

Attitudes, croyances, perceptions culturelles et facteurs socio-économiques de nature à détériorer le statut nutritionnel du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire.

MASSAMBA J.*, MASSAMBA J.P.* , TRECHE S.**

* Equipe Pluridisciplinaire de Recherche en Alimentation et Nutrition (EPRAN *congo*),
B.P. 389, Brazzaville, Congo

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

RESUME

Les attitudes, les croyances et les perceptions culturelles des personnes qui s'occupent des soins du nourrisson ainsi que certains facteurs liés à leur situation socio-économique, gouvernent les décisions que ces personnes prennent dans la conduite des pratiques relatives à l'alimentation et/ou aux soins de santé à apporter à ce nourrisson.

Dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, sous-développés, les coutumes et les traditions ancestrales sont encore vivaces, notamment en milieu rural. Elles participent dans une très large mesure à la culture des personnes qui s'occupent du nourrisson et de celles constituant l'ensemble de la communauté d'appartenance.

Les pratiques alimentaires et sanitaires du nourrisson n'échappent pas à cette emprise culturelle des sociétés rurales, elles concourent ainsi à influencer le statut nutritionnel de nourrisson. Cette emprise culturelle semble s'atténuer dans les sociétés urbaines.

D'un autre côté, la situation socio-économique des ménages, joue un rôle important sur les mêmes décisions des personnes s'occupant des nourrissons, quant au choix des pratiques à la base de l'alimentation et des soins de santé appliqués à ces derniers.

Les facteurs socio-économiques, par ce biais, ont donc aussi un rôle déterminant sur le statut nutritionnel du nourrisson, et ce, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

En fin de compte, dans cette communication, il s'agit d'examiner principalement le rôle des facteurs culturels et accessoirement celui des facteurs socio-économiques sur le statut nutritionnel des nourrissons, à travers les pratiques alimentaires utilisées par les personnes qui s'occupent de ces derniers.

En vue d'analyser et de décrire les déterminants culturels des pratiques alimentaires du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire en relation avec leur état nutritionnel, en Afrique centrale, les auteurs s'appuient principalement sur un exemple pris au Congo-Brazzaville, et, largement décrit par MASSAMBA et al (1996). Puis ils citent d'autres exemples pris dans le même pays et d'autres contextes africains.

MASSAMBA et al, décrivent le cas du «nkira» chez les Téké kukuya du Congo. Les Téké kukuya habitent le district de Lékana, situé dans la zone des plateaux à 400 km environ au nord de Brazzaville. C'est une zone très enclavée dans laquelle les échanges démographiques sont limités et où les mentalités anciennes n'ont pas beaucoup changé.

La persistance de celles-ci s'observe dans le déplacement fréquent des lieux d'habitat, très courant, lors du décès du chef du lignage. Il résulte de cette pratique que de nombreux villages ou hameaux sont abandonnés.



Fonds Documentaire IRD
Cote : Bx 26547 Ex : 1

La population Kukuya est essentiellement agricole, et, cette production est très orientée vers le marché urbain de Brazzaville. De ce fait, elle ne contribue pas beaucoup à l'alimentation des populations locales elles-mêmes. La cueillette et la chasse sont les activités qui servent d'appoint à l'alimentation familiale (Cornu, 1990).

Dans cette zone rurale, la malnutrition protéino-énergétique reste l'un des problèmes majeurs aussi bien chez les nourrissons que chez les jeunes enfants. Le phénomène majeur le plus important que l'on rencontre est la malnutrition chronique qui affecte plus d'un enfant sur trois, d'âge préscolaire ; le taux de maigreur (10 % d'enfants entre 18 et 24 mois) est sensiblement moins élevé (CORNU et al, 1991a, 1991b).

Les causes principales de cette malnutrition semblent être les mauvaises pratiques de sevrage chez les jeunes enfants dictées par des attitudes, des croyances et des perceptions culturelles néfastes vis-à-vis de l'alimentation et de la santé.

Les auteurs examinent par la suite les effets des facteurs socio-économiques sur le statut nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant par un exemple fourni par l'étude de VIS et al (1981) réalisée au KIVU, alors République du Zaïre.

Dans les zones rurales du Kivu, toutes les mères allaitent leur enfant dès la naissance. Peu après, dès la deuxième ou la troisième semaine, elles introduisent dans le régime une supplémentation faite de bananes, d'une bouillie de sorgho, ou, plus rarement, de pâte de manioc.

Durant la première année de lactation, une mère donne le sein, en moyenne 13 à 15 fois par jour. A l'âge de 2 ans, 60% des enfants reçoivent encore le sein. L'aménorrhée du post-partum est de longue durée : un an après l'accouchement, 19% des mères seulement sont réglées.

Dans certains endroits du Kivu montagneux, la situation socio-économique de la femme se caractérise par un travail agraire dans une économie d'autosubsistance. Mais la fécondité n'est pas naturelle, elle est dirigée par des tabous et des coutumes qui protègent un allaitement maternel prolongé. Il n'y a pas de malnutrition.

Dans d'autres endroits du Kivu montagneux, en partie à Kabaré et surtout dans le Ngweshe, la mortalité infantile (jusqu'à l'âge de un an) est plus élevée que pour le reste du territoire. De 7 à 10% à Idjwi et à Lwiro, elle atteint jusqu'à 25% dans le Ngweshe.

