



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (2)

ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 19 juin 2022

Accepté, 19 juillet 2022

Publié, 25 juillet 2022

<http://www.revue-rasp.org>

Article original

Niveau d'instruction de la mère nourrice et type d'alimentation du nourrisson dans le district d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Siatta KONE épouse FOFANA

Département de Bioanthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët-Boigny, 01 BP V 34 Abidjan 01, Côte d'Ivoire

Correspondance : ksia85@yahoo.fr ; Cel : +225-070-762-2179 / 014-174-2525

Résumé :

L'assemblée générale de l'organisation mondiale de la santé en mai 1980, recommande un Allaitement Exclusif pendant les six (6) premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux (2) ans, voire au-delà en fonction du souhait de la mère avec une introduction progressive des aliments de complément appropriés à partir de l'âge de six (6) mois. Ceci, parce que les avantages de l'Allaitement Exclusif sont reconnus pour la santé de l'enfant et de la mère mais aussi pour le revenu familial et l'économie d'une nation. L'objectif de l'étude est de comprendre le lien qui existe entre le niveau intellectuel et le type d'alimentation choisi par les nourrices mères dans le district d'Abidjan. Dans ce travail, les informations collectées ont été recueillies auprès de 1028 mères reçues des trois (3) niveaux du système sanitaire que sont un CHU, un hôpital général et une formation sanitaire. Les résultats ont montré que le niveau d'instruction a un rapport avec le choix des types d'alimentation des nourrissons. Ainsi, l'éducation de la jeune fille devient un enjeu important quand à la pratique de l'Allaitement Exclusif pour une alimentation adéquate du nourrisson participant ainsi à sa croissance et à son développement harmonieux.

Mots clés : Niveau d'instruction, mère nourrice, alimentation, nourrisson

Abstract :

The general assembly of the World Health Organisation held in may 1980 recommended an exclusive breast-feeding of babies during the first six months of their lives and the pursuit of the breast-feeding till the age of two years even beyond according to the mothers's wish to progressively introduce appropriated food complement from the age of six months. The motive behind this is that the advantages of the only for the health of the child as well as the mother but also for the family's income and by so doing the economy of a nation. The objective of this study is to understand the link that exists between the intellectual level in accordance to the feeding policy/ choice made by feeding-mothers in the Abidjan district. During this survey, data were collected from 1028 mothers from three (3) levels of the health care systems namely a teaching anda proximity health center. The results brightly showedt that the choice of food given to babies highly depends on the level of education or level of instruction. The education of young girls therefore appears of a paramount importance when it comes to the exclusive breast-feeding policy for an adequate feeding of the baby. This positively helps in the baby's growth and harmonious development.

Keywords: Level of education, breast-feeding-mother, feeding, newly-born baby

1. Introduction

L'état nutritionnel des enfants avant l'âge de cinq ans est un indicateur important de la santé de la communauté et peut être utilisé pour estimer les impacts sociaux et économiques sur la société. Une récente étude dans quatre (4) pays africains (AUC, 2013) montre que les enfants sous-alimentés de moins de cinq ans sont plus susceptibles de connaître d'abord des problèmes de santé (anémie, syndrome diarrhéique aigu, infections respiratoires aiguës et fièvre). Ensuite, ils peuvent en mourir. Enfin, ils peuvent avoir aussi une capacité cognitive réduite et un rendement scolaire peu satisfaisant (redoublement ou abandon scolaire), avec des conséquences économiques au niveau du coût pour le pays.

C'est en ce sens que le rapport sur la situation des enfants dans le monde (2019) examine la malnutrition chez les enfants de nos jours, à une époque où un enfant sur trois ne bénéficie pas de la nutrition dont il a besoin pour grandir. De plus en plus, les communautés sont confrontées à un triple fardeau de la malnutrition que sont la sous-nutrition (malnutrition aiguë et malnutrition chronique), les carences en vitamines et micronutriments essentiels et la surnutrition (surpoids et obésité) qui entraînent des maladies chroniques non transmissibles SITAN III (2019) analyse de la situation des

enfants et des femmes en Côte d'Ivoire). Si des progrès ont été enregistrés, 149 millions d'enfants âgés de moins de cinq (5) présentent encore un retard de croissance et près de 50 millions souffrent d'émaciation ; des centaines de millions d'enfants et de femmes souffrent de faim insoupçonnée en raison des carences en vitamines et en minéraux et les taux de surpoids augmentent rapidement.

