PN-ABM-695

PRITECH

Technologies for Primary Health Care

Management Sciences for Health
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, Virginia 22209

PN-ABM-695
ISN 49858

PRATIQUES ALIMENTAIRES ET MALADIES DIARRHEIQUES DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS AU MALI

A Report Prepared by PRITECH Consultant:
CATHERINE TOURE

During The Period:
JUNE, 1991

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency for International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 8/4/92
ASSGN NO: SUP-113-MA
& RAD-040-MA

- CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

1. Justification de la recherche :

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques a perçu la nécessité d'étudier l'inter-action entre Alimentation et diarrhée. En effet, les épisodes diarrhéiques peuvent dégrader l'équilibre nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, groupe particulièrement exposé à la malnutrition.

Les quelques études disponibles indiquent une nette tendance à mettre l'enfant à la diète durant une diarrhée: 1/4 des mères interrogées administeraient moins de lique à leur enfant et la moitié diminuerait sa ration alimentaire. Il y a donc lieu de rechercher les causes de tels comportements d'autant plus que 75% des femmes enquêtées ne stimuleraient pas l'enfant qui refuse de s'alimenter.

Il convenait donc de mieux apprécier l'adéquation du régime alimentaire administré à l'enfant diarrhéique pendant et après la maladie, de formuler les efforts spécifiques à entreprendre auprès des mères et de proposer des messages éducatifs bien ciblés adéquats et précis, acceptables par les bénéficiaires (mères, vieilles, thérapeutes), car prenant en compte les réalités culturelles, socio-économiques et écologiques du milieu.

2. Objectifs de la recherche :

Afin de compléter les données existantes sur l'alimentation du jeune enfant lors d'une épisode diarrhéique et envisager des messages éducatifs en direction des mères, la présente étude s'attache à :

- recueillir les savoirs et conceptions traditionnels concernant l'alimentation de l'enfant diarrhéique
- recenser les produits administrés à l'enfant diarrhéique (qualité, quantité, fréquence ...)
- répertorier les pratiques et comportements alimentaires des mères notamment en cas de maladie de l'enfant
- considérer les déterminants psycho, socio-culturels et les attitudes individuelles des mères quant à l'amélioration ou à la dégradation de l'état nutritionnel du jeune enfant
- mesurer les contraintes matérielles et économiques qui entravent le régime alimentaire de l'enfant.

3. Champ d'investigation de la recherche :

Il s'est agit dans un premier temps de comprendre le contexte dans ses généralités. Ainsi, il convenait de répertorier les perceptions, connaissances et attitudes face à la diarrhée chez l'enfant ou tout au moins de compléter les informations existantes. Le recueil a alors porté sur :

- la compréhension des signes de la diarrhée
- le répertoire et la classification traditionnels des maladies diarrhéiques
- la perception de la gravité d'une diarrhée
- les recours thérapeutiques.

Il importait tout autant de comprendre les attitudes et comportements alimentaires des mères tels l'encouragement, l'incitation, la non stimulation de l'enfant bien portant ou malade à s'alimenter. Ceci ne pouvait se faire sans appréhender les facteurs socio-culturels, les éléments psychologiques individuels ou encore les contraintes environnementales, économiques et écologiques.

Dans un second temps, nous devions nous attacher à connaître et comprendre le régime alimentaire de l'enfant diarrhéique pendant et après l'épisode :

- Interdits dans la nature des aliments administrés
- Modifications dans la nature des aliments administrés
- Modifications dans la qualité des aliments donnés
- Modifications dans la fréquence des repas
- Modifications dans les pratiques d'allaitement
- Classification et valeur des aliments face à la diarrhée
- Perception des besoins alimentaires spécifiques de l'enfant lors d'une diarrhée

- Connaissance des notions de convalescence, rattrapage de croissance.

- METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Approche

L'approche qualitative a été privilégiée, elle porte sur:

L'analyse documentaire :

Répertorier, exploiter et faire une synthèse de la littérature existant sur le thème étudié.

Le recueil d'informations et l'analyse de contenu des entretiens :

Des grilles d'entretiens élaborées en langues nationales ont servi de guide pour le recueil des données (Annexes 1). Les propos enregistrés auprès des informateurs ont ensuite été transcrits et analysés. Ces entretiens semi directifs ont été menés individuellement ou auprès de groupes restreints (3 à 5 personnes).

Le recueil et l'analyse des terminologies et expressions :

Le répertoire et l'analyse des termes et expressions employées ont permis de mieux comprendre certaines perceptions et classifications traditionnelles. Ces formules recensées pourront être utilisées lors de la conception des messages éducatifs.

L'observation :

Nous avons pu interroger les mères à domicile. Aussi leur dires ont-ils été vérifiés et complétés par l'observation : referer les attitudes et comportements, évaluer ce qui est administrés en quantité/qualité aux enfants (Annexes 1).

2. La délimitation de la recherche ou les zones d'enquêtes

Dans un premier temps, le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) a choisi de centrer l'étude sur le milieu bambara, avant de l'étendre à d'autres aires culturelles. Ce choix a été motivé par le fait que l'ethnie bambara est numériquement une des plus importante au Mali, mais surtout par le fait que la langue bambara se trouve être la principale langue de communication car largement utilisée par les mass média (radio, télévision) et par la presse écrite (Kibaru, Nyètaa ...).

L'étude a aussi voulu s'attacher au milieu urbain. L'urbanisation, phénomène important dans le contexte malien actuel, se présente comme une réalité spécifique et complexe.
En zones urbaines, l'enquête devait permettre d'appréhender :

- l'homogénéité ethnique et homogénéité citadine
- le savoir des femmes urbaines
- l'évolution des comportements et styles de vie
- la disponibilité et la diversité des produits
- les contraintes de temps et les contraintes économiques des femmes urbaines
- les structures familiales et l'implication des mères citadines à l'éducation de leurs enfants.

Bankoni, quartier populaire péri-urbain a été retenu comme terrain d'enquête.

Vaste de 280 has, le quartier de Bankoni est situé au Nord Est du District de Bamako à 5Km du centre ville. Traversé du Nord au Sud par 2 marigots, le Bankoni dont il tire son nom (Ban : raphia - Koni : petit marigot) et le Tienkolé. Ce vaste quartier péri-urbain n'a cessé de s'étendre et de se peupler : 5 ha en 1952, 30ha en 1966; 180ha en 1973; 255ha en 1977; 280 aujourd'hui.
1537 habitants en 1965; 26.330 habitants en 1976; 354.430 habitants en 1976. L'enquête démographique d'Avril 1987 dénombrait 47.891 habitants, chiffre qui demanderait à être revu ...
Si les premiers habitants venus d'origine diverse : bambara, peulh du Wassoulou, minyanka de Koutiala, soninké s'y sont installés à la moitié du 19è siècle. Depuis la migration de population n'a cessé. Ce peuplement et ces mouvements variés font de Bankoni un microscome ethnique.
La population active de ce quartier se compose de fonctionnaires, il faut le dire en minorité, d'artisans (coordonnier, maçons ...), de commerçants, de travailleurs occasionnels ou saisonniers. Des couches socio-économiques peu favorisées. Le quartier prend un air de cité dortoir : les hommes le quittent le matin pour n'y revenir qu'au petit soir, laissant le quartier aux enfants et aux femmes. La plupart d'entre elles, outre leurs tâches ménagères exercent des activités rémunérées notamment du petit commerce. Bankoni compte 2 marchés dynamiques.
Bankoni présente les caractéristiques d'un quartier périphérique urbain; une croissanc rapide, spontanée et incontrôlée. L'urbanisation n'a pas su répondre aux conséquences de cette explosion démographiques et le quartier connaît des problèmes de santé, d'hygiène et aissainissement; évacuation des ordures ménagères, des eaux usées, pas d'adduction d'eau ni d'électrification.

Bankoni ne possède quasiment pas d'infrastructure. Il ne compte qu'une école et il a fallu attendre Mars 1989 pour que le quartier, s'organisant, créé un centre de santé : l'ASACOBA (Association de Santé Communautaire du Bankoni). La médecine traditionnelle constitue sans nulle doute une offre de soins très développée.

L'étude en milieu rural bambara devait quant à elle permettre de cerner :

- la spécificité bambara
- le savoir traditionnel

- la persistance des pratiques ancestrales
- la disponibilité en produits alimentaires
- les contraintes de temps et contraintes économiques qu pèsent sur les femmes rurales
- le poids des structures familiales notamment la place des vieilles dans l'éducation et les soins aux jeunes enfants.

Des villages de l'arrondissement de Fana, cercle de Dioïla, ont été retenu comme terrain d'enquête.
Situé au Sud-Est de la région de Koulikoro, dans le cercle de Dioïla, l'arrondissement de Fana s'étend sur 7.622 km² et compte une population totale de 56.189 habitants :

- Population masculine totale : 27.089 habts
- Population feminine totale : 29.100 habts

Répartition de la population par tranches d'âge :

- Moins de un an	:	6.428 hbts
- 1 à 13 ans	:	15.564 hbts
- 14 à 59 ans	:	30.095 hbts
- 60 ans et plus	:	4.102 hbts

Composé principalement de population bambara, mais comptant aussi des communautés sarakollé et peul, l'arrondissement de Fana vit surtout de production agro-pastorale. Couvert par la CMDT, l'arrondissement connait une augmentation des surfaces cultivées, une augmentation de production. Les principales cultures sont le coton (51%), le mil sorgho (20%), le mais (12%), le riz (11%), l'arachide (6%).
L'intervention de la CMDT a favorisé une meilleure organisation des communautés, villageoises et a mis tout particulièrement l'accent sur la formation (formation paysanne, formation artisanale ...).
Des actions de santé ont été entreprises (caisse villageoise, hygiène, nivaquinisation, recyclage des Accoucheuses Traditionnelles). Elles palient la faible couverture sanitaire pour :

- 8 secteurs de base
- 61 Villages
- 71 Associations villageoises

L'arrondissement compte :

- 11 dispensaires
- 11 maternités
- 5 pharmacies (dont 4 privées)
- 16 écoles fondamentales
- 112 mosquées.

L'arrondissement de Fana produit une masse monétaire importante, résultant des activités agro-pastorales mais aussi d'une production artisanale importante et d'un commerce florissant (l'arrondissement est traversé par des axes routiers importants : Bamako - Ségou, Fana - Dioïla, Fana-Beleko ...).

Quatre villages de l'arrondissement de Fana ont été

sélectionnés comme zone d'enquête. Les critères de choix ont considéré :

- la proximité/l'éloignement d'avec le chef-lieu d'arrondissement
- la présence/l'absence d'infrastructure sanitaire
- l'intervention/le non encadrement par la CMDT
- l'accessibilité/l'éloignement des axes routiers
- la taille du village
- le dynamisme/l'inertie des communautés
- les difficultés d'approvisionnement en eau ...

Considérant ces différents paramètres, le choix s'est porté sur les villages de :

- Sirakorojè
- Werekela
- Kawera
- Belekou.

3. Le choix des enquêtés :

L'analyse qualitative exige le recueil d'informations variées et pertinentes, aussi, avons nous voulu diversifier les groupes cibles et les informateurs :

- les mères d'enfants en bas âge
- les détenteurs du savoir et de la tradition
- les médiateurs potentiels (vieilles, accoucheuses ...)
- les tradipraticiens (thérapeutes, marabouts, herboristes ...)

Les entretiens ont été individualisés ou menés auprès de groupes restreints (3 à 5 personnes). Le nombre des enquêtés tout en étant significatif a été limité. Le qualitatif a été privilégié au quantitatif. Pour s'assurer de la richesse des propos enregistrés, et tenir compte des contraintes liées à ce type d'enquête (mise en confiance, contacts répétés, observation ...) nous avions donc retenu un échantillon réduit.

En milieu urbain bamakois :

. 15 mères ont été interrogées :
dont 10 ayant un enfant diarrhéique âgé de moins de 3 ans
dont 5 ayant un enfant non diarrhéique âgé de moins de 3 ans
L'échantillon couvre diverses athnies : Bambara (4), malinké (3), sénoufo (2), Sarakolé (2), dogon (2), peul (1), sonrai (1).

Différentes tranches d'âge : moins de 20 ans (3), 20 - 25 ans (4), 26 - 30 ans (4), 31 - 35 ans (3), plus de 35 ans (1).
Les femmes de l'échantillon sont pour certaines primipares, pour d'autres multipares possèdent entre 2 à 10 enfants. Si certaines vivent en ménage monogamique (6), d'autres sont épouses de maris polygames. Un nombre

réduit sont lettrées (3), traduisant le faible pourcentage de femmes alphabétisées. Toutes se disent "ménagères" mais la plupart (11 sur 15) reconnaissent avoir une activité (vendeuses (7), travaux de lessive (3)...).

. 8 vieilles et thérapeutes ont été interviewés :
3 hommes et 5 femmes de différentes ethnies : bambara, malinké, senoufo, peul, d'âge avancé (entre 48 et 75 ans), installés sur les marchés (4) ou pratiquant à domicile (4).

En milieu rural bambara :

. 25 mères ont été interrogées :
dont 20 ayant un enfant diarrhéique âgé de moins de 3 ans
dont 5 ayant un enfant non diarrhéique âgé de moins de 3 ans.
Les femmes rurales interrogées sont issues des communautés villageoises retenues :

- Sirakondjè : 4
- Kawera : 6
- Belekou : 5
- Worekela : 5
- Fana ville : 5.

Elles sont en grande majorité d'ethnie bambara (19) et pour une minorité d'autres ethnies numériquement moins représentatives dans cet arrondissement, peul(2), senoufo (3), malinké (1), bozo (1).
La plupart sont mariées (3 mères célibataires), 14 dans des ménages polygamiques, 8 dans des foyers monogamiques. Elles sont dites ménagères, mais toutes exercent des activités agricoles ou commerciales. Leur époux sont cultivateurs (18), marabouts (2), tailleurs (1). Si deux d'entre elles sont primipares (toutes 2 sont âgées de 17 ans) les autres sont multipares avec en moyenne 6 enfants, 2 mères sur 3 déclarent avoir des enfants décédés.