Ce chiffre de mortalité élevé doit être attribué à la fréquence particulièrement importante des gastro-entérites et de pneumopathies du nourrisson.

En réalité, si l'on analyse la situation, on constate que contrairement aux autres régions de cette contrée, la mère sur qui repose la plus grande partie du travail aux champs, allaite son nourrisson uniquement le matin et le soir.

Elle confie celui-ci, le reste du temps à la garde d'une grand-mère ou d'une sœur qui ne peut donner à l'enfant que des bouillies de manioc, de bananes ou de sorgho. Il en découle que très rapidement, l'enfant s'infectera et mourra dans un état classique de marasme compliqué, le plus souvent d'une gastro-entérite soit d'une pneumopathie.

Si l'on interroge les mères sur le pourquoi d'une telle habitude néfaste, elles invoquent la distance trop grande entre les champs et l'habitation. Pourtant dans la même ethnie, dans une autre communauté, et, pour des distances aussi grandes, les mères amènent leur enfant avec elles aux champs et le nourrissent à la demande.

Les études réalisées dans d'autres contextes africains aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain sur les pratiques de sevrage et l'alimentation complémentaire du nourrisson et du jeune enfant, et, au cours desquelles les contextes socio-économiques ont largement été examinés font ressortir des conclusions du même ordre que celles évoquées ci-dessus.

INTRODUCTION

La présente communication se propose de décrire et d'analyser les déterminants culturels et socio-économiques des pratiques alimentaires du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire en relation avec son état nutritionnel, en Afrique centrale.

Les attitudes, les croyances, et les perceptions culturelles des personnes qui s'occupent des soins du nourrisson ainsi que certains facteurs liés à leur situation socio-économique, gouvernent les décisions que ces personnes prennent dans la conduite des pratiques relatives à l'alimentation et/ou aux soins de santé à apporter à ce nourrisson.

Dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, sous-développés, les coutumes et les traditions ancestrales sont encore vivaces, notamment en milieu rural. Elles participent dans une très large mesure à la culture des personnes qui s'occupent du nourrisson et de celles constituant l'ensemble de la communauté d'appartenance.

Les pratiques alimentaires et sanitaires du nourrisson n'échappent pas à cette emprise culturelle des sociétés rurales, elles concourent ainsi à influencer le statut nutritionnel de nourrisson. Cette emprise culturelle semble s'atténuer dans les sociétés urbaines.

D'un autre côté, la situation socio-économique des ménages, joue un rôle important sur les mêmes décisions des personnes s'occupant des enfants, quant au choix des pratiques à la base de l'alimentation et des soins de santé appliqués à ces derniers.

Les facteurs socio-économiques, par ce biais, ont donc aussi un rôle déterminant sur le statut nutritionnel du nourrisson, et ce, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

En fin de compte, dans cette communication, il s'agit d'examiner principalement le rôle des facteurs culturels et accessoirement celui des facteurs socio-économiques sur le statut nutritionnel des nourrissons, à travers les pratiques alimentaires utilisées par les personnes qui s'occupent de ces derniers.

La démarche adoptée consiste à examiner d'abord les effets des facteurs culturels et ensuite ceux des facteurs socio-économiques sur les pratiques de sevrage et de l'alimentation complémentaire du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire, à travers quelques exemples pris en Afrique centrale, puis à organiser une discussion en termes de considérations générales à partir des exemples examinés, et, enfin, à faire quelques propositions de nature à promouvoir la pratique et la recherche dans ce domaine en vue de garantir un bon état nutritionnel du nourrisson en Afrique centrale.

1. Attitudes, croyances et perceptions culturelles influençant le statut nutritionnel du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire.

Pour illustrer l'influence des facteurs culturels sur le statut nutritionnel du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire, nous allons nous appuyer principalement sur un exemple pris au Congo-Brazzaville, et, largement décrit par MASSAMBA et al (1996). Puis nous évoquerons d'autres exemples pris dans le même pays et d'autres pays d'Afrique.

MASSAMBA et al, décrivent le cas du « **nkira** » chez les Téké kukuya, au Congo. Les Téké kukuya habitent le district de Lékana, situé dans la zone des plateaux à 400 km environ au nord de Brazzaville. C'est une zone très enclavée dans laquelle les échanges démographiques sont limités et où les mentalités anciennes n'ont pas beaucoup changé.

La persistance de celles-ci s'observe dans le déplacement fréquent des lieux d'habitat, très courant, lors du décès du chef du lignage. Il résulte de cette pratique que de nombreux villages ou hameaux sont abandonnés.

La population Kukuya est essentiellement agricole, et, cette production est très orientée vers le marché urbain de Brazzaville. De ce fait, elle ne contribue pas beaucoup à l'alimentation des populations locales elles-mêmes. La cueillette et la chasse sont les activités qui servent d'appoint à l'alimentation familiale (Cornu, 1990).

Dans cette zone rurale, la malnutrition protéino-énergétique reste l'un des problèmes majeurs aussi bien chez les nourrissons que chez les jeunes enfants. Le phénomène majeur le plus important que l'on rencontre est la malnutrition chronique qui affecte plus d'un enfant sur trois, d'âge préscolaire ; le taux de maigreur (10 % d'enfants entre 18 et 24 mois) est sensiblement moins élevé (CORNU et al, 1991a, 1991b).

