

LES PRATIQUES DE SEVRAGE

AU BURKINA FASO

Jean Célestin SOMDA

Direction de la santé de la Famille, Ministère de la santé publique,
Ouagadougou (Burkina Faso)

1. INTRODUCTION : QUELQUES DONNEES SUR LE STATUT NUTRITIONNEL DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE

1.1. Malnutrition protéino-énergétique (MPE)

D'après l'enquête EDSBF effectuée en 1993 sur 4172 enfants de moins de 5 ans (figure 1) :

- la prévalence du retard de croissance (MPE chronique) chez les enfants de moins de 5 ans serait de 29 % (Taille/Âge < - 2 ET ; NCHS) avec 11 % de malnutrition sévère (T/A < - 3 ET ; NCHS) ;
- la prévalence de l'émaciation (MPE aiguë) serait de 13 % (Poids/Taille < - 2 ET ; NCHS) avec 3 % de forme sévère (P/T < - 3 ET ; NCHS) ;
- la prévalence d'insuffisance pondérale serait de 30 % (Poids/âge < - 2 ET ; NCHS) avec 8 % de forme sévère (P/A < - 3 ET ; NCHS).

Ces prévalences sont maximales chez les enfants de 6 à 23 mois (figure 2).

1.2. Carences nutritionnelles spécifiques

1.2.1. Anémie

Une enquête nutritionnelle dans 9 provinces du pays réalisée en 1987 a établi que la prévalence de l'anémie (taux Hémoglobine < 11g/100 ml) était de 70 % chez les enfants de moins de 5 ans.

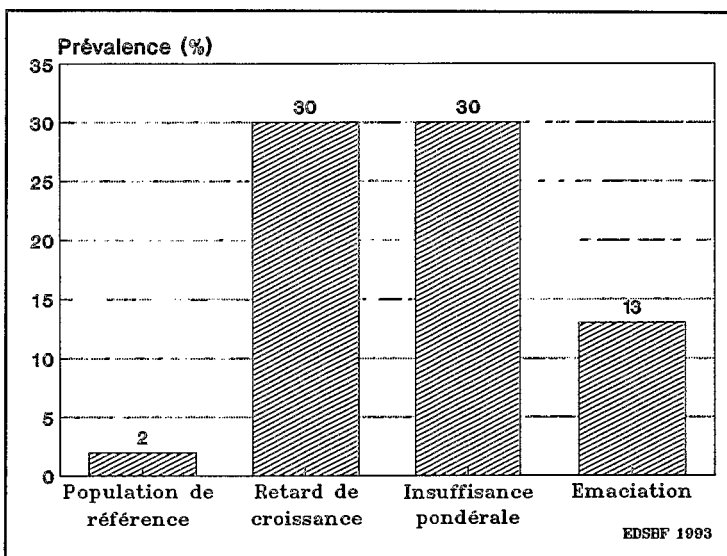


Figure 1

La malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso.

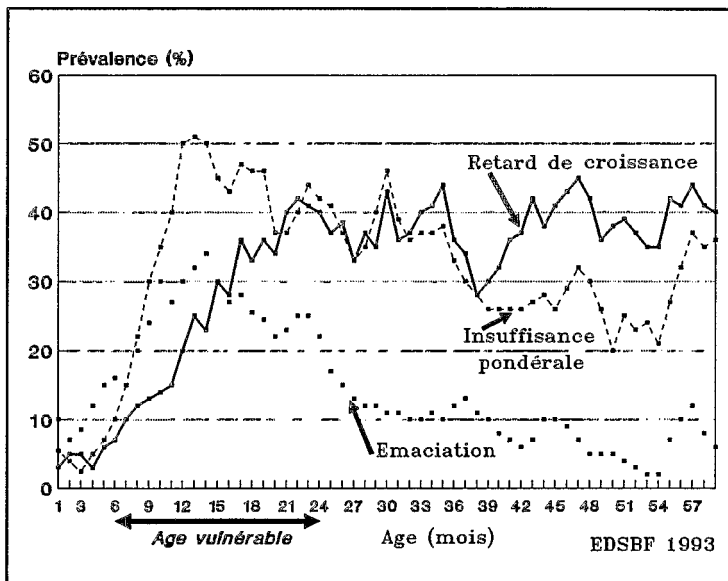


Figure 2

Prévalence de la malnutrition protéino-énergétique selon l'âge au Burkina Faso.

