

U.E.P.A.

CONFERENCE "FEMMES, FAMILLE ET POPULATION"
OUAGADOUGOU AVRIL 1991Comportements maternels et malnutrition de l'enfant
au Burkina Faso¹.D. Bonnet², P. Duboz³, J. Vaugelade³, B. Bila⁴.

Problématique de l'étude :

La malnutrition joue un rôle important dans la mortalité avant cinq ans. Les enfants sévèrement malnutris ont un risque de décéder 10 fois plus élevé que les enfants bien portants (P. Duboz, J. Vaugelade, 1988).

Les causes de la malnutrition peuvent être nutritionnelles et/ou d'origine infectieuse. Les recherches relatives aux causes nutritionnelles peuvent être menées au niveau des comportements alimentaires (passage de l'allaitement maternel au plat familial). Celles relatives aux causes infectieuses peuvent être effectuées au niveau des comportements en rapport avec l'hygiène domestique et du milieu.

Ainsi, avons nous décidé d'observer les comportements quotidiens des mères et des enfants dans l'intention, d'une part, d'identifier les pratiques habituelles de maternage qui peuvent avoir une influence sur la santé de l'enfant en général, et d'autre part, de mettre en évidence d'éventuelles différences de comportements maternels selon l'état nutritionnel de l'enfant. Si de telles différences existaient, se poserait alors la question de savoir si elles sont la cause ou la conséquence de la malnutrition.

Objectifs de l'étude :

L'objectif général de l'étude est d'identifier les attitudes et les comportements maternels et familiaux susceptibles d'avoir une influence sur l'état de santé de l'enfant et sur son état nutritionnel ; et plus particulièrement d'étudier :

¹Séance 4 : "Rôle des familles dans les problèmes de santé".

²Sociologue ORSTOM.

³Démographe ORSTOM

⁴Etudiante en sociologie à l'Université de Ouagadougou.

05 NOV. 1992

ORSTOM Fonds Documentaire

N° E 36.085-ex1

Cote : B P7 IX

- les comportements concernant l'alimentation et susceptibles d'avoir une incidence sur l'état nutritionnel des enfants,
- les comportements relatifs à l'hygiène et susceptibles d'avoir une incidence sur les risques d'infection,
- les attitudes relationnelles entre l'enfant et son entourage susceptibles d'avoir une incidence sur son alimentation.

Méthodologie :

Une première enquête qualitative a été conduite à partir d'entretiens auprès de mères et d'accoucheuses sur les conduites de lactation. Une deuxième enquête utilisant la méthode d'observation directe a concerné des enfants de 6 à 24 mois afin de couvrir la période d'alimentation mixte, de l'introduction des aliments solides au sevrage proprement dit.

L'enquête démographique à passages répétés, commencée par les démographes de l'équipe en 1986 dans la région de Yako et actuellement poursuivie a permis de constituer 24 catégories d'enfants, selon leur état nutritionnel mesuré par le périmètre brachial (état nutritionnel normal, malnutrition légère, malnutrition sévère), selon le sexe et l'âge⁵.

Etant donné le caractère exploratoire de cette étude et la difficulté de l'observation, un seul enfant a été choisi dans chaque catégorie, le choix ayant été opéré au hasard parmi le petit nombre d'enfants présentant les mêmes caractéristiques. Parmi les 24 enfants, seuls 2 n'ont pu être étudiés (absence, émigration).

Cette observation a été effectuée entre les mois de juillet et septembre 1991 du lever au coucher des enfants, soit en moyenne 13 heures par enfant.

Résultats de l'enquête

1. L'omniprésence de la mère

Les résultats de l'enquête font valoir l'omniprésence de la mère dans la satisfaction des besoins fondamentaux (alimentation, "nursing") de l'enfant jusqu'au sevrage. De la naissance au sevrage, sur une journée de treize heures d'observation, l'enfant de 6 mois est en compagnie de sa mère durant 9 heures 30 minutes ; et celui qui est âgé de 12 à 24 mois presque 7 heures. Ces observations relativisent l'idée d'un "enfant pour tous" passant de bras en bras, tout au moins avant l'âge de 2 ans.