Les causes principales de cette malnutrition semblent être les mauvaises pratiques de sevrage chez les jeunes enfants dictées par des attitudes, des croyances et des perceptions culturelles néfastes vis-à-vis de l'alimentation et de la santé.

En milieu rural Kukuya, les connaissances, les croyances et les attitudes culturelles des mères jouent un rôle important dans les décisions qui concernent la conduite de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Un certain nombre de problèmes nutritionnels qui les affectent est dû aux erreurs commises par les mères, souvent liées à des règles traditionnelles véhiculées et admises par la société.

Le non respect de ces règles traditionnelles suscite parfois une réaction de la société qui masque les vrais problèmes à prendre en considération pour l'amélioration de l'état de santé. Pour appréhender ce contexte, MASSAMBA et al (1996), ont entrepris une enquête dans ce milieu rural, dans le but d'identifier les facteurs socioculturels à l'origine des maigres chez les enfants de 0 à 59 mois dans ce plateau Kukuya, et, fournir ainsi des données de base aux programmes d'intervention qui auront pour cible les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire de cette région.

Les résultats obtenus montrent que les mères qui ont été enquêtées et qui ont un enfant maigre, reconnaissent sans ambiguïté qu'un enfant présentant des signes de malnutrition est possédé par le « **nkira** ». Ce nkira serait déclenché par le non respect des coutumes par la mère. L'enfant atteint est nommé « **ngakuka** ». Le **nkira** est une manifestation de la volonté des ancêtres, il apparaît chez les individus quel que soit leur âge.

Chez les jeunes enfants, la maigreur est l'un des signes manifestes du **nkira**. Le recours au féticheur permet aux parents de l'enfant, d'identifier quelle volonté des anciens doit être respectée pour permettre à celui-ci de recouvrer son état de santé.

Son entourage le soumet alors à un rite particulier assorti d'interdits alimentaires qui l'empêchent de consommer des aliments pourtant indispensables à sa croissance, et, l'enfant est alors enfermé dans un état de malnutrition chronique.

Parmi les aliments interdits non seulement à l'enfant mais aussi à sa mère, on peut citer : l'huile de palme, les feuilles de manioc, certaines viandes telles que le cochon, le poisson d'eau douce. Ces interdits s'appliquent aussi bien à la mère allaitante et à l'enfant dès qu'il commence à prendre d'autres aliments que le lait maternel exclusif.

A côté du **nkira**, et, dans la même région, il existe d'autres croyances de nature à détériorer l'état nutritionnel du nourrisson et de l'enfant en bas âge.

La moitié de mères reconnaissent qu'elles ne peuvent avoir des relations sexuelles pendant l'allaitement de peur que leurs enfants soient atteints de « **sanga** ». Le respect de cette règle pourrait être à l'origine d'une forte proportion de polygamie évaluée à 20% dans cette région. Le **sanga** apparaît comme une chaleur maléfique due aux relations sexuelles hâtives après l'accouchement.

Il affecte l'enfant à travers le contact avec la mère. Il se manifeste sous forme de diarrhées chroniques qui pourraient être à l'origine de la maigreur. Pour préserver l'enfant contre le **sanga**, celui-ci est souvent couvert d'amulettes.

Un quart de mères environ, pense que la dégradation de l'état de santé de l'enfant est due à la sorcellerie. Un nombre non négligeable d'entre elles, croient que les infections diarrhéiques ont un lien étroit avec le cycle lunaire. C'est pourquoi, au moment de la pleine lune, il est interdit de soulever les enfants en direction de celle-ci.

La responsabilité de l'état de malnutrition des enfants est rejetée par des nombreuses mères sur la sorcellerie. Le sorcier pouvant être dans beaucoup de cas, un parent, et, le plus souvent l'oncle maternel. L'état de maigreur est donc perçu comme un résultat de l'exercice de la sorcellerie.

De plus, la majorité des mères interprète les pleurs répétés des nourrissons comme une manifestation chronique de la faim. Elles les prennent comme une raison suffisante pour une introduction précoce du plat familial qui intervient pour plus de la moitié des cas avant 6 mois (CORNU et al 1993).

D'après BOUVILLE (in TRECHE et al ,1996), le lait maternel et la bouillie calment les pleurs mais la bouillie est considérée comme le moyen le plus efficace : elle est introduite lorsque le sein n'y parvient plus. Si le lait maternel et la bouillie sont systématiquement associés aux pleurs de l'enfant, c'est que l'alimentation semble satisfaire des exigences multiples dont ils sont l'expression la plus patente dans les premiers mois de la vie, au détriment, notamment, d'autres considérations telles que la soif, la santé ou la croissance de l'enfant. Que le fait de pleurer soit évoqué comme signe de faim, de douleur, ou d'inquiétude chez l'enfant, il semblerait qu'il représente surtout le lien visible privilégié avec un univers où cet amalgame de forces du mal peut nuire de façon décisive à l'enfant. Le monde invisible des rêves et des esprits a au moins autant d'impact sur la corpulence de l'enfant, dans cette perspective, que le type de nourriture qu'il ingère.

