

L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT DU JEUNE ENFANT EN EGYPTE

Dr Sadek Ali ABDELAAL

Ministère de la Santé et Université du Caire, Le Caire (Egypte)

1. INTRODUCTION

Le sevrage a été défini comme la manière dont un enfant est habitué à se passer du lait maternel (*Webster, International Dictionary, vol. III, 1989*). Toutefois ce terme recouvre plusieurs réalités. Certains l'emploient pour signifier l'arrêt total de l'allaitement maternel, d'autres pour désigner une alimentation de complément lorsque le lait maternel devient insuffisant en apport protidique ou énergétique pour un développement harmonieux du nourrisson (*Whitehead, 1985*).

Les recommandations et pratiques en matière d'alimentation solide pour le nourrisson divergent beaucoup selon les pays. Avant 1920, les aliments de supplément étaient rarement recommandés pour les enfants de moins d'un an. Les premiers suppléments introduits dans le régime alimentaire étaient l'huile de foie de morue pour prévenir le rachitisme et le jus d'orange contre le scorbut. Les cinquante années suivantes, il fût recommandé d'ajouter, vers l'âge de 6 mois, des céréales ainsi que des fruits et légumes en purée. Depuis, une large variété d'aliments pour bébés est devenue disponible et a été introduite, de plus en plus tôt, dans l'alimentation du nourrisson.

A partir de ce moment là, l'introduction d'aliments de complément a eu pour but :

- d'apporter de l'énergie, du fer, des vitamines et éventuellement d'autres éléments ;
- de préparer l'enfant à une alimentation plus diversifiée ;
- de remédier à d'éventuelles carences en minéraux rares.

Si Anthelme Brillat-Savarin (1755-1826) écrivait dans sa *Physiologie du goût* : « *Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es* », les raisons pour lesquelles les mères introduisaient des aliments solides dans le régime de leur nourrisson recouvraient à la

fois le désir de voir leur bébé gagner rapidement du poids, la disponibilité d'aliments solides appropriés et l'idée, non fondée, qu'ajouter des aliments solides est un signe de maturité et aide le nourrisson à faire des nuits complètes.

L'allaitement au sein est un facteur important non seulement pour le bon développement et la santé du bébé mais il permet aussi, grâce à ses retentissements sur la fertilité, l'espacement des naissances.

2. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN EGYPTE

Toutes les enquêtes conduites en Egypte durant la dernière décennie, en particulier la « Egyptian Fertility Survey » (EFS ; enquête sur la fertilité en Egypte) de 1980 et la « Egyptian Demographic Health Survey » (EDHS) de 1988, indiquent que l'allaitement au sein chez les femmes égyptiennes est généralisé (Anonyme, 1992). Les données collectées en 1991 au cours de l'enquête MCHS (« Maternal and Child Health Survey » ; enquête sur la santé de la mère et de l'enfant) confirment également ce fait. Plus de 90 % des femmes mariées de différents âges ont allaité au sein leur dernier enfant (figure 1).

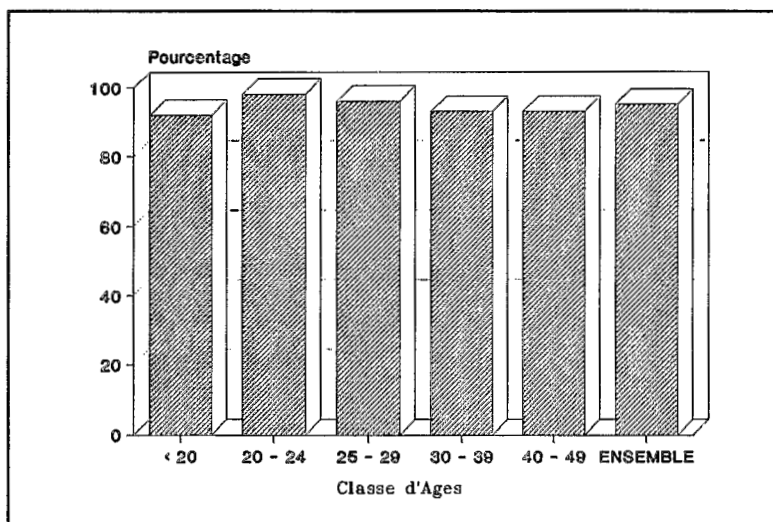


Figure 1

Prévalence de l'allaitement maternel en fonction de l'âge des mères.

