

## « Soins » et nutrition publique

Yves Martin-Prével

Le terme de *soins* fait référence à un concept qui a émergé depuis une dizaine d'années dans le domaine de la nutrition publique. Selon le schéma conceptuel des causes de malnutrition reconnu sur le plan international [1], il constitue l'un des trois déterminants sous-jacents de la croissance et du développement de l'enfant, aux côtés de la sécurité alimentaire et de l'environnement de santé (*i.e.*, performance des services de santé et hygiène de l'environnement). Apparu dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de *care* (ou *caring*), il se définit comme « la fourniture, au sein du ménage et de la communauté, du temps, de l'attention et du soutien nécessaires pour couvrir les besoins physiques, mentaux et sociaux de l'enfant en période de croissance ainsi que des autres membres du ménage » [2]. Les pratiques de soins couvrent donc un domaine très vaste : veiller à la propreté d'un enfant, l'allaiter, l'encourager à manger en cas de petit appétit, le cajoler, réagir à ses vocalisations, le faire vacciner, réduire la charge de travail des femmes ou renforcer leur confiance en elles en sont autant d'exemples. Ce qui caractérise les soins, c'est avant tout leur pratique

quotidienne, répétitive, le fait qu'ils demandent du temps et qu'ils soient en très grande partie pratiqués par les femmes. Cela explique sans doute partiellement que, jusqu'à cette dernière décennie, l'importance des soins pour le développement de l'enfant ait été sous-estimée [3]. Mais un autre élément d'explication est certainement que, par rapport aux facteurs *alimentation* et *santé*, les soins sont restés longtemps moins bien définis, donc moins bien explorés, et en conséquence rarement pris en considération dans les interventions.

Ces dernières années, le terme *care* s'est imposé dans la littérature anglo-saxonne au sein de laquelle le concept s'est développé et affiné. Force est de reconnaître que le mot *soins* est beaucoup moins facilement associé à un tel concept dans la littérature francophone, où l'acception courante du terme est celle, beaucoup plus réductrice, de *soins de santé*. Si l'on y prête attention, pourtant, le mot *soins* en français fait également référence aux notions de préoccupation, de responsabilité, d'attention ; et c'est bien de cela qu'il s'agit<sup>1</sup>.

Nous nous proposons donc de présenter ici les principaux développements et la vision actuelle de ce concept de soins dans le domaine de la nutrition publique, telle qu'elle émerge de la littérature internationale au cours de la décennie écoulée.

<sup>1</sup> L'expression « attention aux problèmes des femmes et des enfants » qui a été souvent employée pour exprimer en français le concept de *care* est sans doute plus immédiatement compréhensible, mais elle est peu opérationnelle.

### Concept de soins

Au cours des années 80, le besoin de définir le concept de soins en nutrition a grandi au fur et à mesure que l'on reconnaissait l'importance, parmi les causes de mortalité et de malnutrition infantiles, de facteurs « ni alimentaires – ni sanitaires », auxquels acteurs de développement comme chercheurs faisaient référence depuis quelque temps déjà, sous des appellations variées : « ingrédient manquant », « facteurs sociaux », « technologie maternelle », « ignorance » et autres « facteurs inconnus et mystérieux » [4]. Les principaux efforts pour clarifier cette boîte noire sont alors venus de l'Unicef qui a proposé, dès 1990, un cadre conceptuel dans lequel apparaissent trois conditions pour la survie de l'enfant : *alimentation*, *santé* et *soins*, chacune d'elles étant nécessaire mais non suffisante [5]. Ce modèle a ensuite été reconnu et adopté sur le plan international [1] puis largement utilisé et/ou adapté, pour des besoins de recherche autant que pour des propos de plaidoyer. Un des grands mérites de ce cadre conceptuel a en effet été de permettre à la communauté internationale non spécialiste de prendre conscience du caractère multifactoriel de la malnutrition. En 1994, toujours sous l'impulsion de l'Unicef, un colloque a permis de faire le point des connaissances sur les relations entre qualité des soins et statut nutritionnel, sur les ressources familiales ou environnementales nécessaires à la fourniture de soins de qualité et sur les recommandations possibles pour inclure la promotion des soins dans les programmes nutrition-

Y. Martin-Prével : Institut de recherche pour le développement UR 106 « Nutrition, Alimentation, Sociétés », Centre collaborateur de l'OMS pour la nutrition, IRD, BP 64501, 34394 Montpellier Cedex 5, France.  
<Yves.Martin-prevel@mpl.ird.fr>

Tirés à part : Y. Martin-Prével

Thèmes : Nutrition ; Santé publique ; Méthodologie.

nels [6]. En 1997, c'est encore l'Unicef qui publiait *The care initiative* [3], considéré comme le document de référence sur le sujet.