La malnutrition chez les enfants s'inscrit dans le contexte d'un monde en pleine mutation qui voit les populations urbaines croître et les systèmes alimentaires se mondialiser. Ce qui donne lieu à une disponibilité accrue d'aliments riches en calories mais faibles en nutriments.

La malnutrition porte gravement préjudice à la croissance et au développement des enfants. Si nous ne mettons pas fin à ce problème, les enfants et les sociétés peineront à réaliser leur plein potentiel. Mais pour relever ce défi, nous devons impérativement traiter la malnutrition à chaque étape de la vie de l'enfant et placer les besoins nutritionnels uniques des enfants au cœur des systèmes alimentaires et des systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'éducation et de protection sociale.

Malheureusement, comme le montre le rapport sur la situation des enfants dans le monde, nos enfants et nos jeunes sont bien trop nombreux à ne pas recevoir l'alimentation dont ils ont besoin. Ce qui mine leur capacité à grandir, à se développer et à apprendre pour réaliser leur plein potentiel. Cette situation ne porte pas seulement préjudice aux enfants et aux jeunes en question mais aussi à chacun d'entre nous. C'est en ce sens que l'UNICEF s'est engagé d'améliorer la nutrition de chaque enfant en particulier au cours des 1000 premiers jours décisifs de sa vie, de sa conception à son deuxième anniversaire et de l'adolescent.

Les carences en micronutriments constituent un problème grave de santé publique dans la région, touchant principalement les enfants de moins de 5 ans et les femmes. Elles contribuent à certains des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde. Il y a 38% des enfants de moins de 5 ans dans les pays de la CEDEAO qui courent le risque de carence en vitamine A, causant plus de 228.000 décès dans cette population chaque année (Aguayo, V.M, 2005). La prévalence de l'anémie (carence en fer) est très élevée avec de nombreux pays signalant la prévalence à plus de 75% chez les enfants de moins de 5 ans et plus de 50% chez les femmes.

En Côte d'Ivoire, d'après la cinquième enquête par grappes à indicateurs multiples (MIS 5, Côte d'Ivoire 2016), la mortalité des enfants a baissé mais des efforts restent encore à faire. Ainsi entre la naissance et le premier anniversaire de vie, le taux de mortalité est passé de 112 pour mille en 1998 à

84 en 2005 puis à 68 en 2012 et enfin à 60 en 2016. Le taux de mortalité infanto-juvénile (mortalité des moins de cinq ans) a par conséquent connu une baisse passant de 181 pour mille en 1998 à 125 en 2005 puis à 108 en 2012 pour se situer à 96 pour mille en 2016. La malnutrition contribue de manière directe ou indirecte à la forte mortalité infantile, infanto-juvénile et des milliers d'autres handicapés à vie en raison des effets physiques et mentaux d'un apport nutritionnel trop pauvre durant les premiers mois de vie.

Dans ce combat pour la protection de la société et de la survie de l'enfant et l'amélioration de leur bien-être, la Stratégie Mondiale sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et VIH a été développée en 2002 par l'OMS et l'UNICEF, pour attirer l'attention du monde entier sur l'impact que les pratiques alimentaires ont sur l'état nutritionnel, le développement, la croissance et la survie des nourrissons et des jeunes enfants¹. Ainsi, ils recommandent l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) pendant les six (6) premiers mois de vie, dès la première heure de naissance du bébé, puis l'introduction d'aliments complémentaires en temps opportun après l'âge de six mois, tout en continuant l'allaitement jusqu'à vingt-quatre (24) mois ou plus. Aussi, pour prévenir les pires effets de la malnutrition, l'UNICEF explique aux personnes qui en ont la charge comment offrir une bonne nutrition aux enfants, en pratiquant l'Allaitement Exclusif jusqu'à six mois.

Par son importance, l'Allaitement Maternel Exclusif contribue véritablement à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Par exemple, il réduit la mortalité infantile et améliore la santé de la mère et a un impact important sur le bien-être futur de la société² (WABA 2011). La pratique de l'AME permet de lutter contre la pauvreté, car elle réalise des économies considérables en dépenses de santé dans les ménages, voire dans la société. Pour un développement optimal des enfants, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'AME et demande un changement de comportement des mères.

Par ailleurs, chaque année, la malnutrition est impliquée dans près de 40% des 11 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en voie de développement et 1,5 million de ces décès sont imputables à l'absence d'Allaitement Exclusif et immédiate durant la période néonatale. L'AE pendant les six premiers mois est à présent considéré comme un objectif mondial de santé publique lié à la

¹ Conseil en Allaitement, Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et VIH : cours intégré, manuel du participant, cours adapté par PATH/EGPAF, République de Côte d'Ivoire.