La nuit, surtout, appartient au sorcier ; « **manger la nuit n" est pas bien** ». Parvenir à apaiser l'enfant perçu comme une puissance à contenter, rassure qu'il n'a pas le **nkira** et qu'il est bien traité comme doit être ce qu'il représente. Il y a donc un impératif absolu à calmer les pleurs de l'enfant dès qu'ils se manifestent et une réticence certaine à nourrir l'enfant la nuit. La bouillie protège l'enfant de ces dangers en le rendant plus « lourd », donc plus calme de jour comme de nuit, et « plus fort » (moins « pleurnichard ») que ne le permet le lait maternel.

Ainsi donc la bouillie complète le lait maternel qui ne « suffit pas » à satisfaire l'enfant. Lorsque à son tour, la bouillie n'est plus considérée comme suffisante, elle est remplacée par le plat familial. Eau, lait et bouillie apparaissent liés, dans la mesure où il est dit que le lait chauffe la bouche de l'enfant et que l'eau seule est en mesure de la rafraîchir dans ces circonstances. Eau, lait et bouillie forment dans ce sens un système destiné à maintenir la température de l'enfant, donc son intégrité physique, en équilibre.

Ces recours essentiels contre la chaleur (eau) et les pleurs (bouillie) sont indispensables, de l'avis de nombreuses femmes, pour permettre le bon déroulement de leur travail aux champs. Ce labeur est considéré comme une priorité absolue, non seulement par la famille entière, mais aussi par le devoir d'une participation sans faille au groupe d'entraide qui cultive alternativement les champs de chacune de ses membres. Aucune femme ne peut risquer de se soustraire à ces exigences par carence de sommeil, ou pour une cause de maladie de l'enfant ; d'autant que tout isolement, même passager, peut susciter la méfiance et le soupçon propices aux attaques de la sorcellerie.

C'est pourquoi les mères s'assurent, en général, que leur enfant soit habitué à la bouillie dès la fin de l'**ussuomi**. L'**ussuomi** est une période de repos après l'accouchement, d'une durée moyenne de deux mois, pendant laquelle, la femme allaitante ne peut effectuer aucune tâche agricole ou domestique.

Pendant l'**ussuomi**, la belle-mère travaille sur le champ de sa belle-fille, elle est la pourvoyeuse en nourriture exclusive de cette dernière ; en contre partie, celle-ci doit respect et obéissance à sa belle-mère pour tout ce qui concerne les soins portés à l'enfant, qu'il s'agisse des soins alimentaires ou des soins magico-réligieux.

En somme, dans le contexte social Kukuya, la conformité à l'ordre est une règle d'or que l'on ne saurait franchir sans encourir des grands risques, notamment pour la santé. La jalousie, l'envie sont des sentiments très forts qui se manifestent à l'occasion des attaques en sorcellerie. Ce thème est particulièrement important, car c'est par l'alimentation que l'on peut ensorceler quelqu'un ; en outre, c'est à l'enfant de celui à qui il veut nuire que s'attaque le sorcier. C'est pour faire parade aux agressions que les Kukuya mangent isolés les uns des autres, dans la pénombre et rapidement (De SUREMAIN in TRECHE et al, 1996).

Dans ce qui précède, nous avons évoqué certaines croyances liées aux pratiques magico-religieuses et de nature à influencer négativement l'état nutritionnel du nourrisson à travers les pratiques alimentaires appliquées à ce dernier.

Nous pouvons citer d'autres exemples liées à des traditions d'une autre nature que l'on rencontre dans les pays africains, telle que la polygamie.

Il ressort des études menées en Afrique, que les unions polygames favorisent la concurrence entre les co-épouses quant au nombre d'enfants qu'elles souhaitent mettre au monde (Ocholla-Ayayo, 1995, Adepoju, 1994, Henin, 1981, Wulf, 1985 entre autres).

Comisky et Ocholla-Ayayo (1987) ont montré que le niveau nutritionnel des enfants issus des familles monogames est plus élevés que celui des enfants issus des familles polygames. Selon Savané (1984), la polygamie, encore largement répandue en Afrique, encourage les femmes à procréer davantage dans la perspective de l'héritage.

De l'avis de Adepoju (1994), à la polygamie, il faut ajouter la crainte de la forte mortalité infantile qui est tout à fait légitime étant donné qu'un quart d'enfants meurent avant leur premier anniversaire. Partout en Afrique, il y a le désir d'une descendance nombreuse. Il en découle une pression énorme qu'exercent les adultes sur les jeunes pour perpétuer leur nom et les esprits ancestraux. Ces deux facteurs culturels sont encore très prédominants et ont tendance à augmenter la parité, la taille des familles, à raccourcir les intervalles entre les naissances, à augmenter le taux des grossesses à risque et par conséquent à entraîner un accroissement des risques de détérioration du statut nutritionnel des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire.

2. Quelques facteurs socio-économiques influençant le statut nutritionnel du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire.

Nous commencerons par examiner les effets des facteurs socio-économiques sur le statut nutritionnel des enfants par un exemple pris dans l'étude de VIS et al (1981) réalisé au KIVU, République du Zaïre.

Dans les zones rurales du Kivu, toutes les mères allaitent leur enfant dès la naissance. Peu après, dès la deuxième ou la troisième semaine, elles introduisent dans le régime une supplémentation faite de bananes, d'une bouillie de sorgho, ou, plus rarement, de pâte de manioc.