Initialement, le cadre conceptuel a été développé autour d'un résultat final qui était la survie de l'enfant ; mais tous les auteurs s'accordent à considérer que celle-ci est indissociable d'une croissance suffisante et d'un développement psychomoteur et cognitif adéquat, ces trois éléments étant la résultante d'un bon état nutritionnel [4, 7]. Par ailleurs, le concept de soins s'applique à tous les individus d'une société dont l'état de nutrition, la santé et le bien-être dépendent du comportement, de l'attitude et du soutien de leurs proches et de l'ensemble de la communauté [6].

Sont donc concernées toutes les personnes vulnérables : les jeunes enfants au premier chef, puisque sans aide extérieure ils ne peuvent subvenir à leurs besoins essentiels, mais aussi les enfants moins jeunes, les femmes enceintes, les handicapés, les personnes âgées, les malades, les exclus de toutes sortes. Dans le même ordre d'idée, la notion de *donneur de soins*<sup>2</sup> fait référence le plus souvent à la mère, mais celle-ci ne doit pas être considérée comme la seule responsable des soins : le père, les frères et sœurs, les autres membres du ménage, la communauté ont un rôle important à jouer, rôle trop souvent négligé et pourtant de plus en plus important, notamment à mesure que l'enfant grandit et que la société s'urbanise [6, 8]. Tout cela doit donc être présent à l'esprit lorsque l'on parle de soins.

Il est clair cependant que l'essentiel de la conceptualisation des soins a été fait autour de l'enfant et de la mère et de la relation entre les deux. Il est tout aussi clair que l'importance de cette relation pour le développement de l'enfant n'a pas été découverte récemment. Comme évoqué plus haut, de nombreux travaux ont auparavant souligné, de ce point de vue, le rôle des facteurs dits « ni alimentaires – ni sanitaires ». La conceptualisation des soins dont nous parlons ici a donc essentiellement consisté en une formulation, voire une formalisation, des comportements des individus et du contexte sociétal. Son intérêt principal est d'aider à organiser la réflexion dans ce domaine et, par là, d'ouvrir des pistes d'analyse, de recherche et d'intervention.

Les soins, on l'a vu, sont indissociables du cadre conceptuel des causes de malnutrition proposé par l'Unicef. Nous en présentons dans la *figure* une adaptation proposée par Engle *et al.* [8], où sont développés les comportements de soins et les ressources qui y sont nécessaires. Il n'est pas pour autant question de minimiser l'importance des deux autres grandes causes sous-jacentes de l'état nutritionnel (*alimentation* et *santé*). Mais le rôle des soins est ici bien illustré : c'est effectivement par leur intermédiaire que la sécurité alimentaire au niveau du ménage peut aboutir à des ingérés suffisants en quantité et qualité au niveau individuel, ou que des services de santé disponibles et un environnement sain peuvent se traduire par un bon état de santé. De façon imagée, la sécurité alimentaire permet d'avoir l'aliment disponible à la maison, mais les pratiques de soins sont indispensables pour l'amener jusqu'à la bouche de l'enfant ; de même, disposer de services de santé performants est fondamental mais ne sert pas à grand

chose si l'enfant n'y est pas conduit pour y être vacciné ou lorsqu'il est malade [9]. En fin de compte, de bonnes pratiques de soins permettent d'optimiser les ressources disponibles en matière d'alimentation et de santé.

Cette notion d'optimisation des ressources sous-tend par ailleurs le fait que les soins sont d'autant plus importants que lesdites ressources sont maigres, c'est-à-dire que les conditions de vie sont défavorables et que la pauvreté est grande [3, 6]. Il est fait ici explicitement référence à la notion de *déviance positive* (appelée aussi parfois *résilience nutritionnelle*) qui caractérise le fait que, dans une population où la malnutrition est quasi générale, certains enfants présentent une croissance satisfaisante tout en appartenant aux ménages les plus défavorisés [10]. Ce phénomène a pu être considéré comme la traduction d'une certaine adaptabilité à des conditions de stress nutritionnel mais, actuellement, le sentiment général est que de bonnes pratiques de soins en sont l'explication la

