se défend celle-ci¹. Le manque de confiance était également de mise ; après l'explication du traducteur de l'objet de notre visite, une enquêtée déclare avec mépris : « *chaque fois c'est comme ça ; on vient nous demander ce que nous mangeons, mais on ne nous en donne jamais.* » Nous assimilant à des agents de santé,

¹ L'aspect physique de l'enfant de cette enquêtée était pourtant inquiétant ; à vingt-trois mois, elle était sevrée et ne se déplaçait même pas à quatre pattes ; elle ne pesait que six (6) kg et attendait un petit frère. Un dîner pris dans cette famille contraste avec les propos du chef de famille : le tô accompagné de sauce de feuilles de baobab sec n'avait qu'un goût de potasse et de sel.

certaines questions suscitaient la méfiance ; c'était notamment celles relatives à l'utilisation du colostrum et à la consommation des boissons : à la question "*quelle est l'intérêt des tisanes pour votre enfant ?*", une mère contourne la réponse pour nous donner celle suivante : « *nous leur donnons un peu un peu dans une cuillère seulement* » semble t-elle se défendre.

Si les questionnaires étaient directement remplis, les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone sur des cassettes ; malheureusement, la décharge des batteries en pleine conversation, nous obligeait à transcrire le reste de l'entretien. A ce niveau, nous avons été également confrontée à une difficulté d'autre nature : lors des entretiens collectifs, seul un individu intervenait et ce, généralement le plus âgé ; lorsque nous demandions l'avis des autres, ils abondaient toujours dans le même sens en acquiesçant simplement mais en parlant rarement ; d'entretiens collectifs, nous n'avons en réalité que des entretiens individuels.

Nous sommes consciente que tous ces éléments ont certainement eu des effets moins favorables sur la collecte de nos données.

Chapitre III : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il s'agit d'abord pour nous de présenter le milieu physique de même que l'histoire de la Gnagna et des différents villages abritant les CSPS où s'est déroulé notre enquête. Suivra ensuite la description des faits socio-culturels (baptême, mariage, funérailles, cérémonies rituelles, intronisation) et enfin la présentation des données administratives, démographiques et économiques.

I - APERÇU GEOGRAPHIQUE

Située à 270 km de Ouagadougou, la province de la Gnagna (chef lieu Bogandé) est limitée au Nord par la province du Séno, au Nord-Est par la province du Yagha, à l'Est par celle de Komandjari, au Sud par celles de Fada N'gourma et de Kouritenga et à l'Ouest par celle du Namentenga. Il couvre une superficie de 8 640 km² ; il compte trois (3) communes dont Bogandé, Manni, Pièla, sept (7) départements et 281 villages.

1 - Le relief

Le relief est constitué d'une vaste pénéplaine résultant d'une longue évolution géomorphologique. L'altitude moyenne est de 350 m ; l'altitude maximale se situe dans la colline de Soula, autour de 437 m dans le département de Koalla.

2 - Climat et Sols

a - Climat

La province est soumise aux climats sub-sahélien au Nord et soudanien au Sud. Les précipitations varient entre 400 et 650 mm. Les hauteurs d'eau supérieures se situant à 700 mm sont enregistrées dans la partie Sud (Bilanga) située dans le climat Nord soudanien. La répartition saisonnière est la suivante : une saison sèche subdivisée en deux (2) ; début Novembre-fin Février caractérisée par une saison sèche fraîche ; la période fin Février-mi Mai équivaut à la saison sèche chaude. Une saison pluvieuse qui va de la fin du mois de Mai à la fin du mois de Septembre.

b - Sols

On rencontre les sols ferrugineux lessivés à texture argilo-sableux peu propices à l'agriculture à l'Est (Liptougou), les sols entrophes, bruns, rouges, profonds localisés le long des cours d'eau de même que les vertisols lithomorphes, hydromorphes à gley et pseudo-gley (sols de bas-fonds) propices à la culture.

3 - Végétations et hydrographies

a - Végétations

La végétation est constituée d'une savane arbustive qui s'étend sur l'ensemble du plateau. Néanmoins on rencontre la savane arborée claire le long des cours d'eau au Sud avec l'apparition des forêts galeries en bordure de la Sirba et la savane arbustive peu claire ou clairsemée au centre ; la savane à épineux ou formation steppique sur les élévations.

b - Hydrographie

La Gnagna est arrosée par quatre (4) cours d'eau dont le principal est la Sirba, qui est un affluent du fleuve Niger ; le Kanbi qui traverse la région du Sud-Ouest au Nord-Est ; la Gouaya qui prend sa source dans le Namentenga aux environs de Pissila et traverse la région du Nord-Ouest au Sud-Est et enfin la Faga. On y dénombre au moins vingt-trois (23) retenues d'eau dont huit (8) permanents ; on peut citer entre autre les barrages de Bilanga, de Bilanga-Yanga, de Dakiri et de Manni.

II - APERCU HISTORIQUE

1 - Historique de la Gnagna

La province de la Gnagna est formée de cinq (5) cantons que sont Bogandé (chef lieu de la province), Bilanga, Koalla, Manni, Piéla. Hormis Koalla, les quatre (4) cantons ont été fondés par quatre (4) frères, fils de BALEMBA, lui-même frère d'un roi de Fada N'Gourma.

Les deux (2) premiers (celui de Piéla du nom de Daougou et de Bilanga du nom de Kantindi) étaient des frères germains. Et comme tous les dirigeants du royaume du Gulmu sont couronnés par le Roi de fada N'Gourma, le premier fils envoya son cadet dans cette ville afin de lui prendre le bonnet qui devait lui permettre de régner dans la région. Celui-ci s'exécuta mais garda le bonnet pour lui-même et s'installa à Bilanga.

Il s'instaura alors entre eux des querelles intestines bien que leur mère du nom de Gabini exaspérée remplit unealebasse d'eau qu'elle piétina en leur présence et demanda qu'aucun des deux ne franchisse l'eau versée entre eux pour faire des histoires à l'autre. En un mot de cesser leur "gnagnatouona" c'est à dire "leurs comportements puériles" d'où le nom gnagna donné à la rivière (la Sirba) au bord de laquelle laalebasse fut brisée. Avec la création des provinces en 1984, le nom GAGNA fut donné à cette province.

2 - Présentation des villages abritant les six (6) CSPS

Les motifs d'installation des différents villages sont diverses, mais se ressemblent : recherche de terres fertiles, la chasse, (recherche de forêt de gibiers), refuge, procréation, (sur indication des géomanciens).

2.1 - Bilanga

Bilanga est situé à 52 km au Sud de Bogandé ; il a pour frontières Diabadou au Nord-Est, Pièla au Nord, Dipienga à l'Est, Botou au Sud et Sud-Est, et Bilanga-Yanga à l'Ouest.

Deux versions entourent son origine : selon la première, le fondateur, du nom de Kougba Lankoandé était un guerrier originaire de We ; assoiffé de conquêtes , il annexe Gouwogui, Banaré, puis l'actuel Bilamperga (ancien Bilanga) où il assujettit les Tindano de Kiandigou. Le premier roi à quitter Bilamperga pour Bilanga fut Yempargou, et ce, à la suite d'une consultation chez un géomancien qui l'aurait convaincu de quitter car le meilleur l'attendait à l'actuel Bilanga qui signifie selon cette version "petit fils de Djaba LOMPO".

La deuxième version affirme également le rattachement de Bilanga à Bilamperga ; mais ici, Yempargou quitte Bilamperga à la mort de son père parce que les oracles l'auront assuré que la force se trouve derrière ; le motif de son départ pour Bilanga était donc la recherche de la "force" ; il fut le premier occupant à Bilanga. Ici, ce dernier signifie "enfant étranger" parce que le chef vient d'ailleurs. La parenté (petits fils) de la chefferie de Bilanga d'avec Djaba LOMPO est également mentionnée ici.

Que retenir de ces deux versions ?

Nous pensons que le fondateur de Bilanga serait réellement un guerrier allant de village en village et vivant du butin de ses conquêtes. L'actuel Bilamperga (autrefois Bilanga, mais appelé ainsi à cause de la "désertion" de son chef) serait son site d'installation et puisqu'il était guerrier

“terroriste”, les populations n’ont pas trouvé mieux que de donner le nom Bilanga “enfant étranger”, qui assujettit les autochtones de sa localité d’accueil.

L’actuel chef l’est depuis 2004 ; c’est le cinquante quatrième (54^e) si l’on prend en compte la succession depuis Bilamperga et le septième (7^e) si l’on ne considère que la succession depuis l’installation à Bilanga. Il dépend du Nungu (Fada) et dirige plus de soixante (60) villages.

2. 2 - Bilanga-Yanga

Situé à 15 km de Bilanga et à soixante sept kilomètres (67 km) de Bogandé, il est situé à l’Est par ce dernier, à l’Ouest par la province du Kouritenga, au Sud par l’aire sanitaire de Moaka, au Nord par Tangaye et Pièla. Bilanga-Yanga et Bilanga ont les mêmes origines. C’est à partir de Bilamperga que les deux (2) se sont dispersés. En effet, ce sont des frères cognatiques et la chefferie passait de la descendance de l’aîné (Bilanga-yanga) à celle du cadet, mais le clan du petit frère (Bilanga), à la fin d’un règne refusa de céder la place. Les deux (2) se séparent et crée chacun sa chefferie ; le nom Yanga de Bilanga-Yanga est du au fait que les premiers habitants trouvés étaient des Yaana d’où le nom Bilanga-Yanga c’est-à-dire Bilanga des Yaana. Administrativement, il dépend de Bilanga, mais coutumièrement, il dépend du Nungu. Cette précision ne nous a pas été mentionnée à Bilanga. L’actuel chef, le cinquième (5^e) du genre règne depuis 1971.

2. 3 - Dakiri

Il est situé à une quarantaine de kilomètres de Bogandé, et limité au Sud par Manni, à l’Ouest par Siédougou, au Nord par Gorgoloro et à l’Est par Koalla.

Dakiri est un nom peul qui renvoie à l’ arbre à la gomme arabique.

Dakiri dépend aussi bien administrativement que coutumièrement de Manni. Milieu humide, des bergers Peuls venaient abreuver leurs troupeaux et à chaque fois ils disaient : allons à dak ; cette appellation peul a donné celle gulmacema Dakri.

Les Sierrous sont les premiers fondateurs et viennent de Gboengou ; la recherche de l’eau et de la sécurité alimentaire se trouve à l’origine de leur installation. En effet, ceux-ci avant leur installation venaient chasser du gibier à chaque saison ; l’un d’eux au cours d’une saison avait emporté des graines de céréales qu’il ensemença. A la saison suivante, celles-ci avaient donné de

bons épis ; c'est alors que ce dernier apporta la bonne nouvelle aux autres qui n'ont pas trouvé mieux que de venir s'y installer.

2. 4 - Kodjena

Il est situé au Nord-Est de Bogandé à 58 km et au Sud-Ouest de Liptougou à 17 km. Il est limité à l'Est par Gabondi-Tchoitilhangui, à l'Ouest par Samou, Gabondi, au Sud par Boukouin, au Nord par Bilgou et Tolepsie. Il relève administrativement et coutumièrement de Liptougou.

Le fondateur Lankoandé Soangri serait un prince venu de Bogandé se réfugier avec une femme qu'il avait enlevée vers 1795. Sa demeure était à côté d'un caïlcédrat au tronc coupé qui servait d'indicateur d'où le nom Kodjena (caïlcédrat au tronc coupé en gulmacema). C'est un des grands centres commerciaux de la province avec surtout son marché de bétail qui se tient tous les trois (3) jours.

2. 5 - Liptougou

Il est situé à 75 km à l'Est de Bogandé. Il est entouré par Bogandé à l'Ouest, par Manni au Nord-Ouest, par Koalla au Nord, par Bilanga et Gayéri au Sud, par Piéla au Sud-Ouest et par le Niger à l'Est. C'est en 1985 qu'il fut érigé en département. Douze (12) chefs se sont succédé depuis sa fondation ; le dernier vient de s'éteindre en 2004.

Il est fondé vers 1733 par Tindano Kpélo venu de Gayéri en transitant par Sebba (Séno), pour y trouver refuge à cause des guerres tribales. Plus tard, Sogli Yenhini, un jeune prince venu de Djebsoangou le rejoignit. Il l'éduqua pour en faire un chef parce qu'étant un chef de terre, la principauté ne lui convenait pas et c'est ainsi que les Sogli devinrent princes de Liptougou.

Le nom Liptougou est une déformation de Lougoutougou qui signifie la forêt du génie. En effet, la population raconte qu'il y avait un génie très méchant et très mauvais redouté par toute la population et qu'un jour, un Tindano (chef de terre) décida de couper cette forêt ; ce qu'il fit nuitamment ; le lendemain, les habitants se demandaient « qui a coupé la forêt de lougou ? »

Ce qui a donné le nom Lougoutougou. Il dépend coutumièrement de Koalla depuis une certaine discorde entre ses princes au sujet de la chefferie.

2.6 - Manni

C'est une ville commerciale située à trente et sept kilomètres (37 km) au Nord de Bogandé ; elle est limitée au Nord par Koalla, à l'Ouest par Tougouri, au Sud par Thion, et au Sud-Est par Bogandé. L'actuel chef coutumier est le quatorzième (14^e) et l'est depuis quinze (15) ans. Le nom Manni signifie en Gourmacema "ça me plaît", il intronise cinq (5) villages dont celui de Dakiri entre autres ; il dépend lui-même du canton de Koalla ; il n'y a que les Bourgou qui peuvent prétendre à la chefferie.

Les versions sur son origine sont convergentes, hormis l'origine de la famille princière, qui selon une version a d'abord été Lankoandé, ensuite Bourgou ; tandis que l'autre ne mentionne pas ce détail. Ainsi, le fondateur, agriculteur de son état vient de Kpessi d'où son père du nom de Koinu s'est immigré en abandonnant son village natal Dipienga. Celui-ci passe par Bourgou puis s'installe à Kpessi où il élu domicile et fonda une famille. Kpessi devint de plus en plus asséché, et cette situation contraignit le fondateur (dont le nom ne nous a pas été mentionné) et certains de ses frères à se diriger vers l'entrée de l'actuel Manni, milieu humide et propice à la culture. Le premier habitant trouvé à Manni fut un Gourmace du nom de Komana. Manni résulte, selon nos sources, de la déformation par les Blancs de Komana.

A l'examen de ce qui précède, la probabilité que l'origine du fondateur soit la famille Lankoandé est grande. En effet, Bourgou signifie "creuser" et si le fondateur a été contraint de s'y installer dans l'espoir de trouver de l'eau, il est concevable qu'il ait creusé et cette action parce qu'ayant été salvatrice (présence de l'eau dans le sous-sol) a emmené le fondateur à abandonner son nom d'origine Lankoandé pour Bourgou en souvenir des conditions favorables de son installation.

Manni est un grand centre commercial peuplé par des immigrants venus de tous les horizons.

La carte de la Gnagna

III - FAITS SOCIO-CULTURELS

1 - Le baptême (Youkwaro)

Il correspond à la dation du nom d'un nouveau-né. Il peut se faire avec ou sans cérémonie.

Quand un enfant naît, selon les régions, le baptême est célébré au terme de trois (3) ou treize (13) jours pour le sexe masculin et quatre (4) ou quatorze (14) jours pour le sexe féminin. Le nombre trois (3) symbolise le sexe masculin dans cette société et celui quatre (4) le sexe féminin. Mais avant ce jour, la mère comme le nouveau-né bénéficient de soins particuliers. Des poules et des pintades sont tuées pour l'alimentation de la mère ; elle est tenue de se laver avec des tisanes, de ne consommer que ce qui est chaud, principalement des aliments liquides. L'enfant est également lavé et gavé de tisanes ; son nombril est soigné à l'aide d'un tesson de canari jusqu'à sa cicatrisation. Durant tout ce temps, la mère et son bébé ne sortent pas de la cour. Au terme de ce temps, les résidus des tisanes utilisés par la mère et son enfant sont portés par une fillette et déposés dans un "Pimpergou"¹. C'est ce jour même que le bébé reçoit son nom à l'issue d'une cérémonie au cours de laquelle des animaux sont tués et des invités conviés. Le père consulte "le sable" dans le but de trouver un lieu idéal afin d'y faire un sacrifice de coq pour la protection de la mère et de l'enfant.

Il n'est pas rare de voir des garçonnets à l'oreille percée et portant une boucle d'oreille et des fillettes aux oreilles non percées. Cela est dû au fait que les enfants précédents étaient du même sexe et n'ont pas survécu. Pour empêcher le nouveau-né de retourner dans l'autre monde, on "change son sexe" en le travestissant.

2 - Le mariage

Il se fait par consentement mutuel. L'âge minimum requis pour le mariage est de dix-sept (17) ans pour les filles et de vingt (20) ans pour les garçons.

La dot était constituée de pagnes traditionnels et de liguipieni ou cauries ; mais de nos jours, modernité oblige, elle est constituée aussi bien de pagnes traditionnels que modernes et de l'argent selon les capacités financières et la décision du fiancé. Les parents de la fille font des

¹ Sol dénudé ou blanchi en gulmacema

sacrifices pour déterminer la probabilité de son union ; si elle s'avère incertaine, ceux-ci refusent d'accorder la main de leur fille au jeune homme. Dans le cas contraire, la famille du jeune homme accomplit les exigences coutumières en vue du mariage. Un second sacrifice est accompli par les parents de la fille pour sa protection dans sa future union.

Célébration du mariage

Le jour proprement dit, la famille du fiancé envoie une délégation demander la main de la fille. Des boules d'accassa issues des deux (2) familles sont rassemblées et remises à la fille, qui les délaie devant le djingri² ; pendant ce temps quatre (4) coqs dont deux (2) de chaque famille y sont sacrifiés. Le sang de ces coqs ainsi qu'une partie des boules d'accassa délayées sont versés autour du djingri pour implorer la protection de l'union par les ancêtres.

Ni la fille, ni le jeune homme ne consomme ces boules d'accassa ; elles sont réservées aux invités. La nouvelle mariée est accompagnée par des membres de sa famille dont une fillette et une femme adulte (elles symbolisent le passé et l'avenir de la mariée) chez son mari. Elles y passent une semaine sans que la mariée ne participe à la cuisine.

Au terme de la semaine, des animaux et de la volaille sont tués selon les moyens de l'époux ; avec ces viandes, elle commence l'activité cuisinière ; cette première nourriture est emportée par l'accompagnatrice adulte chez les parents de la nouvelle mariée.

Chez les Gulmaceba traditionnels, c'est le sacrifice de volaille qui officialise l'union.

3 - Les funérailles

Seules les vieilles personnes (50 ans et plus) ont droit aux funérailles. Chez les Gulmaceba, elles représentent l'enterrement du défunt car l'enterrement physique n'en est pas un. C'est l'occasion pour les proches du défunt de se faire valoir. En effet, lors de la confection de la tombe par les fossoyeurs, ceux-ci ont la latitude d'y déposer une somme importante, dans le but d'extérioriser leur richesse¹. Dès l'annonce du décès, des tam-tams raisonneront pendant trois (3) jours quand il s'agit d'un homme et pendant quatre (4) jours quand il s'agit d'une femme. Quant aux funérailles proprement dites, elles se déroulent toujours en saison sèche et sont fixées par les proches du défunt. Ceux-ci sont tenus de cotiser en nature (céréales, animaux, volaille) et en espèce (argent) pour la bonne réussite de celles-ci. Les céréales, les animaux, la volaille, ainsi que l'argent

² Autel de sacrifice fait à base de pierres blanches.

¹ Cette somme est destinée aux croque-morts

collectés sont utilisés pour accomplir d'une part les rites funéraires et d'autre part nourrir les invités. Ce sont des moments de ripaille accompagnés de danse durant trois (3) ou quatre (4) jours selon le sexe du défunt. La nourriture (très riche en viande) est destinée à toute personne présente à la cérémonie. Le tô, accompagné de la sauce de feuilles de baobab est par excellence la nourriture de funérailles. Comme nous l'avons déjà souligné, les funérailles symbolisent le vrai enterrement chez les Gulmaceba ; après celles-ci, on dit avoir "enterré au mieux le défunt." Les funérailles sont devenues une occasion de fête chez les Gulmaceba.

4 - Cérémonies rituelles

Il existe deux (2) sortes de cérémonies qui revêtent plusieurs appellations selon les régions : le "faamkiro" ou "faamfaama" ou "dapianka" ou "pagdikiabga" ou fête des jeunes et la tabaski. Le "faamkiro" constitue la nouvelle année des Gulmaceba, et se déroule avant ou après les récoltes selon les régions. Quand le "faamkiro" a lieu avant les récoltes, il symbolise un acte de reconnaissance aux ancêtres d'avoir permis la maturité des récoltes ; c'est également l'occasion de leur demander encore de bons résultats l'année suivante. Cette reconnaissance et doléance sont traduites par des sacrifices de volaille et d'animaux sur les djingri. Quelques morceaux de viande cuite sont jetés un peu partout à l'intention des êtres invisibles. C'est l'occasion pour les jeunes hommes au bord du mariage de faire cadeau des pattes de ces animaux sacrifiés à leur fiancée afin de renforcer leur consentement.