12 thérapeutes et tradipraticiens ont été interviewés :

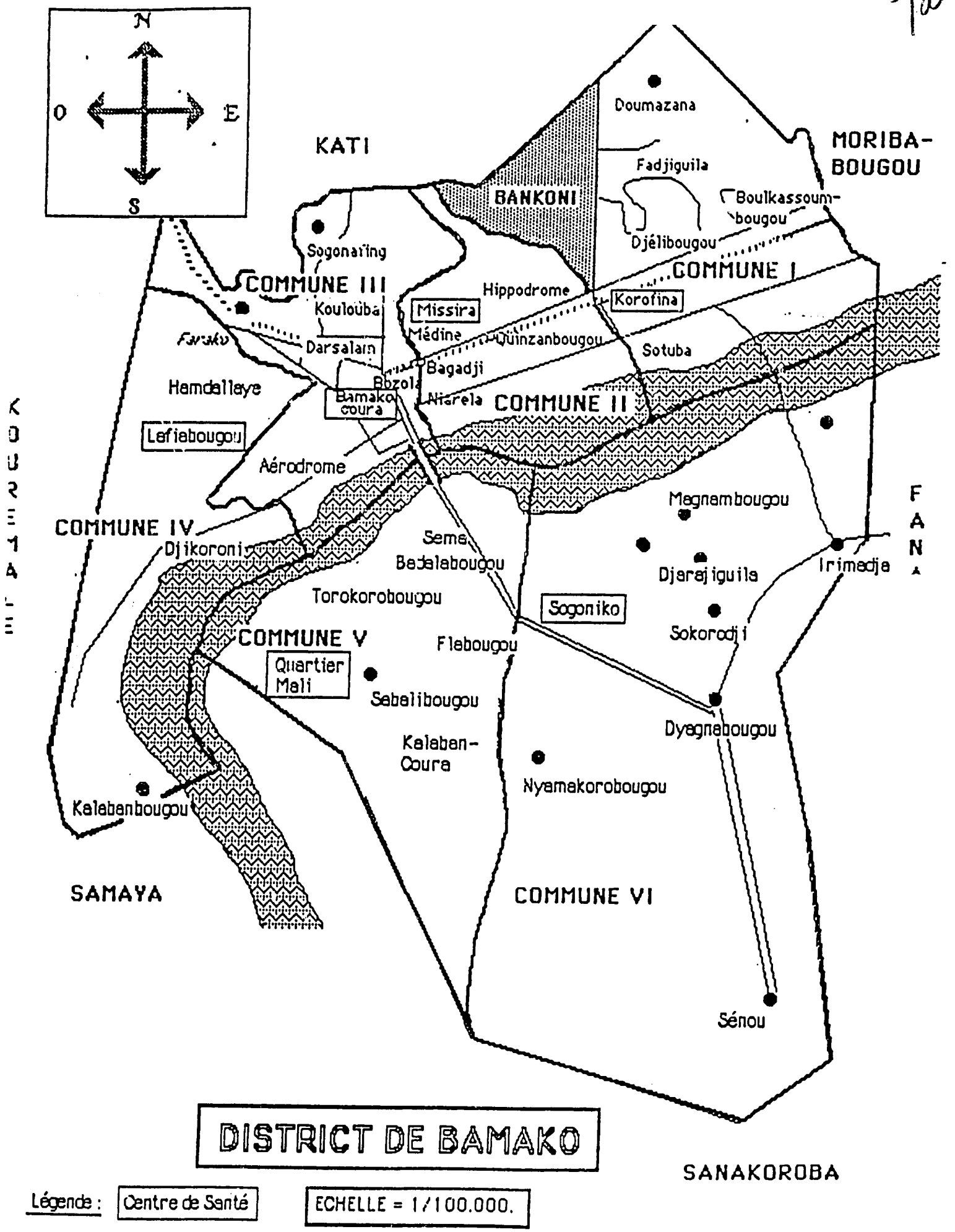
8 femmes et 4 hommes, âgés de 47 à 103 ans dont 10 bambara, 1 sarakolé, 1 malinké domiciliés à

Fana ville (2)
Sirakorojè (3)
Werekela (3)
Kowera (3)
Belekou (1)

dont 2 installés sur les marchés.

L'équipe de recherche :

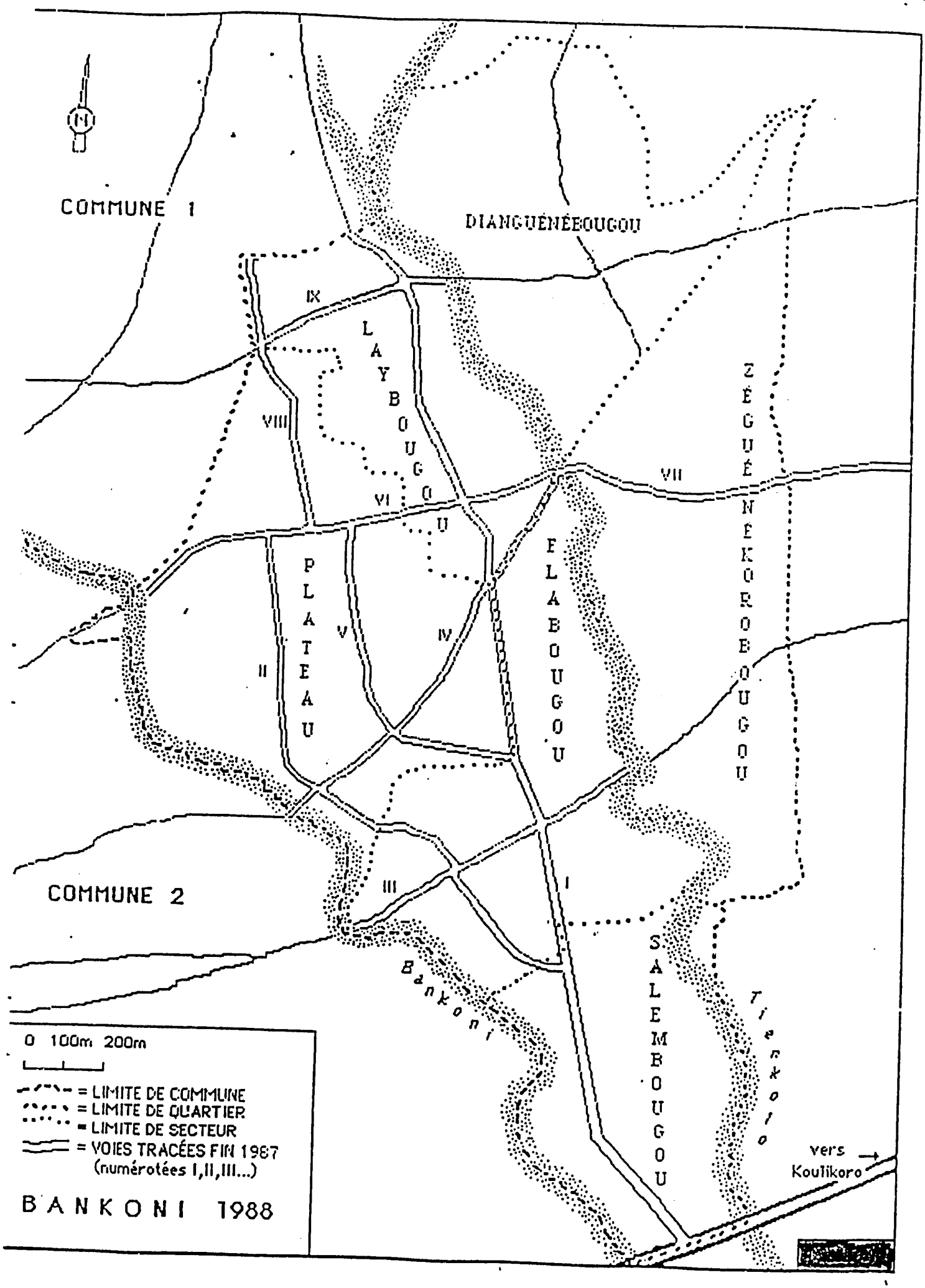
Afin de s'assurer de la pertinence de la recherche, de l'adéquation des outils et de l'utilisation des résultats



DISTRICT DE BAMAKO

Légende : Centre de Santé

ECHELLE = 1/100.000.


COMMUNE 1
DIANGUÉNÉBOUGOU
IX
LAYBOUGOU
VIII
VI
VII
ZÉGUÉNÉKOROBOUGOU
PLATEAU
V
IV
II
FLABOUGOU
COMMUNE 2
III
I
Bankoni
SALEMBOUGOU
Tienkolo
vers Koulikoro
0 100m 200m
= LIMITE DE COMMUNE
= LIMITE DE QUARTIER
= LIMITE DE SECTEUR
= VOIES TRACÉES FIN 1987 (numérotées I,II,III...)
BANKONI 1988

obtenus, l'équipe d'enquête a travaillé en étroit collaboration avec les membres du Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques. Elle a tout autant recherché une réelle pluridisciplinarité (sociologue, médecin, nutritionniste). Cette équipe s'est composée d'un consultant sociologue spécialiste en anthropologie. IL a été chargé de la conception de l'enquête, la finalisation des outils, la collecte des données, l'analyse des informations, la synthèse des résultats.
Deux personnes ressources (1 médecin, 1 sociologue) ont été associées (1 par zone d'enquête), lors de la phase de passation des entretiens.

- CHRONOGRAMME OU DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'étude s'est déroulée comme suit :

. Une phase préparatoire qui a comporté :

- La recherche bibliographique : collecte et analyse des données existantes
- L'information auprès de personnes ressources (spécialistes en IEC, nutrition, maladies diarrhéiques ...)
- La finalisation du protocole de recherche
- La conception et le prétest des outils d'enquête
- La sélection et l'initiation des deux chercheurs associés

. Une phase d'enquête :

Le travail sur le terrain a été mené durant six semaines par les consultants associés et supervisé par le consultant principal. Des supervisions, des rencontres et réunions fréquentes ont permis à l'équipe d'enquête d'échanger entre elle d'abord, mais aussi d'associer les membres du PNLMD au déroulement de l'étude.

. Une phase d'analyse et de synthèse :

L'analyse des données et propos recueillis a été effectuée en fonction des outils existants et suivant un découpage thématique, permettant de couvrir les objectifs de recherche assignés, de formuler des propositions opérationnelles en vue d'activités éducationnelles.

. Contraintes et vicissitudes de la recherche :

En menant nos enquêtes, nous avons été confrontés à un certain nombre de réticences et de contraintes qu'il convient de souligner. La qualité de la relation, l'écoute de l'autre, le respect de l'interlocuteur ont permis cependant de contourner ou d'amoindrir ces difficultés.

. Le temps des femmes :

En milieu urbain comme en milieu rural, la femme épouse et mère est écrasée de tâches, partagée entre les activités domestiques et les activités créatrices de revenus.
A Bankoni, la plupart des femmes enquêtées quittent au petit matin leur domicile pour rejoindre les marchés. Elles rentrent à la maison après avoir fait leur petit commerce, en début d'après midi... Fatiguées, elles doivent alors s'acquitter de leurs travaux ménagers. En milieu rural, durant la période d'enquête, les femmes étaient occupées à la récolte du coton, principale activité rémunératrice. Là elles ne pouvaient être disponibles que très tôt le matin ou très tard le soir. L'enquête qualitative exige des

entretiens longs, répétés et suivis, que s'instaure une certaine confiance et intimité. Le manque de disponibilité des femmes contrecarrent ces entretiens approfondis.

. La demande et les attentes des mères :

On peut souligner l'intérêt des mères pour les problèmes de santé de leurs enfants. Confrontées à la forte mortalité des jeunes enfants (en milieu rural, 2 femmes sur 3 précisent avoir perdu au moins un enfant), elles connaissent l'incidence de la diarrhée et ses effets dévastateurs. La plupart des mères interrogées 10 sur 15 à Bankoni; 20 su 25 dans les villages de Fana, possedaient un enfant diarrhéique au moment de l'enquête et vivaient donc concrètement et au présent cette réalité. Cependant les attentes des mères étaient tout autant matérielles (besoins en médicaments).
A Fana, notamment les communautés villageoises se sont plaint d'être sollicitées, d'être interrogées sur leurs problèmes de santé et que ces enquêtes n'aboutissent pas sur des résultats concrets.

. La méfiance et l'hésitation :

Les mères, les thérapeutes montrent trop souvent une certaine reserve à répondre aux interrogations des enquêteurs. Elles ne comprennent pas toujours le sens et la portée des questions, le pourquoi et l'utilisation qui en seront faits.
Les thérapeutes craignent de devoir divulguer leurs secrets ou recettes .... Aussi, trop souvent les enquêtés esquivent les questions, donnent des réponses stéréotypées, détournent l'entretien, ou disent ne rien savoir.
C'est pourquoi il était important de gagner la confiance des personnes à interviewer en se faisant introduire, en prenant en compte les règles sociales, en établissant des liens étroits.

. Le savoir limité des jeunes et l'emprise des vieilles :

Les entretiens individuels auprès de jeunes mères primipares mais aussi multipares ont montré combien leurs connaisssances en matière de soins aux enfants étaient limitées pour certaines d'entre elles. Elles justifient cet état de fait par la délégation de ces tâches éducatives "aux vieilles". Si elles se plaignent parfois de ne plus être écoutées, les femmes âgées remplissent un rôle certain dans les soins aux jeunes femmes. Leur emprise reste grande.
Aussi lors des entretiens de groupes, avons nous cherché à harmoniser l'âge des femmes présentes afin de palier l'emprise des vieilles et permettre que les plus jeunes puissent elles-aussi s'exprimer.

CHAPITRE I

PERCEPTIONS ET CONNAISSANCES DE LA DIARRHEE

Nous ne pouvions étudier le régime alimentaire de l'enfant diarrhéique, sans connaître le contexte plus général des perceptions, connaissances et pratiques détenues par les mères et les personnes chargées des soins aux enfants lors d'un épisode diarrhéique.
Nos investigations ont porté sur :

- La compréhension des signes d'une diarrhée
- Le répertoire et la classification traditionnelle des maladies diarrhéiques
- La perception de la gravité d'une diarrhée
- Les recours thérapeutiques.

Définition de la diarrhée

Les termes génériques bambara Boji : "selles en eau"; Kònòboli: "ventre court"; Kònòkari : "ventre cassé" désignent la diarrhée.
Les personnes enquêtées définissent la diarrhée d'abord par le nombre elévé de selles, ensuite par leur aspect liquide : "Ji ka ca".
Les interviewés, notamment les thérapeutes dont le savoir est plus vaste, évoquent des signes précurseurs de diarrhée :

- Un ballonnement : "a kònò bè ton"
- Des gargouillements : "a kònò bè mankan bò
  a kònò bè kulu"

De même la fièvre est perçue comme un symptôme avant coureur. La chaleur de la maladie "banafunteni" provoque une hyperthermie[1]
Si avant la diarrhée la température du corps s'élève,
"Kònòbara bè gonya".
"Ni fari kalayara, a kònò bè boli",
elle se régularise ensuite.
C'est pourquoi, une diarrhée accompagnée de fièvre est vue traditionnellement comme une diarrhée grave.
En milieu urbain comme en milieu rural, certains enquêtés constatent que la diarrhée débute la nuit : les selles nocturnes étant perçues comme anormales.

Classification de la diarrhée

Aux termes génériques précédemment cités, existent d'autres péxèmes qui désignent la diarrhée ou plus exactement les maladies diarrhéiques. Il nous a semblé important de répertorier cette terminologie, et d'examiner comment sont classifiées ces maladies. La catégorisation s'opère selon l'origine de la maladie, ses signes et symtpômes, ou encore son évolution.

Kònòboli gwansan : ou "diarrhée simple

Il s'agit là d'une diarrhée simple, naturelle dont on ne peut expliquer l'origine, dont la cause est attribuée à Dieu (Ala ka bana), ou qui résulte d'une simple prédisposition :
"Dow kònò ka nyi" : "Certains ont un bon ventre"
"Dow kònò man nyi" : "Certains ont un mauvais ventre"

Les selles sont abondantes, liquides et de couleur sombre: "bò bè fin", "a blennen do doòni".

Banakònòboli : ou "diarrhée des maladies"

Ce terme désigne la diarrhée qui accompagne une autre maladie (ainsi sumaya kònòboli traduit une diarrhée associée au paludisme).