² WABA 2011, parlez-moi !! l'allaitement maternel : une expérience en trois D, Semaine mondiale de l'allaitement du 1-7 Août 2011.

réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles particulièrement dans les pays en développement. (OMS, 2003, cité par Mahaman Saissou Maman).

Face à cette ampleur des conséquences négatives de l'alimentation artificielle, non seulement pour la santé, mais aussi pour la survie de millions de nourrissons et de jeunes enfants en Afrique, plusieurs réactions ont suscité la pratique de l'Allaitement maternel. Ainsi, l'on observe une reprise pour la « bataille » de l'allaitement. Désormais, il faut promouvoir, c'est-à-dire protéger, encourager l'allaitement, de même que soutenir les femmes qui allaitent.

La Côte d'Ivoire adhère à cette politique en faisant la promotion de l'allaitement maternel couronné la mise en œuvre des dix (10) conditions pour le succès de l'Allaitement Exclusif. C'est ainsi que 90% des mères pratiquent l'allaitement maternel dès la naissance, avec l'introduction précoce d'autres aliments. Cette situation va aussi provoquer un état de morbidité et de mortalité chez les enfants. Ainsi, cette politique rencontre en général des difficultés dans la pratique avec les femmes particulièrement avec les femmes ivoiriennes. Ces dernières sont rattachées aux facteurs socio-culturels. Pour cela, elles utilisent l'eau, les jus de fruits, le miel, les dattes, etc. qui, pour elles, ont des effets positifs sur la santé de leurs enfants. Or, aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de la médecine, des données scientifiques ont confirmé l'importance de l'allaitement maternel pour la santé maternelle et infantile (la santé de la mère, la survie du nouveau-né et du jeune enfant). Ainsi, le lait maternel protège les bébés des maladies telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la dénutrition, etc. Il leur assure un développement physique et psychologique sain. C'est la manière la plus naturelle de nourrir son bébé.

Ainsi, malgré l'adoption du programme d'AE, les taux d'Allaitement Exclusif restent bas. De 11,6% en 2000 (MICS 2002), il a diminué jusqu'à 4% en 2006 (MICS 2006), soit une baisse d'environ 8%. En 2008, le taux d'Allaitement Exclusif était de 6,3% (MICS 2008). C'est-à-dire que 12 enfants sur 100 en Côte d'Ivoire est nourris correctement selon les recommandations de l'OMS.

Selon MIS 5 le taux d'Allaitement Elusif est passé de 12% en 2012 à 23,5% en 2016. Ce qui veut dire qu'actuellement en Côte d'Ivoire 24 enfants sur 100 sont nourris correctement selon les recommandations de l'OMS. On comprend par-là que le taux d'AE en 2012 a été multiplié par 2 en 4 ans. Mais ceci reste encore bas par rapport à l'objectif sectoriel du ministère de la santé qui est d'élever le taux d'AE à au moins 50%.

Face à ce constat, nous cherchons à comprendre comment le niveau d'instruction de la mère nourrice peut avoir un impact sur le type d'alimentation des nourrissons âgés de 0 à 6 mois dans le district d'Abidjan. Spécifiquement, il s'agira d'une part d'analyser le niveau d'instruction des mères nourrices et d'autre part d'établir la liaison entre le niveau d'instruction de la mère nourrice au choix du mode d'alimentation des nourrissons. Et aussi, analyser le rôle que joue le niveau d'instruction de la nourrice dans la pratique de l'Allaitement Exclusif et plus loin dans la prévention de la malnutrition infantile.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Champ de l'étude

Le district d'Abidjan représente le champ géographique de notre étude. C'est une ville cosmopolite de l'Afrique subsaharienne. Abidjan est la capitale économique de la république de Côte d'Ivoire tandis que Yamoussoukro est la capitale administrative et politique. Ainsi le district d'Abidjan constitue donc un pôle de développement économique de la Côte d'Ivoire, et une source potentielle d'emplois pour les femmes et les jeunes. C'est un véritable poumon économique, car il abrite l'essentiel des entreprises de tous les secteurs d'activités.

