

ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGE ET MALNUTRITION

CORNU A. *, SIMONDON F. **, OLIVOLA D. ***, GOMA I. ****,
MASSAMBA JP. ****, TCHIBINDAT F. ****, DELPEUCH F. **

* Programme Epidémiologie de la dénutrition
Centre ORSTOM, B.P.181, Brazzaville, Congo
** Laboratoire de Nutrition Tropicale
Centre ORSTOM, B.P.5045, Montpellier Cedex

*** Programme Nuted, Ministère de la Santé
et des Affaires sociales de la République du Congo
**** Programme Epidémiologie de la dénutrition
DGRST, Ministère de la Recherche, Brazzaville Congo

INTRODUCTION

Par sa valeur nutritionnelle, ses propriétés anti-infectieuses, ses qualités hygiéniques et ses aspects psycho-affectifs, l'allaitement maternel constitue le régime optimal du jeune enfant. Néanmoins, il existe depuis plusieurs années une controverse sur sa capacité à assurer une croissance normale après les premiers mois de la vie. Ainsi, des travaux ont montré une association entre l'allaitement maternel prolongé et la malnutrition, celle-ci étant plus fréquente chez les enfants sevrés tardivement (Victoria 1984, Michaelsen 1988). Ce débat a été récemment relancé à la suite de la publication d'un article recommandant l'arrêt de l'allaitement maternel chez les enfants malnutris de plus de douze mois (Brakohiapa 1988).

Dans ce débat, plusieurs intervenants ont souligné la nécessité d'inclure une analyse du niveau socio-économique des mères dans l'étude des relations entre allaitement et malnutrition (Tangermann et al., Rohde, Waterston, Michaelsen, 1988). La question est de savoir si allaitement maternel prolongé et malnutrition ne sont pas artificiellement liés à travers un troisième facteur commun qui pourrait être la pauvreté.

A partir des données d'une enquête nutritionnelle nationale réalisée au Congo en 1987 les objectifs de la présente étude sont : 1. vérifier la liaison allaitement maternel prolongé et malnutrition, 2. rechercher si cette liaison est maintenue après ajustement sur des variables socio-économiques caractérisant les familles des enfants.

La réponse à cette dernière question ne présente pas qu'un intérêt théorique; en effet, dans ce récent débat, Tangermann et Rohde ont fort justement souligné que l'important était certainement d'arriver à une alimentation complémentaire adéquate. En termes d'intervention, les mesures à prendre seront différentes selon que le problème ne touche que les plus pauvres ou au contraire traverse plusieurs niveaux socio-économiques.

METHODES

Sujets

L'échantillon total, obtenu par un sondage stratifié en grappes sur la base du recensement de 1984 et d'une typologie alimentaire, comporte 2429 enfants de 0-59 mois; il est représentatif de la population générale des enfants de cet âge. L'étude transversale de la pratique de l'allaitement porte sur 1587 enfants âgés de moins de 36 mois.

L'étude rétrospective de l'âge au sevrage ne prend en compte que les enfants âgés de 24 mois et plus chez lesquels le sevrage est terminé, soit un effectif de 1081 enfants.

Lieux d'enquête

Les enfants sont issus de centres secondaires et de petits villages, tous à vocation rurale; les 4 plus grandes villes du pays ayant été exclues de l'enquête. L'alimentation des populations est caractérisée par un régime de base, en général très monotone: manioc et autres tubercules accompagnés de feuilles. Le poisson est très consommé et représente trois quarts des sources de protéines animales (Delpeuch 1985). Les fruits sont peu consommés.

Données recueillies

Caractéristiques socio-économiques

L'environnement de l'enfant est défini ici par le niveau scolaire et l'activité professionnelle de la mère, ou de la personne qui s'occupe de l'enfant, et du chef de ménage. Un indice de niveau économique a été construit à partir d'une liste de 13 biens d'équipement et du cumul de leur valeur marchande.

Mesures anthropométriques

La mesure du poids, de la taille, et la connaissance précise de la date de naissance des enfants permettent de caractériser l'état nutritionnel. Trois indices nutritionnels ont été calculés en score d'écart-type à l'aide du logiciel CASP des CDC, utilisant la population de référence NCHS/OMS: poids pour la taille, taille pour l'âge, poids pour l'âge. L'émaciation, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale ont été respectivement définis pour ces trois indices en dessous d'un seuil égal à -2 écarts-type (ET) de la moyenne de référence (OMS 1986).