1.2.2. Troubles dus à la carence en Iode

Différentes enquêtes chez les enfants de moins de 5 ans ont donné les résultats suivants :

- dans 6 villages Sissili en 1989 : 2,28 % goitre visible ;
- au Passoré en 1990 (Dr Liliou) : 11 % de goitre global ;
- au Passoré et Namentenga en 1991 (MSASF/Medicus Mundi Barcelone) : 64 % de goitre total dont 3,5 % de goitre visible.

1.2.3. Hypovitaminose A

Une enquête effectuée dans 6 provinces en 1989 a mesuré une prévalence de cécité nocturne de 1,14 %.

Dans le nord du Burkina Faso, en 1989, on a mis en évidence des prévalences de 2,82 % de cécité nocturne, de 0,18 % de kératomalacie et de 2,15 % de tâche de Bitôt.

1.3. Les maladies diarrhéiques

Selon une enquête DMP effectuée en 1993, la prévalence ponctuelle des maladies diarrhéiques est de 11,9 % ; leur incidence est de 6,8 épisodes par enfant et par an. Selon l'enquête EDSBF de 1993 (effectué sur 5 483 enfants de moins de 5 ans), la prévalence ponctuelle est de 20 % ; elle s'élève à 32 % chez les 6-23 mois.

Ces prévalences relativement élevées de sous-nutrition, de carences en micronutriments et de maladies diarrhéiques sont en partie imputables à des pratiques de sevrage inadéquates dont nous présenterons dans cet exposé les points saillants.

2. L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'enquête EDSBF a permis de constater que le pourcentage d'enfant de moins de 5 ans ayant été allaité au sein est de 98 %. Cependant ce chiffre cache beaucoup de problèmes car le calendrier d'allaitement optimal n'est pas respecté pour beaucoup d'enfants.

2.1. Délai de mise au sein et utilisation du colostrum

48 % des enfants sont mis au sein le premier jour après la naissance dont 29 % dans la première heure.

85 % des femmes à Bobo, 88 % à Ouagadougou et 78 % à Ziniaré (en milieu rural) ont administré une autre substance avant la première tétée. La nature de cette substance

varie : eau simple, eau chaude, eau sucrée, eau acidulée au jus de citron, jus de fruit, lait artificiel, lait d'une autre femme, tisanes, infusions.

Le colostrum est jeté dans 51 % des cas à Bobo et 86 % des cas à Ganzourgou en milieu rural. Il est donné à l'enfant dans 71 % des cas à Ouagadougou et dans 38 % des cas à Ziniaré en milieu rural. Le refus de donner le colostrum varie dans des proportions importantes selon les ethnies (figure 3).

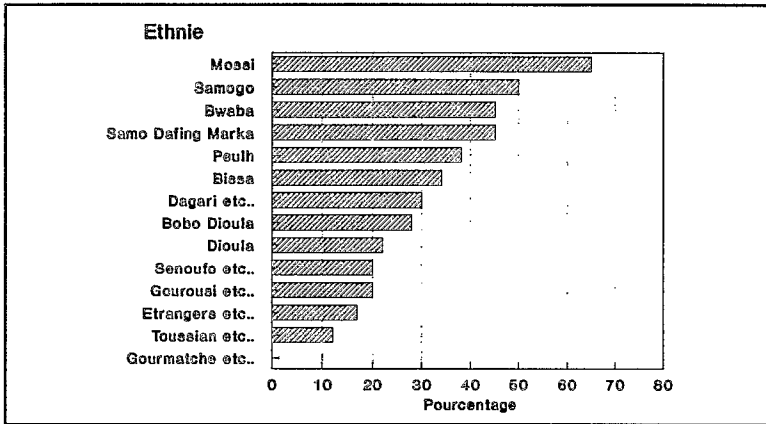


Figure 3

Importance du refus de donner le colostrum en fonction des ethnies.