Lorsqu'il se déroule après les récoltes, il inaugure la consommation de celles-ci à l'issue d'une préparation de dolo avec ces nouvelles récoltes : c'est le dapama ou pagdikiabga (nouveau dolo). Dans ce contexte, c'est aussi l'occasion de remercier les ancêtres ; c'est également les retrouvailles après les travaux champêtres¹. Dans l'un comme dans l'autre cas, le sens c'est celui de remercier les ancêtres pour leur protection et de leur en demander davantage ; les effets attendus restent la protection pour la saison ou l'année suivante.

La tabaski ou djemma, cette fête musulmane est entrée dans les mœurs coutumières des Gulmaceba. Elle est devenue une fête coutumière et constitue une occasion d'offrandes de volaille et d'animaux sur les djingri aussi bien de la part des chefs de familles que du chef suprême du village.

¹ Beaucoup de Gulmaceba s'installent dans des hameaux de culture pendant la saison pluvieuse jusqu'aux récoltes.

5 - Intronisation

Les Gulmaceba sont une société à pouvoir centralisé c'est-à-dire avec un chef suprême à la tête de chaque canton ou village. Le chef suprême est le roi du Nungu (Fada N'Gourma le royaume). Le nunbado¹ coiffe les chefs de cantons et ceux-ci coiffent ceux des villages sous leur responsabilité. Dans l'un ou dans l'autre cas, il peut y avoir plusieurs candidats et c'est au chef suprême d'élire en tenant compte de l'avis du collège électoral ou de ses propres désirs. Après l'élection et quelques cérémonies coutumières, les chefs de cantons sont tenus de s'exiler pendant deux (2) semaines chez les Fulboano (Peuls noirs) et les chefs de villages pendant une semaine dans une famille. Ce temps d'exile est accompagné de festivités et de ripailles chez le nouveau chef. Il est également mis à profit pour confectionner le trône lorsqu'il s'agit du premier chef dans la famille et d'innover l'ancien trône lorsqu'il s'agit d'une famille ayant déjà régné.

L'alimentation se trouve au centre de tous ces faits socio-culturels ; elle renforce la cohésion sociale par l'abondance et la ritualisation des aliments qu'elle occasionne.

IV - DONNEES ADMINISTRATIVES, DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES

1 - Données administratives et démographiques

Rattaché au cercle de Fada N'Gourma en 1934, Bogandé fut érigé en cercle en 1958 et détaché donc de Fada. En 1974, il devint une sous-préfecture ; puis en 1984 fut créée la province de la Gnagna (avec pour chef-lieu Bogandé) par l'ordonnance n° 84-005 du 15 Août 1984 portant découpage du territoire national en 30 provinces et 250 départements.

La province compte environ 393 343 habitants au recensement d'Avril 2004. Elle est composée de trois (3) principales ethnies : les Gulmaceba qui représentent 74 %, les Peuhls 14 %, les Mossi 10 % de la population. Les Gulmaceba sont majoritaires et autochtones ; ils sont repartis en sous-groupes familiaux. Les Mossi sont des migrants venus de la province du Sanmentenga pour la plupart. Les Peuls sont également des migrants venus du Séno et du Yagha.

La population est majoritairement jeune (49% ont moins de 15 ans) ; elle est répartie inégalement dans les différents départements : en 1996 le département le plus peuplé comptait 65 000 habitants alors que le moins peuplé totalisait 20 000 habitants. En 2001 la densité était estimée à 41 habitants /km².

¹ Littéralement, le roi du Nungu. Se dit du roi de Fada, roi de tous les Gulmaceba.

L'animisme, le catholicisme et le protestantisme y sont les principales religions pratiquées.

2 - Les activités économiques

a - L'agriculture, l'élevage et la pêche

L'agriculture et l'élevage constituent les principales activités de la région. L'agriculture à elle seule totalise 80% de la population active. Le système d'exploitation demeure familial, extensif et peu mécanisé. Toutefois la province dégage souvent des excédents céréaliers. Elle (production céréalière) est essentiellement composée de petit mil et du sorgho. La culture maraîchère est quant à elle, pratiquée aux abords des points d'eau. La production agricole est loin de couvrir les besoins alimentaires de la population ; surtout cette année¹ où elle accuse un déficit de -15 884, 048 tonnes.

La principale culture de rente demeure l'arachide² ; elle représente 95% de la production en la saison 1996/1997 ; la province a été la deuxième productrice avec 11 % de la production nationale.

L'élevage demeure traditionnel et transhumant. Il occupe 80 à 85% de la population active de la province. Il est très développé ; cependant, des obstacles entravent son épanouissement : le manque de point d'eau, le problème d'écoulement de la viande, le manque de pâturage qui entraîne des conflits entre agriculteurs et éleveurs.

La pêche est pratiquée le long des cours d'eau et des retenues d'eau.

b - Le commerce

C'est une activité intense dans la province. Il concerne surtout le bétail, les céréales et les légumineuses. Les principaux marchés sont ceux à bétail et à céréales de Bogandé, Bilanga-Yanga, Diaka, Dinalaye, Ganta, Kodjena et Piéla. Cependant, il souffre de l'insuffisance d'infrastructures routières à l'intérieur de la province.

En conclusion, la Gnagna est une province semi-rurale. L'agriculture, l'élevage et le commerce restent les principales activités de la population toujours ancrée dans les traditions. Toute pratique sociale obéit à ces traditions. L'alimentation est au centre de toute manifestation heureuse ou malheureuse.

¹ Nous faisons allusion à la campagne agricole 2004/2005.

² Elle est surtout pratiquée par les femmes.

Deuxième partie :
**PRATIQUE D'ALLAITEMENT ET D'ALIMENTATION DE
COMPLEMENT CHEZ LES GULMACEBA DE LA GNAGNA**

« Le travail sociologique consiste pour le chercheur à être capable d'interpréter et d'expliquer à partir des données recueillies. Le but du sociologue est l'explication compréhensive du social »
(KAUFMANN 1996 : 23).

Chapitre IV : L'ALIMENTATION

« L'homme (...) a besoin de se nourrir de façon permanente et convenable pour se développer de façon harmonieuse et pouvoir assurer sa pérennité » SAWADOGO 2002 :1).

« Mais manger n'est pas que la satisfaction d'un besoin de base ; c'est un acte social et de communication qui recouvre une réalité objective ; une situation sociale et d'une représentation imaginaire constituée d'un "tissu d'évocation, de connotation et de signification" » (BONVILLE 1994 : 24).

L'objet de ce chapitre est de cerner les différentes habitudes alimentaires des Gulmaceba. Seront abordées les caractéristiques d'une bonne nourriture selon les Gulmaceba ; nous tâcherons de décrire les différentes propriétés attribuées à chaque type d'aliment. Nous terminerons par la relation qu'ils établissent entre l'alimentation et la santé. Mais avant, que mangent habituellement les Gulmaceba ? Comment obtiennent-ils leur nourriture principale ?

*** Le tô, nourriture principale des Gulmaceba**

La nourriture principale des Gulmaceba¹ demeure le tô préparé à base de céréales détégumentées. Toute céréale avant d'être réduite en farine est d'abord soumise à la détégumentation. Les raisons avancées sont entre autres la recherche d'un goût agréable, « *parce qu'avec le son, le tô n'est pas beau à voir et n'est pas bon à manger ; donc il faut décortiquer et bien laver* », dit une enquêtée² ; la préservation de la santé ; le son est considéré comme un élément nuisible dont les effets sont perceptibles tout au long du cycle digestif : « *le son n'est pas bon ... et rend la défécation difficile* » les besoins de l'élevage « *nous voulons le son pour les animaux, si on n'enlève pas le son les animaux n'auront pas à manger* » ajoute une autre. Le son est le plus souvent vu comme des saletés sources de maladies qui "diminue la saveur du tô et n'apportant rien." Par contre, « *le tô de la céréale décortiquée est plus beau et bon* » s'exclame une enquêtée. La détégumentation des céréales est à la fois liée à la recherche de l'esthétique (la beauté de l'aliment à ingérer), au désir d'alléger certaines tâches (la réduction des céréales en farine) et à la satisfaction des besoins d'élevage. Le fait de détégumenter est devenu une coutume chez les Gulmaceba de la Gnagna ;

¹ Le Gulmu, c'est le "pays" des Gulmaceba ; les Gulmaceba (Gulmace au singulier) sont les habitants du Gulmu ; le gulmacema, c'est la langue des Gulmaceba ; gulmace s'emploie également comme adjectif.

² Tous les verbatims cités dans ce document hormis ceux des personnes ressources sont la traduction du gulmacema en français des propos de nos enquêtés par des traducteurs.

« nous sommes habitués à consommer le tô sans son et c'est devenu une coutume pour nous ; en effet, le tô de la céréale décortiquée est plus bon, plus beau, et se conserve mieux surtout quand c'est bien malaxé ; ce qui n'est pas le cas du tô de la céréale non décortiquée. De plus, quand on enlève le son, la réduction en farine devient plus facile ; enfin le son sert de nourriture aux animaux » ; une vieille femme d'une famille royale (E7¹).

La conception du son comme « saletés n'apportant rien » est différente sur le plan médical « *le son est très très utile pour l'être humain ; parce que simplement on veut ce qui est joli, le tô poli ; quand on enlève le son il n'y a plus rien dedans ; il n'y a que la pâte uniquement, il n'y a plus d'éléments nutritifs dedans ; il ne reste que les protéines seulement ; c'est ça aussi le problème (...) les gens veulent ce qui est joli.*

- Le son, c'est l'élément nutritif de la céréale ; c'est le son qui contient les éléments nécessaires à savoir les protéines et les vitamines» expliquent deux ICP.

Il faut noter que la détégumentation et la réduction des céréales en farine sont faites au mortier ; contrairement à certaines sociétés comme celle Mõõse où la réduction des céréales en farine est faite à la meule. Il est très difficile de réduire une céréale en farine au mortier sans qu'elle ne soit détégumentée. Une telle tentative passera forcément par la détégumentation d'abord, car il faut obligatoirement faire tremper la céréale ; c'est cette obligation qui expliquerait en partie la détégumentation des céréales chez les Gulmaceba de la Gnagna ; pour les Gulmaceba, ce sont : l'habitude, la recherche de l'esthétique alimentaire, le besoin en alimentation du bétail, la conservation plus durable des aliments qui justifient cette détégumentation.

*** L' obtention de la farine et la préparation du tô**

Les céréales sont d'abord décortiquées au mortier, vannées, lavées et essorées. Au bout de quelques heures, elles deviennent réductibles en farine. Une fois la farine obtenue, commence la préparation du tô. Celle-ci comprend les étapes suivantes : une marmite est assise sur le feu avec de l'eau à l'intérieur ; lorsque celle-ci est en ébullition une certaine quantité de la farine est versée dans de l'eau froide et diluée ; cette solution est ensuite versée dans l'eau bouillante et remuée pour éviter les grumeaux. On obtient à l'issue de cette opération une bouillie dans laquelle une certaine quantité de farine sera versée une fois celle-là cuite. On laisse mijoter cet ensemble pendant quelques instants avant de le mélanger avec un spatule. Au bout du mélange qui peut

¹ Le sigle E signifie entretien, tandis que le chiffre indique le numéro de l'entretien.

durer au moins trente (30) minutes, on obtient une pâte épaisse et homogène : c'est le saabo². Il est servi dans plusieurs plats selon le nombre des différents groupes de consommation. La fréquence journalière de préparation des repas est de deux (2).

Trois principales sauces accompagnent le tô : les feuilles de baobab (*adansonia digitata*), les feuilles de *feru* (*corchorus olitarius*), et le gombo (*abelmoschus esculentus*). Ces sauces sont assaisonnées de potasse, de soubala, de haricot, de cube magi, de poudre de poisson sec, du poisson frais et/ou de la viande selon le goût et le pouvoir économique de chaque ménage. La sauce des feuilles de baobab est la plus consommée eu égard à leur disponibilité et à la facilité de leur préparation. Elle est consommée par 69,69% de la population. Les autres condiments tels le gombo et le corchorus sont moins consommés pour cause de rareté ; certains nécessitent un effort humain pour les avoir : il faut semer par exemple le gombo pour espérer en avoir tandis que les feuilles de baobab sont une donnée brute qu'il suffit de cueillir. En plus, sa préparation est facile et nécessite moins de condiments. Des 69,69% d'utilisateurs, 45,45% les préparent parce qu'elles « sont faciles à préparer ; du sel, de la potasse, suffisent pour arranger les feuilles de baobab alors qu'il faut de la viande pour préparer les autres sauces. » déclare une enquêtée ; 20,20% les préfèrent à cause de sa disponibilité ; 4,04% les préfèrent pour leur goût parce qu'il (baobab) « est plus bon et rend l'homme lucide » précise une enquêtée. Quant au gombo qui est rare, et dont la préparation semble onéreuse, (« il nécessite beaucoup de condiments comme la viande ») il représente 16,16% du taux de préparation surtout pour son goût ; le corchorus représente 6,06% eu égard à sa rareté ; en ce qui concerne enfin les autres (kapok, sésame, arachide...) leur taux de préparation est de l'ordre de 8,09%.

En définitive, la raison la plus déterminante du choix ou de la préférence d'un type de sauce demeure la facilité au sens figuré et au sens propre de sa préparation ; au sens propre, cette facilité signifie une cuisson rapide ; au sens figuré, elle signifie moins de condiments pour la rendre mangeable. Le second critère reste incontestablement la disponibilité de la denrée. L'aspect nutritif est moins évoqué ; il est d'ailleurs associé aux critères de facilité de préparation et de la disponibilité de la denrée : 6,06% en font cas. La monotonie alimentaire est rompue par la variation des sauces ; cependant, dans les différentes raisons évoquées seulement 1,01% de la population agit pour rompre avec la monotonie.

Au delà du tô, quels autres aliments consomment les Gulmaceba et quelle représentation ont-ils de ces aliments ?

² Tô en gulmacema.

I - CARACTERISTIQUES D'UNE BONNE NOURRITURE

L'objet de cette partie est de cerner les différentes représentations que les Gulmaceba attribuent aux cultures, aux aliments animaux et végétaux.

Le critère primordial d'une bonne nourriture chez les Gulmaceba demeure le goût. Aussi une nourriture est qualifiée de bonne lorsque son goût est agréable et fait plaisir (27,27% de population pensent ainsi). Cette qualité gustative est représentée par l'appétit que l'aliment est susceptible de susciter chez le consommateur.

La rareté d'un aliment constitue également un critère de son appréciation (c'est l'avis de 11,11% des Gulmaceba) ; c'est le cas du riz au sujet duquel les enquêtées ne tarissent pas d'éloges, comme en témoignent ces propos « *une bonne nourriture c'est celle qu'on ne gagne pas assez souvent ; pour moi le riz est une bonne nourriture* », « *le riz est bon parce qu'il est un nouveau et rare repas et son goût est différent du tô* », en plus « *il ne se prépare pas sans viande et en préparer signifie bien manger* » des mères allaitantes (E8). Ainsi, le riz est ici investi d'une valeur sociale grâce à son goût et sa rareté.

« Quelque soit les habitudes prises, l'individu adapté à un mode alimentaire est conduit à rechercher systématiquement les aliments qu'il a coutume d'ingérer. Cette réaction résulte à la fois d'habitudes psychologiques, mais est aussi influencée par des réponses métaboliques » (FISCHLER cité par REMESY, 1996 :108). En effet, si pour certains la rareté d'un aliment lui confère le qualificatif de "bon" pour d'autres par contre c'est la disponibilité d'un aliment qui fait de lui une bonne nourriture. 10,10% des Gulmaceba considèrent ce critère. Nous pouvons donc admettre avec BOURDIEU que le goût « est ce qui fait que l'on a ce que l'on aime parce qu'on aime ce que l'on a... » (BOURDIEU 1979 : 195). Dans ce cas le tô, nourriture principale de ceux-ci gagne en prestige alimentaire ; il reste évidemment une bonne nourriture parce qu'il est non seulement disponible mais « *n'embarrasse pas comme le riz* » ; de chaque côté, l'aliment apprécié est comparé à celui que l'on apprécie le moins. Ici, le tô est valorisé au détriment du riz qui, pourtant est valorisé à son tour par d'autres ; le tô devient selon les termes de BOURDIEU "une nécessité faite vertu" investi d'une valeur symbolique et sociale : accompagné de feuilles de baobab, il est la nourriture par excellence de funérailles. Cependant, le goût du tô ne réside pas en tant que tel dans celui-ci, mais plutôt dans les sauces qui l'accompagnent. En effet, la monotonie alimentaire des Gulmaceba est rompue par la variation des sauces, comme nous l'avons constaté et comme l'ont également souligné des études

antérieures.¹ La qualité de la sauce demeure donc déterminante à l'appréciation du tô. Ainsi, une bonne nourriture « *c'est le tô et la bonne sauce... une bonne sauce, c'est avoir de la viande, ou bien du poisson ou bien du soumbala, préparer avec la sauce ... là tu vas bien manger et tu seras rassasié ; c'est ça qui est bon ;*

- *une bonne nourriture c'est de piler le mil, enlever le son, laver le mil très bien et puis préparer, acheter de la viande, préparer avec la sauce. C'est ça qui est une bonne nourriture* » propos de deux vieilles femmes d'une famille royale (E6).

La bonne sauce c'est donc celle composée d'une multitude d'ingrédients, surtout ceux protidiques tels la viande et le poisson, qui lui confèrent son goût agréable. L'esthétique (« enlever le son » qualifié de saleté) et la propriété (« laver le mil très bien ») ne sont pas en reste dans l'appréciation d'un aliment. Toute bonne nourriture est avant tout source de bien-être physique c'est-à-dire de santé. En outre, 20,20% de la population associent la notion de bonne nourriture à la santé et à la force qu'elle procure ; 42,42% considèrent comme bon tout aliment appétissant, rassasiant, et source de « bonne forme » et de sang.

Quels aliments spécifiques incarnent ces différents critères ? En d'autres termes, quelle valeur nutritive les Gulmaceba de la Gnagna attribuent-ils aux cultures, à la viande, aux poissons, aux œufs et aux légumes ?

1 - Représentation des cultures

Les céréales (mil, sorgho, maïs), les légumineuses (haricot, pois de terre) et les oléagineux constituent les principales cultures en pays gulmace. Cependant, seules les céréales et le haricot sont consommés ; le reste étant destiné à la commercialisation.

La caractéristique principale des cultures demeure la force (31,31% de la population) qu'elles sont censées procurer pour l'accomplissement des tâches quotidiennes, notamment les travaux champêtres en saison hivernale, et la croissance qu'elles assurent aux enfants: « *les aliments issus de ces cultures nous donnent la force pour travailler et font grandir nos enfants* » une mère allaitante (E8). Chaque type de culture possède une caractéristique propre, que cela soit au niveau de ses apports à l'organisme ou son rôle dans le cycle alimentaire : « *le sorgho rassasie l'homme c'est-à-dire qu'il attarde la faim... le petit mil lui donne plus de sang ... le haricot est introduit pour rompre avec la monotonie* » une mère allaitante (E8). Au delà de ces effets immédiats, les

¹ SAWADOGO 2002 et IDRAC 2003

aliments issus des cultures sont garants de la santé et du maintien physique de l'homme grâce à leur capacité d'augmentation du sang.

Les valeurs attribuées aux cultures s'organisent autour du symbolique de la force, de la santé, du maintien physique, de la satiété et de la capacité de procurer du sang. Qu'en est-il des aliments animaux ?

2 - Représentations des valeurs nutritives des aliments animaux

Les aliments animaux sont ceux d'origine animale. Ce sont : la viande, le poisson et les œufs.

*** La viande et le poisson**

L'élevage est une activité pratiquée par tous les ménages de notre échantillon ; ses produits sont uniquement soumis à la commercialisation ; en effet, les animaux sont vendus pour la satisfaction des besoins élémentaires de la famille : soins, achats de vivres en cas de disette ; la viande de bétail en dehors des cérémonies rituelles et religieuses est rarement soumise à la consommation familiale ; elle se commercialise sous plusieurs formes : viande saignante emportée en famille, et celle grillée destinée à la consommation immédiate ; ne consomme de la viande de bétail que celui qui en achète lors des marchés. Par contre, la viande de volaille reste plus à la disposition de la famille ; celle-ci en consomme en fonction de sa disponibilité. Le poisson quant à lui connaît un niveau élevé de consommation surtout le poisson sec, utilisé comme ingrédient indispensable dans la préparation des sauces accompagnant le têt. Le poisson frais pêché le long des cours d'eau enrichit également le menu familial.

Lorsque l'on cherche à savoir ce que la viande et le poisson apportent à l'organisme, 36,37% donnent la réponse suivante : « *ces aliments donnent à l'organisme du sang* ». A l'image des cultures, le poisson et la viande sont également source de santé selon la population (20,20%), de force (13,13% de la population) et de vitamines. Ils sont valorisés surtout du fait de leur goût et de leurs effets sur le corps. Ainsi, « *le poisson et la viande sont bons au goûter et donnent la force ...ils donnent le sang, épurent l'organisme et font briller la peau* » une mère allaitante (E8). Est surtout mis en exergue l'effet de la viande sur le corps ; « *celui qui consomme de la viande a une peau différente de celui qui n'en consomme pas ... il a la peau qui brille et une peau lisse* » une mère allaitante. BOURDIEU dira que « le goût en matière alimentaire dépend aussi de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps, c'est-à-dire sur sa

force, sa santé, et des catégories qu'elle emploie pour évaluer ces effets » (BOURDIEU 1979 : 210).