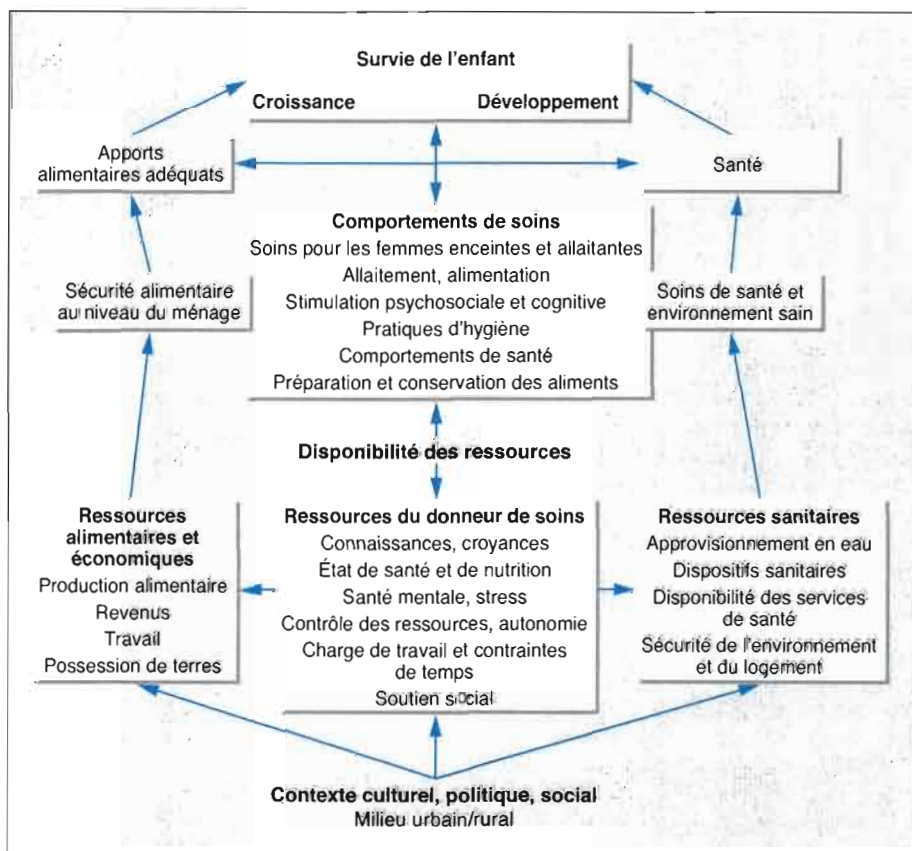


Figure. Le modèle de soins étendu (d'après Engle *et al.* [8]).

Figure. The extended care model.

<sup>2</sup> Traduction la plus approchée du terme anglais *caregiver*.

plus probable. Le développement de la notion et du concept de soins doit d'ailleurs beaucoup aux travaux concernant la déviance positive [4]. Ces travaux ont notamment contribué à souligner que les soins comportent une dimension psychoaffective, très importante pour le développement global de l'enfant, et que la *qualité* des soins fournis, à savoir la façon de les prodiguer, était aussi importante que la *quantité*, à savoir les pratiques elles-mêmes [8, 11].

La reconnaissance de cette dimension psychoaffective constitue certainement l'un des apports les plus importants au concept de soins en nutrition. Sur la *figure*, elle justifie l'existence d'une flèche liant directement les pratiques de soins et le résultat final (survie, croissance, développement). Que cette flèche soit à double sens n'est pas anodin, signifiant ainsi que les caractéristiques de l'enfant (sexe, rang de naissance, voire aspect physique), son tempérament (plus ou moins vif, plus ou moins demandeur), son comportement (appétit, pleurs) et son niveau de développement psychomoteur influencent les pratiques de soins dont il bénéficie [9]. Il s'agit en quelque sorte d'un processus interactif dans lequel l'enfant (ou plus généralement celui qui bénéficie des soins) et la mère (le donneur de soins) sont mutuellement gratifiés à la mesure de leur investissement dans leur relation particulière. Une bonne illustration de cette interactivité est l'insécurité qui s'installe dans la relation mère-enfant lorsque l'appétit de ce dernier diminue, pour raison d'infection par exemple : l'attitude de la mère devient alors nettement moins active lorsqu'elle nourrit l'enfant [12]. D'une façon plus générale, les psychologues ont décrit un tel processus comme *transactionnel*. Son adaptation au cas des soins et de la nutrition par Engle *et al.* [8, 13, 14] repose sur le fait que la croissance et le développement de l'enfant se conçoivent comme un processus continu, représenté par une série d'interactions dans lesquelles la relation mère-enfant joue le rôle central : les modifications dans l'environnement de l'enfant (que ce soit sur le plan affectif, alimentaire ou sanitaire) influencent son évolution et sa croissance, ce qui, en retour, influence la fourniture de soins adaptés, et cela de façon évolutive au fur et à mesure du développement de l'enfant.

Enfin, il doit être reconnu que les pratiques de soins sont extrêmement variables d'une culture à l'autre, ou

même d'un groupe social à l'autre au sein d'une même culture [3]. De plus, elles changent considérablement en même temps que les sociétés évoluent [15]. Mais il doit être souligné que les besoins basiques en termes de soins sont à peu près identiques quel que soit le milieu considéré : ce sont les façons de les couvrir (ou d'essayer de les couvrir) qui diffèrent. Selon la théorie universaliste qui prévaut en psychologie interculturelle, la même fonction de soins (par exemple, montrer de l'affection) peut se traduire par diverses attitudes selon le contexte socioculturel, mais cela reste une seule et même fonction, destinée à couvrir un besoin identique [8]. Les difficultés surviennent essentiellement lorsque l'on cherche à concilier une recommandation avec les normes culturelles particulières d'une population [12]. C'est à ce niveau que, lorsque l'on étudie les soins en termes d'analyse comme de planification d'intervention, il y a une nécessaire et fondamentale adaptation aux caractéristiques particulières de chaque population.