---

1. Les notions de chaleur du corps ou de fièvre "farigan" semblent assez complexes en milieu bambara. La chaleur étant ici attribuée à un déséquilibre de l'exp.....

Cette forme de diarrhée, que certains appellent encore kònòbolijè, se caractérise par des selles très liquides, parfois sanguinolentes, par des vomissements et une forte fièvre. Elle est classée parmi les diarrhées graves.

Kolobò kònòboli - nyibò kònòboli : ou "diarrnée de la dentition"

Peu grave, naturelle, la diarrhée de la dentition est due au liquide secrété par l'enfant et avalé. Ces impuretés kolonogo provoquent alors la diarrhée, tout comme elles peuvent entraîner des maux d'yeux ou des maux de tête.
Ceux-ci sont plus fréquents, au moment où la dent prend racine (kolojusigi; kolodosigi; kolodilida).
La diarrhée de la dentition se caractérise par des selles mousseuses : kanga b'ala, des selles grumeuses : bò kisè kisè, a bè tigè tigè et parfois glaireuse : bò yiriyaralen do. De couleur blanche : a jelen do, son odeur spéciale (odeur de dent : kolokasa, odeur du sein maternel : sinkasa) la caractérise tout autant.

Un autre groupe de maladies diarrhéiques sont attribuée à l'allaitement maternel.

Sérékònòboli : ou "diarrhée de sévrage"

La diarrhée du sevrage résulte selon les enquêtés de l'élimination du lait maternel et du changement alimentaire survenu en cette phase.
"Sin nògò bè bò den kònò o tuma min"; " Sin ani dumuni tow tè ben".
Des normes préventives sont prises traditionnellement pour éviter cette forme de diarrhée. "I bè den kònò furakè yan ka na se sinbolituma" : utilisation de cordellettes : tafo, de plantes, de formules particulières gundo.
Cette diarrhée normale chez les nourrissons se caractérise par des selles blanchâtres.

Serebana kònòboli : ou "diarrhée due à une nouvelle grossesse de la mère

Dans la perception traditionnelle bambara, le lait d'une mère contractant une nouvelle grossesse se détériore.
Le lait maternel se transforme a bè yelema, il se coupe : a bè tigè, il devient chaud nònò bè kalaya et jaunâtre.
Ceci provoque une diarrhée chez l'enfant allaité nécessitant alors un sevrage brusque : "sinji de bè kalaya, i ka kan ka den dabò joona".

80% des mères interrogées connaissent le "serebana" et associe cette pathologie à la diarrhée qui peut être très grave/

Dlankafosere kònòboli : ou "diarrhée due à l'incompatibilité entre l'allaitement et la sexualité"

Traditionnellement, il est reconnu ou admis qu'après un rapport sexuel, le lait maternel est souillé "ka sin nogo". Le corps de la femme devient chaud, ce qui transforme la qualité du lait maternel... Aussi, il est conseillé aux mères qui allaitent de prendre certaines précautions après tout rapport sexuel :

- attendre avant d'allaiter l'enfant : "ka waati do kè".

- de laver ses seins : "ka sin ko ni ji ye"
afin que le lait maternel retrouve ses propriétés : "sin ka suma". Ce type de diarrhée se caractérise par des selles liquides et glaireuses. L'aspect de ces selles est semble-t-il comparé au sperme de l'homme (cèji).

Enfin, une maladie de la femme allaitante : "sinjibana", un état fièvreux de la mère, ou encore un lait maternel détérioré:

shyosin : le lait maternel a mauvais goût, une odeur de haricot. La femme lave ses seins avec leau dans laquelle ont trempé des haricots.

goboni : des insectes ont pénétré le corps de la femme et logent dans ses seins détériorant la qualité du lait, peuvent selon les enquêtés provoquer une diarrhée de l'enfant allaité.

Finfini : se présente comme un syndrôme colique de l'enfant. Elle résulte dans la compréhension traditionnelle d'une incompatibilité entre le lait maternel et le ventre de l'enfant.
Cette diarrhée du nourrisson se distingue par : un ballonnement, des gargoulements, des douleurs provoquant des cris, plaintes ou geignements de l'enfant, des traits noirs apparents sur le ventre du nourrisson : "a kònò finfinnen do", des selles très liquides, verdâtres un peu mousseuses.

Parmi les catégories de diarrhée, les enquêtés ont cité deux maladies :

- minin : amygdales - angines - maux de gorges.
- munan ou munanba ou bagira : affaissement de la fontanelle.

Ces maladies répertoriées parmi les maladies diarrhéiques ont une même explication, une même origine : des impuretés (pus, eau ...) descendent dans le ventre de l'enfant provoquant une diarrhée. Ainsi minin ou maux de gorge se caractérise par du pus situé au niveau de la gorge et descendant dans le ventre de l'enfant. Cette forme de diarrhée s'accompagne d'une anorexie (le pus entrave le passage des aliments et ne permet pas de les digérer).

Munan : se présentent comme un affaissement de la fontanelle. Attribuée à une transgression d'interdits, ou à une maladie contractée au cours de la grossesse, cette diarrhée provient selon les perceptions traditionnelles, de l'eau de la fontanelle qui descend dans le ventre de l'enfant. La diarrhée n'est autre que l'évacuation de ces impuretés : "nogo bè digi ka ta a kònò na".

Nous voyons que l'affaissement et l'écartellement de la fontanelle signes d'une déshydratation aigue consécutive à une diarrhée grave est dans la tradition appréhendée comme cause de diarrhées se caractérisent par des selles blanches, très fréquentes et liquides, accompagné de vomissements, ce type de diarrhée est repertorié comme très grave : "a ka jugu ni kònòboli beè ye".

Sanyamakònòboli ou balayanakònòboli se présentent comme des maladies diarrhéiques liées à des transgressions d'interdits. Plus citées en milieu rural, ces diarrhées jugées très dangereuses sont caractérisées par des selles blanches, parfois teintées de sang. Difficiles à émettre, elles sont reconnaissables par leur forte odeur (a kasa ka go).

Lemenenpo ou kononakelebe : sont repertoriées traditionnellement parmi les maladies diarrhéiques. Si certains pensent que ces diarrhées sont transmises par la mère "a bè soro ba de la", d'autres les attribuent au fait que la femme en grossesse a mis son pied dans l'eau de lavage d'une marmite dagafinji. Elles se caractérisent par des plaies internes joli bè nugu la qui débutent par le terminal du gros intestin et évoluent tout le sexe. Très douloureuses, ces diarrhées se reconnaissent par des selles glaireuses et sanguinolentes.

Togotogonin (dysenterie) et kobo - kotigè (prolapsus) sont traditionnelement appréhendés comme des aggravations de la diarrhée.
Des selles glaireuses yiriyaralendo, sanguinolentes bòjolima, peu importantes mais accompagnées de douleurs vives caractérisent le togotogonin.
Kobo et kotigè (prolapsus) sont accompagnés de selles glaireuses, sanguinolentes mais aussi de plaies au niveau de l'anus. L'anus est rongé par l'augmentation des selles (fréquence trop élevée) et par la chaleur des selles bòfunteni.

Gravité de la diarrhée

Selon les enquêtés, certaines diarrhées sont jugées naturelles, normales : "a bè kònò ko", elles lavent le ventre. Ainsi, la diarrhée de la dentition (nyibo kònòboli ou kolobo kònòboli) se présente comme une étape nécessaire, passagère.

"a den beè minè"	Elle attrape tous les enfants
"a bè temèn joòna"	Elle passe vite
" a te mè"	Elle ne dure pas ...

telles sont les expressions employées pour souligner son caractère ordinaire. Notons cependant que la diarrhée de la dentition apparaît un peu plus sérieuse et douloureuse chez le garçon : "a ka jugu cèmanima" et de dire :

"cè bè nyi ta tasuma la"	Les garçons attrapent les dents près du feu
"Muso bè nyi ta fiyè kòrò"	Les filles attrapent les dents près du canari.

D'autre part, comme nous avons eu à le noter, l'enracinement de la dent (kolodasigi) semble plus douloureux et aigu que la percée visible de la dent (nyibò).

La perception de la gravité diffère selon l'origine et le type de diarrhée "kònòbolijè" ou "sanyana" sont jugées comme très redoutable.

Certains signes reconnus témoignent traditionnellement d'une diarrhée grave :

. L'aspect des selles notamment leur couleur (selles verdâtres, selles noires, selles blanches), leur liquidité

La fréquence élevée des selles en moyenne 4 à 5 par jour

. La durée de la diarrhée 5 à 10 jours

. La non efficacité de traitement avec une persistance de la diarrhée 3 à 5 jours après la prescription

. La présence de sang (joli), de pus (nèn) ou de plaie (nogo) dans les selles. C'est pourquoi la dysenterie (togotogonin) est envisagée comme une aggravation de la diarrhée.

D'autres signes accompagnateurs :

- la fièvre élevée et persistante
- les vomissements (foòno)
- les douleurs dimi : (plus citées en zones rurales) sont associés à une diarrhée grave et figurent parmi les éléments pris en compte pour rechercher de nouveaux recours thérapeutiques (médecine moderne).

Evoquant la gravité de la diarrhée, les personnes interrogées soulignent l'affaiblissement de l'enfant, son état de fatigue générale. Les termes ou expressions alors utilisés sont nombreux et expressifs : "Kolofaga" - "farifaga" - "farikolosa"
"a bè den fagan ban"
"a b'a fasa"
"a b'a laci"
"a b'a barika ban"
"a b'a lafo"
"a bè den degun"
" a bè den toro".

En milieu bamakois, une personne sur trois (mères et thérapeutes) évoque alors la déshydratation de l'enfant : "a bè ji sama"; " a bè do bò fariji la".

En milieu rural, un thérapeute sur dix a fait allusion à la déshydratation mais aucune des mères interrogées soit 25 femmes ne l'a évoquée.
Les signes de déshydratation ne semblent pas connus des enquêtés (pour les populations bamakoises et rurales).
Cependant en zones urbaines et surtout en zones rurales, l'incidence de la diarrhée sur l'alimentation de l'enfant est perçue comme un facteur grave et inquiétant.
Une femme sur six à Bamako, une femme sur quatre dans les villages de Fana ont largement considéré cet aspet. Le fait que l'enfant ne s'alimente pas ou refuse de s'alimenter, le fait que le transit intestinal soit perturbé ont été évoqués par les interviewés :
"dumunikèbalya ka jugu den kònòbolitò ma"
"dumuni tè sigi"

"dumuni tè mara"
"kònòboli tè fen nafama bila a la"
"nyo tè mè a kònò, a be bò de fè"
"a bè min dun, a bè bò"

Recours thérapeutique

L'enquête CAP effectuée en 1989 montrait que devant un épisode diarrhéique chez l'enfant, 70% des personnes interrogées avaient recours à la médecine traditionnelle. Cette tendance se trouve une fois encore confirmée.
En zones urbaines, 65% des personnes interrogées font appel aux procédés traditionnels de soins et 85% en zone rurale.

. Le coût des soins de santé moderne
. La difficile accessibilité géographique des centres de santé tant pour les villages de l'arrondissement de Fana, que pour le quartier de Bankoni
. La qualité de l'accueil et des soins dispensés (longue file d'attente, attitudes désagréables du personnel de santé ...)
. La compréhension et l'interprétation de la diarrhée "les médicaments traditionnels ont leur place car nous sommes en Afrique et tout est possible "(protection contre les attaques éventuelles , empoisonnement, maraboutage...) expliquent pourquoi les mères se tournent d'abord vers les tradipraticiens.

L'étude a permis de recenser un certain nombre de procédés thérapeutiques traditionnels : cordelettes, gri-gri, plantes médicinales;
Ainsi à titre préventif des cordelettes "tafo" sont utilisées, des plantes sont employées :

- pour protéger l'enfant contre les éventuelles malveillances (jalafaga ; nyomigoni ; nsereninjè (fious itéophylia).

- pour prévenir l'enfant des risques d'une éventuelle grossesse de la mère (tafo cordelette)

- pour préparer l'enfant à l'introduction d'aliments solides (alanyo : chlorophtylum senegalense)
(alakasingi :)

- pour faire grossir l'enfant (buluku foloba combretum lecardii).

A titre curatif de nombreux traitements sont employés. Nous avons pu répertorier certains noms de plantes utilisées par les thérapeutes et les mères.
Compte tenu du fort taux d'utilisation de la pharmacopée traditionnelle dans le traitement de la diarrhée, il convient de mener de plus longues investigations; afin de recenser toutes les plantes utilisées et leur mode d'utilisation mais aussi afin de tester leur efficacité médicamenteuse.
Les plantes repertoriées sont ici catégorisées selon le type de

diarrhée diagnostiqué.

Kònòboli gwansan :
- denbabulu : feuilles de Combretum Lecordii Kinkeliba à fleurs rouges
- Suruku nyènyè : Herria insignis
- denbasinji : Euphorbia hinta
- kuncèfura
- njekubanyènyè : Lannea velutina raisinnier velu
- Tleninbulu :
- N'tonkebulu : feuilles de Ximenia american prunelier chinène
- Bakoronpeku : Lannea velutina raisinnier velu

Banakònòboli :
- Nyènyèka : Combretum mole Kinkeliba velout
- Sagwan : Bridelia ferruginea
- Ntereninfu : Pteteolsis suberosa

Kolobokònòboli :
- Tutubulu : Fevillez de Panigari curatellifoli tutu blond
- Forokoloci : Gardenia sokotensis
- Nyikelen
- Denbasinji }
- Dabodableni } --> Euphorbia hirta
- Kalakeribleni : Herria insignis
- Gòlòbè ou nkòlòbè : Combretum micranthum) vrai quinqueliba
- Nsònyè - Leptendenia hastata
- Bojara - Sida Rhombifolia
- Sumakala
- Sinafoga : Ecorces de baobab Andosonia digitate
- Nyamaba : Piliostigma Honningii
- Kologwèrèn : Ofilie caltidifolia
- Kolokolo : Afromosia Laxiflora
- Zabanfura : Saba Senegalensis
- Julasenkelenin : Feretia apodenthera
- Dabadableni : Euphorbia hinta
- Npekuba : Lannea microcarpe vrai raisinnier

Serekònòboli :
- Seretoro pilé séché en poudre : Ficus Capensios petit sycomore
  Wòlò : Terninalia
- Cèkala : Cymbofogongiganteus

Finfini :
- Samasenba : Atroegle SP
- Nyananin : Piliostigna raticulate
- Timintimini : Scofenia dulois
- Ntomibulu : Feuilles de Tamarindus indices fomorinier

Minmin :
- Donkari
- Balakawuli

Samyanakònòboli : . Damalenbulu
. Sagwanbulu : Feuilles de bridelia ferruginea

Bolonyama kònòboli : . Safolo
. Sanonyè

lunan bagina : . Nerekolo noix de néré calcinée passée à la moule ajoutée à du karité et déposée sur la fontanelle
. Tête de pintade brulée, écrasée et mélangée au beure de karité et déposée sur la fontanelle
. Nyamabulu
. Gwelebulu feuilles de Prosopis africana
. N'barabara
. Julasenkolenin Feretia apodenthera

Lemenenpo Kònònakelebe . Nambla
. Musofin Eclipta postrata
. Sagwan + tokorobulu
. Ntonkemugu
. Fulasisan Trichilia roko
. Sonyè
. Gwèlè (gele) Prosopis africana

Kobò - Kotigè . Jutoni
. Jirini malola
. Musofin Eolipta prostrata

Togotogonin . Kori Acacia pennenta

On note que l'auto médication moderne est relativement élevée :

- 20% des personnes interrogées en milieu urbain,
- 12% en milieu rural

ont recours aux médicaments modernes sans prescription médicale du personnel de santé. Les principaux médicaments auto-consommés sont:

- le ganidan
- les antibiotiques (Kunbléni)

Très facilement disponibles même sur les marchés de quartier.