La figure 1 ci-dessous présente la localisation du district d'Abidjan et ses 13 communes

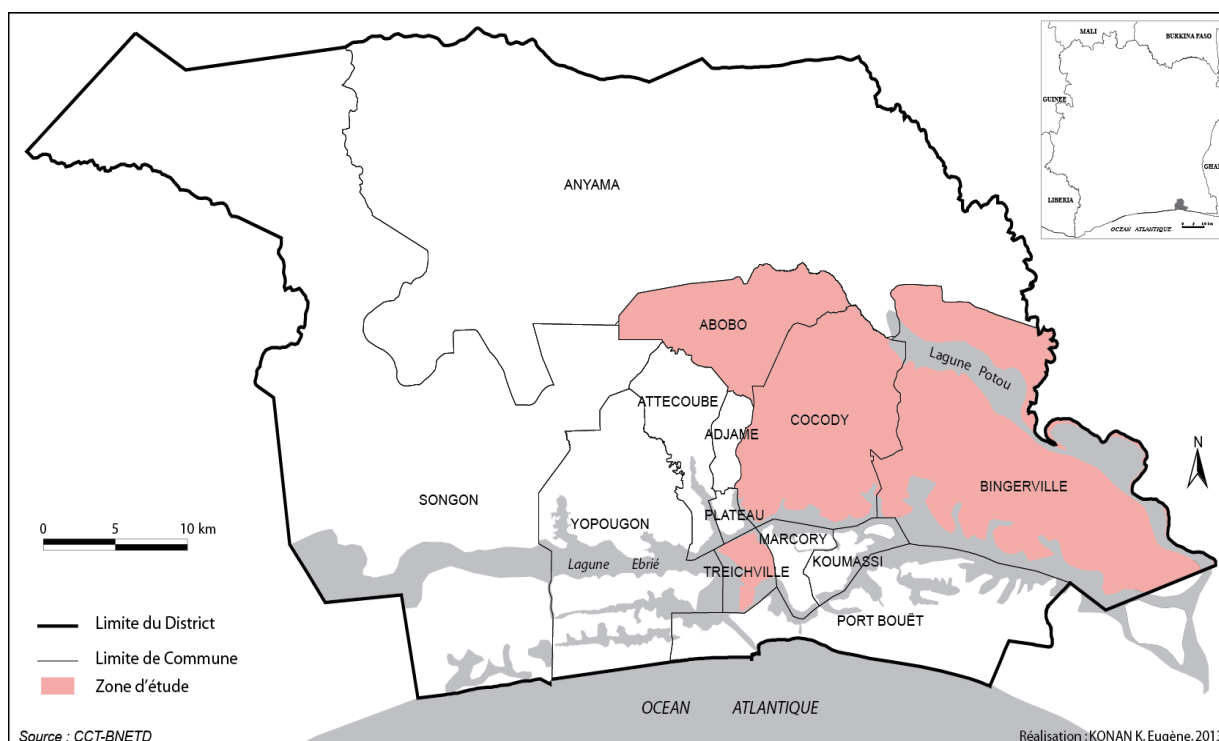


Figure 1. Localisation du district d'Abidjan et ses 13 communes.

Cette zone a été choisie comme champ d'étude, à cause de la mise en œuvre du programme de la promotion de l'allaitement maternel. Ainsi a-t-il été initié dans cette zone, le label de l'initiative hôpital amis des bébés (IHAB). A cela, s'ajoute la mise en place d'un projet concernant l'Allaitement Elusif dans les dix (10) communes d'Abidjan. Notre population d'enquête concerne les nourrices ayant au moins un bébé âgé de 0 à 6 mois et les agents de santé.

Il s'agit d'interroger ces femmes sur le mode d'alimentation de leurs bébés à savoir l'Allaitement Exclusif, l'alimentation mixte et l'alimentation de remplacement ou alimentation artificielle. Cette population cible se justifie par le fait que toutes les activités de nutrition, de soin et d'éducation visant à favoriser le développement harmonieux de l'enfant incombent avant tout aux mères. Et les agents de santé qui jouent un rôle primordial. Ce sont ceux-là même qui les sensibilisent, les orientent et les accompagnent lors de leurs visites, pendant les consultations prénatales qu'après l'accouchement. Aussi, dans les services de consultation externe, de pédiatrie et de nutrition les agents de santé peuvent parler de l'Allaitement Exclusif aux femmes.

2.2. *Echantillonnage*

Nous nous sommes intéressées aux nourrices qui ont un bébé âgé de 0 à 6 mois. Autrement dit, notre population d'étude ou population cible est constituée des mères de bébés âgés d'au plus 6 mois. Cependant, concernant les nourrices qui n'arrivaient pas à donner l'âge exact de leurs bébés, nous avons eu accès aux carnets de santé de ces enfants pour regarder la date de naissance et par ce moyen, nous avons déterminé l'âge de ces enfants.