Durant la première année de lactation, une mère donne le sein, en moyenne 13 à 15 fois par jour. A l'âge de 2 ans, 60% des enfants reçoivent encore le sein. L'aménorrhée du post-partum est de longue durée : un an après l'accouchement, 19% des mères seulement sont réglées.

Dans certains endroits du Kivu montagneux, la situation socio-économique de la femme se caractérise par un travail agricole dans une économie d'autosubsistance. Mais la fécondité n'est pas naturelle, elle est dirigée par des tabous et des coutumes qui protègent un allaitement maternel prolongé. Il n'y a pas de malnutrition.

Dans d'autres endroits du Kivu montagneux, en partie à Kabaré et surtout dans le Ngweshe, la mortalité infantile (jusqu'à l'âge de un an) est plus élevée que pour le reste du territoire. De 7 à 10% à Idjwi et à Lwiro, elle atteint jusqu'à 25% dans le Ngweshe. Ce chiffre de mortalité élevé doit être attribué à la fréquence particulièrement importante des gastro-entérites et de pneumopathies du nourrisson.

En réalité, si l'on analyse la situation, on constate que contrairement aux autres régions de cette contrée, la mère sur qui repose la plus grande partie du travail aux champs, allaite son nourrisson uniquement le matin et le soir.

Elle confie celui-ci, le reste du temps à la garde d'une grand-mère ou d'une sœur qui ne peut donner à l'enfant que des bouillies de manioc, de bananes ou de sorgho. Il en découle que très rapidement, l'enfant s'infectera et mourra dans un état classique de marasme compliqué le plus souvent d'une gastro-entérite soit d'une pneumopathie.

Si l'on interroge les mères sur le pourquoi d'une telle habitude néfaste, elles invoquent la distance trop grande entre les champs et l'habitation. Pourtant dans la même ethnie, dans une autre communauté, et, pour des distances aussi grandes, les mères amènent leur enfant avec elles aux champs et le nourrissent à la demande.

Ce qui diffère dans les deux communautés de la même ethnie, ce sont les apports nutritionnels : les apports énergétiques et protéiques sont couverts en moyenne à 80-90% d'une part, et, seulement à 60-70% d'autre part.

Cette région où les enfants sont laissés à la maison est une région où la situation nutritionnelle est précaire, il y a des disettes périodiques. Et, la femme allaitante sur laquelle repose, à la fois le travail aux champs, la préparation des repas pour toute la famille et les soins à son enfant dernier-né doit choisir à un certain moment. Elle le fait en laissant son enfant à la maison car son mauvais état nutritionnel à la mère, ne lui permet pas d'assurer toutes les fonctions sociales qui lui sont imposées.

Cette situation très exceptionnelle, s'observent aussi dans les villes d'Afrique. Ainsi à Bukavu, mais cette fois-ci, non plus tellement à cause des problèmes nutritionnels, mais bien à cause des pressions sociales, la mère ne peut plus s'occuper de son dernier-né, elle le laisse à la maison. Ceci explique l'abandon progressif de l'allaitement maternel à Bukavu et dans certaines régions en milieu rural.

Dans un régime économique d'autosubsistance, VIS et al signalent en effet, que l'apport énergétique par individu décroît dans la famille en fonction du nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans. Ceci s'explique par le fait que dans ce type d'économie, la surface des champs vivriers cultivée est limitée par l'effort physique que peuvent fournir les adultes qui y travaillent.

Les études réalisées au Congo-Brazzaville sur les pratiques de sevrage, et, au cours desquelles les contextes culturel et socio-économique ont largement été examinés font ressortir des conclusions du même ordre que celles de l'étude de VIS, réalisée au Kivu.

TRECHE et al, (1992) établissent que les sommes données par le père pour acheter les aliments et le montant des dépenses déclarées avoir été dépensées pour l'alimentation ont tendance à être plus importantes dans les ménages d'enfants non maigres que dans les ménages auxquels appartiennent les enfants maigres sur l'ensemble du Plateau Kukuya et qu'il existe une relation significative entre l'état nutritionnel des mères et celui de leurs enfants.

A Brazzaville TRECHE et al, (1992) font ressortir que les dépenses consacrées à l'enfant sont très largement liées au niveau économique du ménage. CORNU et al (1991b) dans une étude en milieu rural et MASSAMBA et al, (1992), dans une étude réalisée en milieu urbain ont établi des liens entre le statut socioprofessionnel des mères et les malnutritions protéino-énergétiques au Congo-Brazzaville.

Le statut socioprofessionnel des mères influencent le calendrier de sevrage, en milieu rural comme en milieu urbain. La mère agricultrice rurale ou vendeuse urbaine doit reprendre très vite son activité après l'accouchement. Dès lors diversifier l'alimentation du nourrisson apparaît pour elles comme la seule solution à adopter pour concilier le poids des charges sociales à assurer et la nutrition du nouveau-né (TCHIBINDAT et al, 1996).