2.2. Indicateurs de suivi de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel exclusif est pratiqué dans seulement 3 % des cas chez les enfants de 0 à 4 mois avec une durée moyenne de 12 jours (figure 4).

Le taux d'allaitement maternel complété à partir de 4-5 mois est de 18 % . Le taux d'allaitement maternel complété en temps opportun est de 62 % à Bobo et Ouagadougou et de 58 % à Ziniaré en milieu rural.

Les pratiques alimentaires des enfants entre 6 et 9 mois sont résumées sur la figure 5.

Le taux de poursuite de l'allaitement maternel est de 96 % à 1 an, de 75 % à 2 ans (96 % à Ganzourgou en milieu rural) et de 19 % à 3 ans.

C'est à l'âge de 2-3 mois que l'allaitement artificiel est le plus pratiqué (2,3 %).

Les modes d'allaitement par tranche d'âge sont résumés sur les figures 6 et 7.

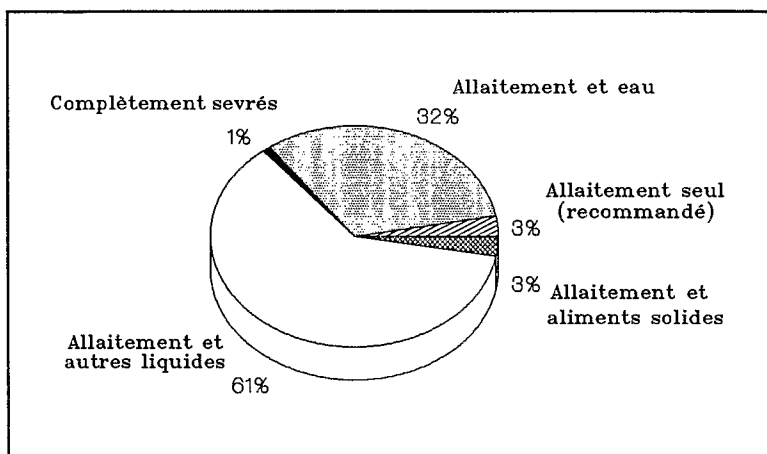


Figure 4

Allaitement maternel chez les enfants de moins de 4 mois au Burkina Faso.

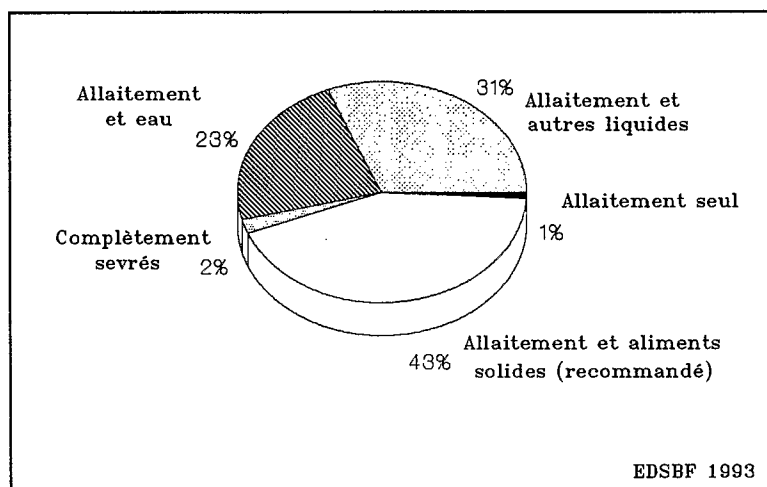


Figure 5

Pratiques alimentaires des enfants de 6 à 9 mois au Burkina Faso.

