

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française
au service du développement africain

SN

Croyances, connaissances et pratiques en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire des mères séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois à Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Présenté par

Simidélé Basilia AKOBI

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Nutrition Internationale

Le 19 septembre 2021

Devant le jury composé de :

Pr. Jalila ELATI

Chef de Service " Etudes et Planification", INNTA
Tunis

Président

Pr. Patrick THONNEAU

Directeur du Département Santé

Examineur

Pr. Pierre TRAISSAC

Ingénieur de recherche, IRD, Montpellier

Examineur

Remerciements

A mes encadreurs le Dr Franck ANON (lieu de stage) pour sa confiance, sa disponibilité et ses conseils dans la réalisation de cette étude et Mme Anne-Marie MOULIN (encadreur de l'université) pour le temps qu'elle a consacré à la lecture du protocole, le suivi du mémoire tout entier et pour avoir accepté d'être mon directeur de mémoire.

A Mme Moussa HAYET pour avoir lu le protocole et donné des conseils.

A mon époux et à ma belle-sœur Mme Tricia POISSONNIER, pour la relecture du mémoire et la traduction du résumé en anglais.

Au Directeur du département santé, M. Patrick THONNEAU, pour son encadrement et sa façon propre à lui de me motiver pour ce travail et au Chef de service administratif du département santé, Mme Alice MOUNIR pour sa disponibilité et ses conseils.

Au Directeur du département management, M. Alioune DRAME, pour sa confiance lors du choix des candidats pour l'intégration de l'Université Senghor d'Alexandrie.

A tous mes camarades de promotion et spécialement ceux du master 1 pour leur soutien et leur présence durant les moments difficiles que j'ai eu à traverser et à mes amis le Dr ABRO (Moutcho) et Christelle ITOLE.

A tous les Senghoriens avec qui je suis allée en stage en Côte d'Ivoire et aux alumni ivoiriens de l'université Senghor d'Alexandrie, en particulier à M. Daouda Achille ESSE et au Dr Richmond SEKI.

Au Directeur Coordonnateur du Programme National de Nutrition (PNN) de Côte d'Ivoire, le Dr Oka René KOUAME, pour avoir accepté que je fasse partie de son équipe et pour la confiance qu'il m'a accordée et à ses adjoints : le Dr Crystel M'BAHIA, Directrice Coordonnatrice Adjointe du Programme qui a bien voulu répondre à toutes mes sollicitations pour l'intégration au PNN et le Dr Désiré KOUAME, Directeur Coordonnateur Adjoint, qui m'a accordé aussi rapidement qu'il a pu un entretien ainsi qu'à l'ensemble des collaborateurs du PNN, notamment à ceux du service de Nutrition/VIH et particulièrement à M. Mamicy KOUASSI, Dr ABALLE Christelle épouse DAKOURI, Dr Francis AKA, M. Noël KACOU, M. TIA, Dr Carène, Mlle Diane GNEBEYOU, Mme Estelle TOUTOUKPO, M. Hervé YOBOUET.

A mon mari, M. Ghislain POISSONNIER, qui m'a poussé à candidater à ce master, m'a soutenu moralement et y a mis tous les moyens nécessaires, tant affectifs que financiers pour l'accomplissement de mes études.

A mes frangins Sandrine et Lionel AKOBI ainsi que mon petit Bryan Emmanuel CHAPRON qui ont toujours su me soutenir à leur manière.

Dédicace

Je dédie ce mémoire à mes parents qui m'ont appris à ne jamais baisser les bras et ont toujours voulu que je fasse de longues études mais qui, aujourd'hui, ne sont plus de ce monde pour récolter le fruit de leur travail.

Résumé

Dans les pays africains, les croyances, traditions et coutumes africaines demeurent un réel facteur à prendre en compte dans la lutte contre la malnutrition parce qu'impactant l'alimentation des tout-petits comme des adultes. La Côte d'Ivoire ne fait pas exception sur ce point. Elle est l'un des pays où la malnutrition est fortement liée aux pratiques dans les ménages. L'objectif de cette étude est de relever les croyances, connaissances et pratiques en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire des mères séropositives qui sont sous ARV et qui ont des enfants âgés de 6 à 23 mois à Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Cette étude est transversale à visée descriptive. Elle porte sur un échantillon de 164 mères séropositives sous ARV qui ont des enfants âgés de 6 à 23 mois dans le district sanitaire d'Abobo-Est et révèle que l'allaitement maternel était important pour toutes les mères mais n'a été pratiqué dès la naissance que par 154 mères. L'importance du colostrum est mal connue et seules 54,9% des mères ont pratiqué l'allaitement maternel le jour même de la naissance. Pendant notre étude, 68,3% des mères des enfants âgés de moins de 2 ans continuent de pratiquer l'allaitement maternel.