Alimentation de l'enfant

L'information relative à l'alimentation des enfants a été recueillie selon deux modes bien distincts:

- . le rappel de la consommation alimentaire des enfants au cours des dernières 24 heures avec prise en compte de l'allaitement maternel.
- . l'étude rétrospective des modalités de sevrage de l'enfant avec prise en compte de l'âge au moment de l'arrêt définitif de l'allaitement.

Données manquantes, présentation et analyse statistique des résultats

. Certaines informations n'ont pu être obtenues de la personne interrogée au moment de l'enquête. On relève pour ce qui concerne le niveau scolaire 9 données manquantes chez les mères et 183 chez les chefs de ménage; l'activité professionnelle est inconnue pour 2 mères et pour 1 chef de ménage.

. Pour tenir compte de la stratification les pourcentages ont été pondérés en fonction de la population des strates. Les pourcentages établis sur des effectifs inférieurs ou égaux à 20 ne sont pas présentés dans les tableaux.

. Les comparaisons des répartitions observées sont effectuées selon le test χ^2 de Pearson. L'étude de l'association entre la durée de l'allaitement et la malnutrition avec ajustement sur une troisième variable est réalisée selon la méthode de Boyd et Doll (RUMEAU-ROUQUETTE 1985).

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.349 ex 1

Cote : B

19 FEV. 1991

RESULTATS

La pratique de l'allaitement maternel au Congo

Jusqu'à l'âge de 12 mois 95% des enfants sont nourris au sein. Le pourcentage est encore de 79,6% entre 12 et 17 mois et de 27,1% entre 18 et 23 mois (tableau 1). Le comportement des mères en matière d'allaitement est identique dans les quatre strates pour les classes d'âge données (tableau 1). De la même manière on ne note pas de différence significative des taux d'allaitement à un âge donné en fonction du niveau économique (tableau 1). Notons toutefois que les effectifs sont réduits et que dans la classe d'âge 18-23 mois la différence entre le niveau 0 (36,4%) et le niveau 4 (21,8%) est à la limite de la signification ($p=0,12$). La répartition des enfants sevrés et non sevrés est par contre significativement différente dans les niveaux qui ont été choisis pour caractériser la scolarité de la mère et les types d'activité de la mère et du chef de ménage. Aussi dans chaque classe d'âge, plus le niveau scolaire de la mère est élevé et plus le taux d'enfants allaités est faible; la proportion d'enfants allaités est plus élevée chez les mères agricultrices que chez les autres mères (87,4% contre 64,0% chez les enfants de 12 à 17 mois). Le niveau scolaire du chef de ménage n'intervient significativement que pour les sevrages les plus tardifs au-delà de 24 mois, le pourcentage décroît alors que le niveau scolaire s'élève (tableau 1). La situation est donc très homogène jusqu'à 12 mois puis se différencie ensuite en fonction de plusieurs critères socio-économiques.

Allaitement et MPE (étude transversale)

L'analyse par classe d'âge des prévalences de malnutrition ne fait apparaître aucune différence significative entre les enfants sevrés ou non sevrés au moment de l'enquête (tableau 2). On remarque toutefois dans la classe d'âge 18-23 mois l'écart important de prévalence en retard de taille: 41,4% chez les non sevrés contre 30,6% chez les enfants sevrés, à la limite de la signification ($p=0,11$).

Allaitement prolongé et Retard de croissance (étude rétrospective)

Parmi les enfants âgés de plus de 2 ans et retardés en taille au moment de l'enquête 52,4% ont été allaités au-delà de 15 mois; parmi les non retardés en taille il y en a 49,1% et la différence n'est pas significative (tableau 3). En revanche, le groupe retardé en taille se distingue du groupe non retardé par une proportion d'enfants allaités au-delà de 18, 21 ou 24 mois significativement plus élevée. Ainsi 27,2% des enfants ayant un retard de taille ont été allaités au sein au-delà de 21 mois contre seulement 15,9% des enfants sans retard de croissance ($p<0,01$). Il existe donc une liaison entre la durée de l'allaitement au sein et l'existence d'un retard de croissance. Par contre il n'a pas été mis en évidence de liaison entre la durée de l'allaitement et l'émaciation.