Pour la détermination de l'échantillon nous nous servons des populations féminines des différentes zones enquêtées que sont : Abobo Sagbé Nord : 21.150 femmes, Bingerville quartier agriculture : 6.343 femmes, Treichville zone portuaire : 2.958 femmes, Cocody Riviera Palmeraie : 2.426 femmes (INS, estimation 2012).

L'étude concerne les nourrices, c'est-à-dire les femmes qui ont un bébé dont l'âge est compris entre 0 et 6 mois. Aussi, nous nous sommes intéressés à la tranche d'âge des femmes comprise entre 25 et 29 ans excluant celles qui ne sont pas comprises dans cet intervalle comme le montre le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Population féminine âgée de 25 à 29 ans.

Commune	Effectif (N)	Pourcentage
Riviera Palmeraie	276	8,88
Abobo Sagbé Nord	2058	66,20
Treichville (zone portuaire)	284	9,13
Bingerville	491	15,79
Total	3109	100

Source : INS, estimation 2012

Pour déterminer le nombre d'individus à interroger dans l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Bernoulli. Le choix de cette formule est due au faite que l'on a pas eu de données statistiques officielles sur la pratique de l'Allaitement Exclusif dans les différents centres de santé qui sont nos zones d'enquêtes.

$n = e^2 \times N / e^2 + d^2 (N-1)$ avec $e=1,96$; $d=0,05$ et $N=3.109$

$n = 1028,586448$

$n = 1.028$

D'où, notre échantillon est constitué de 1.028 nourrices. Ces 1028 participantes ont été sélectionnées lors des vaccinations, des pesées ou des consultations externes de leur bébé. Aussi, dans les services de nutrition pour l'éducation nutritionnelle des mères dont les enfants sont dénutris ou malnutris et dans les services de maternité pendant l'hospitalisation après l'accouchement dans les différents centres de santé indiqués ci-dessus. Cette sélection a été faite soit avant ou après ces services. L'enquête a commencé le 06 décembre 2012 et a pris fin le 30 mars 2013, soit presque 4 mois.

Nous avons appliqué la méthode de quota pour déterminer le nombre de nourrices dans chaque commune. Ainsi, dans l'utilisation de cette méthode, l'on fait une représentation de la population mère dans l'échantillon (voir tableau 2). Ceci revient à déterminer le nombre de nourrices à enquêter dans chaque commune.

-Riviera Palmeraie $1.028 \times 8,88\% = 91$

-Abobo Sagbé Nord $1.028 \times 66,20\% = 681$

-Treichville $1.028 \times 9,13\% = 94$

Bingerville $1.028 \times 15,79\% = 162$

Tableau 2. Nombre de nourrices à enquêter dans chaque zone

Zones d'enquête	Nombre de nourrices
Riviera Palmeraie	91
Abobo Sagbé Nord	681
Treichville	94
Bingerville	162
Total	1.028

Source : Données d'enquêtes Koné Siatta 2013

2.3. Outils de collecte des données

Les informations récoltées auprès des différentes cibles ont été faites de la manière suivante :

- Un questionnaire entre autres sur les caractéristiques sociodémographiques des mères et leur représentation des pratiques d'alimentation des nourrissons.
- Un guide d'entretien comprenant un entretien semi-directif et des focus group concernant les connaissances, les attitudes et les opinions face à l'alimentation infantile.
- Une observation directe durant la tétée des bébés avec leurs mères.

2.4. Méthodes d'analyse et d'interprétation des données

Cette étude a adopté une méthodologie qui combine les méthodes quantitative et qualitative.

La méthode quantitative a utilisé un questionnaire qui nous a amené à faire l'analyse statistique à l'aide du logiciel SPSS version 20.0 (Jean Stafford, Paul Bodson, 2005). Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et d'écart-type. Nous avons fait des croisements avec les tests paramétriques dont le test t de Student, le test Khi-deux ou Khi-carré et le test de corrélation de Pearson. La méthode qualitative nous a permis de présenter les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages. Ici, l'on s'est servi des observations directes, des entretiens semi-directifs et des focus group.