⁵Enfants de 6-8 mois, 12-14 mois, 18-20 mois, et 24-26 mois.

Lorsque l'enfant est confié à un membre de l'entourage, c'est une soeur ou un frère utérin qui en a généralement la charge. La co-épouse de la mère s'occupe de l'enfant pour 1% du temps, le père pour 4% et la grand-mère paternelle pour 5%.

En cas de décès de la mère, l'orphelin, s'il n'est pas abandonné, est confié à une nourrice, membre du patrilignage de l'enfant afin que le sang qui est censé produire le lait maternel de la nourrice soit bien de même parenté que celui de l'enfant. Dans certains cas, l'orphelin peut être confié à une étrangère mais il ne pourra pas, à l'âge adulte, engager d'alliance matrimoniale avec, selon l'expression française, sa "soeur de lait" (la parenté de lait s'ajoutant à la parenté de sang).

2. Les lavements et les selles

La pratique du lavement quotidien est générale jusqu'à l'âge de un an. Sur les 22 enfants de l'enquête, seuls un âgé de 12 mois et 3 de 24 mois n'ont pas reçu de lavement le jour de l'observation.

Le nombre quotidien de lavements diminue avec l'âge : de deux lavements par jour en moyenne à l'âge de 6 mois, on observe moins d'1 lavement par jour (0, 7) à l'âge de 2 ans (voir figure n°1).

Lorsqu'il se pratique au rythme de 2 par jour, il est effectué en début et en fin de journée (6 et 18 heures, le plus souvent). S'il s'agit d'un lavement quotidien, la mère l'administre soit le matin, soit le soir. Lorsqu'un 3ème lavement est effectué, il a lieu en milieu de journée.

Le lavement est fait à partir d'eau simple (provenant parfois du marigot) ou est composé d'une décoction de plantes, la plus employée étant l'écorce du *Pterocarpus erinaceus* Guill. et Perr. (Papilionaceae), appelée en moore *noega*. La préparation est conservée dans une poterie afin d'être utilisée plusieurs jours de suite.

On observe aujourd'hui deux techniques de lavement : celle, ancestrale, avec la bouche de la mère qui prend une gorgée du liquide et l'injecte dans l'anus de l'enfant, celui-ci étant couché sur le ventre, à califourchon sur les jambes de sa mère⁶ (1 tiers des enfants) ; et celle, plus récente de la poire à lavement achetée à la pharmacie ou le plus souvent au marché (2 tiers des enfants). Dans les deux cas, l'injection est répétée 2 à 3 fois. La technique de la poire n'apporte pas plus d'hygiène car celle-ci, selon les observations effectuées, n'est pas systématiquement lavée avant ou après usage.

⁶La technique est transmise par la mère ou une tante du père de l'enfant à la jeune primipare.

Le lavement a plusieurs fonctions. D'abord, il a une fonction purificatrice, d'un point de vue symbolique, surtout dans les premières semaines qui suivent la naissance, période durant laquelle il faut expurger les résidus de la grossesse (matérialisés par le meconium). Le lavement vise aussi à réguler les selles de l'enfant de façon à ce qu'il ne se soulage pas à n'importe quel moment ni dans n'importe quel lieu, notamment lorsqu'il est au dos de sa mère. Entre 12 et 20 mois, les selles sont presque toutes provoquées par un lavement (voir figure n°2).

Dans 13 cas observés (enfants âgés de moins de un an), unealebasse réservée à cet usage est utilisée pour recevoir les selles qui suivent le lavement. Les enfants qui ont accès à la marche vont déféquer sur les tas d'ordures ou dans la cour. L'anus est nettoyé à l'eau ou à l'aide d'un morceau de bois. Enfin, le lavement a une fonction thérapeutique en cas de maladie ou de diarrhée. Les plantes prescrites par le guérisseur ou cueillies par la mère sont soit ingurgitées par voie orale⁷ soit administrées par lavement⁸.