Caractéristiques socio-économiques et Retard de croissance (étude rétrospective)

Dans le même groupe de sujets des liaisons significatives ont été mises en évidence entre le retard de taille et certaines variables descriptives du niveau socio-économique des ménages. On observe ainsi des proportions d'enfants malnutris plus importantes dans les ménages dont le niveau économique est le plus bas ($p<0,001$), dans les ménages dont le chef n'est jamais allé à l'école ($p<0,05$), dans les ménages dont le chef et la mère de l'enfant sont agriculteurs ($p<0,001$). La question de savoir si la liaison entre la prévalence de la MPE et la durée de l'allaitement peut être expliquée par des facteurs de confusion socio-économiques est donc ici pleinement justifiée.

Etude de la liaison après ajustement

L'étude des liaisons partielles permet de montrer qu'à deux exceptions près (niveau scolaire du chef de ménage) toutes les liaisons sont de même sens pour toutes les classes des différentes variables retenues et pour trois valeurs seuils de l'âge au sevrage (tableau 4). La proportion d'enfants non sevrés est toujours plus importante dans le groupe des retardés en taille. Cette relation existe aussi de manière significative pour les enfants dont les mères ont une activité salariée. La liaison persiste après ajustement sur le niveau économique des ménages (tableau 4) quel que soit l'âge retenu au-delà duquel le sevrage est déclaré tardif. Elle est aussi maintenue après ajustement sur les autres variables lorsque le sevrage tardif est déclaré à partir de 21 mois. Aucune variable socio-économique ne permet de faire disparaître cette liaison.

CONCLUSION

La présente étude confirme l'existence d'une liaison entre le retard de croissance et l'allaitement prolongé au Congo. Bien que la pratique de l'allaitement prolongé soit associée à l'appartenance à certains groupes sociaux cette liaison entre retard de croissance et allaitement maternel prolongé ne semble pas pouvoir être expliquée par des facteurs de confusion socio-économiques. Ce n'est donc pas une prolongation de l'allaitement chez les plus pauvres en réponse à un manque de disponibilités alimentaires. Mais d'autres hypothèses peuvent être émises:

- S'agit-il de retards de croissance induits par une alimentation complémentaire déficiente? Au-delà de 18 mois le lait maternel ne peut couvrir qu'une faible partie des besoins de l'enfant. Les mères qui prolongent l'allaitement ne reçoivent certainement pas des conseils appropriés sur les besoins de leurs enfants et sur les aliments qu'elles doivent donner à ces âges en complément du sein. Peut-être sont elles faussement rassurées par le fait qu'elles continuent à allaiter l'enfant.

- S'agit-il au contraire d'un allaitement prolongé par la mère en réponse à une malnutrition ou à des problèmes de santé déjà existants? On doit se rappeler que l'allaitement est un acte volontaire et que la mère décide du moment du sevrage. Cette décision prend en compte l'aspect affectif de la séparation. Elle peut également être liée à l'appréciation de l'état de santé de l'enfant; c'est ce qui a été montré au Nigéria (MORLEY 1968) et en Côte d'Ivoire (LAUBER 1981) les enfants étant sevrés lorsqu'ils sont robustes, bien portants et peuvent se déplacer seuls. Cela conduit à prolonger l'allaitement des moins bien portants.

La vérification de ces hypothèses est indispensable avant d'aller plus loin dans les conseils qui pourraient être donnés aux mères. L'allaitement prolongé doit être interprété, pour l'instant, comme un éventuel marqueur de risque de retard de croissance et non comme un facteur causal.

REFERENCES

BRAKOHIAPA LA. et al. Does prolonged breast-feeding adversely affect a child's nutritional status? *The Lancet*, 1988, ii, 416-418.

DELPEUCH F. La consommation alimentaire du poisson et son rôle dans la nutrition de quatre pays africains. Série documentaire FAO, 1986, 86 WO1327, Rome.

LAUBER E., REINHARDT M. Prolonged lactation performance in a rural community of the Ivory Coast. *J Trop Pediatr* 1981; 27:74-77.

MICHAELSEN KF. letter to the Editor. *The Lancet*, 1988, ii, 8614, 788-789.