3. Résultats

3.1. Etude de la relation entre le niveau d'instruction de la mère et le type d'alimentation du nourrisson

Tableau 3. Proportion des mères nourries par rapport à leur niveau d'instruction et le type d'alimentation de leur nourrisson.

		type d'alimentation du bébé			Total
		Allaitement exclusif	Alimentation mixte	Alimentation de remplacement ou alimentation artificielle	
Niveau d'étude	non scolarisées	75 14,3%	442 84,4%	7 1,3%	524 100,0%
	Primaire	67 25,8%	189 72,7%	4 1,5%	260 100,0%
	Secondaire	44 26,2%	119 70,8%	5 3,0%	168 100,0%
	Supérieure	19 25,0%	53 69,7%	4 5,3%	76 100,0%
		205	803	20	1028
	Total	19,9%	78,1%	1,9%	100,0%

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Les résultats de l'analyse du tableau 3 font ressortir que :

- Au niveau des non scolarisées, les nourrices enquêtées ont pratiqué 14,3% d'Allaitement Exclusif, 84,4% d'alimentation mixte et 1,3% d'alimentation de remplacement.
- Au niveau du primaire, les nourrices enquêtées ont pratiqué 25,8% d'Allaitement Exclusif, 72,7% d'alimentation mixte et 1,5% d'alimentation de remplacement.
- Au niveau du secondaire, les nourrices enquêtées ont pratiqué 26,2% d'Allaitement Exclusif, 70,8% d'alimentation mixte et 3% d'alimentation de remplacement.
- Au niveau du supérieur, les nourrices enquêtées ont pratiqué 25% d'Allaitement Exclusif, 69,7% d'alimentation mixte et 5,3% d'alimentation de remplacement.

L'on pourrait dire que les nourrices ayant un niveau d'étude ont plus pratiqué l'Allaitement Exclusif que celles n'étant pas scolarisées.

L'on remarque une différence de pourcentage entre les pourcentages du niveau d'étude. Nous allons vérifier si cette différence est significative au seuil alpha égal à 5% avec un test Khi-carré.

Tableau 4. Tests du Khi-deux (niveau d'instruction et type d'alimentation du nourrisson)

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	28,868 ^a	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le tableau 4 montre que la valeur de Khi-deux calculée est égale à 28,868. Celle lue à 6 degrés de liberté au seuil de 5% est égale à 12,592. L'on constate que la valeur de Khi-deux calculée est supérieure à celle lue dans la table. Cela nous amène à dire que le test est significatif au seuil alpha égal à 5%. En d'autres termes, le niveau d'étude a une influence sur le type d'alimentation du bébé. La valeur V de Cramer (0,118) indique que la relation entre les deux variables est faible.

3.2. *Etude de la relation entre le niveau d'instruction des mères et le premier aliment donné au nourrisson*

Tableau 5. Distribution des mères nourries selon l'impact du niveau d'instruction sur le premier aliment donné au nourrisson.

		premier aliment donné à bébé				Total
		eau minérale, eau plate, eau tiède,	lait maternel	autres glucosé, eau sucrée, jus de fruit, autre lait, miel, datte	(sérum)	
Niveau d'étude	non scolarisées	12 2,3%	200 38,2%	312 59,5%	524 100,0%	
	Primaire	2 0,8%	158 60,8%	100 38,5%	260 100,0%	
	Secondaire	5 3,0%	122 72,6%	41 24,4%	168 100,0%	
	Supérieure	2 2,6%	62 81,6%	12 15,8%	76 100,0%	
		21	542	465	1028	
	Total	2,0%	52,7%	45,2%	100,0%	

Source: Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse du tableau 5 montre que:

- Les nourrices enquêtées non scolarisées ont donné 2,3% d'eau minérale, d'eau plate et d'eau tiède à leurs bébés. Tandis que 38,2% de lait maternel a été donné aux bébés et 59,5% d'autres liquides comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes ont été donnés à certains bébés.

-Les enquêtées ayant le niveau primaire ont donné 0,8 % d'eau minérale, d'eau plate et d'eau tiède à leurs bébés. Tandis que 60,8%% de lait maternel a été donné aux bébés et 38,5% d'autres liquides comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes ont été donnés à certains bébés.

-Les nourrices ayant un niveau secondaire ont donné 3 % d'eau minérale, d'eau plate et d'eau tiède à leurs bébés. Tandis que 72,6 % de lait maternel ont été donnés aux bébés et 24,4% d'autres liquides

comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes ont été donnés à certains bébés.

-Au niveau supérieur, les enquêtées ont donné 2,6 % d'eau minérale, d'eau plate et d'eau tiède à leurs bébés. Tandis que 81,6% de lait maternel a été donné aux bébés et 15,8% d'autres liquides comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes ont été donnés à certains bébés.

L'on pourrait donc déduire que les nourrices ayant un niveau d'instruction donnent plus le lait maternel comme premier aliment à leurs bébés.