## Pratiques de soins

« Les pratiques de soins pour la nutrition sont des pratiques qui transforment les ressources alimentaires et sanitaires disponibles en croissance et développement de l'enfant » [3]. Il ne s'agit donc pas d'une catégorie fourretout dans laquelle on verserait tous les facteurs supposés avoir une influence sur l'état nutritionnel mais dont on aurait du mal à préciser les contours et les modes d'action. Bien au contraire, un gros travail a été fait et se poursuit pour étudier la littérature concernant ces pratiques, leur effet sur l'état nutritionnel, leurs inter-relations, identifier les besoins en recherches complémentaires, etc. Le *tableau 1* présente les différentes pratiques de soins selon la classification en six catégories communément admise (d'après [3]). On peut considérer que deux catégories de pratiques agissent surtout sur les ressources alimentaires (allaitement et alimentation de complément du jeune enfant, préparation des repas), deux autres surtout sur les ressources sanitaires (pratiques d'hygiène et pratiques de santé au niveau du ménage), tandis que les deux dernières sont d'ordre

plus général (soins psychosociaux et soins en direction des femmes). Bien entendu, les choses ne sont pas aussi tranchées dans la réalité : l'allaitement, par exemple, est typiquement une pratique qui, tout en fournissant un apport alimentaire, représente une source de santé et est aussi affectivement très importante pour la relation mère-enfant. Il y a de même, à l'évidence, une dimension psychosociale importante dans les pratiques actives d'alimentation de l'enfant ou dans l'attitude en cas de faible appétit ou, encore, une part importante d'hygiène dans la préparation des repas. Bref, comme toute classification, celle qui est présentée ici peut facilement être critiquée. Mais son objet est avant tout pragmatique : il s'agit de répertorier et d'énumérer les pratiques de soins avec un minimum d'organisation, afin de fournir un cadre de réflexion aux chercheurs, aux décideurs ou aux agents de développement.

Nous ne détaillerons pas ici les arguments scientifiques qui, dans la littérature, sont développés à propos de l'importance de telle ou telle de ces pratiques pour l'état nutritionnel : dans certains cas, la relation est largement établie, dans d'autres, il s'agit encore de pistes de recherche demandant confirmation. Pour davantage de précisions, nous renvoyons le lecteur à un certain nombre de travaux qui font le point soit sur l'ensemble des pratiques [3, 8, 13], soit sur une catégorie particulière de soins, par exemple psychosociaux [14], soins en direction des femmes [11, 16] ou encore allaitement et alimentation de complément [17, 18].

Si tous les auteurs reconnaissent que des études complémentaires sur les liens de causalité entre soins et nutrition sont absolument nécessaires, une étape intermédiaire doit pour cela être franchie, à savoir la définition et la mise au point d'indicateurs qui soient adaptables d'un contexte culturel à l'autre tout en permettant de distinguer les pratiques au sein d'un même groupe. De ce point de vue, le travail à effectuer est encore important car il est autant nécessaire d'appréhender la fonction de soins que la pratique en elle-même [14]. On trouvera dans la publication de Engle *et al.* [3] (voir l'annexe A et les tableaux 6 à 11) de nombreux exemples d'indicateurs possibles pour chacune des catégories de soins présentées ci-contre.

Tableau 1

Pratiques de soins (d'après Engle et al. [3])