MORLEY D., BICKNELL J., WOODLAN M. Factors influencing the growth and nutritional status of infants and young children in a Nigerian village. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1968, 62:164-95.

ROHDE JE. letter to the editor; *The Lancet*, 1988, ii, 8618, 1016.

RUMEAU-ROUQUETTE C., BREART G., PADIEU R. Méthodes en épidémiologie. 3ème éd. Flammarion, 1985, Paris.

TANGERMANN RH., SERDULA MK., COLEBUNDERS R., HAUCK F. letter to the editor. *The Lancet*, 1988, ii, 8618, 1016.

VICTORA CG. et al. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition? *Am J Clin Nutr*, 1984, 39, 307-314.

WATERSTON T. letter to the editor. *The Lancet*, 1988, ii, 8618, 1016.

WHO working group. Use and interpretation of nutritional status. *Bull WHO*, 1986, 64(6), 929-941.

RESUME

La relation entre la durée de l'allaitement maternel (au delà de 18 mois) et le retard de croissance a été confirmée dans un échantillon représentatif des enfants de 0 à 59 mois du Congo. La pratique du sevrage "tardif" est liée à certaines caractéristiques familiales telles que le niveau économique, le niveau scolaire et l'activité des parents. Cependant les associations observées entre retard de croissance et allaitement prolongé sont en général maintenues lorsqu'on ajuste sur ces facteurs de confusion socio-économiques. La relation existe aussi de manière significative pour les enfants dont les mères ont une activité salariée. La question de la signification de cette relation reste ainsi entière. Plus que la remise en cause de l'allaitement au sein, même prolongé, c'est la question de l'alimentation complémentaire qui doit être examinée.

RESUME

La relation entre la durée de l'allaitement maternel (au delà de 18 mois) et le retard de croissance a été confirmée dans un échantillon représentatif des enfants de 0 à 59 mois du Congo. La pratique du sevrage "tardif" est liée à certaines caractéristiques familiales telles que le niveau économique, le niveau scolaire et l'activité des parents. Cependant les associations observées entre retard de croissance et allaitement prolongé sont en général maintenues lorsqu'on ajuste sur ces facteurs de confusion socio-économiques. La relation existe aussi de manière significative pour les enfants dont les mères ont une activité salariée. La question de la signification de cette relation reste ainsi entière. Plus que la remise en cause de l'allaitement au sein, même prolongé, c'est la question de l'alimentation complémentaire qui doit être examinée.

Tableau 1:

POURCENTAGE D'ENFANTS ALLAITES EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES (ETUDE TRANSVERSALE).

	CLASSES D'AGE DES ENFANTS (EN MOIS)									
	12-17			18-23			24-35			
	%	(n)	p	%	(n)	p	%	(n)	p	
ECHANTILLON TOTAL	79,6	(281)		27,1	(249)		3,1	(500)		
STRATIFICATION										
centres secondaires sud	78,5	(65)	NS	25,8	(66)	NS	3,1	(127)		NS
zones rurales sud	76,3	(76)		29,0	(62)		3,9	(129)		
centres secondaires nord	76,2	(63)		26,8	(56)		0,0	(123)		
zones rurales nord	89,6	(77)		24,6	(65)		3,3	(121)		
SEXES DE L'ENFANT										
garçon	79,5	(158)	NS	28,8	(126)	NS	5,6	(247)		**
filles	80,3	(123)		25,1	(123)		0,7	(253)		
STATUT MATRIMONIAL										
célibataire	82,4	(61)	NS	31,5	(72)	NS	1,4	(111)		-
union libre	72,6	(46)		14,7	(35)		0,0	(60)		
dot versée	85,3	(136)		27,9	(119)		4,4	(268)		
mariage civil	75,9	(30)			(12)		0,0	(40)		
divorcée		(6)			(9)			(13)		
veuve		(1)			(1)			(8)		
NIVEAU ECONOMIQUE										
0	81,8	(53)	NS	36,4	(50)	NS	5,7	(109)		-
1	80,6	(65)		24,5	(49)		2,2	(92)		
2	80,5	(61)		30,4	(57)		1,2	(85)		
3	78,4	(49)		24,1	(52)		0,9	(113)		
4	73,9	(53)		21,8	(41)		1,4	(101)		
NIVEAU SCOLAIRE DE LA MERE										
n'a pas été scolarisée	90,3	(89)	**	34,8	(79)	*	5,3	(191)		*
primaire	78,1	(80)		25,0	(79)	a/b	2,5	(141)		a/b+c
secondaire et supérieur	69,7	(110)		19,1	(88)	a/b+c	0,6	(163)		
NIVEAU SCOLAIRE DU CHEF DE MENAGE										
n'a pas été scolarisé	85,3	(81)	NS	33,1	(101)	NS	6,8	(164)		**
primaire	88,8	(81)		29,1	(58)		1,8	(129)		a/b+c
secondaire et supérieur	69,6	(68)		31,0	(54)		0,0	(118)		
ACTIVITE DE LA MERE										
agricultrice	87,4	(177)	***	34,0	(156)	***	3,9	(337)		-
élève	69,7	(45)		19,7	(31)		1,1	(53)		
non agricultrice	64,0	(59)		4,6	(62)		0,0	(118)		
ACTIVITE DU CHEF DE MENAGE										
agriculteur	86,8	(106)	*	27,4	(102)	NS	6,3	(203)		**
non agriculteur	74,0	(173)		26,7	(147)		0,2	(297)		