Cependant, les proportions varient selon le niveau d'instruction. Nous allons vérifier si ces variations sont significatives au seuil de 5% à l'aide d'un test Khi-deux compte tenu de ce que les variables en présence sont qualitatives.

Tableau 6. Tests du Khi-deux (niveau d'instruction et premier aliment donné au nourrisson).

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	108,963 ^a	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Il ressort de ce tableau l'existence d'un effectif théorique de 16,7 % concernant deux (2) cellules. L'on peut donc affirmer que le test est significatif au seuil alpha égal à 0,05 à 6 degré de liberté. En d'autres termes le niveau d'instruction a une influence sur le premier aliment donné au nourrisson. Mais la valeur de V de Cramer (0,230) indique que cette liaison entre le niveau d'instruction et le premier aliment donnée au nourrisson est une relation modérée entre les deux variables.

4. Discussion

L'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA) et ses partenaires (OMS, UNICEF...) recommandent un Allaitement Exclusif pour le développement optimal des enfants. Dans ce même ordre la déclaration d'Innocenti (1990, Italie) appelait le monde à la mise en œuvre des 10 conditions pour le succès de l'Allaitement Exclusif que sont :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.

2. Donner au personnel soignant les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer à allaiter leurs enfants dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

C'est ainsi que 90% des mères pratiquent l'allaitement maternel dès la naissance, avec l'introduction précoce d'autres aliments. Autrement dit, elles pratiquent l'alimentation mixte. Cette situation, c'est-à-dire l'introduction précoce d'autres aliments liquides, va aussi provoquer un état de morbidité et de mortalité chez les enfants.

Face à cette situation, la Côte d'Ivoire va adopter la politique de l'Allaitement Exclusif en 1991. Cette politique avait été recommandée par l'Assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé en mai 1980³. Elle recommande un Allaitement Exclusif pendant les six (6) premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux (2) ans, voire au-delà, en fonction du souhait des mères⁴.

Notre étude concernant les différents modes d'alimentation par rapport au niveau d'instruction de la mère nourrice a permis de faire ressortir que l'alimentation mixte est le type d'alimentation le plus adopté par les nourrices mères quelque soit leur niveau d'instruction par rapport à l'Allaitement Exclusif recommandé dans le monde. Mais les nourrices ayant un niveau d'étude ont plus pratiqué l'Allaitement Exclusif (25.8% - 25%) que celles n'étant pas scolarisées (14%).

L'analyse de notre étude nous indique l'existence d'une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le type d'alimentation du nourrisson. Mais la valeur du V de Cramer montre que la relation qui existe entre ces 2 variables est faible. C'est-à-dire que le niveau d'instruction et le type d'alimentation du nourrisson ne sont pas forcément liés. Autrement dit, le niveau d'instruction de la mère n'est pas obligatoirement lié au type d'alimentation du nourrisson.

³ Mai 2002 (<http://www.anaes.fr>)

⁴ OMS, 2001

Ce résultat corrobore avec celui de Mahaman Salissou Maman (2012) dans son mémoire intitulé : « Etude des pratiques d'alimentation des enfants âgés entre 0-6 mois issus de milieu défavorisés dans la commune urbaine de Tessoua Région de Maradi au Niger ». Il cite la non scolarisation des mères parmi les obstacles liés à la pratique de l'Allaitement Exclusif et l'introduction trop hâtive des aliments dans l'alimentation de l'enfant. Concernant ces obstacles, en plus de l'absence ou du faible niveau d'instruction des mères, Mahaman a cité entre autres l'expérience de l'allaitement, la fréquentation des centres de santé, les milieux de résidence, le lieu d'accouchement, le support social, la maîtrise de la technique d'expression du lait, les conseils prénataux qui sont des facteurs qui facilitent l'allaitement et évitent l'introduction précoce d'aliment de complément qui sont souvent pauvres ou inadéquates du point de vue nutritionnel (Ogunlesi TA, 2010).