Catégories	Sous-catégories	Pratiques de soins
<b>Soins en direction des femmes</b>	<i>Soins pendant la grossesse et l'allaitement</i>	Augmentation des apports alimentaires Réduction de la charge de travail Utilisation des services de soins prénatals et d'accouchement Repos post-partum
	<i>Santé de la reproduction</i>	Retard de l'âge à la première grossesse Espacement des naissances
	<i>État de santé et de nutrition</i>	Fourniture d'une juste part alimentaire à tous les âges Protection contre les mauvais traitements physiques
	<i>Santé mentale</i>	Réduction du stress Renforcement de la confiance en soi Protection contre les mauvais traitements psychoaffectifs
	<i>Autonomie au sein de la famille</i> <i>Temps et charge de travail</i> <i>Éducation</i>	Pouvoir de décision suffisant Accès à la gestion des revenus et des biens familiaux Partage des tâches (ménagères et de production économique) Scolarisation des filles Accès des femmes à l'information
<b>Allaitement et pratiques d'alimentation du jeune enfant</b>	<i>Allaitement exclusif</i>	Allaitement exclusif pendant environ 6 mois Mise au sein au cours de la première heure de vie Allaitement à la demande Développement des techniques d'expression du lait Protection contre les pressions commerciales en faveur de l'allaitement artificiel
	<i>Alimentation de complément et allaitement poursuivi</i>	Introduction de l'alimentation de complément en temps opportun Poursuite de l'allaitement pendant la deuxième année de vie Qualité des aliments de complément (densité énergétique, composition en nutriments) et quantités suffisantes Nombre suffisant de prises alimentaires
	<i>Pratiques actives d'alimentation</i>	Adaptation des pratiques d'alimentation aux capacités psychomotrices de l'enfant Stimulation et encouragements pendant les repas Circonstances de repas favorables (régularité en temps et lieu, limitation des distractions)
	<i>Adaptation au régime familial</i>	Répartition intrafamiliale des aliments protégeant l'enfant Réponse appropriée en cas de petit appétit de l'enfant
<b>Soins psychosociaux</b>	<i>Réactivité aux étapes et signes du développement</i>	Adaptation du comportement au niveau de développement de l'enfant Attention aux enfants hypoactifs ou de développement lent
	<i>Attention, affection et implication</i>	Fréquentes interactions avec l'enfant (physiques, visuelles, verbales, affectives) Maintien des pratiques traditionnelles positives (massages par exemple)
	<i>Autonomie, exploration, apprentissage</i> <i>Prévention/protection contre les violences et mauvais traitements</i>	Encouragements à jouer, explorer ou parler Adoption d'un rôle de guide/éducateur
<b>Préparation des repas</b>	<i>Modes de préparation et de cuisson des repas</i>	Adoption de technologies épargnant temps et/ou combustible Procédés de germination ou fermentation protégeant l'aliment
	<i>Stockage des aliments</i>	Modes de stockage évitant contaminations et pertes
	<i>Hygiène alimentaire</i>	Réduction du délai entre préparation et consommation Stockage adéquat des ustensiles
<b>Pratiques d'hygiène</b>	<i>Hygiène individuelle</i>	Lavage des mains Propreté de l'enfant (bains, etc.)
	<i>Hygiène de la maison</i>	Propreté de la maison, notamment de l'aire de jeux de l'enfant Élimination des déjections de l'enfant Utilisation de dispositifs sanitaires (par toute la famille) Eau propre à disposition
<b>Pratiques de santé au niveau du ménage</b>	<i>Gestion familiale des maladies</i>	Prévention des maladies Diagnostic/reconnaissance des maladies Traitement à domicile
	<i>Utilisation des services de santé</i>	Utilisation des services de prévention et promotion de la santé Recours aux services de soins curatifs en temps utile
	<i>Protection domestique</i>	Contrôle des nuisibles (moustiquaires, souricières, etc.) Prévention des accidents (brûlures, chutes, etc.) Prévention des violences et mauvais traitements

Care practices

La mesure des aspects plutôt quantitatifs des soins est *a priori* la plus aisée<sup>3</sup> : d'une part, des disciplines comme la démographie ou l'épidémiologie proposent des solutions pour mesurer certaines pratiques, ou tout au moins leurs résultats, en général au travers d'enquêtes par questionnaire (utilisation des services prénatals, taux de vaccination, âge à la première grossesse, taux d'allaitement, types d'aliments, précautions d'hygiène, etc.) ; d'autre part, il est également possible de mesurer le temps consacré aux soins par la mère et/ou par l'ensemble des donneurs de soins. Sur ce point, il est recommandé d'utiliser l'observation directe, même sur des périodes assez courtes, plutôt que des questionnaires ou autres cahiers auto-remplis. Il existe une abondante littérature sur ce sujet (revue dans [8]). Le principal problème réside dans la définition des activités de soins observées (activités strictes de soins, activités en rapport avec l'enfant, temps de surveillance, etc.). Il est par ailleurs très important que les résultats soient désagrégés selon les classes d'âge de l'enfant puisqu'il s'agit d'un facteur majeur du temps consacré aux soins.

La mesure des aspects qualitatifs des soins est beaucoup plus délicate. Ce sont Engle *et al.* [8] qui proposent le travail le plus complet à ce sujet, particulièrement à propos des pratiques actives d'alimentation et des soins psychosociaux. Schématiquement, trois types d'indicateurs sont distingués : des échelles qualitatives fondées sur la présence ou l'absence de certains comportements (selon une liste d'items définie à l'avance) ; des scores constitués à partir de la fréquence de certains comportements dans une période d'observation donnée (nombre de sourires de la mère pour son enfant, par exemple) ; des échelles d'appréciation globale de la qualité de pratiques de soins spécifiques (par exemple, le mode d'alimentation de l'enfant). Tous ces indicateurs font appel à l'adaptation de diverses méthodes de psychologie développées dans les pays industrialisés qui nécessitent des observateurs entraînés et qui sont délicates à mettre en œuvre.

<sup>3</sup> Pour ce qui est de la mesure, mais pas nécessairement de son interprétation. Pour un indicateur classique comme le taux d'allaitement poursuivi à 1 an, par exemple, la valeur accordée au résultat ne sera absolument pas la même selon qu'on se situe dans un pays industrialisé ou en milieu rural dans un pays en développement.

**Tableau 2**

**Ressources pour les soins (d'après Engle *et al.* [3])**

<b>Ressources humaines</b>	Connaissances, croyances, éducation État de santé et de nutrition Santé mentale, stress, confiance en soi Rôle des pères
<b>Ressources économiques</b>	Accès à la gestion des revenus et des biens familiaux Charge de travail et temps disponible
<b>Ressources organisationnelles</b>	Alternatives de garde et soins pour les enfants Engagement de la communauté

Resources for care

Elles sont donc essentiellement utilisables pour des objectifs de recherche et les travaux sont encore peu nombreux en pays en développement.