SAGBOHAN et al, (1993) signalent que la prévalence de la malnutrition chronique dans la commune de Pahou au Bénin (zone périurbaine de Cotonou) est plus élevée chez les enfants des pères non scolarisés que chez ceux des pères scolarisés (30% contre 20%). La prévalence des malnutritions globales et chroniques est plus élevée chez les enfants des mères non

scolarisées que chez ceux des mères scolarisées (respectivement 31% contre 25% pour la malnutrition globale, et 31,5% contre 23,5% pour la malnutrition chronique).

L'exercice d'un travail salarié est aussi un facteur important. La même étude signale en effet que les malnutritions protéino-énergétiques sont fréquentes chez les enfants de pères non salariés que chez ceux des pères salariés (30% contre 24% pour la forme mixte, 12% contre 7,5% pour la forme aigüe, et 30% contre 20% pour la forme chronique).

3. Discussion et considérations générales

L'influence du poids de la tradition et des coutumes ancestraux et du niveau socio-économique des ménages sur les pratiques de sevrage et la qualité de l'alimentation de complément du nourrisson sont les deux principaux aspects qui auront été évoqués dans cette communication.

Selon le cadre conceptuel de l'UNICEF sur les déterminants de l'état nutritionnel (WHO, 1998), les facteurs culturels et les facteurs socio-économiques sont parmi les causes sous-jacentes de la malnutrition en ce qu'elles déterminent à leur tour les causes immédiates (directes) de la malnutrition (ration alimentaire inadéquate, et, maladie ou mauvais état de santé). Les causes immédiates conduisent elles-mêmes aux manifestations observables de la malnutrition.

Les décisions, prises dans les ménages par les personnes appelées à s'occuper de l'enfant (le plus souvent la mère ou d'autres personnes auxquelles celle-ci est obligée dans certains cas de confier l'enfant), ces décisions consistent à faire des choix entre tel ou tel autre type de pratiques de soins alimentaires ou sanitaires à appliquer à l'enfant.

Même au niveau du ménage, la décision est un moment important qui sert de lien, d'une part, entre la connaissance technique des faits et des solutions concevables, et, d'autre part, les échelles de valeurs et d'objectifs hiérarchisant des enjeux.

Celui qui décide, face à un problème qui se pose dans une situation donnée, doit donc avoir une conscience claire des conséquences de chacune des solutions techniques possibles à son problème, et, garder suffisamment de liberté quant aux options à assurer et à la hiérarchie des enjeux.

Autrement dit, face à un problème telle que la malnutrition infantile, la personne qui s'occupe habituellement du nourrisson doit d'abord connaître les solutions techniques possibles pour la prévenir ou la guérir, avant toute chose. Elle doit par ailleurs être en mesure de mettre en œuvre les voies et moyens (stratégies) pour y faire face.

Mais l'utilisation des ressources quelles que soient leur nature (humaines, matérielles ou financières) nécessite toujours une confrontation avec d'autres considérations qu'imposent la situation, le contexte, car les besoins sont souvent multiples, et, les moyens souvent faibles dans les pays en développement.

Aussi n'est il pas souvent facile de trancher, de prendre une décision, même au niveau des ménages, et, les mères sont confrontées à des dilemmes, à des conflits dans l'utilisation des ressources dont elles disposent, par rapport aux soins à donner aux enfants au cours du

sevrage et de l'alimentation de complément du nourrisson. Il y a un conflit entre plusieurs utilisations possibles des ressources, toutes aussi importantes les unes que les autres.

Ainsi, il y a conflit entre l'utilisation du temps à consacrer à l'allaitement et/ou à l'alimentation du nourrisson, et, celui à utiliser pour les autres soins à donner au nouveau-né, aux autres enfants, celui à consacrer aux autres fonctions sociales de la femme, au foyer et/ou hors domicile pour celles qui travaillent (agricultrices, femmes salariées, femmes du système informel).

Il y a également conflit entre plusieurs utilisations des moyens financiers dont dispose le ménage, ce conflit créant d'autant plus de tension que les revenus de celui-ci sont modestes alors que les besoins à satisfaire sont nombreux et ne concernent pas que la santé ou l'alimentation du dernier-né mais beaucoup d'autres charges difficilement compressibles dans le ménage (scolarité des enfants, habillement, logement, eau, électricité ou autres formes d'énergie etc..).

Sur le plan culturel, il y a conflit entre les règles de vie dictées par la modernité et celles imposées par la tradition, entre les conceptions modernes de la santé, de l'alimentation, de l'hygiène du nourrisson et celles relevant des croyances et perceptions héritées de la coutume, des ancêtres.

Face aux coutumes et traditions des ancêtres, les personnes s'occupant du nourrisson et des enfants d'âge préscolaire sont souvent démunies en milieu rural, si elles ne disposent pas d'autres sources d'inspiration leur montrant que l'on peut agir autrement, que l'on peut procéder d'une autre manière face aux situations auxquelles elles sont confrontées.

C'est ainsi par exemple, que dans le cas du plateau Kukuya au Congo-Brazzaville, BOUVILLE (in TRECHE et al, 1996) signale que les conceptions de santé des mères sont de deux ordres relativement homogènes selon qu'elles fréquentent ou non l'« église » (confessions chrétiennes syncrétiques).

Pour celles qui ne « prient pas », la maladie vient du sorcier nous l'avons vu plus haut. On la soigne avec l'aide du féticheur qui peut la guérir en luttant contre la cause du mal, ou, en allant à l'hôpital qui aide à « freiner » la douleur (lutte contre les manifestations du mal).