* Les œufs

Ce sont ceux des pintades et des poules ; ils renfermeraient les mêmes valeurs nutritives que le poisson et la viande aux yeux des Gulmaceba. Ils sont premièrement source de sang ou (*souan en gulmacema*) c'est l'avis de 37,38% de la population ; de santé (18,18% de la population), de force (8,08% de la population) et de maintien de l'équilibre physique (7,07% de la population).

Jadis interdits aux enfants à cause de leurs "effets" notamment la tardiveté du langage « *parce que s'ils en mangent, ils tardent à parler, ils deviennent temporairement sourds* » explique une belle-mère d'une enquêtée (E5), les œufs ne constituent plus un tabou¹ pour ceux-ci sauf les œufs de poule dans certaines localités et ce, à cause de leur rareté ; « *comme les poules ne pondent pas beaucoup, si on laisse les enfants manger les œufs, on aura plus de poules* » propos d'un tradipraticien (E5) ; en outre, la poule joue un rôle très déterminant dans la société gulmace ; elle est utilisée dans tous les sacrifices ; pour éviter son extinction, la consommation de ses oeufs est de fait interdit aux enfants. Ce changement d'attitude quant à la consommation des œufs serait le fruit des sensibilisations des structures de développement : « *l'association est arrivée à briser certains tabous alimentaires. Avant, elles (les femmes) se disaient que si l'enfant mange des œufs, il ne parle pas vite...* » un secrétaire exécutif d'une association(E9).

Cependant, les œufs de poule constituent un tabou séculaire pur les femmes Gulmaceba.

3 - Attributs des légumes

Les légumes dont il est question ici sont ceux issus du maraîchage. Il est pratiqué aux abords des retenus d'eau ; c'est le cas du long des barrages de Bilanga, de Bilanga-Yanga, de Manni et de Dakiri. Les principaux légumes cultivés sont : le gombo, les oignons, les tomates, les choux et les aubergines. Ils joueraient les mêmes rôles que les produits animaux au regard des différentes caractéristiques qui leur sont attribuées. Les enquêtés (20,20%) pensent qu'ils sont source de sang « *ces légumes rassasient, fortifient et donnent du sang* » tandis que 18,18% les considèrent comme facteur de santé « *les légumes donnent la santé puisqu'ils contiennent de la vitamine.* » On estime à 17,17% ceux qui pensent qu'ils sont une source de force ; en effet, « *les légumes rassasient, fortifient et donnent du sang.* »

¹ Nous avons rencontré sur le terrain des enfants entrain de consommer des œufs bouillis.

Sur le plan médical, les céréales (mil, sorgho, haricot, riz) riches en glucide, en fer et en protéine sont des aliments de construction. Les œufs, la viande et le poisson riches en protéine sont également des aliments constructeurs. Riches en lipide, les œufs et la viande sont sources d'énergie pour l'organisme. Les légumes (oignons, tomates, carottes, gombo, feuilles vertes) riches en sels minéraux et en vitamines sont des aliments de protection.

Ces différents attributs sont cernés par les Gulmaceba selon leur représentation. Ainsi les différents aliments animaux et végétaux sont surtout représentés par leurs capacités à donner respectivement du sang symbole de la santé, de la force et à maintenir le corps en « bonne forme ». Ils sont également vus comme source de vitamines. Les aliments animaux (viande, œufs, poisson) gagnent plus en prestiges nutritifs que ceux issus des cultures. La survalorisation de ceux-ci peut s'expliquer par leur rareté et leur goût.

II - RELATION ENTRE ALIMENTATION ET SANTE

Le présent paragraphe se veut une évaluation des connaissances des mères en matière d'alimentation ; en d'autres termes, la relation que les mères établissent entre alimentation et santé.

L'alimentation joue un rôle important dans le maintien sanitaire de l'organisme. Son inadéquation peut être source de maladies telles les avitaminoses et les maladies protéino-énergétiques. Pour les agents de la santé, « *près de 90% des maladies infantiles sont liées à l'alimentation ; nous avons les maladies protéino-énergétique, comme la dysenterie et le marasme* » avance un infirmier chef de poste communément appelé major (E11).

Lorsque l'on pose expressément la question « *à votre connaissance, existe-il des maladies liées à l'alimentation de complément ?* » 80,80% des enquêtées répondent par la négative ; seulement 19,20% répondent par la positive. Des maladies liées à l'alimentation, les différents taux suivant mentionnent : 13,14% la diarrhée¹, 5,05% les maux de ventre et les vomissements et 1,01% le retard de croissance. Les maladies liées donc à l'alimentation sont celles immédiates ; hormis celles-ci, l'alimentation semble ne pas avoir de retentissement négatif sur la santé de l'enfant, excepté le têt qui, introduit précocement l'alourdit et « *ne le permet pas de se lever vite* ». Comme nous le constatons, seuls les aliments susceptibles de rendre immédiatement malades sont reconnus comme ayant un effet sur la santé. L'alimentation dans sa globalité n'a pas de répercussions sur la santé ; l'excès de consommation d'aliments exotiques non inscrits dans le

¹ Les Gulmaceba distinguent diarrhée et maux de ventre.

circuit alimentaire traditionnel de même que l'exposition des aliments à la poussière sont considérés ici comme sources de maladies.: « *les maladies sont liées à l'alimentation de nos jours ; autrefois, il n'y avait que la méningite et la tuberculose. Mais maintenant le "Blanc"¹ a emmené beaucoup de produits alimentaires donc, comme c'est bon là, quand tu manges beaucoup ça ne peut pas ne pas donner des maladies ; et il y a des produits alimentaires quand tu n'es pas habitué et tu manges, ils peuvent te rendre malade ; avant, la nourriture était protégée parce qu'il y avait des arbres ; mais par exemple si tu pars à Manni comme ça tu vas voir des femmes qui vendent de la nourriture sans protection.*

- *La nourriture à elle seule ne peut pas donner une maladie mais les enfants mangent souvent de la terre, c'est ça qui peut leur donner la maladie* » un tradipraticien et une vieille femme (E5)

Certains aliments tels les arachides consommées par les mères sont également susceptibles de donner des maux de ventre aux enfants par le biais du lait de la mère « *Il n'y a pas une relation entre l'alimentation et la maladie à notre temps, il n'y avait que le tô ; il n'y avait pas de riz ; c'était le tô seulement à notre temps ; à moins qu'on ne mange des arachides et contracte des maux de ventre ; quand une mère en mange et contracte des maux de ventre, elle peut contaminer l'enfant* » une belle-mère d'une enquêtée (E3). Là encore, les aliments locaux tels le tô socialement valorisé s'affirme comme valeur culturelle partagée par le groupe social gulmace et exempt de toute maladie ; la comparaison du tô au riz sous-entend des propriétés opposées des deux (2) aliments ; c'est-à-dire l'un (tô) étant considéré inoffensif et l'autre (riz) susceptible d'être responsable des éventuelles maladies liées à l'alimentation. Les maladies liées à l'alimentation sont essentiellement les maux de ventre, la diarrhée et les vomissements et cela à cause de la réceptivité passive de l'organisme en occurrence le bas du corps, c'est-à-dire le ventre (VERNON, 1992).

Implicitement, la relation entre l'alimentation et la santé est perceptible lorsque nous évoquons la satisfaction quant à l'alimentation des enfants ; 94,95% des mères en sont satisfaites ; cette satisfaction se traduit par plusieurs indicateurs dont : l'effet de l'alimentation sur le corps de l'enfant, la gaieté et la santé de celui-ci. Ainsi un enfant bien nourri, c'est celui qui est d'abord en bonne santé (avis de 41,41% des mères) et qui accepte bien manger (avis de 39,40% des mères) ; cette santé inhérente à l'appétit est à son tour facteur de "forme" (avis de 12,12% des mères) donc de croissance (avis de 2,02% des mères). « *il est gros, il mange bien et son ventre se lève bien* » s'exclame une mère au sujet de son enfant. L'enfant bien nourri pleure rarement et ne gêne

¹ Ici, allusion est faite à la médecine moderne.

pas sa mère dans l'accomplissement de ses différentes tâches quotidiennes. « *Mon enfant mange bien et ne pleure pas et j'arrive à travailler* » se réjouit une mère.

Quant à l'insatisfaction de l'alimentation des enfants qui regroupe 5,05 % de notre population, elle est fondée sur le fait que ceux-ci ne sont pas en forme « *son corps n'est pas bien ; il est maigre* » s'inquiète une mère.

Le manque d'appétit et la recherche de la "bonne forme" conduisent les mères à gaver les enfants d'aliments comme la bouillie et le t^ô délayé.¹

Au terme de ce chapitre, une bonne nourriture s'avère être celle qui non seulement est agréable au goût, est disponible ou rare mais surtout celle susceptible d'avoir un effet visible sur le corps (éclat de la peau, bonne forme) ; c'est aussi celle qui est capable d'assurer le bien-être de l'organisme. Les produits animaux (viande, poisson, œufs) sont réputés plus nutritifs que les cultures. La relation entre l'alimentation et la santé est explicitement quasi inexistante. Cependant, les signes d'une alimentation inadaptée sont bien perçus par les mères aussi bien sur le plan physique qu'émotionnel.

Dans le chapitre suivant, nous aborderons l'allaitement et les différentes pratiques qui l'entourent.

¹ La technique du gavage consiste à obstruer les voies respiratoires de l'enfant tout en l'obligeant à ingérer des aliments liquides : tisane, bouillie ou t^ô délayé. (voir la deuxième photo de la page 58).

Chapitre V : ALLAITEMENT ET UTILISATION DE BOISSONS

« Le lait est le premier aliment de l'homme. Il est le seul à pouvoir revendiquer en tous temps et en tous lieux, le statut d'aliment universel, au moins pour la première partie de la vie de l'être humain » (GERARD et al 2001 : 537).

Tous les enfants de notre population d'enquête sont allaités au sein.

Le premier lait épais et de couleur jaunâtre d'une nouvelle accouchée scientifiquement appelé colostrum revêt plusieurs significations : sur le plan médical, celui-ci, riche en anti-corps de la mère est susceptible de protéger le nouveau-né contre les infections auxquelles il se trouve exposé, d'où la recommandation de sa consommation par tout nouveau-né dès sa naissance. Par ailleurs, la consommation d'autres liquides (même l'eau) que le lait par les enfants durant les premiers mois d'existence (0-4 mois) est déconseillée. En effet, « *donner aux bébés de l'eau (en les privant du colostrum) a certainement un effet sur la santé de l'enfant puisque ça peut entraîner la malnutrition ; c'est un faux départ et nous savons que le lait contient des éléments nutritifs et des anti-corps qui protègent l'enfant ; donc dès le début du premier allaitement, s'il y a un faux départ, ça peut jouer carrément sur la croissance de l'enfant* » un infirmier chef de poste (E11). Ces propos émanent de la première norme recommandée par l'OMS à savoir la consommation du colostrum et l'allaitement exclusif pour tout nouveau-né jusqu'à l'âge de 4 ou 6 mois. Mais qu'en est-il en réalité dans le contexte socio-culturel burkinabè en général et dans celui gulmace en particulier ? Quelle signification attribue t-on au colostrum ? Quelle utilisation en fait-on ? Quelle est sa représentation actuelle ? Quelles sont les modalités de l'allaitement ? Quel est le rôle des boissons pendant l'allaitement ? Quelle est la situation actuelle de leur utilisation ? Autant de questionnements qui feront l'objet de notre chapitre.

I -REPRESENTATION DU COLOSTRUM

Seront abordés ici, la perception du colostrum, l'utilisation qui en découle et les techniques utilisées pour tester sa "qualité".

1 - Perception traditionnelle du colostrum

Donner le colostrum aux bébés est une pratique qui va totalement à l'encontre des habitudes traditionnelles qui préconisent de jeter ce premier lait qui est généralement qualifié de "sale" (EDS 1993).

Traditionnellement, le colostrum demeure donc un élément "négatif" et son utilisation varie selon les individus. En gulmacema, il est appelé *bitooma* ou *bidjangan*.¹ Dans nos entretiens avec les vieilles personnes, il est vu tantôt comme un corps neutre tantôt comme un corps nocif. Dans le premier cas, il est consommé ; dans le deuxième cas il est rejeté ou consommé malgré sa nocivité. Pour certains en effet, il est dénué de toute valeur nutritive mais sans conséquences néfastes sur la santé de l'enfant ; il est donc consommé. Parce que « *le colostrum de la femme ne se jette pas ; sauf celui de la chèvre. Chez la femme, il n'y a pas de conséquences quant à sa consommation ; mais chez la chèvre, si le petit tète le colostrum, au moment de faire ses besoins, son anus se bouche ; donc il faut enlever pour qu'il puisse déféquer* » un griot et beau-père d'une enquêtée (E1). Malgré l'absence d'éléments nutritifs en lui et quelques conséquences bénignes qu'il véhicule, il continue d'être utilisé « *chez nous, nous donnons le premier lait au nouveau-né sans distinction* ». A la question "qu'est-ce que ce lait apporte à l'enfant ? ", la réponse est directe : « *ce lait n'est pas un lait qui apporte quelque chose à l'enfant ; d'ailleurs, quand le bébé tète ce lait, il défèque pendant au moins trois (3) jours des excréments noirs ; mais malgré tout ça on ne l'extrait pas chez l'être humain. Par contre, on l'extrait chez l'animal. On l'appelle bitooma chez l'animal ; mais chez l'être humain, on ne l'appelle pas comme ça ; on l'appelle simplement du premier lait* » une vieille femme d'une famille royale (E7). Le colostrum est selon cette croyance inoffensif mais sans valeur nutritive ; cependant, sa consommation par le nouveau-né est tout de même sources de malaise à savoir "les excréments noirs" signes implicites d'une anomalie de la substance consommée ; l'ingestion du colostrum à ce niveau s'apparente à une obligation, laquelle obligation est renforcée par le "refus" de dormir et les pleurs du nouveau-né ; ce "refus" de dormir et les pleurs sont la manifestation de la faim. Ce lait bien que n'apportant rien à l'enfant n'est pourtant pas qualifié de mauvaise qualité, même si le bébé défèque des

¹ Respectivement "lait amer" et "lait sale" ; chez ceux qui le donnent au nouveau-né, ces appellations sont relatives au colostrum animal et non à celui humain. Le colostrum humain dans ce cas n'a pas d'appellation spécifique ; il reste le "bipiama" c'est-à-dire premier lait. Il faut préciser que l'appellation du colostrum diffère selon les régions : dans certaines localités, il est appelé bitooma et bidjangan dans d'autres.

“excréments noirs” ; par contre, celui de l’animal est appelé bitooma c’est-à-dire “lait amer” ; les acteurs sociaux refusent de se comparer à l’animal de quelque manière que ce soit ; ainsi même si leur premier lait s’apparente à celui de l’animal par les “malaises” qu’il occasionnerait, il ne saurait être qualifié de “lait sale ou lait amer”.

Pour ces acteurs sociaux, les conséquences du colostrum sont sans importance en ce sens que s’il n’apporte rien au nouveau-né, il n’affecte pas non plus sa santé. Aux conséquences offensives chez l’animal (anus bouché) se superposent celles inoffensives chez l’être humain (excréments noirs).

Si pour cette première catégorie d’acteurs sociaux, le colostrum présente des conséquences bénignes (laideur des selles), et est par conséquent consommé, pour d’autres par contre, il est offensif au même titre que le colostrum animal. Néanmoins il est quand même utilisé dans les buts de calmer la faim de l’enfant ou pour faciliter la montée laiteuse. Le bidjangan « *ce n’est pas du bon lait, mais une fois que la femme a accouché et que l’enfant a refusé de dormir, il faut forcément lui donner à téter ; on sait que ce n’est pas le bon lait mais si l’enfant continue à pleurer, il faut lui donner le lait pour qu’il soit calmé. Il y aura le bon lait qui va venir après* » une vieille femme d’une famille royale (E6). Ici, la consommation du lait est vécue comme un moyen d’apaiser la faim mais pas comme une réponse adaptée à une fonction vitale.

Mais comment testent-ils la qualité du lait ?

Une des techniques utilisées pour tester la qualité du colostrum est ce qu’il convient d’appeler “*le test à la fourmi*”. Dans de nombreux cas, l’utilisation du colostrum est subordonnée aux résultats de ce test. Comme nous l’avons déjà mentionné plus haut, « *le premier lait en gulmacema est appelé bitooma. Quand tu veux réellement savoir que le premier lait c’est du bitooma, quand tu l’enlèves un peu, tu mets une fourmi dans ça, elle meurt ; donc en ce moment, ce n’est pas autorisé que la femme donne ça à son enfant ; elle enlève ça jeter avant que le bon lait ne vienne. Mais chez certaines femmes, le lait est bon ; donc certaines donnent et d’autres ne donnent pas ; ça dépend de la qualité du colostrum*¹ » une belle-mère d’une enquêtée et épouse d’un griot (E2). Le test à la fourmi consiste à immerger une fourmi vivante dans le colostrum pour tester sa qualité ; lorsque la fourmi s’y “noie”, le colostrum est appelé bitooma “lait amer” ; la “noyade” de la fourmi est logiquement due à “l’amertume” du lait, il est alors prohibé au bébé. Cependant si la fourmi ne meurt pas, le lait est considéré comme étant de bonne qualité donc

¹ Quelques jours avant cet entretien, cette interviewée dont la belle-fille fait partie de notre échantillon soutenait que le colostrum humain ne se jetait jamais sauf celui de la chèvre.

approprié au nouveau-né. Pour les Gulmaceba, “la mauvaise” qualité du colostrum est due à plusieurs facteurs : la coagulation du lait et la présence du fœtus.

Les conséquences liées à sa consommation lorsqu’il s’avère “mauvais” c’est-à-dire quand la fourmi meurt peuvent aboutir à la mort ; son rejet était de ce fait immédiat : « *le colostrum est mauvais pour l’enfant, ça lui donne la diarrhée. Quand la femme accouche on extrait ce lait et on jette* ». A défaut de l’extraire, « *après l’accouchement, l’enfant n’est pas immédiatement mis au sein, cela permet de laisser couler le premier lait* ». Cette période de privation de lait au nouveau-né est mis à profit pour purifier le lait. Ainsi, « *il faut d’abord traiter la mère avec des tisanes pour que le lait change* » une accoucheuse villageoise (E10). Cette représentation du colostrum a des incidences sur le comportement social ; elle reste dans la mémoire collective et nécessite une mise en ordre sociale, celle de l’utilisation de la tisane. Son rejet par les mères se fonderait sur des expériences vécues : « *à notre temps, nous ne donnions pas le colostrum aux enfants parce qu’en donnant le premier lait aux enfants, les enfants maigrissaient jusqu’à ce qu’ils meurent. Donc à notre temps, le premier lait faisait mourir nos enfants ; (...) nous faisons des expériences (...) quand la fourmi meurt, c’est que c’est pas le bon lait, c’est le bitooma ; tu sais que quand l’enfant va téter, ça (...) peut faire mourir l’enfant ; mais quand la fourmi ne meurt pas et elle sort, c’est que c’est le bon lait ...* » deux belle-mères d’une enquêtée (E3)

Ce n’est pas ce que pense la médecine moderne : en effet, elle trouve en ce lait épais, un aliment riche en nutriments et susceptible de protéger les enfants contre d’éventuelles maladies, car, riche en anticorps de la mère.

Soulignons que les entretiens ont été réalisés auprès de vieilles personnes d’au moins 50 ans. A leur époque, la médecine n’était pas développée et la mortalité néo-natale était très élevée. Elles en ont pris conscience de nos jours et par ricochet attribuent la néo-mortalité au sous-développement de la médecine à leur époque ; « *nous avons des maladies comme le bonganiyenbou qui tuait trop les enfants ; mais la médecine n’étant pas développée en était la cause. A notre temps, nous n’avons pas beaucoup d’enfants et cela est dû aux différentes maladies qui les ravageaient* » une belle-mère d’une enquêtée et épouse d’un griot (E2).

En plus de ses conséquences “offensives,” l’aspect physique du colostrum inspire moins confiance au regard de sa “physionomie” : « *un liquide épais comme ça, qui sait ce qu’il contient ?* » Il faut noter cependant que malgré le mystère qui l’entoure, les acteurs sociaux arrivent néanmoins à saisir ses manifestations pathologiques à lui attribuées aussi bien internes qu’externes dues à sa consommation qui, du reste n’est pas toujours mortelle. « *Le premier lait,*

on l'appelle bitooma. Nous savons ce que c'est et nous ne savons pas ce que c'est. Quand on donne le colostrum à l'enfant, ça a beaucoup de conséquences sur lui parce que dans le ventre de l'enfant, il y a des insectes ou des crapauds qui marchent ; en ce moment, il ne grandit pas vite et reste nain ; en ce moment on peut dire que c'est le bitooma » une belle-mère d'une enquêtée (E5). Le rejet du colostrum par cette catégorie d'acteurs sociaux viendrait d'une part de son aspect physique : il est épais, lourd et jaunâtre ; ce dernier aspect lui confère l'appellation bidjangan c'est-à-dire "lait sale". Le nouveau-né est un être fragile qui risque d'être "alourdi" par cette substance épaisse aux composantes inconnues. Les Gulmaceba, nous le verrons plus loin évitent aux enfants les aliments lourds avant un certain âge¹ ; que dire alors d'un bébé ?