Comme attendu, les femmes vivant en milieu rural allaitent plus volontiers leur dernier enfant que celles vivant en milieu urbain (figure 2).

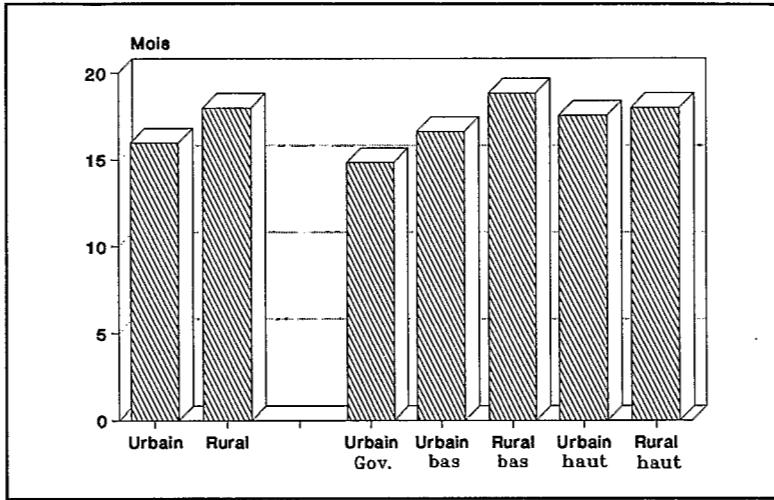


Figure 2

Durée moyenne de l'allaitement en fonction du lieu de résidence.

La fréquence des tétées est supérieure, comme attendu, parmi les enfants nourris à la demande que parmi ceux nourris à horaires fixes. Sur le plan national, environ 20 % des nourrissons nourris à la demande recevaient 7 à 8 tétées par jour contre seulement 10 % de ceux nourris à horaires fixes. De même, le nombre de tétées de nuit des enfants nourris à la demande était sensiblement supérieur à celui des autres nourrissons.

Fort heureusement cette enquête (MCHS) a montré que la grande majorité des derniers nouveau-nés en vie en 1991 était nourrie exclusivement au lait maternel, en particulier pendant les cinq premiers mois de leur existence. A partir du sixième mois, une proportion importante de nourrissons recevait un allaitement mixte. Etant donné que l'allaitement au sein est très largement répandu, comme indiqué précédemment, la proportion des derniers nouveau-nés en vie nourris au biberon et au lait artificiel était de moins de 5 %.

Le niveau d'éducation de la mère joue un rôle également : les femmes illettrées ont davantage recours à l'allaitement naturel pour nourrir leurs enfants et cela quel que soit l'âge du nourrisson : environ 8 mères illettrées sur 10 nourrissaient leurs enfants exclusivement au sein, les autres pratiquaient un allaitement mixte.

La proportion de mères illettrées allaitant au biberon était négligeable. Au contraire, un grand nombre de mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou universitaire n'utilisaient l'allaitement naturel au sein exclusif seulement au cours du premier mois suivant l'accouchement ; la proportion de nourrissons exclusivement nourris au sein

tombait ensuite brutalement de 82 % pour les enfants de 0 à 1 mois à environ 57 % pour ceux de 2 à 3 mois et à 49 % pour ceux âgés de 12 mois et plus.

La durée moyenne de l'allaitement au sein au niveau national, bien que problématique puisque fondée sur des données souvent faussées par l'âge ou un rapport inexact, est d'environ 18 mois pour les derniers nouveau-nés en vie ; elle décroît à environ 17 mois pour les enfants nés les cinq dernières années avant l'enquête nationale.

Cependant, et bien que l'allaitement au sein soit clairement établi en Egypte par cette enquête nationale, la durée de l'allaitement et les habitudes de sevrage précoce pourraient causer du tort au statut nutritionnel de l'enfant égyptien et réduire son immunité naturelle, résultat d'une consommation insuffisante de lait maternel.

Environ 6 % des derniers nouveau-nés en vie et 7 % des enfants en vie nés au cours des 5 dernières années ont été sevrés très tôt (moins de 3 mois). On notera que les enfants sevrés de manière précoce sont nés, dans leur majorité, de mères âgées de moins de 20 ans (figure 3). Ce fait est peut être dû au manque d'expérience de ces très jeunes femmes quant aux méthodes appropriées.