L'âge d'introduction des aliments de complément est connu par 95,7% des mères. Toutefois, en pratique, seules 52,4% ont débuté cette introduction dès l'âge de 6 mois. Par ailleurs, 93,9% des mères ont commencé la diversification alimentaire par de la bouillie et 6,1% par le repas familial. Et concernant la bouillie, près du tiers des femmes donnent des bouillies à base de farines industrielles (importée) (73,2%) et seulement 7,8% donnent des bouillies à base de farines locales.

Toutes les femmes affirment que les interdits alimentaires qu'elles se fixent pour l'enfant ne sont pas liés à leur statut sérologique mais plutôt à la coutume. Cependant, elles ne connaissent pas les raisons de ces interdits et nombreuses déclarent suivre les conseils des « vieilles » (50,6%).

En dépit des efforts fournis par le Programme National de Nutrition de Côte d'Ivoire, il existe encore des écarts importants entre les connaissances et les pratiques alimentaires, écarts ayant pour origine les croyances des sociétés africaines. Dans l'optique de remédier aux causes des pratiques alimentaires inadéquates, une analyse plus approfondie ainsi que des actions concrètes et spécifiques doivent être menées.

Mots-clefs

Alimentation de complément, Allaitement maternel, croyance, nutrition, VIH.

Abstract

African beliefs, traditions and customs remain significant factors to be taken into account in the fight against malnutrition because they impact the diet of toddlers as well as adults. The Ivory Coast is not an exception. It is one of the countries where malnutrition is strongly linked to household practices. The objective of this study is to identify beliefs, knowledge and practices, as well as dietary diversification, in breastfeeding, HIV-positive mothers who are on ARVs and who have children aged 6 to 23 months in Abobo-Est (Abidjan, Ivory Coast).

This study is cross-sectional with a descriptive aim. It involves a sample of 164 HIV-positive mothers on ARVs who have children aged 6 to 23 months in the Abobo-Est health district and reveals that breastfeeding is important for all mothers but was practiced from birth by only 154 mothers. Little is known about the importance of colostrum, and only 54.9% of mothers breastfeed the same day of birth. During our study, 68.3% of children under the age of 2 continued to breastfeed.

The age of introduction of complementary foods is known by 95.7% of mothers. However, in practice, only 52,4% started this introduction from the age of 6 months. In addition, 93.9% of mothers began dietary diversification with porridge and 6.1% with the family meal. And concerning porridge, nearly a third of the women give porridge made from industrial flour/imported flour (73.2%) and only 7.8% from porridge made from local flour.

All the women say that food restrictions are not linked to their HIV status but rather to custom. However, they do not know the reasons for these bans and many say they follow the advice of “old women” (50.6%).

Although efforts are being made by the National Nutrition Program of Ivory Coast, there are still gaps between knowledge and dietary practices, those gaps having their origin in the beliefs of African societies. In order to address the causes of inadequate feeding practices, a more in-depth analysis as well as concrete and specific actions must be carried out.

Key-words

Belief, breastfeeding, complementary feeding, nutrition, HIV.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARV : Anti rétroviral

CEDEAO : Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest

CNN : Conseil national pour la nutrition

CNPU : Collège national des pédiatres universitaires

CSU : Centre de santé urbain

DD : Directeur départemental

EDS-MICS : Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples en Côte d'Ivoire

ENV : Enquête sur le niveau de vie

ESNAPOCI : Evaluation de la prise en charge nutritionnelle et de la sécurité alimentaire des personnes infectées et affectées par le VIH en Côte d'Ivoire

FAO : Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture

FMI : Fonds monétaire international

GSA : Groupe scientifique d'appui

INS : Institut national de la statistique

MSHP : Ministère de la santé et de l'hygiène publique

OEV : Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAM : Programme alimentaire mondial