EDSBF 1993

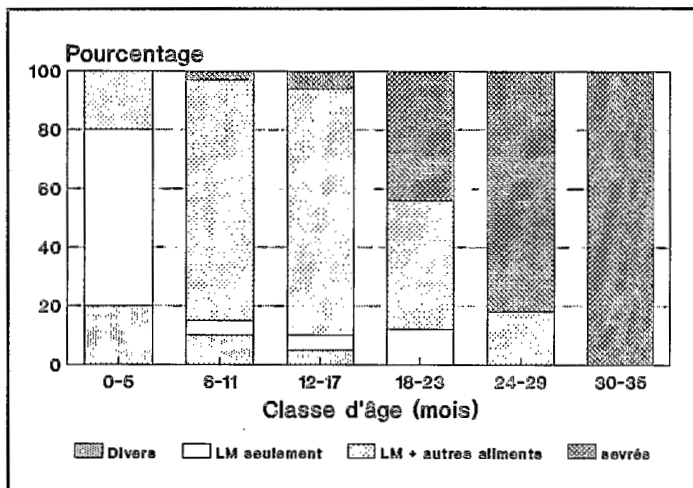


Figure 6

Modes d'allaitement par tranche d'âge au Burkina Faso (étude pilote).

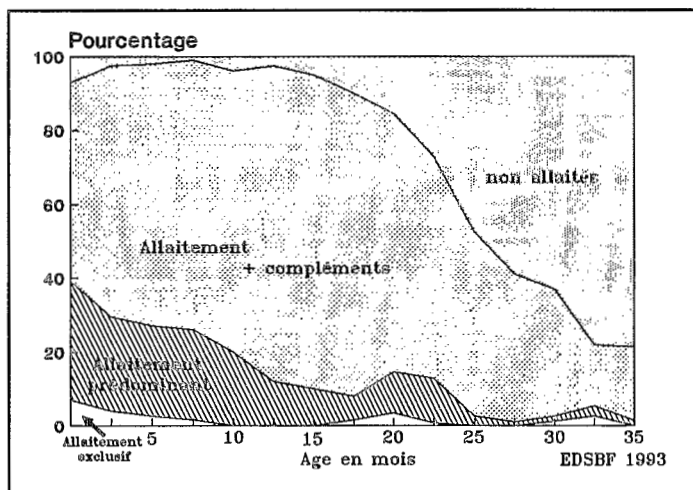


Figure 7

Modalités d'allaitement chez les enfants de moins de 3 ans (valeurs calculées sur des classes d'âge de 3 mois d'intervalle).

3. UTILISATION DES BOUILLIES

3.1. Age d'introduction et de cessation

L'âge moyen d'introduction des bouillies est de $5,0 \pm 2,8$ mois à Bobo et Ouagadougou ; il est de 5,7 mois à Ziniaré en milieu rural.

Il est difficile de préciser l'âge de cessation des bouillies : à Ouagadougou 30 % des mères donnent de la bouillie de 8 à 24 mois et 23 % jusqu'au refus de l'enfant d'en consommer ; selon l'enquête EDSBF, à 35 mois 94 % des enfants continuent de consommer la bouillie.

3.2. Nature des bouillies

3.2.1. En milieu rural

La bouillie simple de céréales locales (mil, sorgho, maïs) est la plus répandue. On trouve une faible proportion de bouillies de céréales enrichies par des légumineuses locales (pâte et tourteaux d'arachide, soumbala), du lait ou de la poudre de poisson séché.

A Ganzourgou, 60 % des femmes ajoutent du beurre de karité ou de huile et 53 % du sucre ou du miel. A Bazéga, 36 % des bouillies sont additionnées de soumbala, de viande ou de poisson et 21,5 % de beurre de karité ou d'huile ; 4 % des bouillies sont servies avec du lait.

Les farines composées de fabrication artisanale (Misola/Kasona, Den-mugu) ont une consommation très limitée.

3.2.2. En milieu urbain

On trouve en plus des farines utilisées en milieu rural :

- des bouillies fermentées (koko бага) que les mères se procurent par achat ;
- des farines infantiles locales (Vitaline) ;
- des farines infantiles importées : Cérélac, Blédine, Phosphatine, Milupa ;
- des farines fabriquées artisanalement, en particulier Misola/Kasona qui occupe 7 % du marché ouagalais.