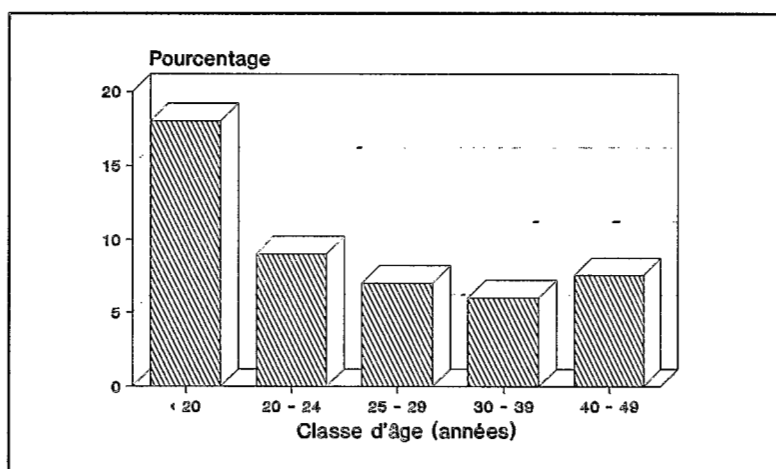


Figure 3

Pourcentage d'enfants arrêtant de consommer du lait maternel avant l'âge de 3 mois en fonction de l'âge des mères.

En cas de survenue d'une diarrhée, environ 70 % des femmes ont continué à donner la même quantité de lait maternel. Seulement environ 4 % d'entre elles ont donné une quantité supérieure de lait à leur enfant tandis que 8 % et 9 % des nourrissons recevaient respectivement moins ou pas du tout de lait maternel. Les deux derniers groupes d'enfants se sont trouvés en danger à cause du manque de liquide dans leur

corps (tableau 1). La proportion d'enfants recevant plus de lait maternel pendant un épisode de diarrhée qu'en temps normal est près de 4 fois supérieure pour les enfants vivant en zone urbaine que pour ceux vivant en zone rurale. Pareillement, les enfants issus des mères ayant un bon niveau d'éducation ont reçu plus de lait maternel que ceux issus de mères illettrées. Il donc semble exister une meilleure connaissance des soins à apporter à un enfant en phase de diarrhée parmi les mères éduquées et celles vivant en milieu urbain.

Tableau 1

Distribution des enfants selon les modalités d'allaitement suivies durant les épisodes diarrhéiques.

	Quantité de lait donnée à l'enfant (1)			
	Identique	Supérieure	Inférieure	nulle
<i>Ensemble enfants allaités</i>	70,7	4,3	8,2	9,4
Selon l'âge :				
- < 6 mois	96,7	4,1	6,2	7,6
- < 1 an	68,7	5,5	7,8	10,8
- 12 à 23 mois	72,7	4,0	10,6	9,2
- > 24 mois	74,6	1,4	6,5	13,0
Selon le sexe :				
- masculin	71,2	4,2	7,7	9,8
- féminin	70,2	4,4	8,8	8,9
Selon le mode d'allaitement				
- allaitement exclusif	70,2	4,0	8,4	9,5
- allaitement mixte	71,0	5,1	7,6	9,0
Selon le lieu de résidence				
- urbain	65,8	8,9	8,6	9,0
- rural	72,6	2,5	8,1	9,5
Selon le niveau d'éducation de la mère :				
- non scolarisée	70,0	3,4	8,2	10,2
- sans certificat	73,2	2,9	9,5	9,8
- primaire/préparatoire	72,1	7,4	7,4	6,9
- secondaire/supérieur	71,2	7,1	7,4	7,1

3. L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT

3.1. Age d'introduction des aliments de complément

Aucun aliment solide ou presque n'est donné pendant le premier mois. Environ 3 enfants sur 10 ont reçu les premiers aliments solides entre 4 et 5 mois, 6/10 avant 8 mois, 8/10 avant 10 mois ; à partir de 12 mois, presque tous les enfants reçoivent des aliments solides. Au niveau national, l'âge moyen auquel le nourrisson diversifie son alimentation est évalué à 7 mois et ce dans les deux groupes de référence (les derniers

nouveau-nés en vie et l'ensemble des enfants en vie nés au cours des cinq dernières années) (tableau 2). On notera également que l'intervalle moyen entre l'introduction de l'alimentation de complément et le sevrage définitif a été d'environ 11 mois.