La pratique du lavement a toujours été considérée par les médecins comme ayant des effets négatifs sur l'état de santé de l'enfant. Nous avons donc cherché à comparer le nombre moyen de lavements par jour avec l'état nutritionnel de l'enfant afin de voir si la fréquence du lavement pouvait avoir une incidence sur son état de santé (déshydratation). En effet, on observe dans les cas de sévère malnutrition une légère augmentation du nombre de lavements quotidiens (1,3) par rapport aux enfants dont l'état nutritionnel est normal (1) (voir figure n°3). Mais, d'un point de vue statistique, cette différence n'est pas significative.

3. Les pratiques d'allaitement

A la naissance, l'enfant n'est pas systématiquement mis au sein de sa mère. Soit on lui administre des tisanes ou de l'eau sucrée deux fois par jour à l'aide d'une petite louche soit il tète une nourrice de son groupe familial, durant trois ou quatre jours⁹. Cette pratique vise à lui éviter d'absorber le colostrum appelé *pipi bisma* (premier lait), jugé impropre (*regdo*) et considéré comme du "mauvais lait". Sa couleur verdâtre en témoigne, selon les femmes. Son goût est jugé nauséabond car salé et de consistance gluante

⁷La mère verse la décoction dans la bouche. Cette pratique qui conduit parfois à une asphyxie de l'enfant et consécutivement à son évanouissement semble de plus en plus abandonnée.

⁸La technique du lavement peut être utilisée avec des médicaments modernes. Une des mères de l'enquête a ainsi administré de la Nivaquine écrasée à son enfant.

⁹Cette pratique ne se ferait plus par crainte de transmission des maladies par le lait de la nourrice.

(*salgo*). De plus, "il est chaud comme le corps de la femme qui s'est échauffé durant l'accouchement". En effet, la parturiente est censée avoir un excès de chaleur corporelle qui doit s'équilibrer au terme de ces 3-4 jours mais qui a le risque, avant ce laps de temps, de provoquer une diarrhée chez l'enfant.

D'autre part, une relation est établie entre le méconium et le colostrum, les premières selles de l'enfant étant dues à l'absorption du "premier lait". Pour que le nouveau-né ait des selles "normales", il doit éviter de têter le colostrum et recevoir des lavements bi-journaliers qui ont pour fonction, comme on l'a vu plus haut, d'expurger toutes les "saletés" résiduelles de la grossesse et de l'accouchement.

Durant cette période, la femme masse ses seins au beurre de karité et à l'eau chaude pour évacuer le colostrum et favoriser la lactation. Chez la primipare, l'étirement des seins est effectué pour permettre la sortie du lait.

Avant que l'enfant commence à têter sa mère, soit au troisième ou quatrième jour après la naissance, l'accoucheuse pratique le "test de la fourmi". Elle recueille, pour ce faire, quelques gouttes de lait de la mère dans unealebasse et y introduit une fourmi. Si celle-ci meurt, le lait est considéré comme mauvais et la mère devra se traiter par des tisanes et/ou se laver le corps avec des tiges de *kulaoro*. Pendant ce traitement, l'enfant est nourri à l'eau sucrée.

Les tétées sont fréquentes jusqu'à 24 mois. Sans compter l'allaitement nocturne, la moyenne quotidienne du nombre de tétées est voisine de 10 jusqu'à 18 mois pour ne diminuer légèrement qu'après 2 ans (voir figure n°4). Elles sont réparties sur toute la journée, à la demande de l'enfant. La mère donne le sein à l'enfant systématiquement au lever (vers 6-7 heures) et au coucher (vers 19-20 heures).

La position recommandée de la mère et de l'enfant durant l'allaitement est la position assise. Les vieilles femmes déconseillent aux jeunes primipares d'allaiter en position couchée pour éviter les risques d'endormissement de la mère et surtout les jets de lait dans les oreilles de l'enfant qui sont censés transmettre une maladie ("maladie de l'oreille", en moore *tubre*).

L'allaitement au sein n'a pas qu'une fonction nutritive. Sans compter sa fonction ludique, il a aussi pour but de consoler l'enfant au moment d'une tension ou d'une crise de larmes. D'après nos observations, une fois sur deux les pleurs sont suivis d'une mise au sein.