Si à Bamako, une femme sur trois a cité les sachets "Keneyaji" comme traitement de la diarrhée, dans les villages de l'arrondissement de Fana, aucune des personnes interrogées n'a évoqué la réhydratation par voie orale.
Rappelons qu'aucune des femmes interrogées en zones rurales n'avait cité la déshydratation comme signe de gravité d'une diarrhée.
Les sources d'information sur le "Keneyaji" des femmes urbaines sont par ordre d'importance :

- le personnel des centres de santé
- les média (Radio - télévision)
- les parent(e)s et ami(e)s.

La fréquentation des centres de santé reste très faible, 3% en

zones rurales, 15% en zone urbaine des mères d'enfants diarrhéiques s'adressent au personnel socio-sanitaire. Il faut souligner que dans la plupart des cas :

- les mères associent traitement moderne et traitement traditionnel :
  "J'associe les deux traitements. Quand je quitte le centre de santé, je vais directement au marché voir les vieilles. Les deux traitements ont chacun leur place"

- les mères n'ont recours aux services modernes de santé qu'après échec des procédés thérapeutiques traditionnels.

Notre enquête sur les connaissances et pratiques face à la diarrhée de l'enfant a montré les perceptions et appriori sur la gravité des épisodes diarrhéiques et leurs manifestations. Il convient de renforcer la diffusion des messages selon lesquels toutes les diarrhées sont graves et qu'il n'y a pas de diarrhée normale ou ordinaire.

Répertoriant les maladies diarrhéiques nous avons pu dégager une classification traditionnelle. Cette catégorisation opérée sur l'étiologie, la symptôlogie l'évolution de la maladie diffère du découpage défini par la médecine moderne. Ainsi l'allaitement maternel est fortement entouré de connotations, de préjugés.

Lorsque nous nous sommes interrogée sur la compréhension des signes de gravité, nous avons noté que si une mère urbaine sur trois aborde le thème de la déshydratation, en zones rurales, ce phénomène physiologique reste mal connu. Certains signes prévus de déshydratation tel l'affaissement de la fontanelle y sont perçues non comme symptôme d'une déshydratation mais comme cause.
Aspect positif qu'il convient de souligner, la relation diarrhée/ alimentation est apparue tant pour les enquêtés bamakois que pour les populations rurales comme un facteur de gravité.

Le recours thérapeutique se trouve à 70% dans l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle, un domaine d'investigation quant aux recherches opérationnelles futures à mener par le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques. L'auto-médication moderne incontrôlée s'avère trop fréquente. Des messages éducatifs devraient pouvoir être diffusés pour diminuer ces pratiques dangereuses et inadéquates.
La fréquentation des services modernes de santé se présente comme la dernière alternative dans l'itinéraire thérapeutique de l'enfant diarrhéique, ce qui peut expliquer le fort taux de cas de diarrhée aigue reçus dans les formations sanitaires.
Là encore, les conseils aux mères devraient cibler cette réalité et leur suggérer de se présenter rapidement au personnel socio-sanitaire.
Si dans les quartiers bamakois, une mère sur trois cite les sachets de réhydratation "Keneyaji" pour le traitement des diarrhées, en zones rurales, la R.V.O. n'a nullement été évoquée par les enquêtés. Un vaste travail d'information reste à mener.

CHAPITRE II

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES MERES

Nous ne pouvions parler du régime alimentaire de l'enfant diarrhéique sans répertorier et comprendre les connaissances et pratiques des mères concernant l'alimentation de l'enfant en bas âge. Nos investigations ont porté sur

- le sevrage et ses modalités
- la composition des repas
- la fréquence des repas
- les modalités de prise des repas
- les spécificités alimentaires de l'enfant en comparaison au plat familial
- l'expression des besoins alimentaires par l'enfant et la perception de ration alimentaire
- la notion de ration alimentaire
- la stimulation des mères devant le refus d'un enfant bien portant
- la stimulation des mères devant le refus d'un enfant malade

. Les modalités de sevrage :

L'âge de sevrage varie relativement peu du milieu péri-urbain au milieu rural.

	Fana	Bamako
Avant 2 ans	46%	53%
A l'âge de 2 ans	38%	57%
Après 2 ans	16%	10%

On peut donc affirmer que la grande majorité des enfants 84% en zones rurales, 90% en zones péri-urbaines sont sevrés avant l'âge de 2 ans. Ceci confirme que la pratique des sevrages tardifs après 2 ans est peu appréciée des mères.

Le sevrage s'avère encore relativement brutal 96% à Fana, 79% dans le quartier urbain enquêté.
Les principaux procédés de sevrage que nous avons pu répertorier sont :

- l'utilisation de "nasiji" et donc des compétences d'un marabout;
- L'onction des seins par différents produits (banco, sol, piment, nivaquine ...);
- L'emploi de somnifères notamment de phénergan
- La séparation d'avec la mère en confiant l'enfant à une grand'mère, à une tierce personne, en particulier durant la nuit.

88% des personnes interrogées dans l'arrondissement de Fana et 72% de celles enquêtées à Bamako pensent que le sevrage s'accompagne de complications. Parmi celles citées, la diarrhée figure en premier chef 59% en zones rurales, 63% à Bamako.
Rappelons que le terme "serekonoboli" désigne la diarrhée dû au sevrage. Elle est traditionnellement attribuée à l'épuration des restes de lait maternel "nònònogon" et à la dichotomie entre le lait maternel et les nouveaux aliments administrés.

Il apparaît, dans les deux zones d'enquête, qu'en période de sevrage, l'enfant fasse l'objet d'un régime alimentaire particulier tant en quantité qu'en qualité. En effet, on note une nette tendance à donner très souvent à manger à l'enfant. L'enfant s'alimente "à la demande autant qu'il le veut".
Les enquêtés tant en milieu urbain que rural expliquent cette fréquence élevée dans la prise de repas :

- L'explication la plus courante est la compensation affective "pour que l'enfant oublie le sein"
  "pour qu'il ne cherche pas trop le sein"
  "pour qu'il ne pleure pas trop"
- Pour les personnes interrogées, le fait d'administrer

très fréquemment des aliments à l'enfant, le prépare à son nouveau régime alimentaire :
"a b'a ka nugu deli a la dooni dɔoni"
"cela habitue progressivement son ventre"

- L'enfant ne peut suivre le rythme alimentaire de l'adulte et doit s'y habituer progressivement
"denmisenin ani mogokòròba te kelen yé".

Notons que la plupart des mères administrent à l'enfant des médications traditionnelles pour l'aider à accepter son nouveau régime alimentaire.
"dumunifura b'a nugu dayelen" = Le médicament pour manger lui ouvre l'intestin.

- La compensation nutritionnelle en période de sevrage est exprimée par 20% des personnes interviewées "nyo te sinjibarika bò". Le mil ne peut être comparé au lait maternel. Aussi en cette période particulière pour l'enfant, la qualité des aliments administrés varie.

Traditionnellement, lors du sevrage un repas particulier est préparé durant 3 jours pour consacrer ce passage. Le repas se compose de poulet "sinbò shè"; de bouillie "moni ou de dègè".
En cette phase de sevrage et pour les causes plus haut évoquées, les mères recherchent :

- Les aliments légers contrairement aux aliments lourds "fenguiriman" (difficiles à digérer, qui donnent trop de selles, et nécessitent de beaucoup boire)

- Les aliments liquides

- Les aliments qui épurent le ventre (la carpe sechée "n'tebenjalen" facilite l'évacuation des impuretés "kononogo ka bò).

Les aliments les plus cités par les mères et les tradipraticiens sont :

. les bouillies (seri - moni - rouille) : 85%
. la soupe de poisson : 62%
. le lait : 58%
. le tò : 20%
. la viande : 29% de préférence en soupe

1 personne sur 4 justifie son choix par le fait qu'il faille donner une alimentation riche à l'enfant. Les termes employés en bambara pour exprimer. Ces aliments de qualité sont :
"Dumuni nafama"
"Negela dumuni"
"Dumuni duman"
"Negebato dumuni".

2 personnes sur 3 en brousse comme en ville évoquent les difficultés financières qui les empêchent de donner à l'enfant le régime alimentaire souhaité.

1 personne sur 2 dans les villages souligne la non disponibilité des produits désirés pour l'enfant.

Notons que parmi les aliments souhaités donnés à l'enfant sevré sont cites des produits nouvellement introduits dans le milieu :

. les pommes de terre (en ville)
. les "macaroni" (dans les villages)
. le café (en milieu urbain et rural).

<u>La composition et le rythme des repas</u> :

Les aliments administrés à l'enfant sevré âgé de moins de 30 mois sont :

Lors du repas du matin :

La bouillie simple	: 64%
La bouille enrichie de lait	: 19%
Le lait simple	: 9%
Le café	: 7%
Autres	: 1%

Plus de 8 enfants sur 10 consomment de la bouillie au petit dejeuner. Mais un nombre limité 2 sur 10 bénéficient d'une bouillie enrichie de lait.
Les données recueillies sur la composition des bouillies confirment cette tendance.
A Fana 76% des mères interrogées administrent à l'enfant une bouillie simple. 24% y ajoutent du lait ou du sucrre dont 13% les 2 ingrédients.

A Bamako, 68% des mères interrogées administrent à l'enfant une bouillie simple. 32% y ajoutent soit du lait ou du sucre dont 20% les 2 ingrédients.
Le lait additionné à la bouillie se trouve être du lait caillé, du lait frais mais généralement pas du lait en poudre.

Lors du repas de midi :

Le repas familial (riz, to) : 56%
La bouillie simple : 21%
La bouillie enrichie de lait : 4%
Un repas spécial : 15% dont le poission : 7%
les pommes de terre : 4%
la viande : 3%
les macaronis : 1%
Le lait simple : 4%

Plus de la moitié des enfants sevrés 56% consomment le repas familial à midi. 25% consomment de la bouillie et moins de 2 enfants sur 10 reçoivent un repas spécial. Parmi ceux-ci, la moitié reçoivent du poisson.

Lors du repas du soir :

La bouille simple : 33%
La bouillie enrichie de lait : 8%
Le lait seul : 22%

Le repas familial (to, couscous) : 20%
Rien : 10%
De l'eau : 6%
Un repas spécial : 5% dont le poisson : 4%
Du café : 4%

Lors du repas du soir, seulement 2 enfants sur 10 reçoivent un repas solide. La grande majorité des enfants reçoit un repas très léger. On note même une tendance (plus accentuée en milieu rural) à ne rien donner à l'enfant. 16% des enfants ne prennent rien ou uniquement de l'eau.

Les mères évitent de donner trop à manger à l'enfant le soir, et surtout la nuit. Les raisons évoquées sont :

- "l'enfant ne doit pas prendre de mauvaise habitudes"
- "l'enfant qui mange à n'importe quelle heure de la nuit dérange sa mère"
- "l'enfant ne doit pas trop manger le soir sinon il aura des selles nocturnes (selles jugées anormales)"
- "l'enfant qui mange la nuit aura trop de selles"
- "l'enfant qui va à la selle la nuit dérange sa mère"
- l'enfant ne doit pas sortir en pleine nuit pour aller à la toilette sinon les mauvais génies l'attrapent" ...

<u>Le rythme des repas</u> :

En milieu urbain comme au sein des communautés villageoises, la tendance est de donner en moyenne 5 repas à l'enfant en bas âge :

- au réveil
- vers 10h
- à midi
- vers 15h
- le soir (vers 19h).

Les principales justifications avancées par les personnes enquêtées sont :

"Un enfant a besoin de manger plus souvent que les adultes"

"Un enfant mange moins à la fois et donc doit manger plus souvent"

"Le rythme alimentaire de l'enfant et celui de l'adulte ne sont pas les mêmes ...".

Ce supplément alimentaire donné à l'enfant consiste dans 8 cas sur 10 en un reste de repas "<u>dumunito</u>", ou en une partie prélevée pour l'enfant <u>nyèsigidumuni</u> et conservée à son intention.

Aussi tant en milieu péri-urbain, qu'en zones rurales, les mères conservent la bouillie du matin qui est administrée dans le courant de la matinée.

Les mères conservent "une part" du repas de midi qui est donnée a l'enfant vers 15.16H.
Soit les mères prélèvent donc la part de l'enfant au moment du partage, soit elles conservent les restes de repas.

Les personnes interviewées expriment certaines règles quant à la conservation de ces aliments reservés aux enfants :

- les aliments gardés pour l'enfant ne doivent pas avoir été touchés, triturés en particulier par les adultes : "dumuni min ma logobè", "dumuni nogolen te". Il s'agit d'aliments qui sont dits "propres", "u tinyenen te".

- Les aliments conservés doivent être couverts.

- Les aliments ne doivent pas être consommés passé un certain délai (d'un repas à l'autre, dans tous les cas moins de 12 heures).

- Les mères ignorent certaines conditions de conservation des aliments en particulier la température ambiante.

La tendance est à ne pas chauffer les restes de bouillies.
On les chauffe pour diluer une bouillie qui a trop coagulé.
On ne les chauffe pas :

- par habitude
- parce que les mères manquent de temps
- parce que les aliments ne peuvent être consommés chauds par l'enfant
- parce que les aliments sont bien conservés.

En effet, la tendance est à réchauffer les repas qui semblent avoir tourné, être avariés.

Concernant les restes de repas de midi, les mères ont tendance à chauffer la sauce :

- par habitude
- parce que c'est plus agréable au goût :à be dumuni diya
- parce qu'un repas froid donne des maux de ventre à l'enfant.

La tendance est de ne rien ajouter aux sauces. Lorsque les mères ajoutent quelque chose à la bouillie, c'est surtout pour la diluer:
"N'a dunulen"
"N'a geleyara"
"N'a simi"
Elles ajoutent pour la plupart de l'eau, dans de plus rares cas du lait (frais ou caillé).

Le repas spécial :
Il s'agit là d'un repas spécialement préparé pour l'enfant. Si les personnes reconnaissent la nécessité d'administrer à l'enfant en bas âge, un repas spécial, un bon

repas, "dumuni nafama"; "dumuni duman"; "negebato dumuni" seuls 2 enfants sur 10 peuvent bénéficier de tels repas. Les principales raisons évoquées restent :

- la non disponibilité financière
- la non disponibilité des aliments
- le manque de temps
- le manque d'habitude
- le désir de bien éduquer l'enfant. "Il doit être habitué à tout manger". En effet, dans le processus de socialisation de l'enfant, il est indiqué que l'enfant soit élevé durement, cela passe d'abord par une alimentation courante :

"<u>den ka kan ke dege fen beè la</u>" :
"L'enfant doit apprendre à tout manger"

"<u>Ni den delila fen dowla, n'a ma a dumuni sòrò a bè na segen, i bè na segen</u>" : "Si l'enfant est habitué à certains aliments, le jour où il ne les aura pas, il sera fatigué, tu seras (sa mère) seras fatiguée"

"<u>Ni y'a kelenta dya a kunfè, a ta son jamana dumuni na</u>".