Les mères les plus jeunes ont été les premières à diversifier l'alimentation de leur enfant. Il existe environ un mois d'écart dans l'introduction d'aliments de complément entre les enfants nés de mères de moins de 20 ans et ceux qui sont nés de mères âgées de 40 à 49 ans. Cela est peut-être dû au fait que ces jeunes mères ont proportionnellement un meilleur niveau d'éducation, donc une meilleure connaissance que les autres de la nécessité de diversifier l'alimentation de l'enfant dès que possible après le 4ème mois de vie.

Tableau 2

Age moyen d'introduction des aliments solides et intervalle moyen entre le début de la complémentation et le sevrage définitif selon l'âge de la mère.

Age de la mère (en mois)	Age moyen d'introduction des aliments solides de complément et le sevrage		Intervalle moyen entre le début de la complémentation et le sevrage définitif	
	Dernier né vivant	Tous les enfants de moins de 5 ans	Dernier né vivant	Tous les enfants de moins de 5 ans
< 20 ans	6,55	6,58	8,05	8,30
20 - 29 ans	6,78	7,03	10,34	9,98
30 - 39 ans	7,12	7,21	11,22	10,96
40 - 49 ans	7,48	7,56	12,76	12,39
Ensemble	6,98	7,13	11,01	10,55

Le lieu de résidence et le niveau d'éducation des mères influent également sur l'âge moyen d'introduction des aliments solides et l'intervalle moyen entre le début de la complémentation et le sevrage définitif. Les valeurs de ces deux indicateurs sont plus élevées, d'une part, dans les zones rurales que dans les zones urbaines (figure 4) et, d'autre part, pour les mères illettrées que pour celles ayant un haut niveau d'éducation (figure 5). On peut en conclure que la modernisation va de pair avec l'introduction précoce d'aliments de complément.

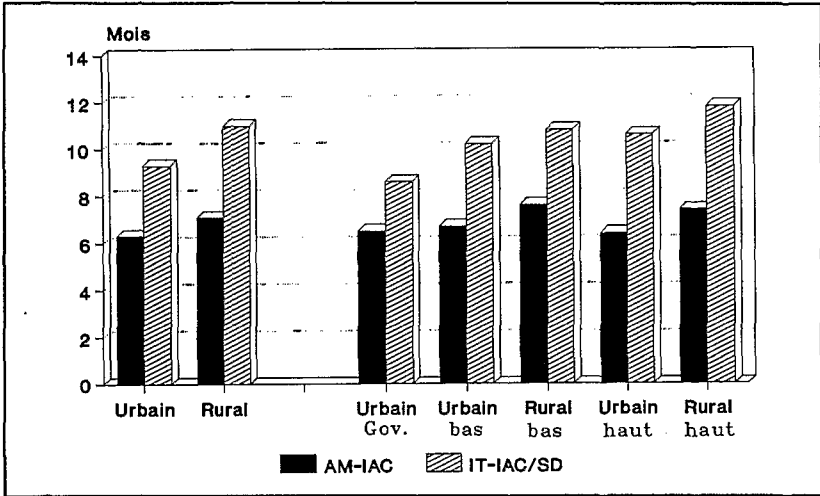


Figure 4

Influence du lieu de résidence sur l'âge moyen à l'introduction des aliments de complément (AM-IAC) et sur l'intervalle moyen entre l'introduction des aliments et le sevrage définitif (IT-IAC/SD).