Les femmes qui « prient » ont tendance, quant à elles à substituer ou à associer « Satan » au « sorcier » des mères qui ne prient pas comme cause de la maladie ainsi que la « prière » au féticheur » comme mode de guérison. Certaines vont même jusqu'à attribuer à l'hôpital le même pouvoir que la prière.

Dans un tel contexte où les pratiques alimentaires semblent répondre à un certain nombre de croyances magico-religieuses et traditionnelles, il faut s'attendre à ce que les efforts à entreprendre pour modifier les pratiques, se heurtent, au moins chez les mères les plus traditionalistes à des réticences sinon à des fortes résistances.

Cela signifie qu'il faut travailler dans le long terme et procéder à un changement de l'environnement en structures et services de santé suffisants et adéquats, en structures et services éducatifs eux aussi suffisants et adéquats, et sortir les zones rurales de leur relatif isolement pour pouvoir changer les mentalités. Les changements des attitudes, croyances et perceptions culturelles relevant des traditions ancestrales par le moyen de l'éducation nutritionnelle ne peuvent produire des effets dans un tel milieu que de façon très lente.

Les messages à élaborer doivent reposer sur l'analyse des problématiques sanitaires et nutritionnelles bien posées faisant appel à l'approche multidisciplinaire permettant de bien cerner toutes les dimensions des problèmes culturels soulevés.

Dans le cas des interdits alimentaires par exemple, il faut bien décrypter le message réel que les mythes souvent échafaudés autour de chacun d'entre eux cachent, pour pouvoir démontrer, le cas échéant, aux populations, le caractère désuet de leur valeur, de leur authenticité, dans un contexte qui a considérablement changé depuis les ancêtres.

Dans cette optique, le milieu urbain, en réalisant un brassage des populations, en permettant un flux important d'échanges entre elles, et, en les exposant à d'autres modes de vie que ceux des ancêtres, et, en offrant des services et des structures de santé et d'éducation en nombre relativement plus élevé et sensiblement plus adéquats que ceux du milieu rural, est beaucoup moins frappé que le milieu rural par ces croyances, perceptions et attitudes héritées des ancêtres.

Cependant sur le plan socio-économique, il faut noter qu'en milieu urbain, la quête de la modernité est aussi quelques fois soumise à un biais de nature à perturber le statut nutritionnel du nourrisson lorsque cette modernité est mal comprise.

Ainsi, TRECHE et al (1992, 1993) dans une étude s'intéressant aux facteurs socio-économiques liés aux pratiques de sevrage à Brazzaville, montrent que selon que le chef de ménage est salarié ou non, le pourcentage d'enfants ayant consommé du lait artificiel la veille de l'enquête varie de 36% à 21%.

La même étude montre que le pourcentage d'enfants ayant consommé du lait artificiel la veille de l'enquête était de 27% chez les enfants principalement surveillés par leur mère et de 78% chez les enfants à la garde principale d'une autre personne. Et, plus le niveau d'instruction de la personne s'occupant de l'enfant est élevé plus le pourcentage d'enfants ayant consommé du lait artificiel la veille de l'enquête est élevé (respectivement 16%, 28% et 52% pour les enfants dont la personne qui s'occupe de l'enfant a un niveau d'instruction faible, moyen ou élevé).

Le pourcentage d'enfants qui ont consommé du lait artificiel la veille de l'enquête était de 32% pour les enfants dont la personne qui s'en occupe étaient élevée à Brazzaville contre 23% lorsque celle-ci a été élevée hors de Brazzaville.

En fait, les facteurs culturels prédominants en milieu rural sont souvent hérités des traditions, ils peuvent aussi persister dans certaines zones du milieu urbain. Mais d'autres facteurs culturels peuvent se surajouter où se substituer à ces croyances traditionnelles. Cela peut conduire à des cas extrêmes au cours desquels, des sujets en quête de « modernité » peuvent adopter des attitudes de nature à détériorer le statut nutritionnel du nourrisson. On peut citer par exemple l'utilisation des bouillies à base de farines importées ayant une très bonne image de marque, mais dont les modalités de préparation laissent à désirer du fait de leur dilution extrême (TRECHE et MASSAMBA 1991), utilisation abusive des substituts du lait maternel.

CONCLUSION

Face à la persistance des croyances, des attitudes et des perceptions culturelles en milieu rural, de nature à détériorer le statut nutritionnel des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire, à travers les pratiques alimentaires et sanitaires appliqués à ceux-ci, l'insuffisance de l'information est souvent à mettre en cause. Dans ce cas, un programme d'éducation nutritionnelle peut être entrepris, si donc il est apparu que cette insuffisance des connaissances de la part des populations est le principal obstacle. Le besoin d'éducation nutritionnelle est alors le plus net là où des modifications importantes dans l'environnement se sont produites et dans les conditions à l'intérieur desquelles les décisions du ménage sont prises.

On peut citer comme exemple, la migration des populations de la campagne vers la ville, le passage de l'autosubsistance à la culture commerciale ou dans l'hypothèse de tous les autres changements qui modifient profondément le montant et la source des revenus du ménage et la disponibilité des produits alimentaires et non alimentaires (UNICEF, 1987)..