PNN : Programme national de nutrition

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

SNVMC : Service de nutrition/VIH et maladies chroniques

UMC : Unité de maladies chroniques

UNAIDS : Programme conjoint des nations unies sur le VIH/sida

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

UNVIHT : Unité de nutrition/VIH et de la tuberculose

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
1 INTRODUCTION	3
1.1 Problématique et justification	5
1.2 Hypothèse de recherche	9
1.3 Objectifs	9
1.4 Cadre théorique	10
2 METHODOLOGIE	18
2.1 Type et durée d'étude	18
2.2 Cadre d'étude.....	18
2.3 Population cible.....	18
2.4 Population d'étude.....	18
2.5 Critères d'inclusion.....	19
2.6 Critères de non inclusion.....	19
2.7 Critères d'exclusion	19
2.8 Nombre de femmes pour l'enquête	19
2.9 Déroulement de l'étude	19
2.10 Données recueillies auprès des mères.....	20
2.11 Matériel de travail et collecte des données.....	20
2.12 Saisie et analyse des données	20
2.13 Considérations éthiques.....	21
3 RESULTATS.....	22
3.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	22
3.2 Pratiques alimentaires et croyances.....	27
3.3 Connaissances et croyances.....	34
4 DISCUSSION	37

4.1	Allaitement maternel vis-à-vis des croyances.....	37
4.2	Diversification alimentaire vis-à-vis des croyances.....	38
5	PERSPECTIVES.....	45
6	CONCLUSION	46
	Liste des illustrations.....	54

1 INTRODUCTION

L'alimentation du nourrisson est fondamentale pour sa croissance et son développement. Elle est le garant de sa survie, surtout dans la période de 0 à 23 mois, âge où l'ablactation est d'une importance capitale pour le devenir de l'enfant. La malnutrition contribue en grande partie à la mortalité infantile (Kramer et Kakuma, 2012). A l'inverse, une nutrition optimale pendant les deux premières années de vie permet en partie de contribuer à un meilleur développement général de l'enfant. Elle a pour effet de réduire le taux de mortalité et de morbidité ainsi que le risque de survenue des maladies chroniques (OMS, 2020).

L'allaitement au sein est un très bon moyen pour fournir une alimentation accomplie au bébé et doit être exclusif pendant les 6 premiers mois de vie. Par la suite, des aliments complémentaires doivent peu à peu être intégrés (Unicef, 2006). Dans les pays à revenus moyens ou faibles, cela reste vrai lorsque le nourrisson naît de mère ayant une pathologie chronique, en l'occurrence le VIH (AGNISSONI, 2016 ; MSHP, 2009).

La transmission du VIH à travers le lait maternel pose cependant un dilemme pour les femmes séropositives vivant dans les pays à ressources faibles. D'une part, elles risquent de contaminer le nourrisson par l'allaitement maternel. D'autre part, si elles arrêtent d'allaiter, elles risquent également de porter atteinte à la santé du bébé, dans la mesure où elles n'ont pas accès à une eau salubre pour préparer les repas de substitution et où elles ont peu de moyens pour se procurer des préparations spéciales pour assurer sa bonne alimentation. La difficulté est d'évaluer le risque pour les nourrissons de contracter le virus via l'allaitement maternel et celui de contracter d'autres signes infectieux, notamment la diarrhée, fréquente chez les enfants n'ayant pas un allaitement maternel exclusif dans les six premiers mois de vie ou ceux ne bénéficiant pas d'une diversification alimentaire adaptée à leur âge.

Ce dilemme est déchirant et exige que les femmes fassent un choix difficile entre allaiter et ne pas allaiter, et vivre avec le risque inhérent de la décision qu'elles prendront (Unicef, 2006).

Selon les normes internationales, si les aliments de remplacement deviennent abordables sur le plan financier et sans danger sur le plan de l'hygiène sanitaire des aliments, on recommande que les mères séropositives évitent l'allaitement maternel (AED, 2004).

Alors que le principe éthique exige que les femmes séropositives soient bien renseignées par des informations adéquates au sujet de leurs options, certaines réalités telles que les contraintes économiques et culturelles peuvent être si fortes que les femmes ne parviennent pas à effectuer un choix informé.

En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'allaitement exclusif est de 12% (Coulibaly et al, 2014) dans la population générale et celle de l'allaitement en général chez les mères vivant avec le VIH est de 79,8% (ESNAPOCI, 2020). Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, le seuil acceptable de l'insuffisance pondérale selon les normes internationales n'était pas atteint en 2012 avec une prévalence d'environ 15% (PNN, 2015) et le taux de transmission du VIH de la mère à

l'enfant était de 23 % en 2014 (UNAIDS, 2014). La transmission du VIH de la mère à l'enfant est de nos jours la principale voie de contamination pédiatrique (Sangho et al, 2013). Le risque de transmission sans chimiothérapie périnatale est de 5 à 20% même si le traitement prophylactique aux antirétroviraux (ARV) du nouveau-né de mère séropositive au VIH réduit fortement le risque de transmission au cours de l'allaitement (ONUSIDA, 2006).