***, **, NS : comparaison des répartitions * p ≤ 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, NS p > 0,05.

a,b,c : représentent les classes des variables considérées.

- : la taille des effectifs théoriques ne permet pas le calcul du khi2.

Tableau 2:

PREVALENCE DE L'EMACIATION DU RETARD DE TAILLE ET DE L'INSUFFISANCE PONDERALE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS SELON QU'ILS SONT SEVRES OU ALLAITES (ETUDE TRANSVERSALE).

AGE DE L'ENFANT	ALLAITEMENT MATERNEL	EFFECTIF	POIDS POUR LA TAILLE < -2 E.T. %	TAILLE POUR L'AGE < -2 E.T. %	POIDS POUR L'AGE < -2 E.T. %
00-05	non sevré	(287)	1,4	8,5	4,0
	sevré	(2)	-	-	-
06-11	non sevré	(258)	6,2	11,4	21,5
	sevré	(7)	-	-	-
12-17	non sevré	(226)	13,9*	27,2*	36,0*
	sevré	(55)	15,0	24,6	38,6
18-23	non sevré	(66)	11,0*	41,4*	31,0*
	sevré	(183)	10,6	38,6	25,1

*: les pourcentages ne diffèrent pas significativement.

Tableau 3:

**ETUDE RETROSPECTIVE DU POURCENTAGE D'ENFANTS ALLAITES EN
FONCTION DE LA DUREE DE L'ALLAITEMENT ET DU RETARD DE CROISSANCE**

Groupe	TAILLE POUR L'AGE	
	< -2 E.T. (n=380)	≥ -2 E.T. (n=701)
Effectif		
Age actuel (m ± sd)	42,2 ± 11,4	40,1 ± 14,0
Age du sevrage (m ± sd)	16,8 ± 6,8	15,6 ± 7,5

ALLAITEMENT PROLONGE	%	%	(p)
au-delà de 15 mois	52,4	49,1	(NS)
au-delà de 18 mois	30,6	23,9	(*)
au-delà de 21 mois	27,1	15,9	(**)
au-delà de 24 mois	6,8	3,7	(*)

*,**,NS: comparaison des répartitions * p≤0,05 ** p<0,01 NS p>0,05

Tableau 4:

**ETUDE DE LA LIAISON
DUREE D'ALLAITEMENT - RETARD DE CROISSANCE
APRES AJUSTEMENT SUR PLUSIEURS CARACTERISTIQUES SOCIO-
ECONOMIQUES.**