Une approche plus opérationnelle, enfin, consiste à appréhender les soins d'une façon plus globale et à les quantifier, par la construction empirique d'un indice synthétique. Ce dernier est constitué par la somme, plus ou moins pondérée, de scores attribués à diverses pratiques de soins. Cette méthode a été utilisée récemment avec un certain succès dans une étude menée par l'IFPRI (*International Food Policy Research Institute*, Washington, D.C.) à Accra, où un indice de soins a été construit d'après 13 pratiques relatives à l'allaitement, l'alimentation de complément et l'utilisation des services de médecine préventive [19]. Mais ce type d'approche doit encore être affiné et reproduit dans diverses conditions pour obtenir une certaine validation.

## Ressources pour les soins

La qualité et la quantité de soins dispensés dépendent, c'est évident, des ressources disponibles. Celles-ci peuvent être classées et inventoriées selon divers critères. En se calquant sur le schéma conceptuel initial, elles se situent tout d'abord à différents niveaux : international (effet des guerres et des politiques commerciales, par exemple), national (politiques d'équipement, disponibilité des services de soins et d'éducation, notamment), local (accès à l'eau, à la terre, etc.) et, enfin, au niveau de la famille et de la communauté. Ce sont ces dernières qui nous intéressent ici ; elles se divisent,

selon le document de référence déjà utilisé pour présenter les pratiques de soins [3], en trois catégories : ressources humaines, économiques et organisationnelles (*tableau 2*).

La similitude est frappante entre l'énoncé des *pratiques* de soins en direction des femmes présentées dans le *tableau 1* et celui des *ressources* pour les soins identifiées dans le *tableau 2*. Précisons d'abord le distinguo, en prenant l'exemple simple du bon état de santé de la mère : en tant que soin, il a des conséquences *directes* sur l'état nutritionnel de l'enfant ; en tant que ressource, il permet la délivrance de soins de meilleure qualité et a donc un effet *indirect* sur le développement de l'enfant. Mais, surtout, le fait que la femme soit à la fois ressource de soins et soins en elle-même souligne, s'il en était besoin, son rôle absolument central. C'est elle qui, peu ou prou, est la principale ressource de soins et, du point de vue culturel, la fourniture de soins figure parmi ses obligations sociales [16]. Le statut des femmes et le soutien ou non de la communauté vont donc jouer de façon fondamentale.

Dans la plupart des sociétés, la femme doit trouver un équilibre entre fonction productive et fonction reproductive, d'où une compétition permanente entre le temps pour les soins et le temps pour le travail [11]. En fonction des contraintes extérieures souvent variables (phénomènes saisonniers en milieu rural, travail informel et irrégulier en ville), la capacité de la femme à prodiguer des soins est plus ou moins altérée ; mais il n'y a pourtant pas de relation simple et univoque entre la qualité des soins fournis et la charge de travail [20].

Cela nous ramène à la notion de qualité et de quantité des soins. Les contraintes à la production de soins sont de deux

ordres : celles qui se résument à un problème matériel (problème de temps, d'activité physique, de moyens financiers), dont l'impact est plus important en termes de quantité de soins, et celles qui sont d'ordre spirituel (imagination, cultures, attention, sentiments, connaissances), dont l'impact se situe davantage au niveau de la qualité. Cela est bien illustré dans un schéma proposé par Zeitlin dès 1991, dans lequel l'effet des facteurs influençant les soins passe toujours, en fin de compte, par l'un ou l'autre de deux déterminants proximaux : capacité et motivation de la mère [21].

## Soins et interventions nutritionnelles

Tous les travaux sur les soins effectués au cours de la décennie passée n'auraient qu'un intérêt limité si, *in fine*, ils ne permettraient pas d'améliorer le développement des enfants *via* de meilleures pratiques de soins. Au vu de l'étendue des domaines et disciplines que celles-ci couvrent et de la complexité des relations mises en jeu, il est clair qu'envisager une intervention nécessite en tout premier lieu une analyse sérieuse des pratiques de soins au sein de la population concernée, afin d'identifier celles qui semblent particulièrement pénalisantes, celles qui, à l'inverse, semblent favorables et enfin celles qui, d'une catégorie ou de l'autre, semblent les plus accessibles à une intervention. Cette analyse initiale des soins peut être plus ou moins approfondie en fonction des enjeux, des moyens et des types d'intervention projetés. Nous renvoyons le lecteur à des publications spécifiques pour plus d'informations sur les outils d'analyse et les modes d'interventions [3, 22] et soulignerons ici seulement un certain nombre de principes à retenir.