Selon les normes internationales donc, il est préférable de ne pas allaiter pour ces femmes mais sur le territoire national, les pratiques sont toutes autres aux vues des réalités rencontrées.

Faisant partie des régions où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de décès des enfants avec un taux de mortalité infantile élevé, l'allaitement maternel doit être impérativement conseillé aux femmes enceintes, notamment celles qui sont séropositives au VIH. La raison en est que les risques d'infection par le VIH via le lait maternel chez le nourrisson restent plus faibles que les risques de décès occasionnés par d'autres facteurs, lorsque celui-ci n'est pas nourri au sein (OMS, 2011), même si les normes internationales recommandent le contraire à cause du risque de contamination qui existe même étant sous antirétroviraux.

En conformité avec les recommandations de l'OMS, les autorités ivoiriennes ont choisi une politique d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie puis l'intégration des aliments de compléments à partir de six mois tout en continuant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 24 mois, accompagné d'un traitement ARV. Il est désormais recommandé aux femmes séropositives au VIH d'allaiter leurs bébés jusqu'à l'âge de 12 mois au moins, tout en pratiquant l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie. Le traitement ARV est donné en continu à la mère et l'enfant suivant le protocole PTME (MSHP-CI, 2009).

Comparé au risque peu élevé (< 1 % par mois) mais réel de transmission du VIH par le lait maternel, l'allaitement réduit considérablement le risque de mortalité infantile suite à d'autres maladies infectieuses et à la malnutrition, diminuant ainsi en moyenne 4 à 6 fois pendant les six premiers mois et de pratiquement 2 fois au cours du deuxième semestre de la vie du nourrisson (UNHCR, 2009).

Le recours au biberon au lieu de l'allaitement au sein pour réduire les risques de contamination par le VIH/SIDA n'est pas conseillé par les pouvoirs publics, compte tenu des causes courantes de morbidité et de mortalité infantile dues aux maladies infectieuses virales ou bactériennes se manifestant fréquemment par une diarrhée aigüe.

Toutefois, ces politiques mises en place pour lutter contre des maladies dans le but d'améliorer l'état de santé des populations se heurtent à des limites tenant à l'existence de certaines croyances et pratiques traditionnelles africaines.

La croyance peut être définie comme un choix qui n'a pas à être justifié. La référence aux coutumes ou aux traditions comme base des croyances justifie la mise en pratique de certains comportements sans en interroger le sens et le contenu. Peu importe que la croyance soit

vraie ou fausse. La question ne se pose pas en ces termes, dans la mesure où elle ne reflète pas la pensée rationnelle mais plutôt celle qui relève du symbole ou du mythe. La croyance requiert seulement une adhésion et nourrit des pratiques (Hamayon, 2006). Ainsi, certaines croyances, en général diffusées par des « anciens », des « vieilles » ou des personnes « ayant autorité », influencent les attitudes et comportements alimentaires d'une population.

Bien que les femmes ivoiriennes possèdent un niveau d'étude acceptable et certaines connaissances en matière d'éducation et de nutrition des enfants (Attoh-Touré *et al*, 2017), il persiste parmi elles nombre de croyances auxquelles elles restent attachées. Ces croyances influencent leurs pratiques d'allaitement et de diversification alimentaire. Il semble nécessaire d'en tenir compte dans la politique de nutrition et de s'efforcer d'en limiter les effets.

1.1 Problématique et justification

Problématique

L'influence des croyances des mères sur les pratiques de l'allaitement et la qualité de l'alimentation de complément du nourrisson sont les principaux aspects qui seront évoqués dans notre travail.

Ces pratiques alimentaires sont influencées par de nombreux facteurs exogènes, dont ceux socioculturels et environnementaux (Kanteng *et al*, 2014). Elles peuvent entraîner dans une population l'une des formes de malnutrition (par carence ou par excès). Plusieurs études démontrent que ces facteurs exogènes ont une influence sur la conduite de l'alimentation chez les nourrissons (Diagne *et al*, 2011). Par exemple, de nombreux tabous liés aux croyances concernent la consommation d'aliments riches en protéines d'origine animale par les enfants en bas âge (Pagezy, 2006). Les pratiques alimentaires qui consistent à s'interdire la consommation d'un aliment existent dans toutes les cultures et sociétés africaines et varient d'une communauté à une autre (Prudhomme, 2016).