D'autre part, les Gulmaceba assimilent le colostrum à un agent pathogène (microbe, virus, bactérie) offensif inoculant des maladies ; en consommant ce liquide, le nouveau-né est exposé aux "intoxications" et à l'infection. Il est un être faible et fragile ; sa résistance est comparée à celle de la fourmi ; de ce fait, une égalité est établie entre les deux (2) êtres. La nécessité de tester la comestibilité du colostrum avec l'être animal s'avère donc nécessaire ; c'est l'issue (vivante ou morte) de la fourmi après son "bain laiteux" qui déterminera l'utilisation réservée au colostrum. Ici s'érige un déterminisme causal : les mêmes causes produisent les mêmes effets : si la fourmi meurt, le bébé n'y échappera pas eu égard à l'analogie établie entre eux. On peut cependant se demander si le "test à la fourmi" est fiable : une fourmi physiquement faible est-elle capable de sortir idem de ce liquide épais qu'est le colostrum ?

Chez les Gulmaceba le colostrum est la cause "a priori" et "a posteriori" des maladies néonatales ; la première causalité "**a priori**" indique **l'idée que l'on se fait** d'une maladie ou d'une infortune ; la deuxième causalité "**à posteriori**" indique que **le schéma causal est lié à une expérience** individuelle et/ou collective singulière, à une conjoncture particulière (SIMON 1995).

Que penser de ces attitudes ?

Tous les enfants Gulmaceba sont soumis à la consommation précoce des boissons ; or, selon la médecine moderne, la consommation précoce des liquides expose les enfants aux risques de contaminations par les agents pathogènes surtout aux maladies diarrhéiques. Ces maladies diarrhéiques sont très affaiblissantes et comportent un risque majeur de décès en cas de manque

¹ Les aliments lourds retarderaient les premiers pas de l'enfant.

de soins appropriés. Dans les sociétés traditionnelles africaines, la mort n'est jamais gratuite. La société gulmace n'échappe pas à cette représentation : les maux et infortunes sont toujours interprétés et l'on cherche presque toujours les causes (SIMON 1995). Face donc à cette mortalité néo-natale élevée due aux infections provoquées par ces boissons, le colostrum est désigné comme responsable de cette mortalité. Aussi, la méfiance quant à la consommation du colostrum se fonde sur ce que les psychologues appellent la psychose. En effet, les idées liées à une quelconque maladie liée à la consommation du colostrum qui animent les acteurs sociaux possèdent « une immense capacité de développement et de persistance (...) par la manière dont elles sont crues, quand pratiquées par le groupe tout ensemble, elles sont vérifiées par la hantise commune du groupe » (MAUSS 1993 : 293).

Que devient aujourd'hui cette perception du colostrum ? Quelle utilisation en fait-on de nos jours ?

2 - Situation actuelle de la perception et de l'utilisation du colostrum

Les mères Gulmaceba actuelles sont presque toutes animées par la même perception du colostrum que leurs "devancières". Cependant, elles se comportent différemment quant à son utilisation. Grâce au développement de la médecine moderne et aux sensibilisations, il (colostrum) connaît un regain d'intérêt. Nombreuses sont les mères en effet qui le donnent à leurs enfants. A propos, un ICP avance non sans étonnement « *avec les sensibilisations, il y a moins de tabous autour du colostrum, parce que les femmes qui accouchent en maternité, on les conseille de donner le premier lait parce que c'est très important pour le bébé. Quand je demande à ce qu'on donne le sein à l'enfant, c'est exécuté sans réticence et vraiment ça m'étonne quand même !* » un jeune infirmier chef de poste (E11)

Effectivement, 75,76% de nos enquêtées affirment avoir donné le colostrum à leurs enfants même si elles ignorent son importance et restent sceptiques quant à son inoffensivité.

En outre, celles-ci laissent percevoir dans leurs propos un doute, une incertitude quant à ses bienfaits. « *Quand j'ai donné le colostrum à mon enfant, il n'est pas tombé malade donc il est bon pour lui* », « *je ne connais pas son intérêt, mais quand mon enfant l'a tété, il n'a pas pleuré* » une mère allaitante (E8). Ces propos sous-entendent que le colostrum est source de maladies dont les manifestations sont entre autres les pleurs même si dans la réalité il en est autrement. A côté de ces cas heureux, coexistent ceux malheureux « *Le colostrum n'a pas été bénéfique pour mon enfant parce qu'elle a eu des maux de ventre* » une mère allaitante (E8).

Néanmoins, nombreuses raisons sont avancées pour justifier son utilisation ; la majorité

(29,29% des mères) l'ont donné pour la santé des enfants ; d'autres (15,15%) l'ont fait *“pour calmer la faim de l'enfant”*. Pour la première catégorie d'utilisatrices, *« il nettoie le ventre de l'enfant et étanche sa soif »*. Pour la deuxième catégorie, même si *« on sait que ce n'est pas le bon lait, si l'enfant continue à pleurer, il faut lui donner le lait pour qu'il soit calmé »*.

Des 24, 24% qui n'ont pas donné le colostrum, 18,18% trouve qu'il *“est sale et peut rendre malade”*¹ d'où son extraction immédiate.

Le *“test à la fourmi”* tend à disparaître eu égard au développement de la médecine moderne ; en outre, les accouchements dans les centres de santé ne permet pas de faire cette expérience. Cependant, cette pratique permettant de tester le colostrum a fait place à une autre : l'extraction pure et simple du colostrum. Un de nos traducteurs nous confie : *« quand les femmes finissent d'accoucher, les accompagnatrices profitent de l'absence momentanée des agents de santé pour extraire le premier lait et quand ceux-ci reviennent, elles font comme si rien ne s'est passé » D. L.* Ce que confirme une vieille femme *« il est extrait et jeté » “à quel moment est-ce que le colostrum est extrait ?”, « Pendant la toilette de la femme après l'accouchement »* une accoucheuse villageoise (E10).

Force est de constater cependant le changement de mentalité qui est en train de s'opérer. *« A notre temps, quand on accouche on ne donne pas le premier lait à l'enfant, on le jette parce que ce lait est amer et ça n'aide pas l'enfant. L'enfant peut contracter la diarrhée. Présentement, les infirmiers conseillent de donner ce lait à l'enfant parce que ça peut l'aider à lutter contre les maladies, ça peut l'aider dans la croissance »* une accoucheuse villageoise (E10)

L'on perçoit ici la dichotomie qui entoure la perception et l'utilisation du colostrum : de la volonté de nourrir l'enfant, s'oppose la crainte de le perdre. Il est alors considéré comme une *“nourriture-poison.”* Même les mères utilisatrices restent peu convaincantes dans leurs propos du genre : *“quand mon enfant l'a tété, il n'est pas tombé malade”* ; tout porte à croire que la mère s'attend à ce que son enfant en consommant ce lait tombe malade. Il est donné avec crainte et sans conviction. Psychologiquement, ce sont les effets fâcheux qui sont attendus ; et quand ils ne se manifestent pas alors on conclut à son inoffensivité. Il se dégage un aspect expérimental de la consommation du colostrum. Sa perception négative semble être atténuée grâce au développement de la médecine : les jeunes mères ont tendance à le considérer non plus comme un élément *“a priori”* négatif mais plutôt neutre ou a posteriori négatif et ce à l'issue de sa consommation.

¹ Il serait selon celles-ci source de maux de ventre, de diarrhée et de luugré.

Dans le paragraphe suivant, nous évoquerons les rôles que les Gulmaceba attribuent aux boissons pendant l'allaitement.

- 1- Photo de tisane : des plants cuits dans un pot en terre cuite et une solution de ces plants (tisane) dans unealebasse.

(photo S.P.SAWADOGO)

- 2-Scène de gavage : l'objectif de cette pratique à court terme est de "bourrer" le ventre de l'enfant, afin qu'il puisse grossir à long terme.

(Photo A.BAMBARA)

II - CONSOMMATION DE BOISSONS ET ALLAITEMENT

Cette partie s'attardera sur le rôle des boissons consommées pendant l'allaitement et le stade de leur utilisation de nos jours.

Le second volet de la première recommandation de l'OMS relatif à l'alimentation de l'enfant est l'allaitement exclusif. Il est cependant loin d'être appliqué chez les Gulmaceba de la Gnagna. « *Il est au niveau zéro et c'est une réalité ! Chaque femme qui a un enfant au dos, généralement elle a un petit bidon à côté (...). Le lait est un aliment complet et avant six mois, le lait contient tout ce dont a besoin l'enfant(...)* » un jeune infirmier chef de poste (E11).

Le nouveau-né consomme donc des boissons avant et surtout pendant l'allaitement. Dans le premier cas (avant l'allaitement), l'eau, de préférence celle tiède est la plus utilisée. Elle joue aussi bien le rôle de nourriture que d'épuration chez celui-ci. L'enfant naît avec des saletés¹ dans le ventre et il appartient à la société de lui en débarrasser par des substances bienfaisantes comme l'eau et les tisanes symboles de vie et de pureté ; « *si on ne donne pas de l'eau au bébé, les saletés ne sont pas évacuées et restent dans le ventre de l'enfant* » une mère allaitante (E8). Ici s'éclaire la conception du rejet du colostrum : considéré comme sale et "amer" ; le donner à l'enfant équivaldrait à compliquer l'évacuation des saletés dont il est déjà porteur.

1 - Rôle des boissons

Sera détaillée, la représentation des boissons consommées pendant l'allaitement.

Les boissons particulièrement les tisanes² ou hõõ en gulmacema occupent une place importante dans l'existence des enfants en bas âge et ce, à cause des fonctions qui leur sont attribuées. Elles sont utilisées par toute la population de notre enquête. Leur usage consiste à l'ingurgiter à l'enfant, à le laver avec et à le purger. Elles sont utilisées chaudes de préférence. Dans des cas extrêmes (maladie), la consommation des tisanes obéit à des rites symboliques : on peut par exemple le faire boire à l'enfant malade trois fois trois (3x3) lorsque c'est un garçon, et quatre fois quatre (4x4) lorsqu'il s'agit d'une fille³. Elle remplit, nous disions plusieurs fonctions qui du reste motivent sa consommation. Le manque de lait (avis de 17,17% des mères) est un des motifs évoqué pour justifier leur (eau et tisane) consommation ; dans ce cas, elles remplissent le rôle de

¹ Pour les Gulmaceba, la noirceur des selles est synonyme de présence de saletés dans le ventre de l'enfant.

² C'est une boisson composée de jus de feuilles, de fleurs, de racines, d'écorce de plantes et quelquefois des organes d'animaux cuits à point et réchauffée quotidiennement pour la conservation et les besoins d'usage jusqu'à ce qu'elle devienne fade et remplacée donc par une autre. Elle est d'essence végétale ; les organes d'animaux sont bouillis avec les plantes.

nourriture et la représentent : elles sont « *comme un aliment et remplacent le lait quand il en manque* » une mère allaitante (E8).

« *Nous sommes nées trouver que les vieilles utilisent les tisanes ; aussi si tu n'as pas de lait, tu es obligée de donner ça ; donc les tisanes c'est comme des aliments* » une mère allaitante (E8).

La tisane est parfaitement assimilée à une nourriture car remplissant les mêmes rôles. « *La tisane est comme le biberon mais comme nous n'avons pas de moyens, nous le remplaçons par les tisanes pour aider l'enfant à grandir* » une mère allaitante (E8) ; elle « *aide l'enfant à avoir le sang, à être en bonne forme* » une vieille femme (E6). Les boissons calment non seulement la faim de l'enfant, mais participent également à l'adaptation du nouveau-né à son nouvel univers. Ainsi, l'eau chaude « *remonte la température de l'enfant* » et « *réchauffe son ventre* » refroidi par le contact du monde des humains. Ces pratiques d'absorption de boissons semblent également fondées sur des représentations : le nouveau-né est considéré comme un étranger ; en effet, dans le contexte africain, les nouveaux-nés sont considérés comme la réincarnation d'ancêtres ou des dons de génies ; ils sont en contact avec ceux-ci, d'où la nécessité de les contenter afin de ne pas mécontenter les ancêtres ou les génies qui peuvent à tout moment les rappeler dans l'autre monde. Ils doivent donc bénéficier de l'hospitalité de leur nouveau monde pour être rassurés de leur acceptation ; comme tout étranger fait l'objet d'une eau de bienvenue, le nouveau-né n'y échappe pas ; assimilé à un passager fatigué de son voyage, il lui faut de l'eau chaude « *pour lui rafraîchir la gorge* ». Cette périphrase est surtout propre à la consommation de boissons avant le sein. En même temps qu'elles « *rafraîchissent* » la gorge de celui-ci, elles maintiennent le ventre du bébé chaud. « *Si on ne donne pas l'eau chaude, le ventre de l'enfant se refroidit* ». Telles sont les propos de plusieurs mères. Ici, « le froid semble être plutôt une essence antithétique au corps humain (...) même s'il ne transporte pas une maladie précise. Il s'infiltré sournoisement dans le ventre, telle une pollution et s'y installe d'autant plus facilement que la cavité se trouve vide par manque de nourriture » (VERNON 1992 : 58).

Le nouveau-né, être vulnérable physiquement, a non seulement besoin d'être débarrassé des maladies dont il est porteur à sa naissance mais également de se prémunir de celles dont il est susceptible d'être victime. A cet effet, la tisane joue un rôle important dans l'équilibre sanitaire de celui-ci. Elle constitue en même temps un vaccin et un sérum. Il n'y aurait « *pas autres médicaments que la tisane.* » « *Les tisanes sont des moyens préventifs à notre temps mais les femmes ne l'utilisent plus puisque la médecine est développée ; mais à notre temps on n'avait pas la médecine ; les tisanes étaient donc des préventifs. Quand on donne telle tisane, l'enfant ne tombe plus malade de telle maladie. Il faut que l'enfant consomme d'abord les tisanes avant de manger ; sinon, il peut rester inapte toute sa vie ; il faut donc donner les tisanes pour prévenir les*

maladies » une vieille femme d'une famille de forgerons (E4). La tisane immunise donc les enfants contre certaines maladies redoutables ; à défaut elle les rend moins vulnérables à celles-ci ; en outre, « *il y a (...) une maladie, celle qu'on appelle le syncope¹ ; l'enfant peut avoir une maladie pareille comme ça ; donc si c'est pas qu'il a reçu des tisanes ça peut même le tuer* » une vieille femme d'une famille royale (E6). Par analogie, les tisanes d'antan peuvent être comparées aux vaccins et produits pharmaceutiques dont bénéficient les enfants à l'heure actuelle : BCG, DT Coq, rougeole, Polio Plus. De même qu'un enfant vacciné contre la rougeole ou toute autre maladie est protégé, de même un enfant gavé de tisanes échappe à bien de maladies.

Les tisanes au delà de leurs rôles curatifs et préventifs assurent pour les Gulmaceba le développement psychomoteur de l'enfant : « *la tisane qu'on utilise pour laver, purger et faire boire à l'enfant l'emmène à marcher vite* » une vieille femme d'une famille royale (E7). La confiance mise en elle se fonde sur le fait que le lait seul ne peut assurer un équilibre harmonieux à l'organisme de l'enfant ; le lait est incomplet et pour cette raison il faut autre chose en occurrence la tisane pour le compléter. Ainsi, « *comme il (le bébé) ne peut pas manger le têt, les autres liquides l'aident à compléter son lait* » une mère allaitante (E8).

La tisane, avance avec conviction une vieille femme « *c'est le premier aliment (qui) accompagne le lait* » une vieille femme d'une famille royale (E7). La tisane est une boisson complète au regard des fonctions qu'elle remplit : elle symbolise à la fois la nourriture, les vitamines, le vaccin, le sérum. Elle occupe de ce fait une place primordiale dans l'alimentation de l'enfant dans la société traditionnelle gulmaceba eu égard aux vertus qu'elle renferme. Néanmoins, nous nous posons la question de savoir si son utilisation actuelle revêt les mêmes envergure et signification qu'autrefois. Si non, qu'est-ce qui la nuance ?

2- Situation actuelle de l'utilisation des boissons

Dans ce paragraphe, il est question de l'évolution progressive ou dégressive de l'utilisation des tisanes et les raisons de cette évolution.

Bien qu'encore répandue chez les mères actuelles, l'utilisation des boissons avant et pendant l'allaitement semble avoir été influencée par la médecine moderne. Comme nous l'avons vu auparavant, les boissons notamment les tisanes remplissent les mêmes fonctions que la médecine moderne : prévention et guérison des maladies. L'abnégation des jeunes mères à respecter l'utilisation des tisanes est le plus souvent ignorée par leurs conseillères que sont les vieilles

¹ Le paludisme convulsif qui est la résultante d'un paludisme aggravé.

femmes. Pour ces dernières, la “civilisation du blanc” en général et la médecine moderne en particulier seraient la cause du déclin de son utilisation. C’est ce que témoignent ces propos pleins de regrets et de nostalgie d’une belle-mère : « *Maintenant notre temps est passé ; si une femme accouche, c’est à la maternité ; donc on a plus le droit de leur dire “fais des tisanes, donne des tisanes à ton enfant ; nous on a plus ce droit là. Avant, la tisane ça aidait beaucoup ; ça guérissait même des maladies ; mais les femmes d’aujourd’hui quand leurs enfants sont malades, elles partent immédiatement à l’hôpital* » une vieille femme d’une famille de forgerons (E4). En considérant ces propos, les mères actuelles’ quand bien même elles utilisent les tisanes, elles y accordent peu ou pas du tout d’importance ; leur utilisation s’apparente désormais à une routine du fait du développement de la médecine moderne qui a ravi aux belles-mères leurs belles-filles puisque « ... *quand leurs enfants sont malades elles partent immédiatement à l’hôpital* ». La tisane investie d’une valeur sociale perd ainsi son estime peu à peu.

Si le “déclin” de la tisane est perçu comme un échec pour certaines vieilles femmes traditionnelles, pour d’autres, il est plutôt perçu comme une réussite car n’ayant pas disparue mais étant remplacée par un autre élément aussi sinon plus efficace à savoir la médecine moderne. Grâce à elle, « *les enfants d’aujourd’hui sont plus jolis (...); même les visites ont des conséquences positives sur la croissance des enfants donc les enfants grandissent vite ; de même les mères ont d’autres aliments riches en vitamines pour leurs enfants* » une vieille femme (E3).

Ici encore, les différentes vertus attribuées à la tisane refont surface ; son utilisation était due aussi à l’absence d’une alimentation variée et riche ; de ce fait, elle « *était un réconfortant parce qu’il n’y avait pas de bouillies à part le têt* » une vieille femme d’une famille royale (E7).

Au regard de ce qui précède, une des raisons fondamentales qui motive la consommation de la tisane, c’est son rôle alimentaire : elle est non seulement rassasiante mais également pleine d’énergie ; il est cependant donné de constater que les femmes « *ne donnent plus de tisanes comme avant. De nos jours, la bouillie a remplacé la tisane et nous constatons qu’elle a les mêmes effets que la tisane ;_les femmes donnent précocement les aliments aux enfants mais ils marchent vite quand même* » » une vieille femme d’une famille royale (E7). La diversification alimentaire et la médecine moderne constituent donc les principales raisons de la “disparition” de la tisane.

De nos jours, le colostrum perd peu à peu de sa consistance¹ : il n'est plus perçu à priori comme cause de maladies et mortalité infantiles ; il n'est plus rejeté de facto mais est plutôt soumis à des "expérimentations" à l'issue desquelles découle l'appréciation de sa qualité. De nombreux enfants Gulmaceba reçoivent pour la plupart (75,76% de notre population) le colostrum. L'allaitement auquel ils sont soumis demeure mixte ; il est associé à une forte consommation précoce (dès la naissance) de liquides notamment la tisane qui a pour but de renforcer, de protéger, d'alimenter et de guérir l'enfant. Cependant, elle est utilisée avec moins d'ampleur par les jeunes mères et ce, grâce au développement de la médecine moderne et les nouveaux aliments qui assurent la prévention, la guérison et l'alimentation des enfants.

Qu'en est-il de la consommation des AC ?

¹ Selon FISCHER, le critère de la consistance permet de définir la permanence des réponses dans le temps et à travers la variation des situations. Il permet de déterminer si les réactions produites à propos d'un phénomène persistent dans le temps.

Chapitre VI : INTRODUCTION DES ALIMENTS DE COMPLEMENT

Après l'allaitement et l'utilisation des boissons, nous cernerons les différentes représentations des pratiques d'alimentation de complément. Dans un premier temps, nous essayerons de voir si l'âge de la mère influence celui d'introduction des AC ; ensuite, nous verrons si le nombre d'enfants vivants de la mère influence l'âge d'introduction des AC. Par la suite, nous aborderons particulièrement la perception des AC par les mères. Tous ces éléments nous permettront d'aborder la nature des AC et la fréquence de leur consommation.

I - FACTEURS DETERMINANTS L'INTRODUCTION DES AC

Pour mieux comparer l'âge de la mère à celui d'introduction des AC, nous présentons le tableau suivant.