3.3. Valeur nutritionnelle des bouillies

Les principaux paramètres de la valeur nutritionnelle des bouillies consommées au Burkina Faso sont donnés dans le tableau 1.

Tableau 1

Description et valeur nutritionnelle des bouillies les plus fréquemment utilisées au Burkina Faso.

TYPES DE BOUILLIES	INGREDIENTS g/100 g MS	DENSITE ENERGETIQUE Kcal/100 ml	PROTEINES g/100 g MS	LIPIDES g/100g MS
Bouillie simple de mil	Farine de mil	36	7	1,5
Misola Kasona	Mil grillé : 60 Soja grillé : 20 Arachide grillée : 10 Sucre : 9 Sel : 1	64	14-15	10-13
Den-Mugu	Mil grillé ou brisure de riz : 60 Lait en poudre : 30 Haricot : 10 Sulfate de fer : 100mg Sulfate de zinc : 60mg	60	14-15	8-9
Vitaline	Blé : Maïs : Lait écrémé en poudre : Arachide : Sucre : Vitamines : Minéraux :	100 - 105	14	9
Cerelac	Blé : Lait en poudre : Huiles végétales : Sucre : Vitamines : Minéraux :	100 - 105	15,5	9

3.4. Fréquences de préparation et de distribution des bouillies

3.4.1. En milieu rural

Les préparations spéciales pour les enfants sont rares ; la préparation de bouillies est généralement assujettie à la préparation du tô (1 ou 2 fois par jour).

Le nombre de bouillies servi à l'enfant varie énormément d'une enquête à l'autre en raison de problèmes méthodologiques :

- à Toécé/Toudou de 1980 à 1981, les enfants de 6 à 24 mois recevaient de 0,84 à 3,78 bouillies par jour ;
- dans 4 provinces du pays (Bam, Namentenga, Sanmatenga, Yatenga), on a observé en 1894 une moyenne de 1 repas par jour chez les enfants de 3 à 5 mois, de 0,66 repas par jour chez les enfants de 6 à 8 mois et de 1,22 à 2,77 repas par jour chez les enfants de 9 à 36 mois ;
- dans 9 provinces, on a enregistré en 1987 de 3 à 4 repas par jour chez les enfants de 0 à 5 ans.

3.4.2. En milieu urbain

Les fréquences sont plus élevées compte tenu du nombre de repas quotidien (2 - 3 fois/jour), de la facilité d'achat de la bouillie et de l'existence de préparations spéciales pour les enfants en bas âge (bouillies enrichies, farines infantiles).

A Ouagadougou en 1992 on a estimé que 9 % des enfants avaient 1 bouillie par jour, 19 % avaient 2 bouillies par jour et 70 % avaient 3 bouillies par jour.

4. ALIMENTS SOLIDES

4.1. En milieu rural

Selon différentes enquêtes le plat familial était introduit :

- aux alentours de 12 mois en 1980/81 à Toécé/Toudou ;
- au même moment que les bouillies (entre 3 - 8 mois) à Bam, Namentenga, Sanmatenga et Yatenga en 1984 (au Yatenga il serait même introduit avant 2 mois) ;
- entre 8 et 24 mois, mais le plus souvent avant 12 mois, dans 9 provinces en 1987.

4.2. En milieu urbain

A Ouagadougou et Bobo en 1991, l'âge moyen d'introduction du plat familial était de $8,32 \pm 4,1$ mois.

A Ouagadougou en 1992, on a pu observer que dès 4 à 5 mois l'enfant est « préparé » en étant habitué au goût de la sauce, que la soupe de poisson est introduite vers 7-8 mois et que le tô et le riz sont donnés vers 8-10 mois.

5. LES INTERDITS ALIMENTAIRES

Toutes les études à notre connaissance n'ont fait qu'effleurer le problème des interdits alimentaires dans la mesure où elles se sont contentées de les répertorier sans réellement chercher à les comprendre ni à mesurer leur impact nutritionnel au niveau collectif ou individuel.