L'interdiction de la consommation de certains aliments peut n'avoir aucune répercussion globale importante si elle ne concerne qu'un ou deux aliments (Latham, 2001). Ces tabous et croyances liés aux aliments peuvent avoir des raisons nutritives mais également des raisons d'ordre gustatif, car, s'il est estimé avoir bon goût, un aliment peut être adopté dans le régime alimentaire par les populations locales, et enfin des raisons purement culturelles (Atse, 2013).

Selon le cadre conceptuel de l'UNICEF sur les déterminants de l'état nutritionnel, les facteurs culturels font partie des causes sous-jacentes (Tanang Tchouala, 2009) de la malnutrition et elles déterminent à leur tour les causes immédiates de la malnutrition. Les causes immédiates mènent elles-mêmes aux signes cliniques de la malnutrition. Agir contre ces croyances suscite parfois une réaction des personnes chez qui elles sont fortement ancrées, masquant les vrais problèmes à prendre en considération pour l'amélioration de l'état de santé.

En Afrique, certaines croyances interdisent la consommation de certains aliments en fonction de l'âge et du sexe d'une personne et les enfants n'en sont pas épargnés. Les aliments interdits

les plus récurrents sont la patate, le taro, les œufs, le poisson silure. Les interdits alimentaires peuvent être destinés à faciliter l'accouchement, à prévenir les maladies, à assurer la beauté de l'enfant via l'alimentation de la mère, à ne pas contrarier les esprits.... Ces croyances prédéterminant certains comportements répondent à de multiples logiques culturelle et sociale avec pour but de préserver la santé de l'enfant (Yoro *et al*, 2015). Au Congo, une étude a été réalisée pour identifier les facteurs socioculturels à l'origine des maigreurs chez les enfants de 0 à 59 mois afin de fournir des données de base aux programmes d'interventions ciblées sur les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire. Cette étude a montré que les mères enquêtées qui ont un enfant maigre reconnaissent sans ambiguïté qu'un enfant présentant des signes de malnutrition est possédé par la colère des ancêtres qui serait déclenchée par le non-respect des coutumes par la mère (Massamba *et al*, 1998).

On pourrait penser que ces interdits, posés par ces croyances, sont un moyen d'imposer des règles d'éducation parce que toutes les sociétés montrent un réel intérêt à respecter les interdits de peur d'être frappées par le courroux divin, par des fléaux ou par certaines maladies (Rakotosamimanana, 2014).

Dans un pays de la partie centrale de l'Afrique par exemple, une étude a révélé que la majorité des mères interprètent les pleurs répétés des nourrissons comme une manifestation chronique de la faim. Elles prennent ces pleurs comme une raison suffisante pour une introduction précoce du plat familial qui intervient pour plus de la moitié des cas avant l'âge de 6 mois. D'après elles, le lait maternel et la bouillie calment les pleurs mais la bouillie est le moyen le plus efficace et est introduite lorsque le lait maternel n'y parvient plus (Massamba *et al*, 1998). Dans le contexte relaté plus haut, l'alimentation semble en réalité satisfaire au moins deux exigences. La première est sans doute le bien-être immédiat de l'enfant, et ainsi de calmer sa faim. La seconde tient à la présence de forces invisibles qui peuvent nuire à l'enfant si elles l'entendent pleurer. Le monde invisible des esprits des ancêtres a ainsi un impact sur les choix alimentaires effectués par la mère.

Ainsi, si le concept d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois s'impose peu à peu au sein de la population des pays en voie de développement, il se heurte encore à de nombreuses barrières socioculturelles (Kanteng *et al*, 2014).

En Côte d'Ivoire, le taux d'allaitement exclusif à six mois est de 12 % (Coulibaly *et al*, 2014) et près de la moitié des enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance ou alors souffrent d'anémie. La diversification alimentaire, quant à elle, semble remplacer les apports en lait au lieu de les compléter (CNN, 2015).

Avec l'insécurité alimentaire qui prévaut actuellement, des règles de société qui privent les populations de certains aliments sont malheureusement observées et accentuées. Une mère et son enfant constituant un ensemble biologique et social consubstantiel, la santé et la nutrition de l'une ne sauraient être séparées de celles de l'autre (OMS, 2002).

Justification

Cette réflexion commence par un constat.