Tableau n° 3 : Pourcentage de femmes (n=99) en fonction de l'âge d'introduction des AC et de leur propre âge.

Age des mères (en années)	Age d'introduction des aliments de complément (en mois)												
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	Total
] 15-20]					1,01	1,01	1,01	1,01		3,03			7,07
] 20-25]			1,01	4,04	1,01	9,09	5,05	6,07	4,04	2,02			32,32
] 25-30]		1,01			3,03	3,03	5,05	4,04	4,04	3,03		1,01	24,24
] 30-35]			2,02	1,01	1,01	6,06	1,01	2,02	1,01	1,01			15,15
] 35-40]	1,01		1,01	3,03	2,02	2,02	1,01	3,03	2,02				16,16
] 40- 45]				1,01	1,01	2,02					1,01		5,05
] 45-50]								1,01					1,01
Total (n=99)	1,01	1,01	4,04	9,09	9,09	23,23	13,13	17,18	11,11	9,09	1,01	1,01	100%

Remarque :

La consommation des AC est recommandée par l’OMS dès le sixième (6) mois.

L’âge d’introduction des aliments de complément est disparate chez notre population d’étude.

Celui-ci varie entre 3 et 15 mois. Ainsi, 6,06% des mères introduisent les AC avant six (6) mois et 84,84% après les six (6) mois ; seulement 9,10% des mères introduisent à 6 mois. Dans l’ensemble, les mères introduisent les AC surtout au 8^e mois (23,23% d’elles) et au 10^e mois (17,18% d’elles). Les cas d’introduction précoce sont de 6,06% et de 84,84% pour l’introduction tardive comme nous l’avons relevé plus haut. Qu’est-ce qui explique cette situation ? l’âge de la mère ? son expérience maternelle ou sa perception des AC ?

1 - L’âge de la mère

Comme nous pouvons le constater sur le tableau, la majorité des mères ayant introduit tardivement les AC dans l’alimentation de leurs enfants est âgée entre]15-20] ans. Aucune d’elle n’a introduit les AC ni avant ni à 6 mois ; le premier âge d’introduction des AC pour cette tranche d’âge est à 7 mois et le dernier est à 12 mois.

Contrairement à celles-ci, l’introduction précoce se remarque dans les tranches d’âge]25-30] ans (1,01% au 4^e mois), et]35-40] ans (1,01% au 3^e mois). C’est également à ce niveau que les introductions les plus tardives sont légion : 1,01% de la tranche d’âge]25-30] ans ayant introduit les AC à 15 mois, et 1,01% de celle]40-45] ans à 13 mois. La plus âgée (46 ans) introduisit quant à elle les AC au 10^e mois.

Nous constatons qu’aussi bien au niveau des jeunes mères¹ que chez celles relativement âgées, les deux formes d’introduction (précoce et tardive) sont présentes. Pour les premières, le premier âge étant à 4 mois et le dernier à 15 mois (toutes âgées de]25-30] ans). Chez les deuxièmes, le premier âge est à 3 mois (mère âgée de]35-40] ans) et le dernier âge à 13 mois (mère âgée de]40-45] ans.). Qu’en est-il de l’expérience maternelle ? Autrement dit, l’expérience acquise au cours des maternités vivantes a-t-elle un impact sur l’âge d’introduction des AC ?

¹ Nous appelons jeunes mères celles dont l’âge est compris entre 15 et 30 ans.

2 - Relation entre nombre d'enfants et âge d'introduction des AC

La comparaison entre le nombre d'enfants et l'âge d'introduction des AC est illustrée dans le tableau ci-après.

Tableau n° 4 : Distribution des femmes (n=99) en fonction des âges d'introduction des AC et du nombre d'enfants.

Nombre d'enfants par mère	Age d'introduction des aliments de complément (en mois)												
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	Total
1			1		1	5	2	5	2	2			18
2				4	2	7	4	1	2	4			24
3		1		1	2	4	3	1	2	1		1	16
4					2	2	2	2	2	2			12
5			3	1	1	2		4	2				13
6	1			1		1	2	1			1		7
7				2	1		1	1					5
8						1		1					2
9									1				1
12						1							1
Total	1	1	4	9	9	23	14	16	11	9	1	1	99¹

Remarque :

Le premier mois d'introduction des A C était de 3 mois ; cet âge correspond à celui choisi par une mère de six (6) enfants. En ce qui concerne le dernier âge, (15 mois) il est celui choisi par une mère de trois (3) enfants. Le premier âge de consommation des AC pour les mères d'un (1) enfant, est à cinq (5) mois et le dernier âge à douze (12) mois. Des six (6) cas d'introduction précoce, on dénombre une (1) mère d'un (1) enfant, une (1) mère de trois (3) enfants, trois (3) mères de cinq (5) enfants, et une (1) mère de six (6) enfants. Quant aux âges tardifs extrêmes (13 et 15 mois), ils concernent respectivement une mère de six (6) enfants et une mère de trois (3) enfants. Les cas extrêmes (précoce et tardif) sont l'œuvre des mères de six (6) enfants. On remarque que les introductions précoce et tardive sont présentes aussi bien chez les mères d'enfant unique que chez celles de plusieurs enfants.

¹ Ce total représente le nombre de notre population d'enquête.

Comme dans le cas de la variable âge, nous constatons que le nombre d'enfants influence peu ou pas l'âge d'introduction des AC.¹ Pour comprendre l'âge d'introduction des AC, il reste à rechercher l'explication dans la perception de ceux-ci par les mères.

3 - Perception des AC

Plusieurs raisons emmènent les mères à introduire les AC.

L'insuffisance du lait conjuguée au désir de manger de l'enfant constitue une des motivations de la consommation des autres aliments ; il représente 25,25% de la population ; *« quand l'enfant devient grand, le lait et les tisanes deviennent insuffisants donc il faut par exemple la bouillie. En ce moment, l'enfant a des dents de lait et manifeste le désir de manger »* une mère allaitante (E8).

La majorité des mères (19,19%) justifient l'âge d'introduction des A C par leur volonté d'éviter à l'enfant les maladies que les aliments sont susceptibles de provoquer *« il faut neuf (9) mois pour permettre à l'enfant d'être protégé en consommant la tisane ; avant cet âge, l'enfant peut tomber malade, 30% des mères se fient à la volonté (15,15% d'elles) et à la capacité des enfants à manger (15,15% d'elles) ; les mères ne donnent autres aliments aux enfants que si ceux-ci ne manifestaient le désir de manger. On ne doit pas contraindre l'enfant à manger parce qu'il « est incapable de manger et crache tout ce qu'on lui donne ;*

- quand il refuse de manger, les vieilles conseillent de ne pas le forcer jusqu'à ce qu'il manifeste le désir de manger... Quand l'enfant commence à consommer du sable, ou quelque chose d'autre, c'est le moment idéal pour lui donner à manger parce qu'il a tendance à porter tout ce qui lui tombe dans les mains à la bouche » des mères allaitantes (E6).

La non-influence de l'âge et du nombre d'enfants de la mère trouve tout son sens ici ; en outre, les belles-mères restent les seules habilitées à donner des conseils appropriés aux mères ; ces conseils sont donnés avec des arguments convaincants ; à ce niveau, les mères semblent plus réceptives et attendent le moment indiqué.

Le désir de l'enfant de manger rejoint sa capacité à manger et la préservation de sa santé ; *« si l'enfant pleure,² il faut chercher beaucoup d'aliments pour lui »* une mère allaitante (E6).

L'enfant, nous l'avons déjà souligné est considéré comme un être fragile qu'il faut prendre garde à ne pas "abîmer". Etre capable de manger signifie ne pas subir la volonté d'autrui c'est-à-dire de la mère ou d'une tierce personne quant à l'ingestion des aliments. L'enfant qui manifeste sa capacité à ingérer autres aliments que le lait en manifestant le désir ou la simulation est le seul

¹ Une mère de douze (12) enfants a introduit les AC à huit (8) mois (confère tableau n°4).

² L'enfant en voyant les autres manger pleure si on ne lui en donne pas.

“coupable” en cas de maladie ; néanmoins tant que celui-ci peut manger de lui-même sans que quelqu’un ne le force, il ne peut que rester en bonne santé. « *Puisque c’est l’enfant qui manifeste le désir de manger, et quand on lui donne, ça ne peut pas lui faire mal* » une mère allaitante (E8). Le fait d’attendre la manifestation du désir et de la capacité de l’enfant à manger peut être perçu comme une manière de se disculper de tout ce qui peut advenir à l’enfant suite à la consommation des nouveaux aliments. A l’insuffisance du lait donc s’ajoute la capacité de l’enfant à manger. Mais si l’insuffisance du lait constitue de nos jours la principale justification de l’introduction des AC, il en était autrement dans les temps passés.

En outre, dans les entretiens réalisés auprès des vieilles personnes, plusieurs raisons ressortent : l’absence d’aliments divers « *à notre temps, il n’y avait pas ce que les enfants d’aujourd’hui font là². Donc, il fallait laisser quand il sera grand, tu commences à lui donner du tô* » une vieille femme d’une famille royale (E6). Une autre précise « *Avant là c’était le tô ou la bouillie seulement ; où trouver le riz, le pain, ou les beignets de blé, il n’y avait que le tô avec la sauce de feuilles de baobab* » une vieille femme d’une famille de forgerons (E4). En réalité, ce sont les techniques de diversification des aliments qui étaient inconnues. Qui dit diversité alimentaire dit diversité de denrées ; chaque denrée ayant une fonction sociale bien précise, toute diversification alimentaire était ignorée. Les céréales cultivées n’avaient pour fonction que de servir à la préparation du tô, nourriture principale des Gulmaceba ; la bouillie dont il est question ici est celle destinée à la préparation du tô. Cependant, on constate de nos jours une évolution ; en effet, “*ce que les enfants d’aujourd’hui font* ” (bouillies enrichies) est composé entre autres des mêmes céréales locales ; remplissant une fonction unique au départ, ces céréales locales sont emmenées à remplir plusieurs fonctions avec le développement de la médecine moderne. Nous pouvons donc dire que ce sont les besoins qui créent les fonctions.

Le souci de préserver la santé de l’enfant : « *avant là c’est pourquoi on attend 3 ans avant de donner les AC. Il n’y avait pas de progrès de la santé donc si tu donnes des aliments à ton enfant tôt s’il tombe malade tu n’as pas de remèdes pour le soigner ; c’est pourquoi nous introduisons tardivement les aliments de complément* » une vieille femme (E5). Une autre vieille renchérit « *il n’y avait pas beaucoup d’infirmiers parmi nous donc on avait peur des maladies donc il fallait laisser quand l’enfant aura 3 ans avant de commencer à lui donner à manger* » (E6). Les AC étaient subordonnés au désir de l’enfant de manger ; cependant, ce désir n’était pas toujours

² Elle fait allusion aux bouillies enrichies.

satisfait, pour plus de prudence, la consommation des AC était assez tardive à cause “des maladies mortelles ” qu’ils étaient censés provoquer.

La phobie de la maladie constituait donc un obstacle à l’introduction appropriée des AC. Le t^ô, nourriture principale est considérée comme un aliment d’adulte et par conséquent inadapté à l’enfant ; il est lourd et est censé transmettre cette lourdeur aux enfants qui l’ingéreraient ; cette représentation accentue la méfiance vis-à-vis de sa consommation par les enfants encore incapables de marcher. En plus du t^ô, il y a les œufs qui, comme dans beaucoup de sociétés¹, étaient interdits aux enfants d’une part pour des raisons morales ; une vieille raconte : « *c’était des interdits juste pour les effrayer. C’est comme si ton enfant pleure et tu dis “si tu pleures il y a quelque chose qui va t’attraper”* » une vieille femme d’une de forgerons (E4) ; d’autre part, ces interdits étaient fondés comme dans le cas des AC sur des effets nocifs qu’ils provoquent à cause de leur lourdeur « *si un enfant “ne parle pas”, il ne doit pas manger d’œufs de poules parce que s’il en mange “avant de parler”, il ne parlera pas correctement ; il aura le “lantaba²”* » une vieille femme d’une famille royale (E7). Cette croyance perdure encore chez certains Gulmaceba comme l’affirme cette vieille femme ; « *même maintenant ils n’en consomment pas parce que s’ils en mangent, ils tardent à parler, ils deviennent temporairement sourds* » une vieille femme (E5). Cependant, ils sont exempts de toute interdiction chez d’autres ; « *maintenant comme c’est la civilisation du blanc, les enfants consomment ; mais avant là, ce n’est pas que c’était un totem en tant que tel, mais on ne savait pas si tu en manges qu’est-ce qui peut t’arriver* » une vieille femme d’une famille de forgerons (E4). Ce changement de comportement est à mettre au compte des sensibilisations de certaines structures de développement qui ont réussi à briser ces perceptions selon lesquelles « *si l’enfant mange très tôt, il ne marche pas vite ; que s’il mange aussi des œufs, il ne parle pas vite* » un secrétaire exécutif d’une association (E9).

Les œufs à l’image du t^ô sont lourds d’où leur interdiction aux enfants “muets” ; cependant la consommation actuelle des œufs n’est accompagnée d’aucun dommage ; nous pouvons donc admettre avec COLLEYN que « pour être socialement valables, peu importe que les croyances soient fausses (...) pourvu qu’elles assurent le pouvoir moral de la société » (1998 : pp 60-61).

Les aliments qui conviennent aux jeunes enfants doivent être légers et fragiles à l’image de ceux-ci. L’introduction tardive des AC était supposée permettre à l’enfant d’acquérir des capacités

¹ Chez les Dagara (DABIRE 2002) et les Moose (COULIBALY 1988), les œufs sont interdits aux enfants pour des raisons morales : ceux-ci en mangeant les œufs prendront plaisir à son goût et risquent d’en devenir des voleurs. Au Sénégal ce sont les croyances qui entravent sa consommation : ils sont censés provoquer la cécité chez l’enfant. ([htt : // membres.Lycos.fr/bourgenbrousse/malnutrition.html](http://membres.Lycos.fr/bourgenbrousse/malnutrition.html)).

² Langues attachées en gulmacema.

défensives. Puisqu' « *il n'y avait pas d'autres aliments à part le tô* » réputé lourd et fort donc inapproprié au jeune enfant ; la tisane était le seul aliment infantile idéal. « *Le premier aliment, c'était la tisane qui accompagne le lait ; nous faisons boire à nos enfants la tisane, les lavions avec, les purgions également avec jusqu'à neuf (9) mois (...) parce qu'il n'y avait pas de bouillies à part le tô (...) la tisane utilisée pour laver, purger et faire boire à l'enfant l'emmène à "marcher plus vite" ; lui donner autres aliments avant neuf (9) mois, c'est retarder ses premiers pas parce que le tô alourdit* » une vieille femme d'une famille royale (E7).

L'unanimité sur la lourdeur du tô et les maladies provoquées par certains AC avant au moins le premier anniversaire de l'enfant est reconnue. « *A moins d'un an, c'était les tisanes, parce que la nourriture (le tô) retarde les premiers pas de l'enfant* » une vieille femme (E3).

Pour les Gulmaceba, les maux liés aux A C sont par prédilection ceux du ventre et la diarrhée. Le lait et la tisane sont des liquides donc plus légers que le tô ; au regard de ce qui précède, chaque aliment est censé transmettre ses propriétés à ceux qui l'ingèrent ; si chaque aliment transmet son esprit à ceux qui l'ingèrent, alors ceux légers sont plus appropriés aux jeunes enfants. Les substances vitales apportées par les aliments dits "lourds" seraient également "lourdes."

L'âge actuel le plus précoce d'introduction des AC est à 3 mois et celui tardif à 15 mois ; par contre, ceux d'autrefois étaient respectivement de 12 mois et de 36 mois. On observe un grand écart entre les époques. Les vieilles femmes expliquent cette différence par le développement de la médecine. La hantise de la maladie se trouvant dissipée par celle-ci ; raison pour laquelle, « *de nos jours les femmes ne font plus ça. Mais maintenant comme la médecine a progressé, à moins d'un an les femmes introduisent les aliments de complément chez leurs enfants ; mais avant, ce n'était pas le cas ; mais maintenant, c'est le progrès ; quand tu donnes des aliments de complément ça ne peut pas le rendre malade puisque les femmes sont conseillées à la maternité* » une belle-mère d'une enquêtée et épouse d'un griot (E2).

De surcroît, les aliments de complément semblent avoir perdu leurs effets morbides ; ils renferment au contraire des vertus jadis attribuées à la tisane d'où le déclin de celle-ci : « *aujourd'hui et autrefois sont différents parce qu'à notre temps nous ne consultions pas les "docteurs" mais les femmes d'aujourd'hui le font. Elles suivent les conseils des agents de santé ce qui les emmène à donner autres aliments que le lait comme la bouillie à six (6) mois ; mais elles ne donnent plus de tisanes comme avant. De nos jours, la bouillie a remplacé la tisane et nous constatons qu'elle a les mêmes effets que la tisane* » une vieille femme d'une famille royale (E7).

Pour la population, le développement de la médecine s'est accompagné d'une diversification de l'alimentation. *« Avec l'arrivée du "blanc" tout a changé on a plus d'aliments qu'auparavant ; les femmes donnent précocement les aliments aux enfants mais ils marchent vite quand même.*

C'est le "blanc" qui sait tout ; donc, nous ne pouvons pas conseiller aux mères d'aujourd'hui autre chose » une vieille femme d'une famille royale (E7).

L'acquisition de la marche et le langage sont déterminants dans l'introduction des AC chez les Gulmaceba. Ainsi, l'enfant capable de marcher et de parler est supposé apte à consommer d'autres aliments aussi bien au sens propre qu'au sens figuré. Les tisanes censées l'aider à s'immuniser et à se développer ayant produit leurs effets, la crainte qu'il soit un être handicapé se trouve inhibé. Le mutisme et la paralysie constituent ici des handicaps majeurs à éviter surtout que leur évitement ne consiste qu'à priver l'enfant de certains aliments avant un certain âge. Ici s'établit une existence de corrélation entre l'alimentation et le développement psychomoteur de l'enfant ; introduits tôt, certains AC retarderaient les premiers pas et le langage de l'enfant. L'être muet est à priori incapable d'exprimer ses idées, de se défendre verbalement en cas de transgression langagière ; il se voit du coup traumatisé et offre du même coup un décor pathétique. En effet si, l'enfant présente des handicaps, ceux-ci sont attribués à la consommation des AC qui en sont les causes et ce à cause du non-respect d'un garde-fou social ; par contre la responsable de ces handicaps de l'enfant (retard de croissance, mutisme) est la mère qui a transgressé un ordre social établi ; cette transgression appelle sur l'enfant un "malheur-sanction" SIMON (1995); cependant, ce n'est pas la mère qui souffre en personne de ce malheur-sanction mais son enfant. Porter la responsabilité des conséquences d'une telle "transgression sociale" de surcroît d'un enfant s'avère moralement insupportable.

Dans le paragraphe suivant, nous aborderons la nature et la fréquence de consommation des AC.

II - NATURE ET FREQUENCE JOURNALIERE DE CONSOMMATION DES AC

La nature et la fréquence de consommation des AC sont les deux principaux points abordés dans ce paragraphe. Toutefois, une comparaison entre l'éducation nutritionnelle et la fréquence de consommation des AC sera faite.

1 - Nature des AC

Les AC légers en occurrence ceux liquides sont fortement consommés par les enfants. Ils représentent 63,63 % des AC chez notre population d'étude ; quant aux solides, ils sont de l'ordre de 36,37 %. Les premiers sont essentiellement de la bouillie, le plus souvent enrichie utilisée par les mères fidèles aux CPE. La tisane n'est plus citée comme étant le « *premier aliment* » de l'enfant. Les deuxièmes sont constitués de collation entre les tétées ; ce sont entre autres les galettes, les beignets d'haricot ou de blé, le pain achetés et ce lorsque l'enfant manifeste le désir de manger « *si tu achètes quelque chose, si l'enfant veut manger, il faut lui donner un peu pour voir s'il va prendre* » une mère allaitante (E6).

Les plats spéciaux comme leurs noms l'indiquent sont des préparations spéciales pour les enfants ; ils sont peu fréquents eu égard à l'impossibilité de préparer uniquement pour l'enfant ; les quelques plats spéciaux sont composés de bouillies simples de céréales extraites de celles destinées à la préparation du tô ou de bouillies enrichies de légumineuses et de légumes. Ces dernières sont surtout préparées et distribuées dans les CSPS lors des séances de pesées ; les mères d'enfants malnutris en font usage à domicile afin d'améliorer l'état nutritionnel de ceux-ci. Cependant, l'achat du riz pour les enfants est très fréquent. Tous les enfants en âge de manger consomment sans exception les différents plats familiaux.

Les fruits et légumes de même que les plats familiaux sont également consommés par les enfants ayant acquis la capacité de manger .

L'engouement des mères Gulmaceba pour les AC liquides s'explique d'une part par le reliquat de leur (AC) représentation et par les conseils nutritionnels bénéficiés au niveau des CSPS et de certaines associations¹.