La tendance est à donner un plat spécial à l'enfant :
- au moment du sevrage -(caprices - rythme alimentaire)
- Si l'enfant est malade : "si l'enfant est bien portant je lui fais rien de particulier, s'il est malade alors c'est autre chose ".

Lors de nos observations : sur les 25 cas observés en milieu rural, 8 enfants bénéficiaient d'un repas spécial ou supplémentaire : ces aliments se trouvaient être :
- du couscous et du lait (3 cas)
- du haricot (2 cas)
- du pois de terre (2 cas)
- du poisson (1 cas).

<u>Les modalités de prise de repas</u> :

Plat commun - plat individuel : Il est important de cerner si l'enfant prend ses repas dans le plat commun ou au contraire s'il les reçoit dans une tasse séparée. Il ressort de nos enquêtes que des comportements similaires se retrouvent en zones péri-urbaines et rurales. On note qu'environ 56% des enfants mangent dans le plat commun avec d'autres membre de la famille:

23% des enfants mangent seuls dans un plat séparé
21% des enfants mangent avec leur mère.

Les mères justifient le fait que l'enfant mange dans le plat commun avec d'autres personnes notamment avec des enfants par un souci de socialisation - le partage de nourriture essentiel dans le milieu bambara apprend à l'enfant la fraternité, la vie collective, permet d'éviter les tendances individualistes "N'a korobayara a te na son

ka jè mògòtòw fè". "Tous les enfants sont les mêmes devant la nourriture". Certaines personnes pensent qu'associé à d'autres, l'enfant est plus enclin à manger, plus motivé.

. Les enquêté(e)s justifient le fait que l'enfant mange dans un plat séparé par les arguments suivants :

- "parce que l'enfant mange lentement"
- "car l'enfant ne mange pas comme les adultes"
- "pour mieux le surveiller"
- "pour que l'enfant mange bien, à sa faim"
- "pour que l'enfant apprenne à manger correctement"
- "parce que l'enfant mange salement et que les autres n'aiment pas voir les saletés de l'enfant"
- "parce que lorsque l'enfant mange seul cela repose la mère"
- "parce que lorsque l'enfant mange dans un plat séparé, la mère peut vacquer à ses activités ménagères".

Les enquêté(e)s qui pensent que les jeunes enfants doivent manger avec leurs mères avancent les raisons suivantes :

- pour que les mères leur apprennent les règles de politesse
- pour que les mères les aident à manger
- pour que les mères les "surveillent" (voir la notion de surveillance)
- pour que les mères voient ce que l'enfant mange.

Les enquêtées soulignent là encore cependant le cas spécifique des enfants en cours de sevrage ou les enfants malades qui doivent avoir un plat séparé.
"Mon enfant mange avec les autres. C'est ce qui est bien dans le milieu bamanan, mais quand il est malade, c'est différent, je lui donne sa part dans un plat pour lui seul"

<u>La surveillance des repas</u> :

Nos observations sur les modalités de prise de repas ont montré qu'en milieu rural dans 2 cas sur 3 le repas était donné par une tierce personne et qu'à Bamako parmi les cas examinés 1 fois sur 2 une autre personne que la mère s'occupait de l'enfant lors des repas. Il s'agit le plus souvent d'une grand-mère (surtout au sein des communautés villageoises, d'une grande soeur ou autre parente de la famille.

- Le manque de temps disponible, la surcharge de travail

des femmes tant dans les villages que dans les quartiers urbains;

- Le rôle des vieilles dévolu dans la société traditionnelle bambara à l'éducation et aux soins aux jeunes enfants;

- L'apprentissage par les jeunes filles de leur futur rôle de mère;

- Le processus de socialisation de l'enfant qui passe dès l'âge du sevrage par un détachement de la mère et une prise en charge par le groupe :"den, beé ta don" - "den ye foroba yé" - "l'enfant appartient à tous".

peuvent expliquer la fréquence de la non implication des mères quant à l'administration des repas aux jeunes enfants.
Les enquêtés justifient la surveillance des enfants lors des prises de repas :

55% pour des raisons d'hygiène fènfinw nògò

- pour que des saletés (nyagasa, fènjugu) ne s'introduisent pas dans le repas de l'enfant

- pour que les animaux ne s'approchent pas du plat

- pour qu'après le repas, le plat soit couvert.

La conception de l'hygiène ne prend pas seulement en compte les notions propre/sale mais considère aussi toute éventuelle contamination de la nourriture par malveillance, méchanceté ou convoitise (juguya) "Ni fenjugu dira den ma i b'a kolosi".

35% pour apprendre à l'enfant les règles de politesse et les normes sociales :

- pour que l'enfant apprenne à manger proprement

- pour que l'enfant ne gâche pas la nourriture 'Nyò tinyè man nyi"

pour que l'enfant ne mange pas trop, ne prenne pas de grosses tartines.

En effet, manger avec excès va à l'encontre des règle de politesse. Trop manger est perçu avec dérision et dénigrement. Il est conseillé de manger modérément pour ne pas avoir à affronter la gêne sociale (maloya). Nombre de proverbes et de contes tournent en dérision les gourmands (luguman). Le terme péjoratif dumuniden qualifie celui qui a tendance à manger sans contrôle.

15% soit moins de 2 personnes sur 10 pour s'assurer que l'enfant a assez mangé :

Ceci nous conduit à aborder les notions de besoins

alimentaires, expressions des enfants, perceptions par les mères.

Les besoins alimentaires de l'enfant

. *L'expression des signes de faim - de soif* :
Il nous a semblé interessant de savoir comment les mères et personnes impliquées dans les soins aux jeunes enfants perçoivent l'expression des besoins alimentaires des enfants.

. *L'intervale de temps entre les repas* : 1 mère sur 3 tient compte de la durée entre les repas. "Ni den ména, a ma dumuniké ne be fèn d'a ma". Cet intervalle de temps est évalué à 2/3 heures. Le rythme alimentaire de l'enfant se différencie pour les mères, du rythme de l'adulte et comprend environ 5 repas par jour.

. *Les attitudes de l'enfant* : Nombre de comportements de l'enfant suggèrent aux mères que l'enfant a faim.
Ainsi 85% des personnes enquêtées évoquent d'abord les pleurs.
D'autres manifestations sont aussi citées :

- l'enfant est grognon
- l'enfant est calme, mou
- l'enfant est triste
- l'enfant ne joue pas
- l'enfant tourne autour de sa mère
- l'enfant se réveille en pleurant
- l'enfant va vers la nourriture
- l'enfant tend la main vers le plat, vers l'eau.

. *Les signes physiques* : 1 mère sur 3 et 1 thérapeute sur 2 font référence à des signes physiques : le ventre de l'enfant étant "dégonflé". Quelques formules bambara exprime cet état :

- "a kono jiginen do"
- "naga be moso moso ka ta a ko kolo la"
- "naga cira"
- "kònòbara jiginen ju fè"
- "kònòbara lacira".

. *La référence à la mère* : La détermination des besoins de l'enfant se fait aussi, peut être de façon inconsciente et spontanée, en référence aux besoins propres de la mère. Ainsi, nombre de mères donnent à boire à l'enfant lorsqu'elles mêmes boivent, geste très fréquent et significatif.

La notion de besoins alimentaires :

La norme sociale : Comme nous avons déjà eu à le souligner, la norme sociale, les principes éducatifs exigent que l'enfant :

- soit habitué à manger de tout, afin de l'initier et de lui apprendre à affronter n'importe quelle situation

- soit habitué à manger sans excès. La règle sociale veut que l'enfant mange avec mesure et que "le gourmand" soit tourné en dérision. Ce principe est renforcé par la conception selon laquelle manger avec excès provoque

diarrhée et/ou vomissements

- soit vite autonome et apprenne à manger seul, signe de socialisation et d'intégration au groupe. .

La détermination de la ration : Si 54% des enquêtés pensent que l'enfant détermine lui même sa ration :
"Ni den faga yòrò min na, a bè wuli"
46% pensent au contraitre que c'est à la mère de quantifier la nourriture.
La plupart des interviewés évoquent les signes de satiété qui permettent aux mères de déterminer les besoins de l'enfant :

- quand l'enfant joue avec la nourriture
- quand l'enfant se lève
- quand il ralentit son rythme alimentaire
- quand il tourne la tête...

L'alimentation et le sommeil : 95% des personnes interrogées (mères et thérapeutes) tant en zones urbaines que rurales pensent qu'il ne faut pas réveiller un enfant qui dort pour le faire manger.
D'abord, parce qu'en règle générale, il faut éviter de rompre le sommeil d'un enfant. Les enquêtés citent les conséquences de ces réveils brusques, conséquences sur la santé physique et l'état psychologique de l'enfant. Rompre le sommeil d'un enfant entraine, selon eux :

- la fièvre : farigan
- des maux de tête : kunkolodim
- des sentiments de peur : ja bè pan
  ja bè wuli
  ja bè tigè
- un manque d'intelligence : hakili bè tinyè.

Ensuite parce qu'en réveillant un enfant, il ne sera pas en mesure de manger :

- il ne sera pas bien réveillé : a nyè ma jò
- il sera paresseux : a fari fagalen do
- il n'aura pas d'appétit : a nugu ma bo nyogon na
  a nugu ma wuli : "Son intestin ne s'est pas reveillé"

L'enfant auto-régule son sommeil, tout comme il est très autonome dans son rythme alimentaire. La tendance est donc de ne pas troubler le sommeil de l'enfant. Un sommeil nocturne régulier, non troublé reflète selon les enquêtés un état de bonne santé de l'enfant.

L'alimentation et le jeu :

Dans les villages de l'arrondissement de Fana, 65% des

personnes interviewées pensent qu'il ne faut pas appeler un enfant qui joue pour manger. Au contraire, 35% pensent qu'il faille l'appeler.
Par contre, en milieu urbain bamakois, la tendance est inversée :

55% des enquêtés pensent qu'il importe d'appeler l'enfant.
45% pensent qu'il faut le laisser jouer.

On note, ici encore une réelle tendance à laisser l'enfant autonome de réguler ses besoins alimentaires :

"Il sait quand il a faim"
"S'il a faim, il revient de lui-même".

Ceux qui pensent qu'il est nécessaire d'appeler un enfant pour manger alors qu'il est en train de jouer, avancent pour la plupart des arguments d'ordre socio-éducationnel :

- "L'enfant doit avoir de bonnes habitudes"
- "L'enfant ne doit pas manger ailleurs"
- "L'enfant mange dans le plat commun, il doit être présent aux heures des repas pour ne pas gêner ceux avec qui il mange".

Seul 7% des enquêtés ruraux et 10% des enquêtés urbains pensent qu'il faille inciter l'enfant à manger et privilégier l'aspect nutritionnel : "Manger est plus important que le jeu".

L'étude montre encore que les personnes de notre échantillon n'assimilent pas forcément un état de malnutrition de l'enfant à un besoin nutritionnel. Elles déclarent alors " que l'enfant est né comme ça", que "c'est sa nature". On peut penser aussi que les mères attribuent l'anorexie de l'enfant ou son état nutritionnel défaillant à d'autres causes extérieures : maraboutage, sorcellerie ...
Les facteurs alimentaires ne sont les seuls considérées quant au développement physique et pondéral de l'enfant.

<u>Les besoins alimentaires/autres besoins</u> :

A la question : si demain, vous aviez de l'argent qu'est ce que vous acheteriez à votre enfant ?
58% des personnes interrogées ont opté pour la satisfaction de besoins alimentaires mais 42% soit plus d'une personne sur 10 ont évoqué d'autres besoins :

- les habits
- les bijoux et parures
- le petit matériel (tasses, bols, ...)
- les jouets.

Les besoins autres qu'alimentaires sont plus cités en milieu urbain que rural où sont vendus des produits de consommation variés et

nouveaux.

La stimulation de l'enfant à s'alimenter :

L'enfant bien portant : Devant le refus d'un enfant sain à s'alimenter :

* seul 45% des personnes interrogées pensent qu'il faille inciter l'enfant.

* 30% des mères et thérapeutes trouvent que l'anorexie n'est pas grave, qu'elle se présente comme normale et qu'un tel épisode "passe tout seul".

* 40% voient dans ces refus de l'enfant un signe de maladie. "Ni den te dumunike, bana de don".

* 25% des interviewés disent utiliser des plantes (ntefa) pour stimuler l'appétit de l'enfant.

En cas de refus de l'enfant à s'alimenter,
Si 60% des enquêtés disent laisser l'enfant,
30% des enquêtés disent le soigner
10% des enquêtés disent le forcer.

L'enfant malade : Devant le refus d'un enfant malade à s'alimenter :

* 80% pensent qu'il faille inciter l'enfant

* 25% pensent qu'il faille le forcer
" Kongo be bana juguya"
"Il faut forcer l'enfant qui est malade"
"Il faut le forcer, même s'il vomit, c'est mieux"
"Ni den man kene kosobè i b'a jagoya".

* 35% pensent qu'il faille le soigner :
"Après le traitement il va s'alimenter"
"Il faut le soigner d'abord, ensuite lui donner à manger car alors seulement, il pourra manger".

* 30% pensent qu'il faille le laisser :
"Si on force l'enfant, cela aggrave la maladie".

On note ainsi une plus grande disponibilité et une attention certaine à l'égard de l'enfant malade :

- "Il faut supporter les caprices de l'enfant malade"

- "Seulement lorsque l'enfant est souffrant, je cherche ce qui lui plait"

- "Lorsque l'enfant n'est pas bien portant, j'essaie de diversifier sa nourriture".

Attitudes recensées pour stimuler l'enfant à manger :

Les entretiens tout autant que les observations ont permis de répertorier certains comportements maternels adoptés pour inciter un enfant à manger :

- prendre l'enfant sur ses genoux
- attendre un moment puis lui représenter le plat
- dire des mots gentils
- lui faire des promesses (ka den nègè)
- appeler un rival imaginaire (qui viendrait manger son plat)
- manger avec lui ou le faire manger avec quelqu'un
- lui présenter d'autres plats
- rechercher ce que l'enfant aime
- le porter au dos pour le calmer puis le faire manger à nouveau
- l'aider à manger. Lui donner les tartines dans la main "i b'a tigè ka da a bolo la".

* 87% des personnes interrogées déclarent mettre la nourriture dans la main de l'enfant. Elles avancent d'abord des raisons d'hygiène :

"les mains sont sales, notamment les ongles de l'adulte qui peuvent rendre malade l'enfant".

"Sonikoronògò be den nyogosi"

"Soni man nyi"

"Mogokoroba nogo man nyi den ma".