Le fait que le nombre de tétées ne diminue sensiblement pas jusqu'à 2 ans peut s'expliquer soit par la fonction anxiolytique du sein, soit aussi par la fonction hydratante de l'allaitement, l'enfant qui a soif se tournant vers le sein. L'enquête montre qu'entre 6 et 12 mois, la mère donne de l'eau à boire à son enfant seulement 1 fois par jour, et entre 18 et 24 mois, 2 fois par jour.

L'enfant se désaltère donc davantage avec le lait maternel qu'avec l'eau de consommation disponible.

Les tâches domestiques de la mère ont une incidence sur le rythme des tétées. Dans certains cas, une mère n'hésite pas à repousser son enfant s'il l'oblige à interrompre une tâche ménagère ou de culture.

L'introduction de l'alimentation solide s'observe à partir de 6 mois, au rythme de 3 petits repas par jour qui ressemblent davantage à du grignotage qu'à un repas substantiel. La mère porte les aliments (sauce ou petites boulettes de pâtes de mil trempées dans la sauce) à la bouche de l'enfant. A partir de 12 mois, l'enfant mange de 4 à 6 fois par jour dont 3 repas substantiels. On lui met la nourriture soit dans la bouche, soit dans la main. Après 18 mois, la prise de nourriture s'observe au rythme de 4 à 10 fois par jour (voir figure n°5). A partir de 24 mois, la nourriture peut lui être servie dans un petit plat individuel, l'enfant mangeant alors tout seul. Dans tous les cas, que ce soit avec la mère ou avec les frères et soeurs, on encourage l'enfant à manger, souvent en partageant le repas avec lui et en lui réservant sa part. Il s'agit là de portions prélevées sur le plat collectif, et non pas d'une préparation spécifique (sauf la pâte de mil délayée dans de l'eau). Le grignotage peut concerner des grains de maïs ou d'arachide, une poignée de farine, une boule de pâte de mil, des noix de karité, etc.

4. Conclusion

Les observations de l'enquête ne permettent pas de mettre en évidence de différences de comportement maternel au niveau alimentaire selon l'état nutritionnel de l'enfant (voir figure n°6). L'introduction des premiers aliments vers l'âge de 6 mois, si elle répond approximativement aux normes nutritionnelles, paraît être insuffisante au niveau quantitatif.

Du point de vue de l'hygiène, notion qu'il faut dissocier de celle de propreté dont les normes dépendent de chaque société (A. Poloni, 1990), les pratiques observées montrent que la vie quotidienne des enfants jusqu'à 2 ans est soumise à des risques élevés de contamination (seins non lavés avant la tétée, récipients alimentaires réutilisés, mains non nettoyées avant le repas, consommation d'eau polluée, pagne servant à couvrir l'enfant durant son sommeil souillé d'urine et lavé après plusieurs jours d'usage, etc).

La première année de vie semble donc marquée par un risque élevé de maladies infectieuses dont la répétition peut conduire aux états de malnutrition.

Or, celle-ci étant davantage perçue comme une maladie que comme un trouble de l'alimentation, les soins apportés à l'enfant n'incluent pas systématiquement la suralimentation et la surhydratation que conseille le personnel médical. Au cours de l'enquête on a même observé un père de famille qui empêchait son fils de 18 mois¹⁰ de continuer son repas, jugeant qu'il avait suffisamment mangé, alors que l'enfant réclamait la nourriture en pleurant.

Enfin, l'ensemble de cette étude a permis de constater une différence importante entre d'une part les propos tenus par les mères qui présentent à l'enquêteur les normes recommandées par leur société ou par les éducateurs sanitaires, et d'autre part leurs comportements qui dépendent des exigences et des contraintes de la réalité quotidienne.

Les programmes d'éducation pour la santé semblent s'adresser davantage aux connaissances des populations qu'à leurs pratiques. L'expérience montre que des connaissances nouvelles n'induisent pas toujours des changements de comportement, car elles impliquent une modification de la vie quotidienne.