La bouillie grâce à ses propriétés analogues à la tisane tend à remplacer celle-ci. Les mères Gulmaceba actuelles « *ne donnent plus de tisanes comme avant. De nos jours, la bouillie a*

¹ Aux séances de CPE, de la bouillie enrichie est préparée et distribuée aux enfants ; c'est au cours de ces séances que les mères apprennent à en préparer pour leurs enfants. L'apprentissage de la préparation est assurée par des accoucheuses villageoises tandis que les conseils sont assurés et par celles-ci et par les agents de santé. Des associations comme Fiimba, ICODEV et l'APDC donnent également des séances de sensibilisations nutritionnelles.

remplacé la tisane et nous constatons qu' elle a les mêmes effets que la tisane. Avec l' arrivée du "blanc" tout a changé on a plus d'aliments qu'auparavant » une vieille femme d'une famille royale (E7). Hier comme aujourd'hui, les AC liquides constituent les aliments les plus utilisés par les mères. Quelle est par contre leur fréquence journalière de consommation ?

2 - Education nutritionnelle et fréquence journalière de consommation des AC

Il s'agit ici de voir s'il y a une interférence entre éducation nutritionnelle et fréquence journalière de consommation des AC.

Selon l'OMS, en plus des tétées, la fréquence journalière des repas au niveau des jeunes enfants doit varier en fonction de leur âge : 0-2 mois = 0 repas ; 4-6 mois = 1-2 repas ; 9-11 mois = 3-4 repas. Cette fréquence croît au fur et à mesure que l'enfant grandit car celui-ci a des besoins énergétiques qui, par rapport au poids de son corps, sont sensiblement plus grands que ceux des adultes (PNUD-FAO, B F 1993) ; un ICP précise : *« chez les enfants, il faut plus de fréquences de prise de repas que chez les adultes ; il faut surtout éviter de les gaver ; mais l'enfant doit manger fréquemment ; tant qu'il a faim, il doit manger ; le bébé de 0 à 6 mois doit téter à volonté et à partir de 6 mois, il faut introduire la bouillie ; tant que l'enfant a faim, tant que l'enfant réclame, il faut lui donner à manger »* un jeune infirmier chef de poste ou major (E11).

Nous retrouvons chez les jeunes enfants Gulmaceba des fréquences de consommation allant de 2 à 5 par jour. La fréquence 3 représente l'effectif modal (65,66% des enfants mangent 3 fois par jours) ; 13,13% de jeunes enfants mangent 4 fois par jour, 11,11% mangent 2 fois, 5,05% mangent 5 fois, enfin la prise des repas à volonté comme recommandée par les agents de santé ne représente que 5,05 % contre 46% des mères ayant bénéficié de conseils nutritionnels. Ces différentes fréquences sont subordonnées entre autres au désir de l'enfant à manger c'est-à-dire quand celui-ci réclame (52,52 des mères ne donnent à manger à leur enfant que lorsqu'ils réclament à manger), à la fréquence de consommation des adultes (6,06%) *« (...) parce que ce sont les fois que nous mangeons »* et à l'idéalité de la fréquence (23,23 %). *« Si tu habitues l'enfant à manger plus de 3 fois, il va chaque fois réclamer ; il peut devenir gourmand ; si l'enfant mange le matin, à midi même s'il ne pleure pas, on sait qu'il a faim ; et le soir, il faut qu'il mange avant de dormir »* une mère allaitante (E8).

Les enfants sont appelés à acquérir dans le monde réel où ils vivent des valeurs sociales et ce par le biais de la socialisation. L'alimentation est un des domaines de socialisation où la société

inculque à l'individu les normes y relatives dès son bas âge. On apprend à l'enfant à s'adapter aux fréquences de consommation de l'adulte ; de la sorte on lui inculque les valeurs sociales telle la sobriété afin de lui éviter des vices comme la gourmandise dans un monde où les potentialités vivrières se font de plus en plus rares.

En conclusion à ce chapitre, nous pouvons avancer que l'âge et le nombre d'enfants de la mère n'influencent pas celui d'introduction des AC. Par contre la représentation de ceux-ci influence fortement l'âge de leur introduction. Quant à leur nature, ceux liquides trouvent un écho favorable aussi bien de nos jours qu'autrefois eu égard aux représentations dont ils font l'objet. La forte consommation de ceux-ci était justifiée par leur légèreté et la peur des maladies ; la peur des maladies astreignait les mères guinéennes à introduire tardivement les AC. La tardiveté de l'introduction des AC était non seulement une manière de permettre à l'enfant d'acquérir des capacités motrices et langagières mais également d'acquérir des capacités immunisantes par la consommation des tisanes.

A tout cela s'ajoutait la monotonie alimentaire avancée comme raison par les vieilles femmes.

En ce qui concerne celle-ci, il est légitime d'emmener la population à comprendre qu'avec les denrées existantes, une diversification alimentaire est possible ; il faudrait donc proposer des recettes adaptées c'est-à-dire à base de produits locaux ou "étrangers" en tenant compte des différentes représentations et des habitudes alimentaires car « il ne suffit pas de fournir des aliments dont la teneur en nutriments est adéquat, mais qui pour diverses raisons (nouveau, aspect, saveur) ne sont pas appréciés et incapables de fournir une certaine satisfaction, un certain bien-être psychologique, mais de recourir à des aliments suffisamment valorisés, sécurisants et le plus souvent familiers afin de maintenir la biodiversité, à conforter les cultures concernées et à témoigner aux individus le respect auquel ils ont droit. » (FROMENT et al 1996 : 32)

CHAPITRE VII : LE SEVRAGE

L'idée du sevrage évoque chez les Gulmaceba l'état gravide de la femme si bien que pour les mères, donner l'âge auquel on compte sevrer son enfant équivaut à dire son intention de tomber enceinte « *parce qu'il faut être enceinte avant de sevrer son enfant* » déclare une mère. « *Je ne le sevrerai que lorsque je serai enceinte* » ajoute une autre. Cette représentation du sevrage emmène les mères à fournir des informations exagérées à propos de l'âge du sevrage. C'est le cas de cette mère qui compte sevrer son enfant à quarante huit mois (4 ans) « *pour dit-elle qu'il puisse grandir en profitant du lait.* »

L'âge idéal du sevrage est fixé à deux (2) ans c'est-à-dire à 24 mois « *parce que c'est à 2 ans que l'on sevre chez les Gulmaceba* ». Cependant, la date ou le moment du sevrage est le plus souvent lié à la survenance d'une nouvelle grossesse. De notre population, 35,35% des enfants ont été sevrés avant 2 ans pour diverses raisons dont la grossesse (16,16%) ; 2,02% d'eux avaient des petits frères à notre passage ; 77,78% sont sevrés avant ou à 2 ans selon les informations recueillies. Selon les résultats de notre étude, le taux de poursuite de l'allaitement après 2 ans est de 22,22%.

Ce chapitre se subdivise en deux moments à savoir : les conditions et les différents processus du sevrage dans un premier temps, puis dans un dernier temps la représentation du lait de la femme enceinte.

I - CONDITIONS ET PROCESSUS DU SEVRAGE

Deux aspects seront évoqués ici : les conditions du sevrage et l'éducation nutritionnelle en comparaison avec le processus du sevrage.

1 - Les conditions du sevrage

Il est question de présenter les différents motifs du sevrage.

*** Le développement psychomoteur de l'enfant**

Le sevrage est souvent subordonné au développement psychomoteur de l'enfant. Ainsi, lorsque l'enfant est grand, il peut être sevré ; 25,25% de notre population évoque cette raison. Mais que signifie devenir grand ? Devenir grand signifie la capacité de l'enfant de marcher car, « il est interdit d'avoir un deuxième enfant avant que le premier ne marche » (SIMON 1995 : 48). Logiquement un enfant bien portant marche certainement à 2 ans voire même en deçà ; donc à 2

ans, il est apte à être sevré et à avoir un petit frère. Par contre, un enfant maladif marchera moins vite d'où la nécessité de l'allaiter plus longtemps : « *Souvent nous les laissons téter plus de 2 ans quand c'est un enfant maladif ; si on sèvre avant 2 ans, c'est qu'on est enceinte* » une mère allaitante (E8). Actuellement, la diversité alimentaire aidant, les enfants acquièrent la capacité motrice plus vite que ceux d'autrefois. En effet ceux-ci marchaient tardivement au regard de la "monotonie" et de la pauvreté des aliments. « *Pour que l'enfant cesse totalement de téter, il fallait qu'il soit capable de marcher et même de courir c'est à dire qu'il fallait qu'il ait trois (3) ans avant d'être sevré .*

-Actuellement, il y a une année de différence c'est-à-dire que l'enfant marche déjà à deux (2) ans donc les mères les sèvent plus tôt » 2 vieilles femmes d'une famille royale (E7). La capacité physique de l'enfant à être sevré signifie implicitement l'aptitude de la mère à concevoir. « *Quand on sèvre, en ce moment, il se trouve que la mère est de nouveau enceinte* » une belle-mère d'une enquêtée et épouse d'un griot (E2).

* **Le refus de manger et le manque de lait** (12,12% des cas) constituent une des raisons du sevrage. Certaines mères sèvent leurs enfants parce qu'ils sont « *grands et refusent de manger alors que le lait maternel ne les suffit plus* » et par conséquent gênent leurs mères dans l'exécution de leurs tâches. Cette catégorie d'enfants est soumise au gavage d'aliments liquides comme la bouillie et/ou le tô délayé ; les objectifs de cette pratique se situent à deux (2) niveaux : à court terme bourrer le ventre de l'enfant afin de l'empêcher de pleurer et à long terme lui permettre de prendre du poids.

2 - Education nutritionnelle et processus de sevrage

Le sevrage est un moment très important dans la vie de l'enfant ; en effet, c'est à cette période que des cas de malnutrition se manifestent. Elle est considérée par les Gulmaceba comme une maladie à part entière. A cette étape de la vie de l'enfant, les mères s'évertuent à utiliser des tisanes conseillées par des tradithérapeutes ou des vieilles personnes pour fortifier leurs enfants. La consommation de ces tisanes est accompagnée de gavage de bouillies simples ou enrichies¹ à base

¹ Les vivres du PAM jouent un rôle déterminant dans la fréquentation des centres de santé. Ainsi, les enfants malnutris bénéficient des vivres du PAM pour l'amélioration de leur alimentation par la préparation de bouillies enrichies. IL en est de même des femmes enceintes malnutries. Cela incite les femmes à suivre assidûment les consultations prénatales ; mais la plupart des accouchements se font à domicile à cause de l'éloignement des CSPS ou grâce à l'existence d'une accoucheuse villageoise. Lorsqu'elles ne bénéficient pas des vivres du PAM après un certain nombre de pesées, certaines mères abandonnent les CPE .

des vivres du PAM et/ou des denrées locales afin de permettre à l'enfant d'être "en forme". On assiste à une hausse de la fréquence de consommation avec l'achat de nourriture à savoir le riz, le pain, les galettes, les beignets de blé et d'haricot.

Seront présentés les différents processus du sevrage et leur justification.

Sur le terrain, deux (2) processus de sevrage ont été constatés : le sevrage brusque et le sevrage progressif.

a - Le sevrage progressif

Le sevrage progressif permet à l'enfant de s'adapter progressivement au régime alimentaire adulte et à devenir progressivement indépendant sur les plans affectif et psychologique. Selon les mères, il vise un double objectif à savoir, habituer l'enfant à se passer petit à petit du lait maternel et par le même coup l'emmener au régime alimentaire adulte « *parce que le lait est très important dans la croissance de l'enfant et pour ça, il ne faut pas l'en priver totalement.*

- *En espaçant les tétées, on réussit à faire prendre à l'enfant d'autres aliments* » une mère allaitante (E8).

Il est pratiqué par 35,36% des mères. Parmi elles, 15,16% ont bénéficié d'éducation nutritionnelle contre 20,20% n'ayant aucune notion des pratiques d'allaitement et d'alimentation infantile (46% des mères disent avoir bénéficié de conseils nutritionnels).

La proportion des mères sans éducation nutritionnelle est plus importante à ce niveau que celle des mères ayant bénéficié d'éducation nutritionnelle¹.

b-Le sevrage brusque

Le sevrage brusque est pratiqué par 64,64% des mères dont 32,32% ayant bénéficié de conseils nutritionnels contre 32,32% n'ayant pas bénéficié de ceux-ci. Pour les adeptes de cette pratique, sevrer un enfant se résume à le priver totalement du lait maternel ; procéder progressivement n'est pas la meilleure technique de le sevrer. Le sevrage brusque s'explique donc par plusieurs raisons : enlever toute envie de téter à l'enfant ; en effet, « *quand on procède progressivement, l'enfant s'attend toujours à téter et quand on ne lui donne pas, il pleure* » une mère allaitante (E8). Il y a également la peur d'une quelconque maladie liée à l'état gréviste de la mère ou à l'espacement des tétées : « *lorsqu'on espace les tétées, le lait devient de mauvaise qualité ; il se caille et donne des maux de ventre...et peut causer la diarrhée* » une mère allaitante (E8).

¹ L'éducation nutritionnelle renvoie aux conseils théoriques et pratiques donnés au cours des séances de sensibilisations nutritionnelles.

La constatation d'une grossesse est une des raisons principales du sevrage brusque « *parce que le lait d'une femme enceinte n'appartient plus à l'enfant allaité ; il devient lourd.* » une vieille femme d'une famille royale (E6).

Cette représentation du lait se poursuit et s'approfondit dans le paragraphe suivant.

II - REPRESENTATION DU LAIT DE LA FEMME ENCEINTE

Le présent point se voudrait une suite du paragraphe précédent à savoir la représentation du lait de la femme enceinte.

« Certaines substances corporelles sont en elles-mêmes puissantes, imbues d'essence active qui, sans contrarier le corps dont elles sont issues peuvent avoir de fâcheux effets sur le corps d'autrui » (VERNON, 1992 : 58). Cette citation convient à la représentation du lait de la femme enceinte dans la société traditionnelle gulfane. Ce lait présenterait les mêmes caractéristiques que le colostrum. En outre, comme celui-ci, il est qualifié de "saletés", de "lait lourd", source de maladies infantiles voire de mortalité infantile et donc impropre à la consommation de l'enfant allaité. 48,48% des mères avancent la grossesse comme raison de sevrage. « *Si une femme est enceinte et laisse téter son enfant, celui-ci risque de mourir par une diarrhée chronique parce que le lait d'une femme enceinte n'est plus du bon lait ...le lait n'appartient plus à l'enfant parce qu'il se coagule, devient épais et il y a en plus un liquide limpide donc, il devient du poison pour l'enfant en vie, et puisque le lait s'est coagulé, cela signifie qu'il "n'appartient" plus à l'enfant qui vit mais à celui qui est dans le ventre, donc s'il tète, ça "l'attrape" »* une vieille femme d'une famille royale (E7). « *Si tu laisses l'enfant continuer à téter, si la diarrhée l'attrape, il ne sera pas sauvé... Il va mourir... Même si l'enfant n'a pas 2 ans, il faut forcément l'enlever du sein »* une vieille femme d'une famille royale (E6). La qualité douteuse du lait de la femme enceinte réside dans le changement de la nature de celui-ci ; de nature homogène, il devient hétérogène du fait de la présence du fœtus dans le sein de la mère ; du coup, le lait devient paradoxalement inconsommable pour l'enfant allaité mais consommable pour celui à naître. La conséquence de sa consommation par le premier enfant reste inévitablement la mort. Pour caricaturer la situation, nous pouvons comparer l'enfant allaité malgré l'état gravide de la mère à un voleur qui s'accapare du bien d'autrui (ici, le lait de l'enfant à naître) ; comme le voleur, il mérite une sanction sociale qui se traduit ici par la maladie ou la mort. Cependant, l'enfant est victime, mais la responsabilité incombe à la mère dont dépend grandement sa survie. Pour échapper à ces ennuis, toute constatation de grossesse est immédiatement source de sevrage.

« *Quand la femme est enceinte, le lait devient des saletés et quand l'enfant tète ça lui donne des maladies* » une belle-mère d'une enquêtée (E3).

Cette représentation du lait de la femme enceinte a été constatée dans plusieurs autres sociétés ; c'est le cas chez les Mossi du Burkina Faso et les Noirs Marrons ndjuka du Surinam. Chez ces derniers, « le lait d'une mère dont le fœtus aurait déjà sucé l'essence devient “fade”, “froid”, “sans monde”, “sans activité”, “dévitalisé” comme le sont les nourritures offertes aux morts (...) il persiste de surcroît une sorte de contamination de ce qui est pré- consommé, peut-être dérivé de l'idée du “refroidi” et le nourrisson qui tète un lait maternel dévitalisé devra être aussitôt sevré sinon il périra... » (VERNON, 1992 : 47). Chez les Mossi du Burkina en revanche, « la femme peut poursuivre l'allaitement du premier enfant pendant une durée de 3 à 4 mois environ après la grossesse... (pourvu qu'elle se lave) avec attention ... » (BONNET, 1988 : 40).

Chez les Gulmaceba, la femme allaitante non enceinte produit du lait “pur”, “homogène”, “propre” et “léger” “propre” à la consommation ; néanmoins le lait que l'enfant ne tète pas régulièrement possède les mêmes caractéristiques que celui d'une femme enceinte : il cause des maux de ventre pouvant aboutir à la diarrhée parce que « *lorsqu'on espère les tétées, le lait devient de mauvaise qualité ; le lait se caille* » une mère allaitante (E8).

Le lait, nourriture-vivrière devient une “nourriture-poison” dangereux pour le consommateur en l'occurrence pour l'enfant allaité.

« *Si une femme est enceinte(...) le lait n'appartient plus à l'enfant qui vit mais à celui qui est dans le ventre ; donc s'il tète, ça “l'attrape”* » une vieille femme d'une famille royale (E7). Ici s'éclaire la relation entre le lait de la femme enceinte et le colostrum de la femme nouvellement accouchée ; le premier tout comme le deuxième sont qualifiés de “saletés”, à la différence que le lait de la femme enceinte est souvent destiné à l'enfant à naître¹.

Le danger que le lait de la femme enceinte représente pour l'enfant allaité est transposé à celui à naître ; autant il est susceptible de provoquer des maladies telles les maux de ventre et la diarrhée à l'enfant allaité, aussi bien l'enfant à naître encourt les mêmes risques en consommant ce lait devenu du bitooma. Logiquement, le lait inapproprié à l'enfant allaité l'est également pour celui à naître. La récente présence du nouveau-né au sein de sa mère ayant déjà “pollué” le lait. Le colostrum n'est donc rien d'autre qu'un lait de grossesse d'où son rejet systématique.

¹ Il y a cependant un triple paradoxe dans la mesure où : premièrement bien qu'étant destiné au futur enfant, ce lait est soit rejeté ou consommé avec crainte ; deuxièmement le colostrum est considéré par les Gulmaceba comme un lait “lourd”, donc inapproprié au bébé d'où entre autres son rejet ou la consommation de l'eau chaude par le nouveau-né dans le but de le diluer ; troisièmement l'enfant en âge d'être sevré consomme déjà les AC, ce qui signifie son aptitude à consommer les aliments dits “lourds” ; ce lait lui est pourtant interdit du fait de sa “coagulation”, de son épaissement, impliquant une certaine lourdeur.