- Les interventions se conçoivent essentiellement sous la forme de composantes de soins incorporées dans des programmes soit de type développement intégré, soit plus spécifiques (de nutrition, de soins de santé primaire, etc.). Il doit donc y avoir une dimension pluridisciplinaire et une approche globale lors de l'analyse initiale, puis lors de la mise au point des activités.
- La protection, le renforcement et la promotion des pratiques de soins traditionnelles favorables au développement

de l'enfant sont à privilégier avant tout [6]. En ce sens, les analyses initiales de type déviance positive sont très intéressantes. Mais les activités proposées doivent veiller à ne pas perturber le fragile équilibre que les femmes s'efforcent de maintenir entre leurs multiples rôles dans la société [11]. Ou alors il faut avoir une certaine garantie qu'un nouvel équilibre pourra être trouvé à un niveau de soins supérieur [21].

- Toute intervention en matière de soins nécessite l'adhésion des donneurs de soins aux actions proposées, et ce d'autant plus qu'elle implique des modifications de comportement. Les interventions doivent donc être définies avec la communauté, au cours d'un processus participatif. Cette participation est par ailleurs indispensable pour que les actions envisagées soient culturellement adaptées [12].

- Enfin, Engle *et al.*, soulignent que les interventions ont d'autant plus de chances de succès qu'elles visent les enfants de la naissance à 3 ans, que les activités s'adressent simultanément à l'enfant et aux parents et qu'elles se déroulent à la maison [22]. Il est important également de s'assurer que des ressources minimales pour les soins sont disponibles au niveau du ménage.

À l'heure actuelle, si de nombreux travaux indiquent une relation favorable entre pratiques de soins et statut nutritionnel, il n'est malheureusement pas possible de savoir si, pour autant, l'introduction d'une composante de soins dans un programme aboutit à un meilleur effet final en termes de croissance et de développement de l'enfant. L'analyse de la littérature laisse à penser que les programmes ayant davantage mis l'accent sur des comportements de soins ont plutôt obtenu les meilleurs résultats [7, 23], mais des études plus systématiques sont encore nécessaires.

## Conclusion

Depuis une dizaine d'années, le schéma conceptuel reconnaissant le rôle des soins aux côtés de l'alimentation et de la santé a été un outil puissant de plaidoyer comme d'analyse dans le domaine de la nutrition (voir [24] par exemple). Il a permis, par ailleurs, tout à la fois un élargissement et une re-conceptualisation des activités de recherche. Certes, un travail important reste à faire, notamment

pour la définition d'indicateurs suffisamment simples à recueillir et adaptables au contexte culturel, comme au niveau de la conception d'interventions et de leur évaluation. Mais l'enjeu nous semble de taille. Tout comme l'importance de l'état de nutrition en tant que facteur du développement des populations avait fait reconnaître, en son temps, l'intérêt de programmes spécifiquement nutritionnels [25], il est sans doute aujourd'hui tout aussi nécessaire d'investir dans les soins pour la nutrition ■

## Remerciements

Cet article doit beaucoup aux discussions et échanges de vues avec Marie-Claude Dop, Francis Delpeuch et Bernard Maire, de l'unité de nutrition de l'IRD. Qu'ils en soient ici vivement remerciés.

## Références

1. FAO/WHO. *Nutrition: the global challenge. International conference on nutrition*. Rome : FAO, 1992 ; 32 p.
2. *Conférence internationale sur la nutrition. Plan d'action pour la nutrition*. Rome : FAO/OMS, 1992 ; 48 p.
3. Engle P, Lhotska L, Armstrong H. *The Care Initiative - Assessment, Analysis and Action to improve care for nutrition*. New York : Unicef, Nutrition Section, 1997 ; 72 p.
4. Longhurst R, Tomkins A. The role of care in nutrition - A neglected essential ingredient. *SCN News* 1995 ; 12 : 1-5.
5. Unicef. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. Unicef Policy Review, OQEH. New York : Unicef, 1990 ; 36 p.
6. Latham MC. Unicef-Cornell Colloquium on care and nutrition of the young child - overview. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 282-5.
7. Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc* 2000 ; 59 : 25-35.
8. Engle PL, Menon P, Haddad L. *Care and Nutrition - Concepts and measurement. occasional paper*. Washington, D.C. : International Food Policy Research Institute, 1997 ; 50 p.
9. Ramakrishnan U. Unicef-Cornell Colloquium on care and nutrition of the young child - planning. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 286-92.
10. Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition*. Tokyo : United Nations University, 1990 ; 153 p.
11. Van Esterik P. Care. Caregiving and caregivers. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 378-88.
12. Bentley ME, Black MM, Hurtado E. Child-feeding and appetite: what can programmes do? *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 340-8.

## Summary

### Care in public nutrition

Y. Martin-Prével

In 1990, the Unicef conceptual framework for nutrition recognised the role of care, along with household food security and health services and environment, as one of the three underlying factors of child survival, growth, and development. This model has been adopted at a policy level at the International Conference on Nutrition (Rome, 1992) and over the past ten years the concept of care has been refined through literature reviews, consultative meetings and empirical works.