Bibliographie :

Bonnet Doris, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant*, ORSTOM, Paris, 1988, 138 pages.

Duboz Pierre, Vaugelade Jacques, La malnutrition comme facteur de risque de la mortalité, *Congrès Africain de Population*, Dakar, 1988 : 3. 5. 17-30.

Duboz Pierre et Vaugelade Jacques, *Mortalité dans l'enfance dans les provinces du Passore et du Yatenga*, Rapport N°3, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, UNICEF, ORSTOM, Ouagadougou, avril 1988, multigr., 22 pages.

Poloni Arlette, Sociologie et Hygiène. Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou, *Sociétés, Développement et santé*, ed. D. Fassin et Y. Jaffré, Ellipses/Aupelf, 1990 : 273-287.

¹⁰Classé comme sévèrement malnutri dans l'enquête.

Fig 1 : Nombre moyen de lavements selon l'âge

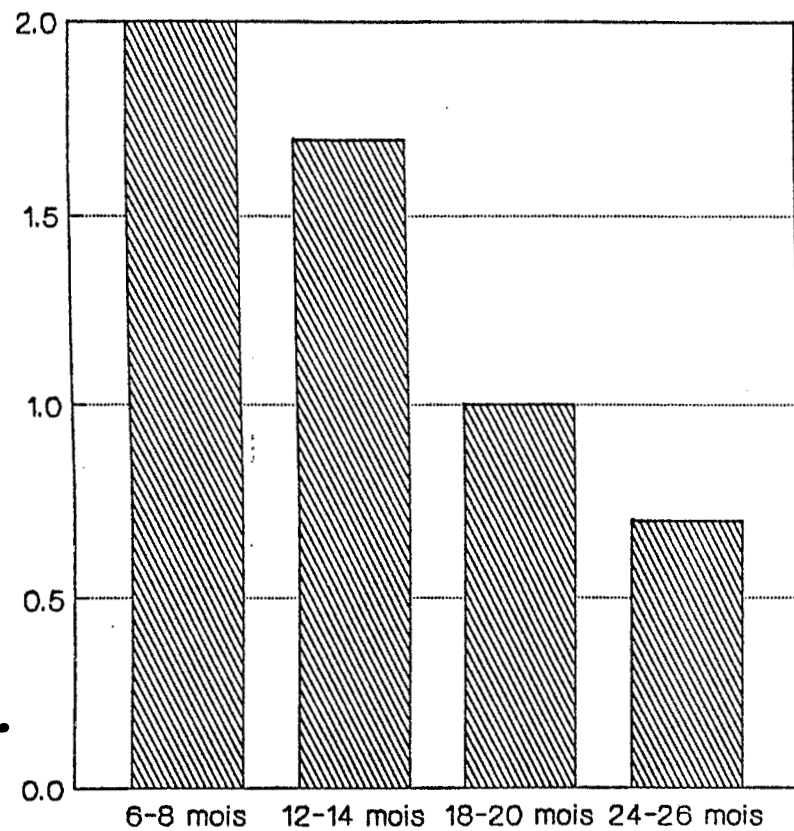