Les analyses de Mahaman coïncident toujours avec nos résultats en relatant que l'instruction des mères a un impact important sur l'Allaitement Exclusif. Pour lui, les mères instruites sont plus susceptibles d'avoir un meilleur accès et une meilleure utilisation de l'information que les mères n'ayant pas un niveau d'instruction, contribue à améliorer la nutrition des enfants. Pour l'auteur, l'allaitement Exclusif a un lien avec le niveau d'instruction élevé de la mère. Aussi, Ogunlesi (2010) du Nigeria abonde dans ce même sens en faisant ressortir que le taux d'Allaitement Exclusif est plus important lorsque le niveau d'éducation de la mère est élevé. Venancio et Monteiro (2006) dans leur travail ont affirmé que l'un des principaux facteurs favorisant la pratique de l'Allaitement Exclusif est le haut niveau d'instruction de la mère. Dans l'étude de Chung et al (2007) en Corée du Sud, ils abondent dans le même sens en confirmant que le haut niveau d'instruction ressort parmi les facteurs favorisant l'Allaitement Exclusif. Par ailleurs, ils ajoutent que le faible taux d'Allaitement Exclusif est dû principalement au fort taux de césarienne. En plus de la douleur ressentie après l'acte chirurgical, les mères pensent que les antibiotiques utilisés au cours du traitement de la césarienne passent dans le lait maternel. Plus encore, les mères croient que l'accouchement par voie basse déforme le vagin et que l'allaitement provoque la ptose des seins. Ceci provoque la forte prévalence de césarienne et de sevrage précoce. Les auteurs révèlent dans leur étude que la proportion d'Allaitement Exclusif est plus importante lorsque le niveau d'instruction de la mère est élevé, car les mères plus instruites ont moins de fausses croyances.

Aussi, Diagne-Guèye et al du Sénégal retrouve également le fait d'une prévalence élevée du taux d'Allaitement Exclusif chez les mères ayant un niveau d'instruction élevé, même si par ailleurs les auteurs affirment que la différence n'était pas significative.

En revanche, au Liban les études menées par Batal et al (2006) ont relevé des facteurs contraires. Ils ont trouvé que le faible niveau d'instruction de la mère a été associé à une augmentation du taux d'Allaitement Exclusif. Ils signalent que ces pratiques sont liées au fait que les femmes qui ont un

faible niveau d'instruction en général restent à la maison pour nourrir les bébés.

5. Conclusion

Au terme de l'étude concernant le niveau d'instruction de la nourrice et le choix du type d'alimentation du nourrisson, il ressort que les mères qui ont un niveau d'instruction pratique l'Allaitement Exclusif que celles n'ayant aucun niveau d'instruction. Mais ce taux de pratique reste encore faible malgré les efforts par rapport à l'objectif du ministère de la santé qui est de 50% d'ici 2025. Ceci peut être dû au fait que ces femmes instruites comprennent mieux et mettent en pratique les informations reçues des agents de santé lors de leur prise en charge par rapport à la grossesse. Mais il faudrait noter que le V de Cramer indique que la relation qui existe entre les deux (2) variables est faible.

Il convient de noter ici que la scolarisation de la jeune fille est très importante car elle contribue à la pratique de l'Allaitement Exclusif en particulier et à l'amélioration d'une alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant pour sa croissance et son développement harmonieux en général.

Remerciements

Nos remerciements à tous les participants à l'étude.

Références Bibliographiques

ALLIANCE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (WABA), 2021, Protéger l'allaitement : une responsabilité partagée, Semaine Mondiale de l'allaitement.

ALLIANCE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (WABA), 2022, GO pour l'allaitement ! éduquer, promouvoir, soutenir, semaine mondiale de l'allaitement.

BASSE M.T, Les aspects socio-culturels et économiques de la nutrition dans les pays en voie de développement, Colloque, volume 136, Edition de l'INSERM : 633-640, Paris.

BATAL M et al, 2006, Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country : a national survey in Lebanon, Public Health Nutrition, 9 (3) :313-319.

ENQUÊTE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES (MICS 5), 2016, La situation des femmes et des enfants, Côte d'Ivoire.

FONDS DES NATIONS-UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 2019, Enfants, nourriture et nutrition, bien grandir dans un monde en mutation.

FONDS DES NATIONS-UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 2020, Soutenir l'allaitement maternel pour une planète en meilleure santé, semaine mondiale de l'allaitement maternel, Tunisie.

KONE SIATTA, 2015, Approche psychosociologique de la résistance à l'allaitement exclusif chez les nourrices dans le district d'Abidjan, UFHB.

MAHAMAN S.M, 2012, Etude des pratiques d'alimentation des enfants âgés entre 0-6 mois issus de milieux défavorisés dans la commune urbaine de Tessaoua, région de Maradi au Niger, Université Laval, Québec.

MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT, 2019, Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire.

VENANCIO S.I, MONTEIRO C.A, 2006, Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in Sao Paulo, Brazil : a multilevel analysis, public health nutrition, 9 (1) : 40-46.

© 2022 FOFANA, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.