Les ménages qui comptent des membres gravement malnutris sont souvent dénués aussi d'autres biens de première nécessité. Dans ce cas, l'insuffisance de revenus est le premier obstacle dans la conduite de bonnes pratiques alimentaires. Les programmes d'éducation nutritionnelle visant à une modification de la répartition d'une quantité donnée de revenu réel ou de vivres à l'intérieur de ces ménages n'a guère de chance de réussir, il faut donc faire appel à d'autres programmes d'intervention nutritionnelle permettant aux ménages d'améliorer leurs revenus de façon substantielle, par exemple.

L'éducation nutritionnelle sera par contre certainement efficace dans les ménages où une part importante du budget est dépensé en biens non essentiels, où le coût du régime alimentaire est élevé en raison du désintérêt à l'égard des produits alimentaires disponibles à bon marché et où la répartition des moyens alimentaires à l'intérieur du ménage est systématiquement défavorable aux groupes à haut risque.

HORNIK (1985) a aussi montré que l'éducation nutritionnelle recherchant des modifications du comportement en ce qui concerne l'allaitement maternel, l'alimentation des enfants en âge d'être sevrés, les maladies diarrhéiques et les pratiques sanitaires a aussi fait la preuve de son efficacité dans de nombreux cas.

Une forte corrélation entre les besoins et les contraintes des ménages visés et la conception et l'exécution du programme est assurément le principal gage de réussite d'un programme d'éducation nutritionnelle.

Les programmes fondés sur une connaissance approfondie des problèmes et des restrictions à l'intérieur desquelles ils doivent être réglés ont plus de chance de réussir que ceux qui s'appuient sur des idées préconçues quant à ce que les ménages et les individus « devraient » faire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- VIS H.L., HENNART P., RUCHABABISHA M. (1981). L'allaitement en zone rurale pauvre. L'alimentation maternelle et l'allaitement au Kivu, Zaïre. Carnet de l'enfance, vol n°55/56.
- HORNIK R.C. (1985). « Nutrition Education : A state of the Art review » Nutrition Policy Discussion paper 1. Organisation des Nations Unies : ACC/SN.
- UNICEF (1987). L'ajustement à visage humain. CORNIA A., JOLLY R. et STEWART F. Editeurs.
- CORNU A., TRECHE S. et DELPEUCH F. (1991a). Les pratiques de sevrage au Congo. Communication présentée au séminaire-atelier « les bouillies de sevrage en Afrique centrale », 21-24 Mai 1991, Bureau régional de l'OMS, Brazzaville, Congo.
- CORNU A., DELPEUCH F., SIMONDON F., GOMA I., MASSAMBA J.P., TCHIBINDA F., BAILEY K.V. (1991b). Enquête nutritionnelle en République du Congo : résultats de l'enquête nationale réalisée en 1987. Bulletin de l'OMS, 69, (5), Pp. 561-571.
- TRECHE S., MASSAMBA J. (1991). Modes de préparation et valeur nutritionnelle des bouillies de sevrage actuellement consommées au Congo. Communication présentée au Séminaire-atelier « les bouillies de sevrage en Afrique centrale », 21-24 Mai 1991, Bureau régional de l'OMS, Brazzaville, Congo.
- TRECHE S., GLAMARCHI P., PEZENNEC S., GALLON G., MASSAMBA J. (1992). Les bouillies de sevrage au Congo : composition, valeur nutritionnelle, et modalités d'utilisation. Communication présentée aux 5es Journées internationales du GERM, 23-27 Novembre 1992, Balaruc, France.
- CORNU A., TRECHE S., MASSAMBA J.P., MASSAMBA J., DELPEUCH F. (1993). Alimentation de sevrage et interventions nutritionnelles au Congo. Cahiers santé (AUPELF-UREF), 3 : 168-177.
- SAGBOHAN A. (1996). Les problèmes alimentaires et nutritionnels dans la ville de cotonou. Communication présentée au séminaire atelier « la situation alimentaire et nutritionnelle dans les zones urbaines en Afrique 14-18 Juin 1993 à Cotonou, Bénin.
- MASSAMBA J.P., GAMI N., TRECHE S., CORNU A. (1996). Croyances et perceptions de la malnutrition chez les tékés Kukuya des plateaux du Congo. In froment A., De Garine I., Binam Bikoï C., Loung J.F., éd. : Antropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : du biologique au social : pp. 467 – 476.
- TCHIBINDAT F., MASSAMBA J.P., CORNU A., TRAISSAC P. et DELPEUCH F. (1996). Modalités de sevrage, pratiques alimentaires et statut socio-professionnel des mères au Congo. In froment A., De Garine I., Binam Bikoï et Loung J.F. éd. : Antropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : du biologique au social. pp. 459 – 466.

- TRECHE S., MARTIN-PREVEL Y., DONNEN P., MBEMBA F., DOP M.C., TCHIBINDAT F., DELPEUCH F. et al (1996). Aliments de sevrage à haute densité énergétique : développement dans le cadre d'une politique alimentaire nationale et suivi de l'impact nutritionnel au Congo.
Compte rendu de fin d'opération de recherche.
- WHO (1998). Complementary feeding of young children in developing countries : a review of current scientific knowledge. WHO/NUT/98.1.