Elles avancent encore des raisons psychologiques :

- Mettre la nourriture dans la bouche de l'enfant le rend pareusseux "a bè den lafo"; "a bè den ke fugari ye"

- L'enfant ne prend pas plaisir à manger
  "Si l'enfant mange seul, c'est ce qui le satisfait vraiment" : "Ni den bè dumunike a yere ma, o bè dumuni ja o dumuni b'a faa".

Elles avancent enfin des raisons "nutritionnelles" :

l'enfant ne grossit pas : "den tè bonya"

l'enfant n'est pas rassasié : "den tè faa"

l'enfant n'a pas de force :
"a tè fanga d'a ma"
"a te barika d'a ma"
"a te fèn nya ma".

Les contraintes des mères :

Des facteurs exogènes ou endogènes ne sont pas sans influencer les comportements alimentaires des mères.

Les contraintes culturelles : Des conceptions et pratiques traditionnelles déterminent ainsi les attitudes des mères :

L'autonomie de l'enfant : dans la société bambara, après la période de sevrage, l'enfant se sépare de la mère pour intégrer le groupe. L'autonomie de l'enfant sur le plan alimentaire est particulièrement recherchée car révélant la sociabilité du jeune enfant.

"l'enfant doit vite apprendre à manger"
"l'enfant doit manger tout seul, c'est ce qui est bien"
"quand l'enfant atteint 18 mois, 2 ans, il se débrouille"
"il faut aider l'enfant à manger que si il est jeune, sinon il mange seul, il doit apprendre vite"

Le fatalisme : Nombre de mères semblent passives subissant plus que contrôlant l'état de santé de l'enfant.

"Je ne force pas mon enfant, je le laisse c'est Dieu qui décide du sort des enfants".

L'interprétation de l'anorexie et de la maladie en général :

Comme nous avons déjà eu à le souligner, les mères ou thérapeutes ne perçoivent pas toujours les besoins nutritionnels de l'enfant et l'état maladif de celui-ci. Ils déclarent souvent que c'est la nature de l'enfant que l'enfant est né ainsi. Enfin, il convient de rappeler l'étiologie traditionnelle des maladies : maraboutage, maladies des génies, sorcellerie qui comme on s'en doute n'est pas sans influence sur la perception que les tradipraticiens et les mères peuvent avoir de la maladie ou de l'état nutritionnel des enfants.

Les contraintes matérielles :

La disponibilité de temps : Ecrasées par le poids des tâches ménagères, préoccupées à rechercher des revenus complémentaires pour faire face aux dépenses du foyer, les mères n'ont pas toujours le temps, que ce soit en zones rurales ou en milieu urbain, de se consacrer à la surveillance de leurs enfants. A cela, il convient de rappeler les nombreuses grossesses rapprochées contractées par les femmes qui altèrent le temps et l'attention que la mère peut donner au jeune enfant.

La disponibilité matérielle : S'il est reconnu que les facteurs économiques ne peuvent à eux seuls expliquer les déficits nutritionnels des enfants, il n'en est pas moins vrai que les difficultés matérielles jouent sur les comportements alimentaires des mères, notamment sur les possibilités de diversifier, modifier ou améliorer l'alimentation de leurs enfants :

- La disponibilité de certains produits en zone rurale (poisson, viande, fruits, produits nouveaux, macaroni...)

- Les difficultés financières des ménages en milieu péri-urbain ont été largement évoquées par les personnes interrogées : "J'aimerais préparer un repas spécial ... mais je n'en ai pas les moyens." "Si j'avais plus d'argent, je ferai un bon plat pour mes enfants".

Les contraintes psychologiques : L'état psychologique des mères apparaît comme un facteur déterminant quant à la capacité de celles-ci à stimuler le jeune enfant à s'alimenter.
En effet, certaines femmes expriment leur anxiété et leur désemparement devant le fait que l'enfant ne s'alimente pas :

"mon enfant ne veut pas manger, je ne sais pas que faire"

"si l'enfant ne prend pas la nourriture, alors je le laisse car je suis découragée".

On note encore une immaturité maternelle chez des mères très jeunes en âge et leur manque de savoir et connaissances sur les modalités ou pratiques éducatives... Ceci est accentué en milieu urbain par l'éclatement de la famille élargie et par l'absence des vieilles, relais effectif dans la transmission et l'apprentissage des gestes de puériculture. Les mères interrogées ressentent cette absence et le verbalisent :

"Dès que mon enfant ne mange plus, je vais voir une vieille"

"Ce sont les vieilles qui savent y faire avec les enfants. Ce sont elles qui normalement doivent apprendre aux mères".

De plus, le rejet innconscient d'un enfant qui n'est désiré ou encore des difficultés conjugales graves peuvent expliquer la passivité de certaines mères dans la charge éducative qu'elles doivent assumer. L'enfant se présent souvent comme enjeu au sein de la relation père-mère.

Observation de cas :

Cas 1 : le temps des femmes, la non stimulation de l'enfant :
Y.D., 29 ans est mère de 3 enfants dont le plus jeune a 10 mois. Vivant dans un ménage monogame, elle vend sur le marché de Bankoni, et fait face aux travaux domestiques, tout comme à l'éducation de ses enfants. Le mari lui-même vendeur sur le marché reste absent toute la journée.

Y.D. se lève chaque matin à 4 heures pour préparer la bouillie qu'elle va vendre sur le marché de Bankoni dès 6 heures. Elle y amène son dernier enfant (âgé de 10 mois) ainsi que sa nièce qui l'aide dans son commerce. Les deux autres enfants (5 et 3 ans) sont laissés à une voisine qui occupe elle aussi une location dans la même concession. Elle laisse un peu de bouillie pour le petit déjeuner des enfants.

Vers 13 heures, elles revient du marché. Elle prépare le repas une fois par jour le soir, pour le diner et le repas du lendement midi, repas qui est rechauffé. Alors que Y.D. lave ses ustensiles qui ont servi à vendre la bouillie, la petite nièce (11 ans) fait le feu pour réchauffer le tô de la veille. Celle-ci appelle alors les enfants pour manger. Les 2 ainés s'installent autour du plat, le plus jeune (10 mois) reçoit une tartine dans la main et va retrouver sa mère qui affirme que l'enfant n'a pas faim... Elle poursuit sa vaiselle, l'enfant mange une partie de sa tartine et émiette le reste... La mère reste indifférente et poursuit ses activités... L'enfant n'a pas mangé depuis 9h - 10 heures du matin.

Cas 2 : le temps des femmes, la non stimulation de l'enfant :

A.D., 31 ans est mère de 4 enfants dont le plus jeune n'a que 20 mois. Mariée dans un ménage polygame, elle vend des tasses sur le marché de Bankoni.

11 heures, la mère absente n'est pas encore rentrée du marché, les enfants sont seuls.
Un petit garçon de 4 ans, frère ainé du plus jeune âgé de 20 mois se sert le reste de bouillie qu'il a pris de lui-même dans la cuisine.
Les 2 enfants s'approchent du plat et sans parler le plus âgé boit d'abord puis aide son frère à boire avec la louche qui passe de la bouche de l'un à celle de l'autre.

A 13 heures la mère rentre du marché... elle dépose un plat de riz devant l'enfant âgé de 20 mois, l'enfant prend une tartine puis vient s'asseoir sur les genoux de sa mère... celle-ci lui donne deux tartines successives puis laisse s'endormir l'enfant sur ses genoux, affirmant qu'il mangera mieux à son réveil.

Cas 3 : Diponibilité psychologique des mères :

K.F., 34 ans, sarakolé, polygame est mère de 7 enfants dont le dernier né à 19 mois.

Vers 10 heures le matin, une grande soeur prépare du café au lait, qu'elle distribue avec du pain aux enfants de la concession.
Le dernier né d'environ 20 mois vient lui aussi chercher sa part et va s'asseoir près de sa mère. Celle-ci prend le pain, le partage en garde un morceau et donne l'autre moitié à l'enfant en disant "a dun" : "mange". L'enfant commence à manger seul, la mère ne tournant aucun regard vers lui. Celle-ci se lève avant la fin du repas. L'enfant laisse la nourriture et poursuit sa mère en pleurant et en s'accrochant à ses jambes. La mère revient, l'enfant continue de pleurer en suivant sa mère. Celle-ci prend alors le morceau de pain de l'enfant le mange sans rien dire, l'enfant continue de pleurer. La mère lui tend alors le bol de lait, l'enfant le refuse.... "Il n'a pas faim" affirme-t-elle.

Cas 4 : Temps des mères :

K.C., 30 ans, dafin est mère d'un enfant de 29 mois non sevré. Pour augmenter les revenus du ménage, elle vend des condiments sur le marché de Bankoni.

A 11 heurs 30, la mère revient du marché, l'enfant l'accompagne toute la matinée. De retour, elle lui donne de l'eau à boire et lui présente une tasse de bouillie du matin, ni rechauffée, ni diluée. "Assieds toi là et mange, j'ai ma lessive à faire et le riz est loin d'être prêt". Elle laisse alors l'enfant qui boit seul sa bouillie et commence à rassembler le linge sale... sans se préoccuper si l'enfant mange ou pas.

CHAPITRE III

CONCEPTIONS ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DES MERES LORS D'UN EPISODE DIARRHEIQUE

L'objet de notre étude se devait d'analyser l'interaction alimentation/diarrhée, de rechercher les pratiques des mères au cours et après un épisode diarrhéique, aussi ce troisième chapitre aborde les thèmes suivants :

- Alimentation comme étiologie de la diarrhée
- Allaitement et diarrhée
- Classification traditionnelle des aliments - restrictions alimentaires et diarrhée
- Comportements alimentaires au cours de la diarrhée
- Comportements alimentaires après la diarrhée.

L'alimentation comme cause de la diarrhée

Parmi les principales causes de la diarrhée, environ 55% des personnes interrogées citent l'alimentation.
Il s'agit d'abord du non respect des règles d'hygiène alimentaire:

- des aliments mal cuits ou mal préparés (par exemple : l'absence de potasse dans le to, l'arachide mal grillée)
- des aliments sales ou contaminés (mouches, insectes)
- des aliments avariés ou périmés
- des aliments mal conservés. Rappelons que les enquêtés évoquent comme conditions de conservation : la fermeture du plat, le temps de conservation (moins de 24 heures), le lieu de conservation mais qu'aucun n'a cité la température à laquelle les aliments sont gardés
- des restes d'aliments déjà mangés ou touchés sont perçus comme ayant tourné : "bolo donna dumuni min na, o dumuni bè kumu".

De plus, dans la conception traditionnelle, tout déséquilibre dans le régime alimentaire peut entraîner la diarrhée. Ainsi, il est admis que l'introduction précoce des aliments chez l'enfant provoque une diarrhée. De nombreux thérapeutes, mères rurales et citadines pensent qu'avant l'âge de 8 mois, 1 an, il n'est pas recommandé d'administrer aux enfants des aliments dits lourds (dumuni girimanw), difficiles à digérer (minnuw kònò te se ka yelema) tels le niébé, le riz, le tò ou encore le couscous. Selon eux, le ventre de l'enfant n'est pas prêt à cela : "den kònò ma deli a la".

Quelques vieilles ont même précisé que l'introduction précoce des aliments retarde la marche de l'enfant :
"a sen ka giri" = "ses pieds sont lourds".

Un ensemble de procédés sont utilisés pour préparer l'enfant à consommer des aliments solides :

"nare gosilen bè nugu dayele" = le beurre battu ouvre les intestins"

"datu be nugu yele" = le datou prépare le ventre

ou pour l'aider à les digérer (alanyò : plante donnée aux enfants qui consomment de façon précoce les aliments solides).

Ces conceptions ne sont pas à négliger mais tout au contraire à considérer quant à la production de messages nutritionnels sur l'introduction des aliments solides chez le jeune enfant.
De même, tout changement alimentaire (composition des aliments, de l'eau de boisson ou du rythme de prise des repas) perturbe, selon

les enquêtés, la digestion et provoque des épisodes diarrhéiques. L'excès alimentaire (ka temen hakè do la : dépasser la mesure), en particulier de certaines denrées tels le lait, la viande, entraîne tout autant des troubles digestifs, vomissements, diarrhée ... Nous avons déjà souligné la connotation sociale très forte que représente l'excès incontrôlé de nourriture.

> "Ka dumunike ka dan i horon kònò na, i y'a bla jon kònò na, i bè na bana kelen sòrò" : Si tu manges trop, non plus avec le ventre de noble mais avec celui de l'esclave, tu seras malade".

De même, les personnes interrogées évoquent les effets physiologiques d'une surconsommation alimentaire. L'une d'entre elles a su bien l'imager :

> "Ni bore faga ni ma tuti, a bè pòyi" : "si le sac est plein et que tu continues à le remplir, il finira par craquer".

La température des aliments consommés se présente aussi comme un facteur d'équilibre alimentaire. Des repas non rechauffés ou consommés froids, les denrées fraiches "fen sumàlenw" sont perçus en milieu bambara comme cause de diarrhée :

> "dumuni sumalenw man nyi den ma"

> "N'i m' ulu kalaya, u bè kònòboli bila den na"

La combinaison de certains aliments paraît encore dans quelques cas rompre l'équilibre alimentaire tel par exemple la consommation simultanée de potiron (jè) et d'arachide (tiga).

Certains types d'aliments, (comme nous aurons à le souligner) de par leur nature ou propriété entrainent selon les enquêtés, une diarrhée :

- les aliments lourds "dumuni girimanw (couscous, niébé, pois de terre)
- les aliments gras - huileux "tulumafènw" (arachide ...)
- les aliments acides "fen kumunenw" (citron, lait caillé)
- les aliments à base de lait "nònòmafènw" (lait, crème).

<u>Allaitement et diarrhée</u> :

85% des mères et tradipraticiens tant en zones urbaine que rurale pensent qu'en cas d'épisode diarrhéique, il faille continuer l'allaitement au sein. Certains soulignent les effets bénéfiques du lait maternel :

> "Sinji ani bagan nònò te kelen ye"
> Le lait maternel et le lait d'origine animal, ce n'est pas la même chose.

"Sinji bè barika di denkonobolitò ma"
Le lait maternel donne de la force à l'enfant diarrhéique

D'autres rappellent que le lait maternel est bien accepté par l'enfant (s'il refuse les aliments, il préfèrera le sein maternel) et voient dans le refus de prendre le sein, un signe d'accuité, de gravité de la diarrhée.
Toutefois, il faut préciser que 30% des personnes interrogées pensent que le lait maternel peut être source de diarrhée et qu'en pareil cas, il est alors fortement déconseillé.
En effet, en certaines circonstances, le lait maternel peut être gâté, détérioré "sinjitinyènen" :

- L'alimentation de la mère allaitante (patates, pois de terre, arachide ...) peut détériorer son lait

- En cas de maladie de la mère (fièvre, paludisme ...) le lait se réchauffe (sinji bè kalaya) et est alors fortement déconseillé

- Une maladie du sein "sindimi" (abcès, infection ...) dénature tout autant le lait maternel; Certaines maladies traditionnelles reconnues "shyosin - segesin" peuvent donner de mauvaises odeurs au lait maternel et le rendre nuisible pour l'enfant, causant alors chez lui des troubles diarrhéiques

- Si la femme est restée longtemps exposée au soleil ou près d'une source de chaleur, la température élevée de son corps et par la même du lait de ses seins peut provoquer une diarrhée chez l'enfant

- Si la femme interrompt pour un temps l'allaitement, son lait se gâte, se coupe a bè tigè et ne peut plus être donné à l'enfant

- Traditionnellement, il est admis que le lait d'une femme en grossesse se détériore, qu'il devient chaud et donc néfaste à l'enfant allaité lui causant à coup sûr une diarrhée (serebana kònòboli)

- De même les conceptions ancestrales indiquent qu'après un rapport sexuel, le lait maternel devient chaud sinònò gonya et donc nuisible à l'enfant (dlankòrò kònòboli). C'est pourquoi, après chaque rapport sexuel, la mère se doit de bien laver ses seins, d'attendre avant d'allaiter son enfant au risque qu'il n'attrape une diarrhée cè nògòn bè don sin na "le sperme de l'eau pénètre le lait".