Fig 2 : selles precedees d'un lavement en %

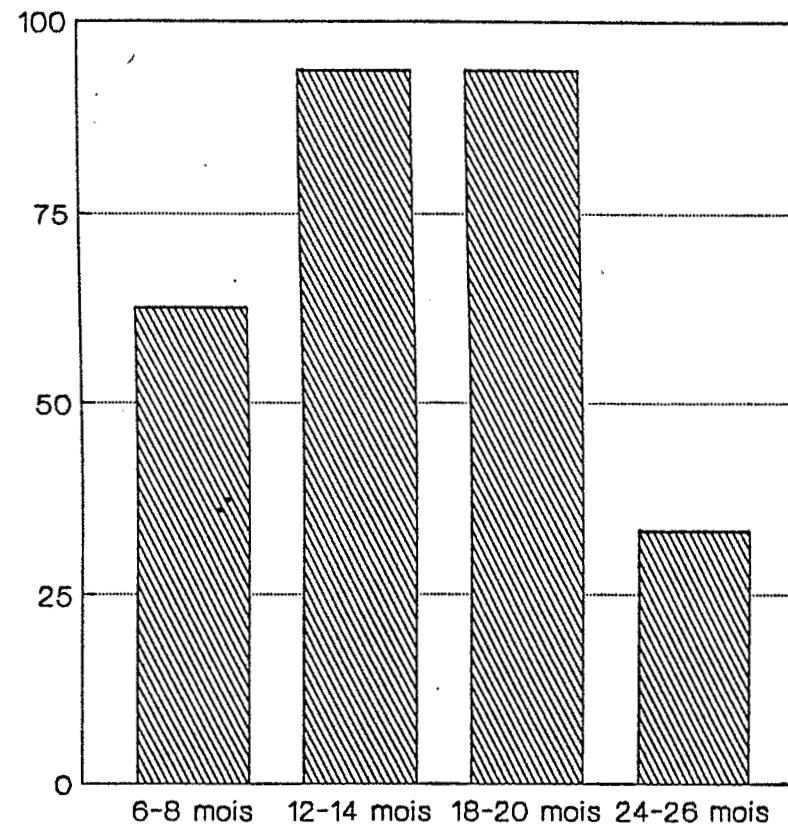


Fig 3 : Nombre de lavements selon l'etat nutritionnel

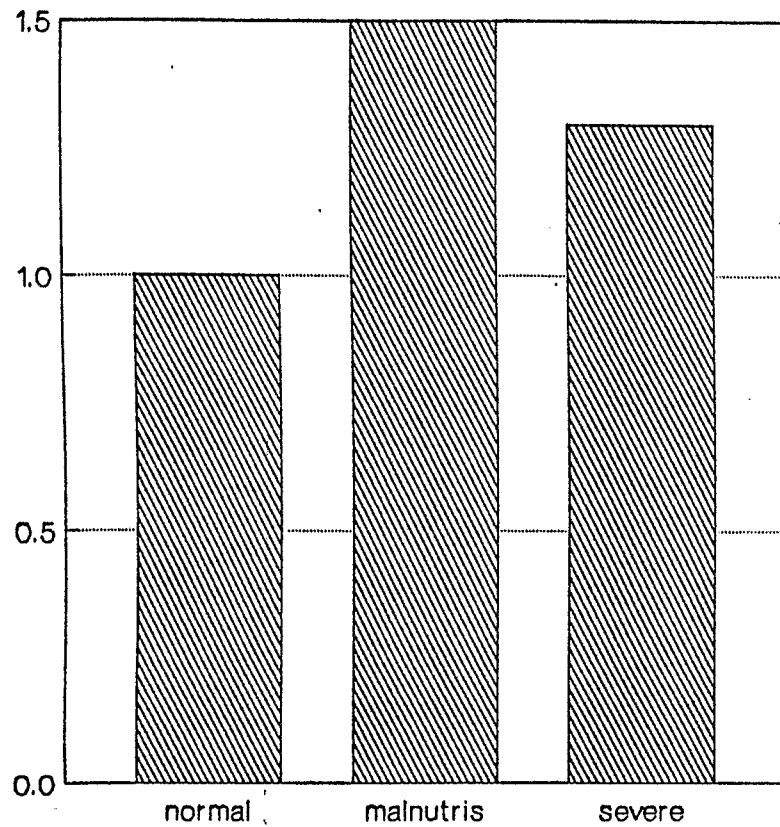


Fig 4 : Nombre moyen de tetees selon l'age

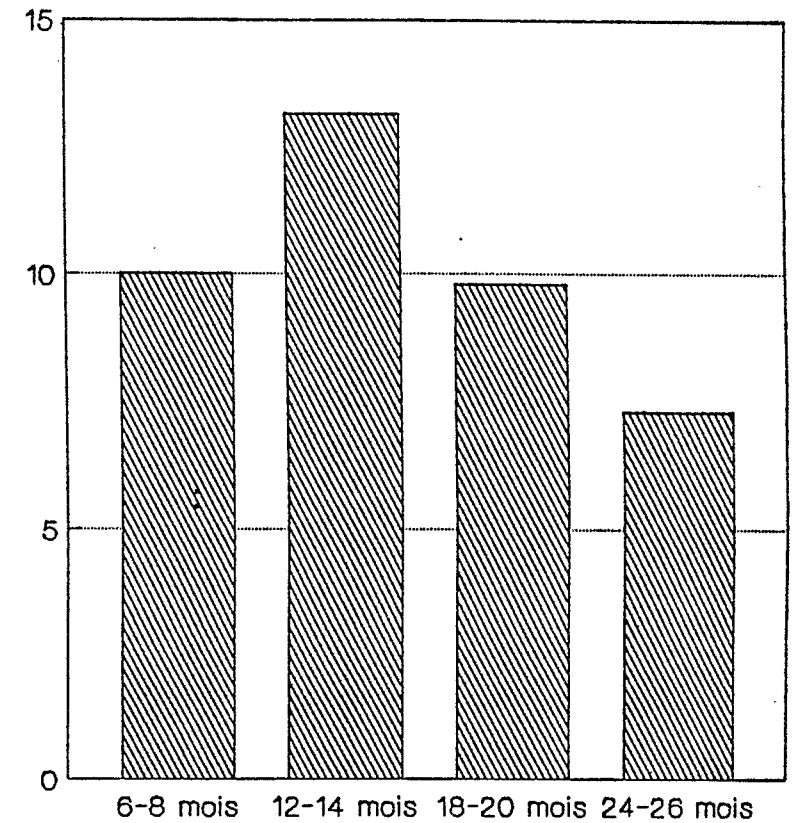


Fig 5 : Nombre moyen de repas selon l'age

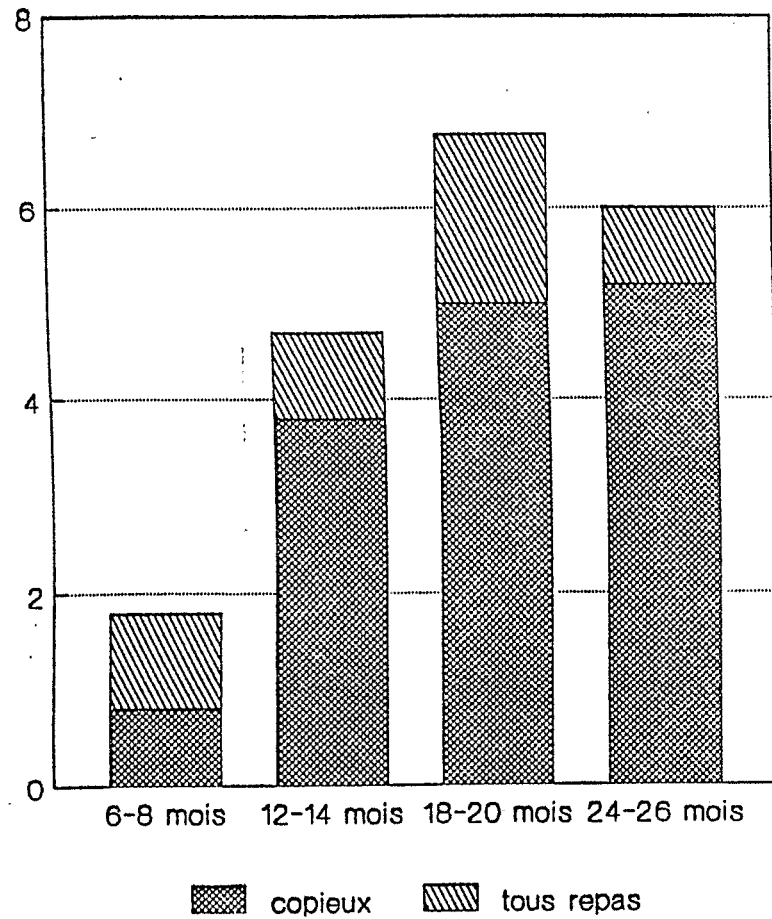


Fig 6 : Alimentation selon l'etat nutritionnel