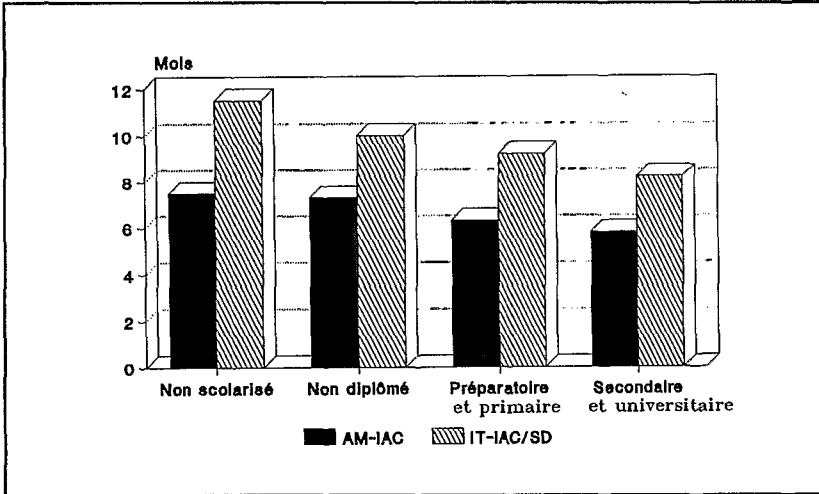


Figure 5

Influence du niveau d'éducation des mères sur l'âge moyen à l'introduction des aliments de complément (AM-IAC) et sur l'intervalle entre l'introduction des aliments de complément et le sevrage définitif (IT-IAC/SD).

3.2. Nature des aliments de complément

Dans les pays en voie de développement dont l'Egypte, les aliments de complément sont principalement des farineux : riz, féculents, biscuits, pain, pommes de terre et patates douces (Moise *et al.*, 1988). Les aliments protidiques sont consommés en quantité insuffisante et particulièrement ceux d'origine animale : lait, fromage, oeufs et viande. Les aliments préparés industriellement ne sont consommés que par une minorité.

Dans le groupe des enfants de moins de six mois, les céréales (principalement blé et riz) préparées à la maison sont les plus utilisées ainsi qu'un dessert à base d'amidon appelé « mahalabeya ». Les légumes, principalement les haricots, sont peu utilisés en Egypte dans ce groupe d'âge. Supramine, une protéine qui facilite le sevrage, subventionnée par le gouvernement, était utilisée par une minorité. Donner aux nourrissons de l'eau et du sucre est une tradition dans certaines zones rurales qui persiste toujours à nos jours.

Pour le groupe d'âge de 18 à 24 mois et les jeunes enfants, une plus grande variété de nourriture est utilisée : les enfants consomment plus de céréales, de féculents, de légumes et de sucre. Le lait des mammifères et ses dérivés, les biscuits et le menu familial constituent plus souvent l'alimentation de l'enfant qu'un régime spécialement préparé pour lui ou que des préparations industrielles pour jeunes enfants.

Le principal problème concernant l'alimentation de sevrage préparée à la maison est sa faible densité énergétique qu'il faudrait augmenter afin qu'elle soit adaptée à la faible capacité de l'estomac du nourrisson (habituellement 3 % de son poids, soit environ 200 à 300 ml en période de sevrage). En même temps, ce repas doit être équilibré pour répondre aux besoins énergétiques du nourrisson. Bien que céréales et légumes contiennent une grande quantité d'amidon, ils deviennent gélatineux à la cuisson et produisent une pâte gluante et épaisse s'ils ne sont pas dilués avec de l'eau. Cette haute viscosité limite la densité énergétique de l'aliment de sevrage semi-liquide ou semi-solide. En général, ce problème est résolu en Egypte soit en ajoutant de l'huile ou du sucre (ou les deux), soit en ajoutant 1 % de fleur de malt pour allonger le gruau épais.

Concernant l'expérience de l'Egypte relative à l'utilisation d'aliments de sevrage bon marché pour la réhabilitation nutritionnelle des enfants, il y a eu déjà une vaste expérience qui remonte à plus de vingt ans. Ces aliments riches en protéines végétales se préparent soit localement à domicile comme par exemple le « Sesamena » et le « Arabearna », soit industriellement comme la Supramine.

Le sevrage avec des aliments locaux en Egypte est de toute manière davantage concevable et acceptable sur le plan socio-culturel en raison de ses avantages économiques aux niveaux familial, communautaire et national.

3.3. Raisons et modalités du sevrage définitif

La figure 6 donne les raisons invoquées en cas de sevrage précoce. De manière générale, l'insuffisance de lait, la mort du nourrisson ou le refus de l'enfant ont été les causes principales de sevrage précoce parmi les deux groupes d'enfants référencés.

Les raisons invoquées varient selon l'ordre de naissance du nouveau-né. Parmi les nourrissons nés de femmes ayant moins de 3 enfants, les principales raisons de sevrage précoce sont une insuffisance du lait maternel et le refus de l'enfant, ce qui pourrait venir d'un manque d'information et d'expérience de la mère dans l'allaitement. Lorsque le nombre d'enfants augmente pour la même mère, la mort de l'enfant est une des principales causes d'un sevrage précoce, en plus de celles citées précédemment. Lorsque l'ordre de naissance dans la famille atteint son maximum, sept ou plus, la seule et unique raison du sevrage précoce a été la mort de l'enfant. Ceci confirme bien le mauvais niveau de santé et de soins apportés aux derniers nés de familles très nombreuses.