Pour éviter tous ces effets néfastes, les vieilles recommandent aux mères allaitantes de ne pas donner les premières gouttes de lait à l'enfant.

Classification traditionnelle des aliments - Restrictions alimentaires et diarrhée :

62% des personnes enquêtées précisent qu'il existe des restrictions alimentaires en cas de diarrhée et qu'en pareil épisode, des aliments particuliers doivent être administrés à l'enfant.

- *Les aliments écartés* : Nous avons déjà eu à mentionner que dans la classification traditionnelle, certains types d'aliments sont reconnus comme provoquant ou aggravant une diarrhée. Les interviewés citent nombre d'aliments que nous pouvons répertorier comme suit :

. Les aliments à base de lait : (nònòmafenw) ils représentent 37% des réponses : il s'agit notamment :

- du lait mal bouilli ou non bouilli (nònò wulibali)
- du lait industriel mal préparé
- du lait caillé (nònò kumu)
- du dègè.

. Les aliments lourds (dumunigirimanw) ou difficiles à digérer cités dans 31% des réponses émises : le couscous (basi); le haricot (shyò); et les pois de terre (tiganin kuru) dans une moindre mesure, le to, perçu par certains comme étant digeste et même curatif.

. Les aliments gras (tulumafenw) cités à 14% il s'agit surtout de l'arachide tiga ou de la pâte d'arachide (tigadègè), du beurre de karité peu cité (si tulu) enfin de la graisse animale sogokèn.

. Les aliments acides (9%) fenkumunenw : ils provoquent mais surtout selon les enquêtés aggravent la diarrhée tels : le lait caillé, le citron, le vinaigre, le gingembre ...

. La viande (sògò) 7% : il s'agit plus particulièrement de :

- la viande rouge (sogobilen) déconseillée aux enfants
- la viande grasse (sogokèn) telle la viande de chèvre (basogo)
- la viande consommée avec excès provoquant alors la dysenterie (tògòtògònin).

. Le sucre ou les aliments sucrés (sukaromafènw aggravent selon les enquêtés les douleurs ou maux de ventre (kònòdimi). Beaucoup de mères surtout dans les villages évitent de donner trop souvent du sucre aux enfants, car lorsqu'ils s'y habituent, ils refusent les aliments non sucrés, "o deli man nyi",

car le sucre n'est pas recommandé pour leur santé.
"sukaro ye manan ye" = "le sucre c'est un peu commme le plastique".
A l'inverse, si certaines denrées sont évitées lors d'épisodes diarrhéiques, d'autres sont privilégiées.

. Les aliments recherchés : En effet, certains éléments sont repertoriés traditionnellement comme soignant les diarrhées, ou améliorant l'état de santé de l'enfant diarrhéique.
Parmi ces aliments curatifs les plus cités sont :
- le poisson (jege) 28%. Il s'agit surtout du poisson préparé sous forme de soupe, "jege tobilen", "jegè naji". Car comme l'expliquent les enquêtés, les soupes sont plus riches car composées de différentes denrées (oignons, tomates éventuellement carottes et huile ...). La carpe (nteben jalan) est particulièrement recherchée. Son goût amer et ses propriétés s'avèrent selon la conception traditionnelle curatifs en cas d'épisode diarrhéique. D'autre part, le poisson séché est moins coûteux à l'achat que le poisson frais, ou la viande. Il est partout disponible et se conserve bien.

Après le poisson, l'aliment le plus prisé (25%) se trouve être les bouillies préparées sous différentes formes (moni, seri, rouille ...). En cas de maladie, ces plats sont préparés et administrés. Il s'agit là d'aliments liquides, faciles à digérer, légers... Contrairement aux aliments lourds déconseillés.

Viennent ensuite les aliments que l'on pourraient classer comme secs (17%). Il s'agit du pain, des biscuits, du couscous sec (basi jalan) mais encore du fonio et du juga. Ces aliments secs (jalan) sont perçus comme assèchant le ventre de l'enfant diarrhéique.

Les aliments "constipants" (20%) dont le riz sont recensés parmi ceux conseillés en cas de diarrhée. Traditionnellement certaines personnes utilisent l'eau de cuisson du riz (malo wusukini ji gwansan).

La viande (12%) qui est pour certains informateurs déconseillée, est citée par d'autres comme pouvant être administrée à l'enfant diarrhéique. Il s'agit surtout de la viande dite blanche et de la viande préparée sous forme de soupe (sogonaji). La viande est perçue par les enquêtés comme donnant de la force, de l'énergie : "elle augmente le sang".

De même si le tò est répertorié par certains comme un aliment lourd, difficile à digérer et par conséquent aggravant la diarrhée, il est vu par d'autres comme le "plat" curatif par excellence, car léger, facile à digérer, riche et complet.
"To ni nogolan, ala ka fura doron do"
"Le tò et la sauce nogolan c'est le médicament de Dieu"

Le fruit de baobab réduit en poudre nsiramugu est classé parmi les éléments pouvant soigner les diarrhées... Certains thérapeutes et certaines mères le répertorient à l'opposé parmi les ingrédients aggravant la diarrhée, car favorisant selon eux la

dysenterie togotogonin, certainement à cause de son acidité.

Enfin, des aliments récemment introduits dans le régime alimentaire de l'enfant, sont jugés bons pour soigner les diarrhées ... tels les pommes de terre (11%), le café noir, ou encore le tonic et les "macaroni" (pâtes alimentaires).

Comportements alimentaires des mères au cours de l'épisode diarrhéique

Concernant la qualité des aliments : compte tenu des perceptions sur la nature des aliments à administrer au cours de la diarrhée, compte tenu des restrictions alimentaires inventoriées, la tendance qui se dessine est donc de privilégier :

- les aliments sous forme liquide "fenjilaman"
- les aliments légers
- les aliments non gras
- les aliments non acide

de diminuer le lait, la viande et le sucre...

Concernant la quantité des aliments donnés : s'il est difficile d'évaluer la ration alimentaire administrée à l'enfant, on peut constater un certain nombre de tendance :

. L'enfant reste très autonome et détermine lui-même ses besoins :

"On peut augmenter les aliments si l'enfant le veut bien"

"Il faut augmenter mais en général il refuse"...

"Il faut se conformer à l'appétit de l'enfant"

"Tout dépend de ce que l'enfant veut ..."

"Il faut essayer d'augmenter s'il n'accepte pas, on diminue"

. Si 64% des mères augmentent et surveillent la quantité des aliments consommés, c'est :

- parce qu'elles pensent que les aliments assèchent le ventre : "dumuni bè kònò ja"
- parce qu'elles pensent que les aliments ne restent pas dans le ventre de l'enfant : "dumuni tè tò"
- parce qu'elles pensent que l'enfant perd des forces : "konoboli bè fagan dogoya"
- qu'il les reprendra en mangeant : "N'a bè dumunikè a bè na fanga sòrò"
- parce qu'elles pensent que les aliments permettent

de remplacer le sang (la vitalité) perdu : "a bè joli caya"

. 23% des mères émettent l'idée qu'il faille donner plus souvent à l'enfant :

- "il faut augmenter la fréquence des repas"
- "Il faut fractionner la ration en fonction de l'appétit de l'enfant"
- "Il faut diviser les denrées en petites quantités et les donner plus souvent à l'enfant"

14% des mères pensent que l'enfant diarrhéique ne doit pas beaucoup s'alimenter :

- car plus l'enfant mange, plus la diarrhée sera forte
- car l'excès de nourriture augmente la diarrhée
- car tous les aliments administrés seront automatiquement rejetés et donc ne profiteront pas à l'enfant.

Comportements alimentaires des mères après un épisode diarrhéique

Les notions de récupération nutritionnelle, de convalescence devaient être considérées pour produire des messages adaptés sur le cycle diarrhée/malnutrition.

68% des mères interrogées considèrent que la diarrhée affaiblit l'enfant. Elles constatent un amaigrissement "den fasalen do", une perte de vitalité "a fagan dogoyara". Elles pensent que l'enfant doit reprendre le poids perdu et retrouver son état d'avant la maladie "ka fari sòrò".

Mais, selon les résultats de notre enquête dans les quartiers urbains et en zone rurale, 74% des mères ont tendance à donner les aliments habituels aux enfants qui ont traversé un épisode diarrhéique. Elles expliquent leur attitude par les contraintes économiques auxquelles elles sont confrontées.
26% disent donner des aliments spéciaux aux enfants post diarrhéiques : "dumuni nafamaw" dont 12% sous forme de supplément alimentaire (repas commun + plat spécial ...).

Pour ce qui est de la ration administrée à l'enfant :
57% des mères pensent que l'enfant doit manger la même quantité que d'habitude.
31% des mères affirment que la ration alimentaire de l'enfant doit être augmentée :

- car l'enfant régule son alimentation et en général l'enfant a meilleur appétit :

"a bè se ka dumunike"
"a bè son dumuni na"

- car les mères constatent que les aliments administrés profitent mieux à l'enfant :
"dumuni gelemanw bè tò den kònò"

- car les mères constatent que l'enfant a besoin de manger : "a mago bè dumunina".

12% des mères croient que la ration de l'enfant doit être modérée, l'enfant doit manger petit à petit.

CONCLUSIONS

L'étude proposée sur l'alimentation de l'enfant diarrhéique en milieu bambara a permis d'investiguer et de répertorier les conceptions et pratiques dans trois domaines qui sont :

- les perceptions sur la diarrhée
- les comportements alimentaires des mères
- le régime alimentaire particulier de l'enfant diarrhéique.

Il convient alors d'envisager l'opérationnalisation de cette recherche. Ces données qualitatives devront être exploitées en vue de la conception de messages d'éducation pour la santé qui prendront en compte les éléments recueillis. Ils pourront ainsi :

. Répondre aux préoccupations et habitudes des mères
. Considérer leurs perceptions et leurs pratiques
. Considérer les réalités culturelles tout autant que les contraintes matérielles (disponibilité des produits, temps des femmes, revenus des familles ...)

L'utilisation des résultats pourrait se faire au cours d'un atélier de conception regroupant une dizaine de participants nationaux, spécialistes en antrhopologie de la santé, en IEC, en nutrition, en épidémiologie.

Cet atélier devrait avoir pour tâche de choisir le public cible déterminer le champ des messages (conseils, recettes ...), les domaines prioritaires, le nombre et le contenu, la formulation, la concrétisation par différents supports visuels, audio-visuels ou autres (kotéba).

L'atélier pourrait aussi envisager les modalités de testing des messages produits : temps, lieu, population cible, méthodologie ...

Enfin, il s'agira d'anticiper en réfléchissant sur la diffusion et la généralisation des messages : implication du personnel de santé, utilisation de personnes relais dans la communauté.

Il faudrait enfin envisager d'étendre cette étude à d'autres zones culturelles. Cette investigation dans d'autres régions du Mali permettrait de diversifier les messages, de produire Le matériel dans d'autres langues nationales.

ANNEXES

Annexes

1. Les instruments d'enquête

   a) grille d'identification des enquêtés
   b) guide d'entretien
   c) guide d'observation

2. Revue bibliographique

3. Liste des documents consultés

Annexe 1 : Les instruments d'enquête

a) Grille d'identification des enquêtés :

Mère : - enfant diarrhéique
- enfant non diarrhéique

Vielle

Accoucheuse

Thérapeute

Herboriste

Guérisseur

Nom :

Prénom :

Age :

Ethnie :

Situation familiale :

Situation professionnelle :

Domicile :

Nombre d'enfants :

Age du dernier né :
Etat de santé :

b) Grille d'entretien :

1. *Connaissances et pratiques sur la diarrhée* :

- Quand dit-on qu'un enfant a la diarrhée ?
- Existe-t-il plusieurs types de diarrhée ?
- Quels noms sont donnés? Qu'est ce qui les différencie?
- Quelles sont les causes des diarrhées ?
- L'alimentation peut-elle être cause de la diarrhée chez l'enfant ? Comment ?
- La diarrhée est-elle une maladie grave ? Pourquoi ? Comment ?
- Si votre enfant a la diarrhée, comment le traitez-vous?
  - traitement moderne ?
  - traitement traditionnel Lesquels ?

2. *Attitudes et comportements alimentaires des mères* :

- Combien de fois par un jour un enfant doit-il manger ?
- Que doit - il manger ?
- L'enfant doit il avoir un repas spécial? Lequel ?
- L'enfant doit-il manger seul ou dans le plat commun ?
- Comment savez-vous que votre enfant a faim ou soif ?
- Si l'enfant refuse de manger que faites vous ?
- Faut-il le laisser ? l'encourager ?
- Faut-il forcer un enfant à manger ?
- Comment peut-on encourager un enfant à manger ?
- Faut-il aider un enfant à manger ? Comment ?
- Surveillez vous votre enfant lorsqu'il mange ? Pourquoi ? Comment ?
- Faut-il réveiller un enfant qui dort pour le faire manger ?
- Faut-il apperler un enfant qui joue pour le faire manger ?
- Si un enfant malade refuse de manger que faites vous ?

Faut-il le forcer à manger ?

3. *Alimentation et épisode diarrhéique* :

. Existe-t-il des aliments qui provoquent la diarrhée chez l'enfant ?

. Existe-t-il des aliments qui aggravent la diarrhée ?

. Existe-t-il des aliments qui soignent la diarrhée ?

. Si l'enfant a la diarrhée, peut-on continuer à l'allaiter ? comme d'habitude ?

. Si l'enfant a la diarrhée, changez vous les aliments que vous lui donnez d'habitude ?

. De quels aliments l'enfant a le plus besoin lorsqu'il a la diarrhée ?

. Y-a-t-il des aliments qu'il ne doit pas manger ?

. Faut-il diminuer ou augmenter sa ration ?

. Si l'enfant diarrhéique refuse de manger, que faites-vous ?

. Faut-il le forcer à manger ?

. Doit-il manger moins souvent ou plus souvent que d'habitude ?

. Faut-il lui administrer des aliments sucrés ou salés ?

. Faut-il lui administrer des aliments gras ou non gras?

. Faut-il lui administrer des aliments lourds ?

. Après une épisode diarrhéique, l'enfant a-t-il besoin d'aliments particuliers, lesquels? Pourquoi ?

. Faut-il le forcer à manger s'il refuse ?

. Faut-il augmenter ou diminuer son alimentation ?