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES D'AJUSTEMENT	EFFECTIF	TAILLE POUR L'AGE	POURCENTAGE D'ENFANTS ALLAITES AU-DELA DE		
			18 MOIS	21 MOIS	24 MOIS
NIVEAU ECONOMIQUE					
0	115	<-2ET	32,7	25,6	6,6
	115	≥-2ET	28,2	17,5	3,8
1 à 4	265	<-2ET	29,8*	27,3***	7,2
	586	≥-2ET	23,3	15,8	4,3
Signification de la liaison après ajustement			*	***	*
NIVEAU SCOLAIRE DE LA MERE					
n'a pas été scolarisée	152	<-2ET	35,9	33,4	8,8
	255	≥-2ET	31,0	24,8	6,8
enseignement primaire	126	<-2ET	23,2	20,6***	5,8*
	201	≥-2ET	16,2	6,8	1,5
enseignement secondaire et sup.	101	<-2ET	30,7	24,3**	5,2
	237	≥-2ET	21,6	11,8	2,0
Signification de la liaison après ajustement			*	***	*
NIVEAU SCOLAIRE DU CHEF DE MENAGE					
n'a pas été scolarisé	145	<-2ET	35,4*	32,4**	8,8
	210	≥-2ET	25,5	19,5	5,2
a été scolarisé	177	<-2ET	21,7	19,0	3,0
	366	≥-2ET	26,4	16,7	3,9
Signification de la liaison après ajustement			-	*	-
PROFESSION DE LA MERE					
agricultrice	310	<-2ET	31,7	28,7**	6,6
	444	≥-2ET	28,5	19,0	3,0
élève	23	<-2ET	25,4	20,5**	9,8
	79	≥-2ET	12,1	3,5	0,0
autres professions	47	<-2ET	23,2*	17,3*	5,9
	176	≥-2ET	9,8	7,4	0,4
Signification de la liaison après ajustement			NS	***	-
PROFESSION DU CHEF DE MENAGE					
agriculteur	176	<-2ET	35,4	32,3*	8,3
	224	≥-2ET	30,2	22,9	6,9
autres professions	203	<-2ET	25,3	21,8***	5,2*
	477	≥-2ET	19,7	10,7	1,8
Signification de la liaison après ajustement			NS	***	NS

*,**,*** : comparaison des répartitions * p ≤ 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, NS p > 0,05.

- : khi2 non calculé pour raison d'effectif ou de liaisons de sens opposé.

En l'absence de marque les pourcentages de deux groupes de taille ne diffèrent pas significativement (=NS).

ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGE ET MALNUTRITION.

CORNU A.*, SIMONNDON F.**, OLIVOLA D.***, GOMA I.****, MASSAMBA JP.****,
TCHIBINDAT F.****, DELPEUCH F.**

* Programme Epidémiologie de la dénutrition
Centre ORSTOM, B.P.181, Brazzaville, Congo.
** Laboratoire de Nutrition Tropicale
Centre ORSTOM, B.P.5045, Montpellier Cedex.

*** Programme Nuted, Ministère de la Santé
et des Affaires sociales de la République du Congo.
**** Programme Epidémiologie de la dénutrition
DGRST, Ministère de la Recherche, Brazzaville, Congo.

Le but du travail est d'étudier la relation entre la durée de l'allaitement maternel et la malnutrition protéino-énergétique, et notamment de vérifier si les retards de croissance sont associés à des allaitements prolongés.

Les méthodes: les données sont issues de l'enquête nationale réalisée au Congo en 1987 par l'ORSTOM et le ministère de la Santé sur un échantillon de 2429 enfants de 0 à 59 mois représentatif de la population générale des enfants de cet âge. L'émaciation et le retard de croissance ont été respectivement définis par un poids pour la taille et une taille pour l'âge inférieurs à -2 écarts-type de la moyenne de référence OMS/NCHS. Un rappel des 24 heures et une enquête rétrospective ont permis de décrire les modalités de l'allaitement. D'autres variables ont été recueillies afin d'évaluer le niveau social et économique des ménages.

Les résultats: 95% des enfants sont allaités au sein jusqu'à un an; il en reste encore 79,6% entre 12 et 17 mois et 27,1% entre 18 et 23 mois. Pour les enfants âgés de 16 à 23 mois la prévalence du retard de taille est égale à 41,4% dans le groupe non sevré et 30,6% dans le groupe sevré. L'étude rétrospective montre que le groupe retardé en taille se distingue du groupe non retardé par une proportion d'enfants non sevrés à 18, 21 ou 24 mois significativement plus élevée. Ainsi 27,2% des enfants ayant un retard de croissance ont été allaités au sein au-delà de 21 mois contre seulement 15,9% des enfants sans retard de croissance ($p < 0,01$). En revanche il ne semble pas exister de liaison entre l'âge au sevrage et l'émaciation. La pratique du sevrage tardif est liée à certaines caractéristiques familiales telles que le niveau économique, le niveau scolaire et l'activité des parents. Les mères des classes sociales les moins favorisées pratiquent davantage le sevrage tardif. Cependant les associations observées entre retard de croissance et allaitement prolongé sont en général maintenues lorsqu'on ajuste sur ces facteurs de confusion socio-économiques. De plus la relation existe aussi de manière significative pour les enfants dont les mères ont un niveau scolaire moyen ou élevé et chez ceux dont les mères ont une activité salariée.