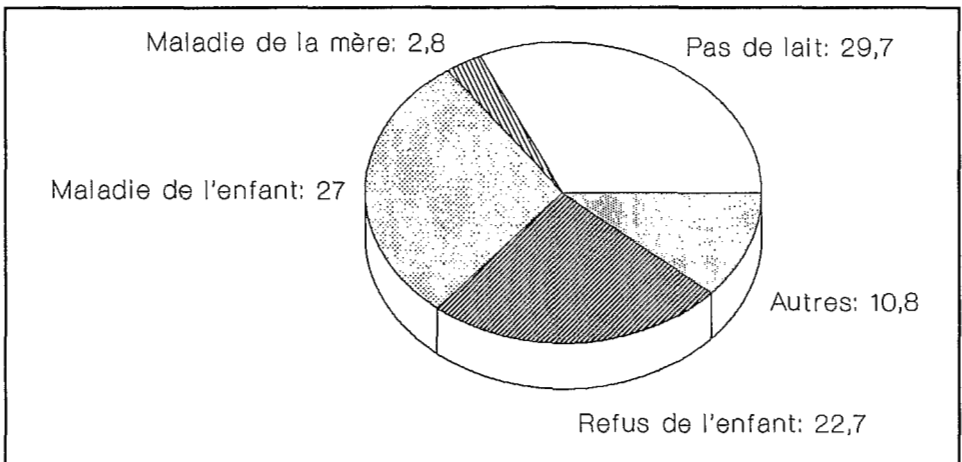


Figure 6

Raisons invoquées par les mères lors de sevrage définitif des enfants avant l'âge de trois mois.

Il est généralement reconnu que dans le monde arabe l'allaitement se termine d'une façon brusque. Il est vrai que le sevrage définitif se réalise de façon plutôt sévère et pourrait, par conséquent, causer des dommages émotionnels et des traumatismes psychologiques. La pratique la plus répandue est d'enduire le mamelon de substances amères à base d'aloès, de quinine, d'huile de ricin ou même de piment afin de donner au sein un goût repoussant.

En Egypte, selon l'enquête nationale plus de deux tiers des nourrissons nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête ont été sevrés brutalement. Un sevrage rapide est la pratique la plus répandue dans les milieux ruraux et particulièrement en Haute-Egypte et chez les enfants de mères analphabètes. Tandis que 72 % des nourrissons étaient sevrés brutalement en milieu rural, 64 % l'étaient de même façon en milieu urbain. Les femmes de 40 et 49 ans, celles vivant en milieu rural et en Haute-Egypte et celles qui ont été à l'école mais n'ont aucun diplôme sont celles qui pratiquent le plus longtemps l'allaitement au sein (24 mois ou plus).

4. CONCLUSION

Pour conclure, la période de sevrage du nourrisson est la période la plus délicate de sa vie. Ceci est principalement dû à la baisse de niveau des anticorps dérivés de la mère après les premiers six mois, à la vulnérabilité de l'enfant exposé pendant cette période à des sources d'infection dans son environnement et nourri traditionnellement avec des aliments de sevrage de basse densité énergétique le plus souvent préparés et conservés de manière non hygiénique.

Voilà pourquoi, le processus de sevrage est non seulement d'une importance majeure pour le développement de l'enfant, mais aussi pour l'avenir de sa nation et éventuellement sa destinée ; comme disait Voltaire (1694 - 1778) : « Le sort d'une nation repose souvent sur la bonne ou mauvaise digestion de son Premier Ministre ».

REFERENCES

- ANONYME, 1992 - « Child feeding & weaning practices ». *National conference in findings of Egyptian maternal and child health survey.*
- MOISE W. *et al.*, 1988 - Feeding & weaning practices of infants and children less than two years at Cairo Governorate. *Bull. Nutr. Inst., Cairo, Egypt*, 8 : 82-100.
- WHITEHEAD R.G., 1985 - The human weaning process. *Pediatrics*, 75 (suppl) : 189-193.