Les interdits alimentaires sont omniprésents dans nos sociétés et varient énormément d'une zone ethno-géographique à l'autre ; par ailleurs, au sein de la même ethnie il existe des disparités d'une famille (ou clan) à l'autre.

En général tout le monde a un interdit alimentaire, lié à son appartenance ethnique, familiale, religieuse, au sexe, à l'âge, à son rang social ou à son état de santé. Le cas des enfants en bas âge demeure particulièrement préoccupant parce qu'ils cumulent obligatoirement les interdits des parents, ceux liés à leur âge (c'est à dire à leur stade de développement), à leur sexe et parfois même à leur rang de naissance.

En réalité ces interdits sont la résultante de la coutume et de la mentalité des communautés. C'est à dire de l'entendement qu'ils ont des phénomènes sanitaires et nutritionnels. C'est ainsi qu'il faut distinguer, d'une part, les vrais « tabous » qui sont séculaires, immuables, hérités de la tradition et, d'autre part, des croyances qui font que la société attribue à certains aliments, à tort ou à raison, certaines « valeurs » néfastes pour l'enfant. Autant il est pratiquement impossible de modifier les premiers, autant les seconds doivent être enrayés par le biais de la sensibilisation et de l'éducation nutritionnelle.

Le tableau 2, élaboré à partir d'un inventaire des interdits alimentaires de l'enfant en bas âge répertoriés lors de l'enquête de la Sissili auprès de 3 ethnies (Nouni, Mossi, et Peulh), traduit la confusion qui règne entre les « vrais » et « faux » interdits. On peut signaler que les 3 groupes classiques d'aliments (énergétiques, constructeurs et protecteurs) sont concernés avec cependant un éventail plus fourni au niveau des aliments riches en protéines.

Tableau 2
Aliments interdits à l'enfant en bas-âge.

Aliments énergétiques	Aliments constructeurs	Aliments protecteurs	Autres
<u>Céréales et produits sucrés</u>	<u>Origine animale</u>	<u>Légumes</u>	Piments
Miel	Oeufs	Feuilles de haricot	Sel
Tô	Viande	<u>Fruits</u>	Totems des parents
Farine de mil	Lait en poudre non bouilli	Mangues	Café
Dolo	Omelettes	Landolphia	
Biscuits	Lait de vache	Raisin	
Sucre	Grande quantité de viande	Mangue verte	
Couscous	Animal non égorgé	Néré	
<u>Tubercules</u>	Volaille morte	Fruits	
Igname	Panthère		
Patate	Chat		
Fabirama	Caïman		
	Perdrix		
<u>Matières grasses</u>	Singe		
Beurre de karité	Poulet		
	Chien		
	Lièvre		
	Ecureuil		
	Gibier		
	Porc		
	<u>Origine végétale</u>		
	Arachide		
	Soumbala		
	Voandzou		
	Haricot		

Source : *Appréciation initiale de l'état nutritionnel des enfants de 0 - 5 ans de 6 villages de la Province de la Sissili* - MSAS - Worldrelief, 1989.

En milieu urbain, les brassages ethniques, le niveau d'instruction relativement élevé, et l'occidentalisation progressive de la typologie alimentaire ont tendance à faire disparaître beaucoup d'interdits alimentaires.

6. CONCLUSION

Une analyse critique de l'alimentation infantile à travers ses différentes étapes et composants révèle que malgré un pourcentage très élevé de recours à l'allaitement maternel (98 %), il n'y a pas lieu de se glorifier. En effet l'alimentation infantile est loin d'être optimale car entachée de beaucoup d'erreurs à tous les stades de développement de l'enfant. Ces erreurs sont principalement :

- la mise au sein tardive du nouveau né ;
- le rejet du colostrum ;
- le sevrage précoce ou tardif ;
- l'utilisation d'aliments de complément inadéquats ;
- un nombre de repas par jour insuffisant ;
- l'existence de nombreux interdits alimentaires.