Conclusion: au Congo l'association entre retard de croissance et allaitement maternel prolongé, déjà observé ailleurs (1), ne semble pas pouvoir être expliqué par des facteurs de confusion socio-économiques. La question de sa signification reste ainsi entière. S'agit-il de retards de croissance induits par une alimentation déficiente liée à cet allaitement prolongé? S'agit-il au contraire d'un allaitement prolongé par la mère en réponse à une malnutrition ou à des problèmes de santé déjà existants? La réponse à cette question est indispensable avant d'aller plus loin dans les conseils qui pourraient être donnés aux mères.

1. MICHAELSEN K.F., letter to the Editor, the Lancet, 1988, II, 8614, 788-789.

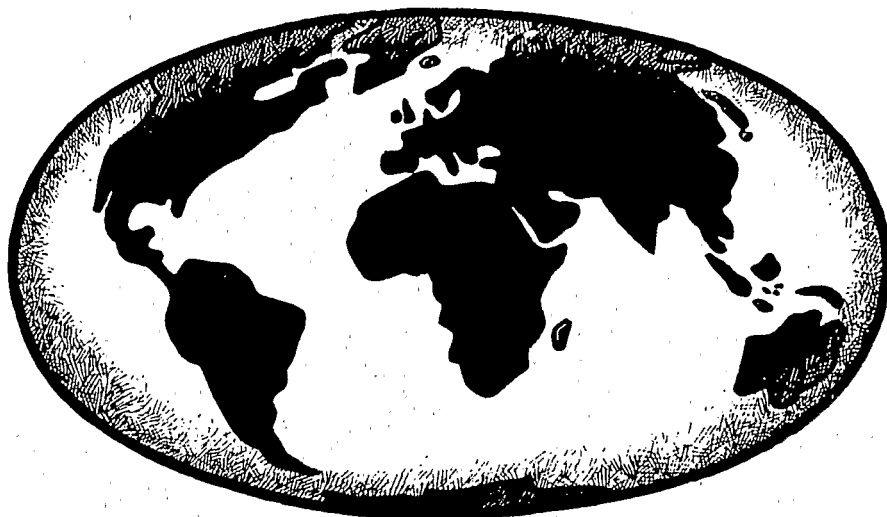
ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.349 ex 1

19 FEV. 1991

Cote : B

**4^{èmes} JOURNEES SCIENTIFIQUES
INTERNATIONALES DU
GERM**



**Groupe d'Etudes et de Recherches
sur la Malnutrition
SPA-BELGIQUE 23-29 avril 1989**

*Allaitement maternel
Lipides et malnutrition
Nutrition de la personne âgée
Nutrition et développement rural
Aliments et thérapeutique
Recherche et coopération
Thèmes libres*

Pour tous renseignements s'adresser au **GERM Groupe d'Etudes et de Recherches sur la Malnutrition**
U1 INSERM NUTRITION · Hôpital BICHAT · 170 Bd. NEY · 75877 PARIS CEDEX 18 FRANCE – Tél. (1)42 29 87 48

ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGE ET MALNUTRITION.

CORNU A.*, SIMONDON F.**, OLIVOLA D.***, GOMA I.****, MASSAMBA JP.****,
TCHIBINDAT F.****, DELPEYCH F.**

* Programme Epidémiologie de la dénutrition
Centre ORSTOM, B.P.181, Brazzaville, Congo.

** Laboratoire de Nutrition Tropicale
Centre ORSTOM, B.P.5045, Montpellier Cedex.

*** Programme Nuted, Ministère de la Santé
et des Affaires sociales de la République du Congo.

**** Programme Epidémiologie de la dénutrition
DGRST, Ministère de la Recherche, Brazzaville, Congo.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.349 ex 1

Cote : B M

19 FEV. 1991

ORSTOM

Lab.Nut.Tropicale

Publication n° 532

PAI