Même dans le cas où le lait de la mère est destiné à l'enfant à naître, ses donatrices s'attendent néanmoins à une réaction malheureuse, et c'est dans le cas échéant que sa (colostrum) neutralité et/ou sa qualité est reconnue. On peut parler ici de dissonance cognitive.¹

Nous nous proposons de schématiser les différentes représentations du lait de la femme en fonction de son état :

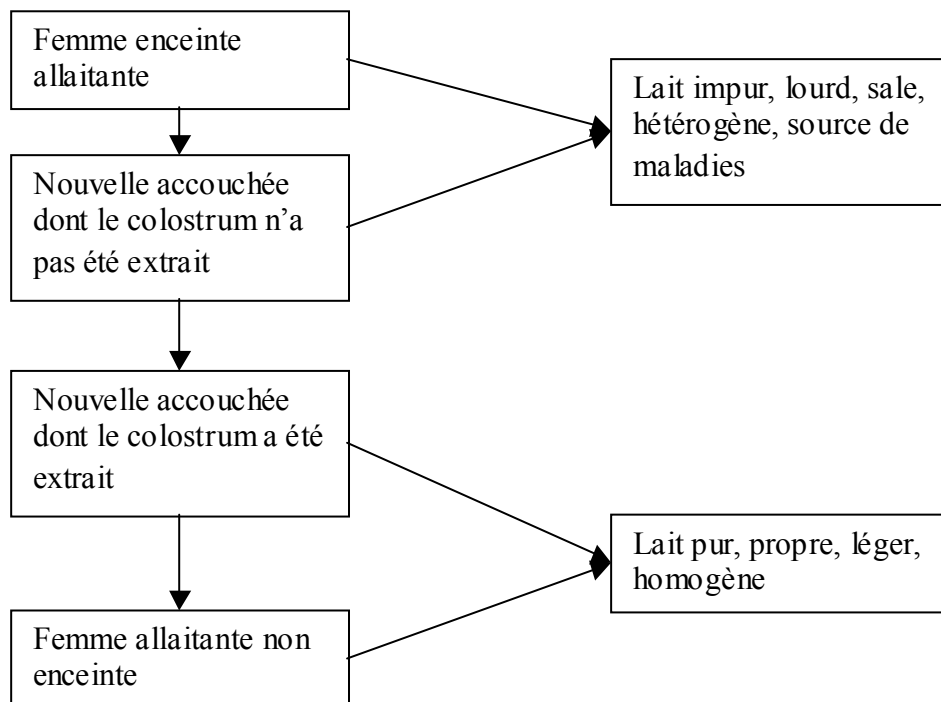


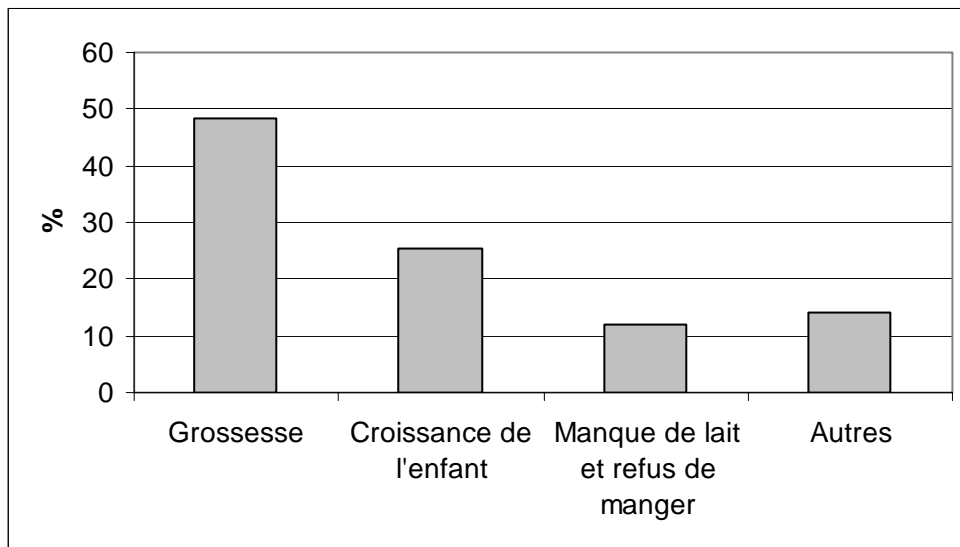
Schéma n° 1 : Représentation traditionnelle du lait

Explication du schéma :

Une femme allaitante enceinte et une nouvelle accouchée dont le colostrum n'a pas encore été extrait produiraient la même qualité de lait, à savoir un lait "impur, lourd, sale, hétérogène" donc source de maladies. Mais lorsque le colostrum est extrait, il laisse la place à un lait "pur", "propre" donc source de vie. La femme débarrassée du colostrum produit du "bon" lait jusqu'à ce qu'elle tombe de nouveau enceinte.

¹ Selon FISCHER c'est un état de tension intérieure résultant d'une coexistence discordante entre des idées ou des opinions acquises antérieurement et un ou des faits nouveaux. En effet, *le colostrum* est considéré comme *source de maladies* par les Gulmaceba d'où son rejet par ceux-ci, alors que la médecine moderne leur recommande la consommation du *colostrum* au regard de ses avantages (il est ici *source de santé*).

Schéma n° 2 : les différents motifs de sevrage



Explication du schéma : sont avancés comme motifs du sevrage les raisons suivantes : la grossesse (48,48% des cas), la croissance physique de l'enfant (25,25% des cas), le manque de lait et le refus de manger (12,12%) et biens d'autres cas à taux infimes (14,14% des cas).

En conclusion, le sevrage est précoce et n'a pas d'âge fixe chez les Gulmaceba à cause des grossesses rapprochées qui impliquent systématiquement l'arrêt de l'allaitement.

La grossesse demeure la motivation première du sevrage ; le lait maternel étant considéré comme "souillé", "lourd", "dangereux" pour l'enfant. Cette représentation prévaut encore de nos jours ; même si l'enfant n'a pas l'âge requis pour être sevré, il faut immédiatement le sevrer à la constatation d'une grossesse pour lui éviter des ennuis sanitaires. La qualité du lait semble se reposer sur son aspect physique.

Pour la médecine moderne en revanche, la grossesse n'influence pas la qualité du lait. L'enfant en le consommant ne risque aucun malaise ; les tétées stimulent plutôt la sécrétion du lait.

CONCLUSION GENERALE

Notre étude sur les logiques et représentations des pratiques d'allaitement et d'alimentation infantile a pu mettre en évidence un certain nombre de faits.

Le colostrum, premier aliment d'un nouveau-né est considéré comme source de maladies et de mortalité néonatales par les Gulmaceba de la Gnagna d'où son rejet. Ces maladies qu'il véhiculerait aux enfants font de lui une substance offensive : le bitooma. Son rejet peut être considéré comme un système de défense qui vise à réduire l'angoisse liée à ses effets sur les nouveaux-nés. Cependant, ces préjugés qui lui sont imputés s'atténuent s'ils ne disparaissent totalement. Il fait l'objet d'"expérimentation" (chez les Gulmacema) dont les résultats l'allègent de sa caractéristique morbide : les enfants qui en consomment ne tombent plus malades comme auparavant, et cela grâce au développement de la médecine moderne. Cette évidence renforce d'avantage sa consommation. Le colostrum acquiert de ce fait une neutralité, voire une vertu pour cette société.

L'allaitement maternel dans la société gulmace est pratiqué à 100% par les mères. Sa pratique jadis accompagnée de forte consommation de tisanes l'est encore de nos jours, sans que celles-ci n'aient la même considération sociale pour les mères actuelles. Les tisanes remplissaient les mêmes rôles que les vaccins et produits pharmaceutiques néo-natals actuels.

Le colostrum et les AC connaissent de nouvelles représentations ; les opinions sur eux ont changé et éventuellement les attitudes à leur endroit pour des raisons objectives : l'absence d'inconvénients de leur utilisation et de leur âge d'utilisation facilite le changement d'attitude à leur égard. Les nouvelles réactions biologiques (absence de maladies après la consommation, acquisition rapide de la marche) y afférentes sont objectivées, assimilées et intégrées dans le système de représentation des Gulmaceba. Cette évolution reste imputée à la médecine moderne qui, par son efficacité a pu produire des répercussions sociales presque immédiates (acceptation de l'utilisation du colostrum et la consommation "précoce" des AC) ; elle garantirait autant que les tisanes le bien-être des enfants en annihilant les effets "nocifs" du colostrum et des AC. En outre, les maladies qui résulteraient de la consommation du colostrum et de l'introduction "précoce" des AC sont moins perceptibles voire inexistantes.

Ces aliments seraient au contraire favorables à la croissance et à la santé de l'enfant.

Au regard de ce changement d'attitude vis à vis du colostrum et des AC, nous pouvons dire que les représentations sociales, quand bien même elles seraient rigides, sont tout de même susceptibles d'être transformées ; on peut donc parler de dynamisme des représentations sociales. Ainsi, « toute représentation peut être considérée comme une succession de moments » c'est-à-

dire qu'« un état de représentation ressemble à une “époque” enchâssée entre deux (2) autres procédant de l'une et préparant la suivante » (ROUQUETTE et RATEAU 1998 :107).

L'hypothèse selon laquelle l'âge d'introduction des AC serait fonction de l'âge de la mère, du nombre de ses enfants et de la perception des AC par celle-ci se trouve nuancée. Ni l'âge de la mère, ni son expérience maternelle n'influence l'âge d'introduction des aliments de complément. Seule la perception des AC détermine l'âge de leur introduction. Ainsi, les raisons pour lesquelles les mères introduisent les AC se fondent surtout sur l'insuffisance du lait maternel à une certaine période de la croissance de l'enfant, de même que sur la capacité et le désir de celui-ci à consommer des aliments d'autres natures.

La relation entre le statut nutritionnel et l'état sanitaire n'est pas perçue “a priori”. Cependant, cette relation se dégage lorsqu'on évoque le degré de satisfaction de l'alimentation des enfants. Ainsi, l'aspect physique d'un individu reflète la qualité de son alimentation. Les mères sont donc bien conscientes de l'effet de l'alimentation sur la santé et agissent conséquemment en la matière. Les fréquences journalières de consommation des enfants sont conditionnées par celles des adultes, par le désir de l'enfant, et par l'idéalité de la fréquence plutôt que par l'éducation nutritionnelle.

L'âge et le processus du sevrage sont surtout marqués par les représentations du lait selon l'état de la femme (enceinte ou non), par la croissance physique de l'enfant que par l'éducation nutritionnelle ce qui infirme notre hypothèse de départ.

Toutefois, au delà de l'atteinte des objectifs et la vérification plus ou moins confirmée des hypothèses, il convient d'inviter les agents de santé et les structures de développement à intensifier les sensibilisations sur l'alimentation en général, et sur l'allaitement et l'alimentation infantile en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

I - OUVRAGES GENERAUX

AGBESSI DOS SANTOS (Hélène) et DAMON (Michel) : Manuel de nutrition africaine, édition IPD-ACCT KARTALA, 1987 ; 311 pages.

BONNET (Doris) : Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi; édition de l'ORSTOM, Paris, 1988 ; 138 pages.

BOURDIEU (Pierre) : La distinction, critique sociale du jugement ; édition Minit, Paris, 1979 ; 670 pages

BRIEND (André) : Prévention et traitement de la malnutrition, édition de l' ORSTOM, Paris, 1985 ; 147 pages.

COLLEYN (Jean-Paul) : Eléments d'anthropologie sociale et culturelle; 6è édition (Université de Bruxelles), 1998 ; 225 pages.

FISCHER (Gustave-Nicolas) : Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale ; édition DUNOD (2è édition), Paris, 1996 ; 226 pages.

GERARD (Debry) et al : Lait, nutrition et santé , édition TEC & DOC, 2001 ; 566 pages.

Guide pratique pour la vulgarisation de la nutrition PNUD-FAO, Burkina Faso, 1993 ; 54 pages.

JODELET (Denise) in Psychologie sociale ; édition PUF (4è édition), 1992 ; pp357-389.

LALLEMAND (Suzanne) et al : Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar ; édition L'harmattan, Paris, 1991 ; 136 pages.

MAUSS (Marcel) : Sociologie et anthropologie ; édition PUF, 5è édition «quadrième», 1993 ; 482 pages.

MOSCOVICI (Serge) et al : Psychologie sociale ; édition PUF (4è édition), 1992 ; 596 pages.

Nutrition des jeunes enfants et des mères au Burkina Faso ; 1998-1999 édition US. Agency for International Development Macro International Inc, 45 pages.

REMESY (Christian) : Alimentation et santé ; édition Flammarion, Paris, 1996 ; 127 pages.

ROUQUETTE (Louis Michel), RATEAU (Patrick) : Introduction à l'étude des représentations sociales, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1998 ; 159 pages.

VERNON (Diane) : Les représentations du corps chez les Noirs Marrons ndjuka du Surinam de la Guyane française, édition ORSTOM, Paris, 1992 ; 95 pages.

II - OUVRAGES METHODOLOGIQUES

BOUDON (Raymond) : Les méthodes en sociologie, édition PUF, Paris, Décembre 1998 ; 126 pages.

CIBOIS (Philippe) : L'analyse des données en sociologie, édition PUF, Paris, 1990 ; 220 pages.

GUIBERT (Joël), JUMEL (Guy) : Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales, édition A.Colin, Paris, 1997 ; 216 pages.

KAUFMANN (Jean-Claude) : L'entretien compréhensif, édition Nathan, Paris, 1996 ; 127 pages.

QUIVY (Raymond), CAMPENHOUDT (Luc Van) : Manuel de recherche en sciences sociales ; édition DUNOD, Paris, 1997 ; 287 pages.

SAUTTER (Gilles) : Le temps des méthodes, brochure n° 56, Paris, Octobre 1988 ; 21 pages.

III -THESES ET MEMOIRES

BONVILLE (Jean-François) : Conditions inter-culturelles d'acceptation d'un projet d'éducation nutritionnelle en milieu rural africain ; Octobre 1994 ; 57 pages.

BOUGMA (Karim) : Contribution à la description du modèle alimentaire des enfants de 0 à 24 mois de quatre villages plan du département de Kongoussi. Université de Ouagadougou FSS, Mars 2000 30 pages + annexes.

COULIBALY (Sita) : L'impact des tabous sur les enfants de 0 à 5 ans au Burkina Faso (cas de Ouahigouya) ; Cotonou, 1988 ; 63 pages.

DABIRE (Naloubèboulè) : Les déterminants socio-culturels des tabous alimentaires et la nutrition des enfants de 0 à 5 ans dans le département de Zambo : cas des villages de Forotéon et de Zambo (Province de Ioba). Université de Ouagadougou UFR/SH, année académique 2001-2002 ; 73 pages.

IDRAC (Alice) : Approche qualitative de la monotonie alimentaire et des possibilités de diversifications du régime alimentaire en milieu rural au Burkina Faso. Université de Montpellier II, Paris Sud, Septembre 2003 ; 42 Pages + annexes.

NOUKPOAPE (Amivi) : Etude des pratiques alimentaires et de la valeur nutritionnelle des aliments de complément du jeune enfant en milieu rural au Burkina Faso ; Université de Montpellier II, Octobre 1997 ; 46 pages + annexes.

SAWADOGO (Saga-Prosper) : Pratiques alimentaires dans la province de la Gnagna, Université de Ouagadougou, UFR SVT, Avril 2002 ; 64 pages + annexes.

SIMON (Corinne) : Enjeux de la reproduction biologique dans un village Gurmatche du Burkina Faso : stérilité, mortalité infantile et reconnaissance sociale, Université de Nanterre, Paris X, Octobre 1995 ; 100 pages.

SOME (Dar Francis) : aspects épidémiologiques et cliniques de la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans le district sanitaire de Gaoua

(Burkina Faso); Université de Ouagadougou, UFR/SDS, ; année universitaire 2001-2002 ;
82 pages.

SOME (Koungno Jean François) : Itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle de Ouagadougou. Université de Ouagadougou, FSS, année universitaire 1998-1999 ; 108 pages + annexes.

TRAORE /KAHIMBIRI (Anne-Marie) : Disponibilité alimentaire/insécurité nutritionnelle : une approche socio-anthropologique en pays Sénoufo. Le cas du département de Kankalaba (LERABA) Université de Ouagadougou, FLASH, Mars 1998 ; 86 pages.

WARE (Maxime) : Contribution à l'étude de la malnutrition infantile : aspects anthropométriques, et facteurs de risques en milieu rural mossi. Université de Ouagadougou UFR FSS Juillet 1991 ; 90 pages.

IV - RAPPORTS, ARTICLES ET PUBLICATIONS

ABDELAAL (Sadek Ali) : L'alimentation du jeune enfant en Egypte in l'alimentation de complément du jeune enfant : actes d'un atelier OMS/ORSTOM inter-pays du 20 au 24 Novembre 1994 à l'Université Senghor Alexandrie ; édition ORSTOM, Paris, 1995 ; pp39-48.

BENOIST (Bruno de) : Le sevrage : un défi pour l'enfant et pour la mère in l'alimentation de complément du jeune enfant : actes d'un atelier OMS/ORSTOM inter-pays du 20 au 24 Novembre 1994 à l'Université Senghor Alexandrie ; édition ORSTOM, Paris, 1995 ; pp7-13.

BISILLIAT (Jeanne) et al : Etude de "Folk-Demography" comme base d'une politique de population au Burkina, INSD, 321 pages.

CARAEL (Michel) et MSELLATI (Philippe) : Représentations et pratiques de l'allaitement à Kigali, Rwanda in Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique ; édition KARTHALA, Paris, 2000 ; pp 333-354.

Complementary feeding of young children in Africa and the Meadle East, World Health Organisation, Geneva, 1999 ; 426 pages.

DELPECH (Bernard) : Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam in Population du Sud et santé : parcours et horizons, édition ORSTOM, Paris, 1995 ;
pp 183-199.

DELPEUCH (Francis) : Synthèse sur les pratiques de sevrage en Afrique et perspectives sur les améliorations nécessaires in L'alimentation de complément du jeune enfant : Actes d'un atelier OMS/ORSTOM inter-pays du 20 au 24 Novembre 1994 à l'Université Senghor, Alexandrie (Egypte) ; édition ORSTOM, Paris, 1995 ; pp 47-64.

DESCLAUX (Alice), TAVERNE (Bernard) et al : Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique ; édition KARTHALA, Paris, 2000 ; 556 pages.

Etude Démographique et de santé, 1998-1999, INSD, Macro international Inc. Mai 2000 ;
327 pages.

Etude démographique et de santé, 1993, INSD, macro international Inc. Calverton, Maryland, USA, 1994 ; 296 pages.

FROMENT (Alain) et al : Bien manger et bien vivre : anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : Actes et colloques tenus à Yaoundé (Cameroun) du 27 au 30 Avril 1993 : du biologique au social, co-édition l'Harmattan ORSTOM, Paris, 1996 ;
520 pages.

GARINE (Igor de) : Contribution de l'anthropologie culturelle aux enquêtes pluridisciplinaires sur l'alimentation in Bien manger et bien vivre : anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : Actes et colloques tenus à Yaoundé, Cameroun du 27 au 30 Avril 1993 : du biologique au social, co-édition l'Harmattan ORSTOM, Paris, 1996 ; pp 23-34.

GENDREAU (Francis) et al : Population du Sud et santé ; parcours et horizons, ORSTOM, Paris, 1995 ; 302 pages.

GERBOUIN-REROLLE (Pascale) : Comment améliorer les aliments de complément du jeune enfant in cahiers d'études et de recherches francophones vol 6 n° 4 ; pages 199 à 262
Juillet-Août 1996.

KINTZ (Danièle) in Projet : UPV/79/p08 Etude "Folk-Demography" comme base d'une politique de population en Haute Volta, INSD, 39 pages.

La situation des enfants dans le monde 2004, UNICEF, 147 pages.

Le courrier de l'IBFAN n° 9 : Juillet-Décembre 2000 ; 19 pages.

Prévenir : Pratiques alimentaires et santé, édition Lacydon, Paris, 1994 ; 238 pages.

QUERRE (Madina) : La voie du lait : le sens des pratiques autour de l'allaitement chez les Peul du Séno in Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique ; édition KARTHALA, Paris, 2000 ; pp 189-216.

RIVIERE (Claude) : Les rituels du manger in Prévenir : Pratiques alimentaires et santé, édition Lacydon, Paris, 1994 ; Pp 7-30.

TCHIBINDAT (Félicité) : Pratiques de sevrage au Congo in L'alimentation de complément du jeune enfant : Actes d'un atelier OMS /ORSTOM inter-pays du 20 au 24 Novembre 1994 à l'Université Senghor, Alexandrie (Egypte) ; édition ORSTOM, Paris, 1995 ; pp 27-37.

TRECHE (Serge) et al : L'alimentation de complément du jeune enfant : Actes d'un atelier OMS /ORSTOM inter-pays du 20 au 24 Novembre 1994 à l'Université Senghor, Alexandrie(Egypte) ; édition ORSTOM, Paris, 1995 ; 391 pages.

VAUGELADE (Jacques) et DUBOZ (Pierre) : La malnutrition comme facteur de risque de la mortalité ; congrès africain de Population Dakar, Sénégal ; 7-12 Novembre 1988 ; 13 pages.