4. *Facteurs envionnementaux économiques et écologiques et régime alimentaire de l'enfant* :

. Existe-t-il des aliments que vous voudriez donner à votre enfant mais que vous ne pouvez pas lui donner ? Lesquels ? Pourquoi ?

- Lorsque votre enfant est malade, quels aliments aimeriez vous lui donner ? Pouvez-vous le faire ? Pourquoi ?

- Préparez vous un repas spécial pour votre enfant ? Si non, pourquoi ne le faites-vous pas ?

- Vos occupations vous permettent-elles de préparer le repas de vos enfants, de leur donner à manger ?

- Si demain vous aviez plus d'argent, qu'achèteriez vous pour votre enfant ?

c) <u>Grille d'observations</u> : Nombre de repas donnés à l'enfant
Composition des repas

- Qui prépare les repas de l'enfant ? Pourquoi ??

- Qui lui donne à manger ? Pourquoi ?

- L'enfant reçoit-il un repas spécial ? Lequel?

- L'enfant mange-t-il seul ou dans le plat commun ?

- L'enfant manifeste-t-il le désir de manger ? Comment?

- Aide-t-on l'enfant à manger, à boire ? Comment ?

- Incite-t-on l'enfant à manger ? Comment ?

- Force-t-on l'enfant pour manger ?

- Réveille-t-on l'enfant pour manger ?

Annexe 2 :. Revue bibliographique

Nombre d'études ont été menées sur les maladies diarrhéiques d'une part, sur les pratiques et croyances alimentaires ainsi que sur la nutrition des enfants. Aussi, avant d'amorcer une étude sur le régime alimentaire de l'enfant diarrhéique, il convenait de faire la synthèse des informations disponibles. C'est pourquoi, nous proposons un commentaire des documents consultés.

Une enquête surles comportements, attitudes et pratiques en matière de thérapie de réhydratation par voie orale menée en septembre 1989, avait pour objectif général d'apprécier les connaissances et pratiques des mères face à la diarrhée de leurs enfant. Un des objectifs spécifiques de cette étude était de déterminer la proportion des mères qui alimentent correctement l'enfant durant un épisode diarrhéique. Des conclusions de cette étude, il ressort entre autres que :

- l'allaitement au sein n'est pas modifié
- la moitié des mère diminue la ration alimentaire de l'enfant et 2% la supprime. Environ 25% d'entre elles diminue la ration de boisson et 2% la supprime.

Durant les épisodes diarrhéiques, la tendance est donc de mettre l'enfant à la diète. Si l'étude n'a pas cherché à expliquer ou à comprendre les motivations et la logique de telles pratiques, elle montre que ces attitudes sont fortement ancrées à Bamako et qu'elles ne sont pas spécifiques aux populations rurales (d'où le bien-fondé de choisir un quartier urbain comme zone test de notre étude).
Cette tendance à diminuer la ration alimentaire des enfants varie sensiblement d'une région à l'autre :

Ration supprimée :

Bamako :	0%
Gao :	4%
Kayes :	4%
Ségou :	0%

Ration diminuée :

Bamako :	50%
Gao :	26%
Kayees :	67%
Ségou :	41%

Les facteurs socio-culturels peuvent, selon nous, expliquer ces variations, d'où l'importance de mieux les cerner et les analyser.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques a aussi mené, en juin 1989, une étude sur les prix des S.R.O. dans les ménages maliens.
Trois axes prioritaires étaient dégagés :

- la saisie des représentations mentales que les populations se font de la diarrhée

- L'inventaire des moyens traditionnels et des techniques locales de lutte contre les maladies diarrhéiques

- Les dépenses de traitement de la diarrhée.

Les populations interrogées considèrent la maladie comme grave (avec des formes peu graves de diarrhée notamment celle causée par la dentition) mais possèdent peu de connaissances sur le cheminement de la maladie et ses effets sur l'organisme.
On perçoit une certaine impuissance dans la prévention, les causes avancées par les mères étant la pauvreté et les difficultés de surveillance des enfants (d'où l'importance de notre étude de mieux cerner les facteurs économiques, psychologiques qui influencent le comportement des mères).
Si l'enquête n'a pas étayé et classifié la perception de l'étiologie des diarrhées chez l'enfant, il ressort que les grossesses rapprochées, la dentition, la chaleur, les conditions d'hygiène mais aussi l'alimentation sont vues comme causes de la diarrhée. Ainsi, l'inadaptation de l'enfant à l'alimentation adulte, l'absence d'aliments gras sont citées comme pouvant provoquer une diarrhée chez l'enfant, d'où la nécessité de mieux analyser l'inter action diarrhée/alimentation. Parmi les recours thérapeutiques utilisés par les mères, on note une médication à base alimentaire (emploi de certaines boissons : Tonic, de certains aliments : lait et biscuits par exemple).

Le CERPOD a produit quant à lui, une étude des effets de l'allaitement sur la morbiditié diarrhéique, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants au Mali. Celle-ci met en évidence que 98% des enfants sont allaités. La manière et la durée d'allaitement varient selon les couches socio-économiques. Les femmes qui ont un faible niveau d'instruction allaitent plus longtemps et la durée d'allaitement est plus longuee chez les femmes rurales que chez les femmes urbaines. L'allaitement a un impact sur l'incidence de la diarrhée. Celle-ci est plus fréquente chez les nourrissons de 0 à 5 mois qui reçoivent des aliments solides ou même seulement de l'eau. A partir de 18 mois, les enfants sevrés ont un état nutritionnel meilleur à celui des enfants encore allaités, y compris ceux qui reçoivent des aliments supplémentaires. Concernant la mortalité infantile, elle est plus élevée chez les enfants précocement sevrés (avant 12 mois) et chez les enfants allaités pendant une période prolongée.

Katherine Dettwyler a largement étudié les pratiques alimentaires des mères maliennes notamment celles des quartiers périphériques bamakois. Elle parvient à la conclusion selon laquelle le statut socio-économique ne constitue pas un facteur déterminant en ce qui concerne les variations de l'état nutritionnel des enfants. Elle constate qu'il existe des liens très étroits entre le rythme de croissance et l'attitude de la mère. Les comportements maternels ayant des incidences sur l'état nutritionnel de l'enfant sont par exemple :

- Un enfant mange quand il a faim, il ne faut pas le forcer.
- L'enfant sait quand il a faim
- L'enfant est capable de manger comme un adulte sans aid particulière
- Seul l'enfant sait quant il a faim, quand il a asse mangé.

Il semble ainsi essentiel avant de transmettre des message éducationnels de connaître les pratiques comportementale collectives et individuelles (si oui ou non la mère réveille u enfant qui dort au moments des repas, si oui ou non la mère prépar un aliment spécial que l'enfant aime, si oui ou non une mère perme à un enfant qui n'a pas faim de ne pas manger).

D'autres travaux sur les comportements alimentaires de enfants, notamment lors du sevrage fournissenent certaine informations intéressantes. Ainsi, l'étude entreprise en 1985 pa l'INSRP dans 5 villages du cercle de Kolokani auprès de 151 mère d'enfants de 0 à 3 ans et 81 responsables de sevrage (chefs d famille) laisse apparaître que l'allaitement maternel est pratiqu par toutes les mères. Le sevrage se fait brutalement pour de raisons socio-culturelles (nouvelle grossesse de la mère : le lai devient "chaud", toxique provoquant des diarrhées chez l'enfan allaité, âge opportun : l'allaitement prolongé chez l'enfant ren idiot).
Le sevrage se fait surtout entre 18 et 24 mois.
Pour détourner l'enfant du sein maternel, on utilise certaine méthodes (cacher le sein, l'onduire de produits, confier l'enfant à une autre personne).
La durée psychologique du sevrage se situe entre 3 à 7 jours.
Plus particulièrement dans la perspective de notre étude, il convient de signaler que :

Les bouillies de céréales constituent l'aliment de sevrage le plus courant.
Les aliments disponibles sont par ordre de fréquence :
- Les céréales (mil, fonio, mais)
- les tubercules (manioc, patates)
- les légumineuses (niébè, arachides, pois de terre)
- les fruits (karité, nèrè, zaban en hivernage)
- la viande et le lait.

L'étude souligne que vers 12 mois l'enfant mange comme les adultes. Pendant le mois qui suit le sevrage, les enfants sont victimes de complications : diarrhée, vomissements, amaigrissement. Ils sont l'objet de soins traditionnels :

- tafo, cordelettes, gri-gri
- feuilles d'arbres : zaban, buyagi
- plantes : dabada (walteria indica)
  nyama (piliostima tamingui)
  bojara (euphorbia hiata)
  conkurajè (combratum negricans)

Des investigations plus spécifiques ont été entreprises par l'UNICEF dans la région de Tombouctou, zone particulièrement touchée par la sècheresse. M.G. Mazeau a ainsi étudié les pratiques et régimes de sevrage chez les kel Tamasheq, société en pleine mutation, en tentant de maîtriser les facteurs socio-éco-culturels, pscho affectifs et écologiques. Elle décrit notamment les perceptions socio-culturelles vis à vis de l'alimentation (aliments chauds, aliments froids) et s'intéresse particulièrement au régime alimentaire de la femme en grossesse ou allaitante et à celui de l'enfant en bas-âge. Son enquête l'a conduite à aborder le problème de la diarrhée. Les principales causes évoquées sont:

- l'estomac de l'enfant n'est pas propre
- un changement de rythme alimentaire
- la privation d'un aliment auquel l'enfant est habitué
- la consommation de céréales mal cuites
- la consommation importante de lait frais ou caillé.

l'alimentation est ainsi perçue comme une cause importante de diarrhée. Durant un épisode diarrhéique, les mères adoptent les comportements alimentaires suivants :

- l'allaitement continue normalement
- l'enfant a moindre appétit mais on ne le force pas
- on lui donne de l'eau à boire par petites quantités
- on lui administre des aliments chauds ou froids selon la nature de la diarrhée qu'elle soit chaude ou froide.

Certains traitements traditionnels contre la diarrhée sont recensés:

- graines d'akaman pilées, mélangées avec du beurre ou diluées dans un peu d'eau

- les fruits de tahajjart (accacia nilotica) dilués dans du lait caillé

- la gomme (accacia senegal) pilée avec des feuilles d'adian (maerua crassifalia).

Réalisée dans la région de Tombouctou auprès de populations arabes et sonraï, l'étude de B. Hofen Sias financée par l'UNICEF fournit certaines données sur les pratiques de sevrage et l'adéquation du régime alimentaire des enfants en bas-âge. Certains comportements alimentaires méritent d'être soulignés :

- 30 mères sur 40 n'encouragent pas leur enfant lorqu'il refuse de s'alimenter

- 4 sur 40 les encouragent

- 6 sur 40 les forcent

- 10 mères sur 10 gardent les restes de repas pour donner aux enfants. La plupart ajoutent de l'eau aux restes de bouillie (risque de contamination, diminution de la

nutritivité).

Une croyance existe selon laquelle les enfants qui prennent un repas le soir seront atteints de diarrhée, d'où une restriction dans la prise de repas le soir.
Les habitudes alimentaires, la disponibilité des aliments, le faible pouvoir d'achat des familles influencent le choix des aliments de sevrage.

Dans les milieux arabe et songhai de Tombouctou, les aliments supplémentaires sont introduits tardivement (18 mois). Il s'agit de bouillies composées d'eau et de céréales (qu'il convient d'enrichir!). Le sevrage est généralement fait de façon brutale, dû à une nouvelle grossesse, une pression sociale ...
L'étude souligne l'importance de donner des conseils particuliers aux mères en cas de maladie de l'enfant, durant la maladie et au cours de la période de convalescence :

- 9 mères sur 10 déclarent nourrir leur enfant comme d'habitude
- Si l'enfant ne manifeste pas le désir de manger, on ne le stimule pas
- Aucun repas spécial n'est préparé.

On note une tendance à donner des aliments liquides pour faciliter leur consommation (perte de nutritivité)

Plusieurs causes de diarrhée ont été recensées

- la dentition
- la volonté divine
- l'allaitement pendant une nouvelle grossesse
- un régime alimentaire mal équilibré
- un changement dans le régime alimentaire.

Certains aliments ont été cités comme cause de diarrhée, d'où une restriction de ces aliments en cas d'épisode diarrhéique:

- les céréales crues
- le tô
- les grains entiers cuits (seri)
- le haricot
- la bouillie de mais
- les beignets de blé
- les mélanges de céréales (riz + mil)
- les plats de céréales non enrichis de beurre ou de lait
- les graines de pastèques.

DOCUMENTS CONSULTES POUR LA REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

UNICEF/Mali	Enquête sur la nutrition et l'alimentation en 6ème région milieu Tamasheq, Bamako, Septembre 1989
UNICEF/Mali	Etude des pratiques de sevrage chez les populations arabes et songhai, région de Tombouctou, Bamako, Novembre 1989
PNLMD	Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie de réhydratation par voie orale, Bamako, septembre 1989
PNLMD	Etude sur les prix des SRO dans les ménages maliens. Problèmes de vente et de diffusion, Bamako, juin 1989
CERPOD	Etude des effets de l'allaitement sur la morbidité diarrhéique, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants au Mali, Bamako, mai 1989
INRSP	Etude des modes de sevrage des enfants de 0 à 36 mois dans le cercle de Kolokani, Mali, mai 1985
DETTWYLER Katherine	More than nutrition breastfeeding in urban Mali Medical Anthropologie Quarterly, P 173-183
DETTWYLER Katherine	Breastfeeding and weaning in Mali, cultural context and hand data, medical Anthropologie Quarterly P 633-644

Annexe 3 : Liste des documents consultés

Autret Moncel :	La situation alimentaire et nutritionnelle au Mali, UNICEF 1981
Coulibaly Monifa :	Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire au Mali. Thèse de médecine, ENMP, Bamako 1977
Lefèvre D. :	Analyse de la situation nutritionnelle au Mali et perspectives. Tome II CEE, Mai 1986
UNICEF-ASAFED-CIE :	Analyse des besoins sanitaires nutritionnels et éducationnels du jeune enfant en milieu sahélien, Bamako, Juin 1981
UNICEF/Mali Projet n° 23 :	Enquête sur la nutrition et l'alimentation en 6ème région et le milieu Tamasheq, Bamako, Septembre 1989
UNICEF/Mali Projet n° 23 :	Etude des pratiques de sevrage chez les populations arabes et songhai. Région de Tombouctou, Bamako, Novembre 1989
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques	Connaissances, Attitudes et Pratiques des mères en matière de thérapie, de réhydratation par voie orale, Bamako, Septembre 1989
INRSP :	Rapport de l'étude sur les modes de sevrage des enfants chez le Bambara, le Bozo et le Peul dans l'arrondissement de Sansanding, cercle de Ségou (Mali), Janvier 1986
INRSP	Etude des modes de sevrage des enfants de 0 à 36 mois dans le cercle de Kolokani. Mali. mai 1985
Pettwyler Katherine	More than nutrition, Breastfeeding in urban Mali, Medical Anthropoly Quarterly p173-183
Pettwyler Katherine	Breastfeeding and weaning in Mali, Cultural context and hard data, Medical Anthropology Quarterly p633-644
ERPOD	Etude des effets de l'allaitement sur la morbidité diarrhéique, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants au Mali, Bamako, mai 1989