"Care is the provision in the household and the community of time, attention, and support to meet the physical, mental, and social needs of the growing child and other household members". Basically, care refers to the actions of caregivers (mainly, but not only mothers) that translate food and health resources into positive outcomes for the child's nutrition. Even under circumstances of poverty, enhanced caregiving can optimise the use of resources to promote good nutrition.

Care practices have been grouped into six categories: care for women, breastfeeding and child feeding practices, psychosocial care, food preparation, hygiene practices, household health practices. They cover a wide range of behaviours, are often culturally specific and are daily, repetitive, and time-consuming activities. It must be underlined that the way care practices are performed (i.e., quality of care) is as important as the practices themselves. It has also been emphasised that children play a significant role in determining the quality of care that they receive, through an interactive process: an active child elicits more care from the caregiver, who is in turn more responsive.

Care resources at household level have been described according to three categories: human (knowledge, beliefs, education, physical and mental health of the caregiver), economic (control on income, workload and time), and organisational (alternate caregivers, community support). But the availability of care also depends on support at the national or international level. As the mother is the primary caregiver, most of the obstacles to care are the constraints to the mothers, the most common characteristic of which being the low status of women in many societies.

More studies are required to better understand the causal relationship between care and nutrition. Methods to measure the qualitative aspects of care and indicators that capture the complexity of care must be developed and cross-culturally tested. These will also be useful to design and monitor more effective interventions incorporating care. These programmes should first identify and support the good traditional care practices rather than simply ask for change; the activities proposed should not break the balance between the time women spend on care and the time they spend on work. Therefore one must be sure that enough resources are available. Finally, to achieve sustainable changes a participatory and comprehensive approach is definitely needed.

*Cahiers Santé* 2002 ; 12 : 86-93.

13. Engle PL. Child caregiving and infant and preschool nutrition. In : Pinstrip-Andersen P, Pelletier D, Alderman H, eds. *Child growth and nutrition in developing countries - Priorities for action*. Ithaca, London : Cornell University Press, 1995 : 97-116.

14. Engle PL, Ricciuti HN. Psychosocial aspects of care and nutrition. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 356-77.

15. Zeitlin MF, Megawangi R. Modernization, urbanization, and nutritional care. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 398-406.

16. Winkvist A. Health and nutrition status of the caregiver: effect on caregiving capacity. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 389-97.

17. Greiner T. Sustained breastfeeding, complementation, and care. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 313-9.

18. Brown KH, Creed Kanashiro H, Dewey KG. Optimal complementary feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries. *Food Nutr Bull* 1995 ; 16 : 320-39.

19. Ruel MT, Levin CE, Armar Klemesu M, Maxwell D, Morris SS. *Good care practices can mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: evidence from Accra*. FCND Discussion Paper. Washington : IFPRI, 1999 ; 41 p.

20. Leslie J. Women's work and child nutrition in the third world. *World Dev* 1988 ; 16 : 1341-62.

21. Zeitlin M. Nutritional resilience in a hostile environment: positive deviance in child nutrition. *Nutr Rev* 1991 ; 49 : 259-68.

22. Engle PL, Lhotska L. The role of care in programmatic actions for nutrition: designing programmes involving care. *Food Nutr Bull* 1999 ; 20 : 121-35.

23. Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG. Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. *Food Nutr Bull* 1999 ; 20 : 183-200.

24. Smith LC, Haddad L. *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Research report. Washington : International Food Policy Research Institute, 2000 ; 112 p.

25. Miller Del Rosso J. *Investing in nutrition*. Washington : The World Bank, 1992 ; 28 p.

---

## Résumé

Depuis une dizaine d'années, le cadre conceptuel pour la nutrition adopté au niveau international a fait apparaître, aux côtés de l'alimentation et de la santé, un troisième facteur sous-jacent : les *soins*. Soulignant le caractère interactif de la relation mère-enfant, le concept de soins rassemble les pratiques qui optimisent l'utilisation des ressources alimentaires et sanitaires pour la croissance et le développement de l'enfant. De bonnes pratiques de soins, en qualité comme en quantité, sont d'autant plus importantes que les conditions de vie sont défavorables. Six catégories sont reconnues : soins en direction des femmes, allaitement et alimentation du jeune enfant, soins psychosociaux, préparation des repas, pratiques d'hygiène, pratiques de santé. Des études complémentaires sur les liens entre soins et nutrition sont encore nécessaires et passent par la mise au point d'indicateurs adaptables d'un contexte culturel à l'autre. Dans toutes les sociétés, la mère constitue la principale ressource de soins ; c'est sur elle que pèsent la plupart des contraintes matérielles (temps, moyens) comme spirituelles (savoirs, cultures). Le statut des femmes dans la communauté est donc fondamental. Protéger les pratiques traditionnelles favorables, respecter l'équilibre entre soins et activités productives des femmes, privilégier une approche globale et participative sont les principes qui doivent guider l'introduction, encore trop rare, de composantes de soins dans les interventions nutritionnelles.

---