ANNEXES

- I – Questionnaire d'enquête**
- II – Guide d'entretien**

I - QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Date de l'enquête : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Identification

CSPS _____ /_/_/ Village _____ /_/_/ Quartier _____ /_/_/

Nom et prénom du chef de l'UCH : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Age de l'enfant : _____ /_/_/ (en mois)

Sexe de l'enfant : 1-Masculin 2-Féminin /_/_/

N° de cohorte dans le village _____ /_/_/

Identifiant de la mère de l'enfant : _____ /_/_/ /_/_/

I - Caractéristiques de la mère

1. Nom et prénom : _____ Age..... /_/_/

2. Ethnie : 1-Gourmatché, 2-Mossi, 3-Peul 4-Autre_ _____ /_/_/

3. Religion : 1-Animiste 2-Musulmane 3-Catholique 4-Protestante 5-Autre
/_/_/

4. Niveau d'instruction : 1-Aucun 2-Alphabétisée en langue locale 3-Primaire
4-Secondaire et plus 5-Autre /_/_/

5.1 Avez-vous une source de revenus ? 1-oui 2-non /_/_/

5.2 Si oui : 1-Champ 2-Elevage 4-Petit commerce 8-Artisanat 9-Argent 16-Autre /_/_/

6. Combien d'enfants vivants avez-vous ? /_/_/

a-Combien d'enfants décédés avez-vous eu ? /_/_/

b-Si nombre de décès >0, combien ont atteint l'âge de 2 ans ? /_/_/

7.1 Statut matrimonial : 0-Célibataire 1-Monogame 2-Polygame 2F 3-Polygame 3F
4-Polygame 4F+ 5-Veuve 6-Divorcée ou séparée 7-Union libre /_/_/

7.2 Rang d'épouse si polygame /_/_/

II - Caractéristiques du père

8. Nom et prénom : _____ Age...../ __/ __/

9. Ethnie : 1-Gourmatché, 2-Mossi, 3-Peul 4-Autre_
_____/ __/

10. Religion : 1-Animiste 2-Musulman 3-Catholique 4-Protestant 5-Autre
/ __/

11. Niveau d'instruction : 1-Aucun 2-Alphabétisé en langue locale 3-Primaire
4-Secondaire et plus 5-Autre / __/

12. Statut matrimonial : 0-Célibataire 1-Monogame 2-Polygame 2F 3-Polygame 3F
4-Polygame 4F+ 5-Veuve 6-Divorcée ou séparé 7-Union libre / __/

13.1 Activités codes : 0-Aucune 1-Agriculture 2-Élevage 4-Artisanat 8-Autre / __/ __/

13.2 Activité principale / __/ _____ Activités secondaires / __/ _____

III - Caractéristiques du chef de ménage (s'il n'est pas le père)

14. Nom et prénom : _____ Age...../ __/ __/

15. Ethnie : 1-Gourmatché, 2-Mossi, 3-Peul 4-Autre_
_____/ __/

16. Religion : 1-Animiste 2-Musulman 3-Catholique 4-Protestant 5-Autre / __/

17. Niveau d'instruction : 1-Aucun 2-Alphabétisé en langue locale 3-Primaire
4-Secondaire et plus 5-Autre / __/

18. Statut matrimonial : 0-Célibataire 1-Monogame 2-Polygame 2F 3-Polygame 3F
4-Polygame 4F+ 5-Veuve 6-Divorcée ou séparé 7-Union libre / __/

19.1 Activités codes : 0-Aucune 1-Agriculture 2-Élevage 4-Artisanat 8-Autre / __/ __/

19.2 Activité principale / __/ _____ Activités secondaires / __/ _____

IV- Caractéristiques du ménage

20. Nombre de personnes vivant dans le ménage / __/ __/

21. Nombre d'enfants de moins de 5 ans / __/ __/

22. Biens possédés
1- Vélo 2-Charrue 4-Charrette 8-Vélocycle 16-Autre / __/ __/

23. Type d'habitat

1-Nature des murs : a-Dur b-Sémi-dur c-Banco amélioré d-Banco simple
e-Paille f-autre /_/_/

2-Nature de la toiture : a-Tôle b-Terre battue c-Paille d-Autre /_/_/

3-Nature du sol : a-Ciment b-Terre battue c-Autre /_/_/

24.1 Source d'approvisionnement en eau : a-Robinet b-Borne fontaine c-Forage
d- Puits e-Eau de surface f-Autre /_/_/

24.2 Distance au point d'eau : a-Dans la concession b-Moins de 500m
c-moins d'1 km d-Plus d'1 km /_/_/

V- Allaitement

25. Délai de mise au sein après l'accouchement : 1-Immédiatement 2-Au cours des 24 heures
premières 3-Plus de 24 heures /_/_/

26.1 L'enfant a-t-il reçu d'autres liquides que le lait pendant l'allaitement ? 1-oui 2-non /_/_/

26.2 Si oui, lesquels ? _____

27. De qui est cette option ? 1-Vous-même 2- Votre ari 3-Votre belle-mère 4- Agents de santé
5-Autre /_/_/

28. Pouvez-vous nous donner une explication sur l'intérêt d'une telle pratique sur l'état de santé
de votre enfant ? 1-oui 2-non /_/_/

a-Si oui _____

b-Si non, auprès de qui peut-on obtenir ces informations ? 1-Anciens du village 2-Agents de
santé 3-Autre _____ /_/_/

29.1 La pratique est-elle réservée : 1-Uniquement à cet enfant 2-A tous vos enfants 3-A tous les
enfants du ménage 4-A tous les enfants de la cour 5-A tous les enfants du village ? /_/_/

29.2 Si elle est uniquement réservée à cet enfant, pourquoi ? _____

30. Faites-vous prendre à l'enfant le premier lait (colostrum) ? 1-oui 2-non /_/_/

a-Si oui quel est selon vous son intérêt ? _____

b- Si non, quelles sont les conséquences liées à sa consommation ? _____

Sevrage

31.1 A quel âge comptez-vous sevrer votre enfant s'il ne l'est pas encore ? /__/_/ (en mois)

31.2 Pourquoi à cet âge ? _____

32.1 Comment procédez-vous ? 1-Progressivement 2-Brusquement /__/_/

32.2 Pourquoi ? _____

VI - Alimentation et maladies

33.1 A votre connaissance existe-il des maladies liées à l'alimentation de complément ?

1-oui 2-non /__/_/

33.2 Si oui, lesquelles ? _____

34.1 Votre enfant en a-t-il déjà été victime ? 1-oui 2-non /__/_/

34.2 Si oui lesquelles ? _____

35. A quand remonte la toute première maladie (en mois) ? /__/_/_/

36. Cela a-t-il affecté son appétit ? 1-oui 2-non /__/_/

37.1 Avez-vous modifié son régime alimentaire ? 1-oui 2-non /__/_/

37.2 Si oui en quoi faisant ? _____

38. Avez-vous constaté une régression ? 1-oui 2-non /__/_/

a-Si non où et comment le soignez-vous ? _____

b-Pourquoi ? _____

VII - Consommation de liquides avant et pendant l'allaitement

39. L'enfant a-t-il reçu un liquide avant le lait après sa naissance ? 1-oui 2-non /__/_/

a-Si oui, lequel ? _____

b- Quel est l'intérêt de l'absorption de boissons avant le sein ? _____

40. De qui est cette option ? 1-Vous-même 2- Votre mari 3-belle-mère 4- Agents de santé
5-Autre /__/

41. Pouvez-vous nous donner une explication sur l'intérêt d'une telle pratique sur l'état de santé
de votre enfant ? 1-oui 2-non /__/

a-Si oui _____

b-Si non, auprès de qui peut-on obtenir ces informations ? 1-Anciens du village 2-Agents de
santé 3-Autre _____ /__/

42.1 La pratique est-elle réservée : 1-Uniquement à cet enfant 2-A tous vos enfants 3-A tous les
enfants du ménage 4-A tous les enfants de la cour 5-A tous les enfants du village ? /__/

42.2 Si elle est uniquement réservée à cet enfant, pourquoi ? _____

43. Quelles sont selon vous les conséquences en cas de non respect de cette pratique ? ____

VIII - Introduction des aliments de complément

44.1 A quel âge (en mois) de votre enfant avez-vous commencé à donner d'autres aliments en
plus du lait ? /__/_/

44.2 Peut-on savoir pourquoi ? _____

45. Qui a décidé de l'introduction 1-Vous-même 2-Votre mari 3- Votre belle-mère
4- Agents de santé 5-Autre /__/

46. En cas de refus, que faites-vous ? 1-le forcer 2-le laisser 3- continuer d'essayer jusqu'à ce
qu'il accepte 4- autres dispositions /__/

46.2 Si vous le forcez, c'est de quelle manière ? 1-gavage des aliments 2-en le privant de téter
3-autre (à préciser) /__/

47. Quelle est la nature des premiers aliments ? 1-Liquide 2- Solide /__/
a-Quelle est leur composition en ingrédients (liste) : _____

b- Combien de fois lui donnez-vous à manger actuellement ? /__/

c- Pourquoi ce nombre de fois ? _____

48. Préparez-vous des plats spéciaux pour votre enfant ? 1-oui 2-non /__/

a-Si oui lesquels ? _____

b-Si non pourquoi ? _____

49.1 Pour vous qu'est-ce qu'une bonne nourriture ? _____

49.2 Pourquoi ? _____

50. Quelles sont selon vous les conséquences d'une mauvaise alimentation ? _____

51.1 Pouvez-vous reconnaître un enfant malnourri ? 1-oui 2-non /__/

51.2 Si oui comment le reconnaissez-vous ? _____

52. Etes-vous satisfaite de l'alimentation de votre enfant ? 1-oui 2-non /__/

a-Si oui qu'est-ce (indicateurs) qui fait que vous êtes satisfaite ? _____

b-Si non, quels sont les raisons de votre insatisfaction ? _____

53. Avez-vous déjà bénéficié de conseils nutritionnels ? 1-oui 2-non /__/

a-Si non, souhaiteriez-vous en avoir ? 1-oui 2-non /__/

b-Pourquoi ? _____

c- Si oui, combien de fois et par qui ? _____

54. Avez-vous mis en pratique ces conseils ? 1-oui 2-non /__/

a-Si oui, avez-vous été satisfaite ? 1- oui 2-non /__/

b-Si non, pourquoi _____

IX - Nature des aliments consommés par la famille

55. Quel est votre plat de résistance ? 1-tô 2-haricot 3-riz 4-pois de terre 4-autre /__/

a-Si c'est le tô, la céréale est-elle décortiquée ? 1-oui 2-non /__/

b- Pourquoi ? _____

56.1 Quelles sont les sauces qui accompagnent le tô ? 1-gombo 2- feuilles de baobab
3-corchorus 4-kapok 5-autre /__/

56.1 Laquelle de ces sauces préparez-vous le plus ? Pourquoi ? _____

57. Que cultivez-vous ? 1-mil 2-maïs 4-haricot 8- pois de terre 16-riz 32-sésame

64-arachide 128-autre /__/_/

58. Quelle valeur nutritive donnez-vous aux aliments issus de ces cultures? _____

59.1 Consommez-vous de la crudité ? 1-oui 2-non /__/

59.2 Si non pourquoi ? _____

60.1 Consommez-vous fréquemment du poisson ? 1-oui 2-non /__/

De la viande ? 1-oui 2-non /__/

60. 2 Si non à quelle occasion en consommez-vous ? _____

61. Quelle valeur nutritive donnez-vous à ces aliments ? _____

62.1 Consommez-vous les œufs ? 1-oui 2-non /__/

62.2 Si non pourquoi ? _____

63. Quelle valeur nutritive donnez-vous aux œufs ? _____

X - Disponibilités alimentaires

64.1 Possédez-vous un champ personnel ? 1-oui 2-non /__/

64.2 Si oui, qu'y semez-vous ? _____

65. A quelles fins utilisez-vous ces produits, pourquoi ? _____

66. Que consommez-vous habituellement en saison sèche ? _____

et en saison pluvieuse ? _____

67.1 Vous arrive t-il de manquer de vivres ? 1-oui 2-non /__/

67.2 Si oui, à quelle période de l'année en manquez-vous ? _____

68.1 Avez-vous de la volaille ? 1-oui 2-non /__/

68.2 Si oui lesquels :

Poules	Pintades	Autres (à préciser)

69. Lesquelles consomme la famille ? _____

70. 1 Tous les membres de la famille âge et sexe confondus en consomment-ils ?

1-oui 2-non

/__/

70.2 Si non, qui consomme quoi et pourquoi ? _____

71. Quelle valeur nutritive trouvez-vous dans la viande de volaille ? _____

72. Votre ménage possède-t-il un verger ? 1-oui 2-non /__/

a- Si oui quels sont les différents arbres fruitiers qui le composent ? _____

b-A quelles fins les utilisez-vous ? pourquoi ? _____

73.1 Pratiquez-vous le maraîchage ? 1-oui 2-non /__/

73.2 Si oui qu'y cultivez-vous ? _____

74. A quelle fin utilisez-vous ces produits ? pourquoi ?

75. Lesquels de ces légumes consomme la famille ? _____

76.1 Tous les membres de la famille âge et sexe confondus en consomment-ils ?

1-oui 2-non

/__/

76.2 Si non, qui consomme quoi et pourquoi ? _____

77. Quelle valeur nutritive donnez-vous aux légumes ? _____

78.1 Votre ménage possède t-il du bétail ? 1-oui 2-non /__/

78.2 Si oui, quels sont les animaux que vous possédez ?

Moutons	Chèvres	Anes	Bœufs	Autres (préciser)

79. A quelle fin les utilisez-vous ? _____

80. Lesquels consomme la famille ? _____

81.1 Tous les membres de la famille âge et sexe confondus en consomment-ils ?

1-oui 2-non

/__/

81.2 Si non, qui consomme quoi et pourquoi ? _____

82. Quelle valeur nutritive trouvez-vous dans la viande de bétail ? _____

Merci

II - GUIDES D'ENTRETIEN

1- Guide d'entretien adressé aux vieilles femmes

- Nom et prénom de l'enquêté (es)
- Age de l'enquêtée
- Représentation traditionnelle du colostrum : appellation locale
- * Situation actuelle de sa représentation et de son utilisation : justifications
- Consommation de boissons pendant l'allaitement
- * Rôle de ces boissons
- Age d'introduction des aliments de complément
 - * Nature des premiers aliments
 - * Situation actuelle
- Durée de l'allaitement
- Situation actuelle du sevrage
- Différence entre les comportements de soins autrefois et ceux d'aujourd'hui
- Etat sanitaire des enfants de 0 à 24 mois
- Origine des différents maux dont souffrent les enfants
- Relation entre alimentation et santé

2 - Guide d'entretien adressé aux mères d'enfants

2-1- L'allaitement

- Représentation traditionnelle du colostrum : appellation locale
- * Situation actuelle de sa représentation et de sa consommation
- Boissons utilisées pendant l'allaitement : nature et rôle
- Durée de l'allaitement
- Conditions, âge et processus de sevrage

2-2 - Introduction des aliments de complément

- Nature et composition du premier aliment
- L'âge requis pour la consommation d'un nouvel aliment
- Recommandataires des nouveaux aliments
- Fréquence de consommation journalière de ces aliments

- Plat spécial : nature, composition et fréquence journalière de consommation
- Plat familial : nature et composition, nombre de préparation par jour
 - * en saison sèche
 - * en saison hivernale
- Types de légumes et de fruits consommés par l'enfant : rôle de ces fruits et légumes
- Consommation des produits animaux par l'enfant (viande, œufs poisson, lait) : rôle de ces produits.

3 - Guide d'entretien adressé aux agents de santé

- Nom et Prénom
- Nombre d'années de service dans la localité
- Représentation du colostrum par la population
 - * Attitude par rapport à l'utilisation du colostrum dans les CSPS
 - * Impact de l'utilisation des boissons
 - Alimentation infantile
 - Etat nutritionnel des enfants
 - Relation entre alimentation et maladies infantiles
 - Conseils nutritionnels

4 - Guide d'entretien adressé aux structures de développement

- Nom et prénom de l'interviewé
- Poste occupé au sein de l'association
- Année de création de l'association
- Nom de l'association
- Signification si non en langue locale
- Membres de l'association
- Membre du bureau
- Conditions de création
- But de l'association
- Destinataires
- Activités menées
- Perspectives

5- Liste des entretiens exploités

Numéro de texte	Code	Informateur(s)	Enquêteur (Interviewer)	Localité de l'entretien	Traducteur	Type d'entretien	Date de l'entretien	Lieu de l'entretien	Transcription/ type de saisie
1	E1	Un vieil homme et griot de 55 ans	Modératrice: S.M	Manni	B.D	Entretien Individuel	Jeudi 16 Décembre 2004	Dans la case de l'enquêté	Transcrit
2	E2	Une belle-mère de 53 ans et épouse d'un griot	Modératrice: S.M	Manni	B.D	Entretien individuel	Jeudi 16 Décembre 2004	Dans la case de son époux	Transcrit
3	E3	Deux belle-mères d'environ 55 ans	Modératrice: S.M	Manni	B.D	Entretien collectif	Jeudi 16 Décembre 2004	Sous un hangar clôturé	Transcrit
4	E4	Une vieille de 60 ans d'une famille de forgerons	Modératrice: S.M	Manni	B.D	Entretien individuel	Jeudi 16 Décembre 2004	Sous un hangar	Transcrit
5	E5	Trois vieilles d'environ 55 ans et un tradithérapeute	Modératrice: S.M	Dakiri	B.D	Entretien collectif	Mardi 21 Décembre 2004	A l'ombre d'une maison	Transcrit
6	E6	2 vieilles d'environ 55 ans et leurs belle-filles (2) d'environ 25 ans	Modératrice: S.M	Kodjena	D.D	Entretien collectif	Jeudi 06 Janvier 2005	Dans une cour sous le soleil	Transcrit
7	E7	Deux vieilles femmes d'une famille royale	Modératrice: S.M	Bilanga	L.H	Entretien collectif	Mercredi 19 Janvier 2005	A l'ombre d'une case	Prise de notes
8	E8	Huit mères allaitantes de Manni	Modératrice: S.M	Manni	B.D	Entretien collectif	Jeudi 23 Décembre 2004	Dans une classe d'école primaire	Transcrit et prise de notes.
9	E9	Un secrétaire d'association	Modératrice: O.O	Bogandé	-	Entretien individuel	Vendredi, 21 Janvier 2005	Dans le bureau de l'enquêté	Prise de notes
10	E10	Une accoucheuse villageoise	Modératrice: O.O	Bilanga-Yanga	-	Entretien individuel	Vendredi, 14 Janvier 2005	Dans la cours de l'enquêtée	Prise de notes
11	E11	Un jeune infirmier chef de poste ou major	Modératrice: S.M	Dakiri	-	Entretien individuel	Jeudi, 16 Décembre 2004	Dans la cours de l'enquêté	Transcrit

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
Première partie :	3
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	3
Chapitre I : PROBLEMATIQUE	4
1- Problème général et question générale de recherche	4
2 - Revue de littérature	5
2.1 - L' allaitement et l'utilisation du colostrum.....	6
2.2 - Alimentation de complément et sevrage.....	8
a - Introduction précoce des AC.....	9
b - Introduction tardive des AC.....	10
3 - Problème et question spécifiques.....	13
4 - Champs sociologiques	13
5 - Objectifs de la recherche.....	14
a - Objectif principal	14
b - Objectifs spécifiques.....	14
6 - Intérêts de la recherche	14
Chapitre II : METHODOLOGIE	15
1-Hypothèses.....	15
a - Hypothèse principale.....	15
b - Hypothèses secondaires	15
2 - Variables et indicateurs.....	16
a -Variables	16
b- Variables et indicateurs.....	16
3 – Définition des concepts	18
4 - Population d'enquête	21
5 - Echantillonnage et échantillon.....	21
6 - Outils de collecte des données	22
7 - Outils d'analyse des données.....	24
8 - Organisation de la collecte des données	25

9. Difficultés et limites de l'étude	26
Chapitre III : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.....	28
I - APERÇU GEOGRAPHIQUE.....	28
1 - Le relief.....	28
2 - Climat et Sols.....	28
a - Climat.....	28
b - Sols.....	29
3 - Végétations et hydrographies.....	29
a - Végétations.....	29
b - Hydrographie	29
II - APERÇU HISTORIQUE	29
1 - Historique de la Gnagna.....	29
2 - Présentation des villages abritant les six (6) CSPTS.....	30
2.1 - Bilanga	30
2.2 - Bilanga-Yanga	31
2.3 - Dakiri	31
2.4 - Kodjena	32
2.5 - Liptougou.....	32
2.6 - Manni	33
III - FAITS SOCIO-CULTURELS	35
1 - Le baptême (Youkwaro)	35
2 - Le mariage	35
3 - Les funérailles.....	36
4 - Cérémonies rituelles.....	37
5 - Intronisation	38
IV - DONNEES ADMINISTRATIVES, DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES	38
1 - Données administratives et démographiques.....	38
2 - Les activités économiques	39
a - L'agriculture, l'élevage et la pêche.....	39
b - Le commerce.....	39

Deuxième partie :	40
PRATIQUE D'ALLAITEMENT ET D'ALIMENTATION DE COMPLEMENT CHEZ LES GULMACEBA DE LA GNAGNA	40
Chapitre IV : L'ALIMENTATION	41
I - CARACTERISTIQUES D'UNE BONNE NOURRITURE	44
1 - Représentation des cultures.....	45
2 - Représentations des valeurs nutritives des aliments animaux	46
3 - Attributs des légumes.....	47
II - RELATION ENTRE ALIMENTATION ET SANTE	48
Chapitre V : ALLAITEMENT ET UTILISATION DE BOISSONS	51
I -REPRESENTATION DU COLOSTRUM	52
1 - Perception traditionnelle du colostrum	52
2 - Situation actuelle de la perception et de l'utilisation du colostrum	56
II - CONSOMMATION DE BOISSONS ET ALLAITEMENT	59
1 - Rôle des boissons	59
2- Situation actuelle de l'utilisation des boissons	61
Chapitre VI : INTRODUCTION DES ALIMENTS DE COMPLEMENT	64
I - FACTEURS DETERMINANTS L'INTRODUCTION DES AC	64
1 - L'âge de la mère.....	65
2 - Relation entre nombre d'enfants et âge d'introduction des AC.....	66
3 - Perception des AC.....	67
II - NATURE ET FREQUENCE JOURNALIERE DE CONSOMMATION DES AC	72
1 - Nature des AC.....	72
2 - Education nutritionnelle et fréquence journalière de consommation des AC.....	73
CHAPITRE VII : LE SEVRAGE	75
I - CONDITIONS ET PROCESSUS DU SEVRAGE	75
1 - Les conditions du sevrage.....	75
2 - Education nutritionnelle et processus de sevrage	76
a - Le sevrage progressif	77
b-Le sevrage brusque	77

II – REPRESENTATION DU LAIT DE LA FEMME ENCEINTE	78
CONCLUSION GENERALE	82
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXES	90
I - QUESTIONNAIRE D'ENQUETE	91
II -GUIDES D'ENTRETIEN	99
1- Guide d'entretien adressé aux vieilles femmes.....	99
2 - Guide d'entretien adressé aux mères d'enfants	99
3 - Guide d'entretien adressé aux agents de santé.....	100
4 - Guide d'entretien adressé aux structures de développement	100
5- Liste des entretiens exploités	101