Dans un centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en République de Guinée, des femmes ivoiriennes étaient régulièrement enregistrées dans la file active. Elles étaient fréquemment accompagnées d'enfants, le plus souvent en bas âge (2 mois à 2 ans). Parmi ces femmes, il y avait celles qui venaient à peine de s'installer en Guinée (nouvelle résidence permanente) et celles qui étaient juste de passage et donc qui avaient leur résidence permanente dans leur pays d'origine (la Côte d'Ivoire). Ces mouvements migratoires sont fréquents et aisés, car, d'une part, ces deux pays (la Côte d'Ivoire et la Guinée) sont frontaliers, et, d'autre part, ils font partie de la CEDEAO qui garantit la libre circulation des personnes. Par conséquent, pour une personne titulaire de l'une de ces deux nationalités, il est facile de se rendre dans l'un ou l'autre de ces pays, aucun visa n'étant requis et l'accès par la voie routière étant possible.

Pour revenir aux femmes ivoiriennes et séropositives qui fréquentaient ce centre en Guinée, il était frappant de voir que la plupart de leurs nourrissons avaient un problème de malnutrition : soit ils étaient malnutris par défaut, soit par excès (entendons par là qu'ils souffraient soit de malnutrition aigüe, soit d'obésité). On sait de nos jours que l'obésité infantile aussi est devenu l'un des fardeaux de la malnutrition qui émerge dans nombre de pays (Delpeuch *et al*, 2002).

Cette condition physique empêchait ces enfants de se tenir debout et de marcher. Ne pouvant faire comme leurs camarades du même âge, les accusations de sorcellerie étaient proférées par leurs mères. Selon elles, elles n'auraient pas respecté les interdits alimentaires. Certaines racontaient que leur enfant n'arrivait pas à marcher parce qu'il avait pris l'habitude de manger le jaune d'œuf et qu'il n'avait pas bu les décoctions assez tôt. D'autres rendaient responsables la prise de certains fruits et légumes ou d'autres encore attribuaient la situation au fait de ne pas avoir donné dès la naissance des aliments autres que le lait maternel. Suite à cela, ces femmes s'adonnaient à des pratiques pas toujours bénéfiques pour la santé des enfants espérant remédier à cette « malédiction ».

Aucune des mères, pourtant séropositives, ne liait le phénomène à leur statut car beaucoup se sentaient en sécurité par rapport au VIH puisqu'elles avaient pour la plupart une charge virale indétectable ; elles prenaient régulièrement leurs ARV selon leurs dires et selon les résultats de leurs analyses sanguines.

Cependant, ce qui empêchait leurs enfants de faire les activités que leurs camarades de même âge, pourrait avoir un lien avec le mode de vie, notamment l'alimentation car il n'existe presque pas de secteurs d'une pathologie dans lesquels le phénomène alimentaire ne puisse être suspecté de jouer un rôle direct ou indirect (Hercberg, 2000). Les causes principales de l'état de ces jeunes enfants semblent être les mauvaises pratiques de diversification

alimentaire dictées par les croyances de leurs mères, héritées des traditions. Cela peut conduire à des cas extrêmes où, des femmes, en voulant bien faire les choses, peuvent adopter des attitudes de nature à détériorer le statut nutritionnel du nourrisson. On peut citer, par exemple, l'utilisation des bouillies à base de farines industrielles (importées) présentant une très bonne image grâce aux publicités qui sont faites autour de ce produit, mais dont les modalités de préparation par les femmes des pays en voie de développement laissent à désirer du fait soit de leur extrême dilution lors de la préparation de la bouillie ou de l'utilisation d'eau peu potable.

A Brazzaville, dans une étude menée par Massamba et ses collaborateurs sur un échantillon de jeunes enfants et leurs mères, la maigreur est interprétée comme l'un des signes manifestes du nkira, une manifestation de la volonté des ancêtres. Il serait déclenché par le non-respect des us et coutumes par la mère. L'appel à un féticheur permet aux parents de l'enfant, d'identifier quelle volonté des ancêtres « doit être respectée » pour permettre à celui-ci de recouvrer son état de santé. Les « anciens » de la famille ou de l'entourage soumettent alors l'enfant à un rite spécifique assorti d'interdits alimentaires. La finalité est d'empêcher l'enfant de consommer des aliments pourtant indispensables à sa croissance. Cette pratique l'entraîne souvent dans un état de malnutrition chronique (Massamba et al, 1998).

D'après les résultats de la même étude effectuée au Congo, un nombre non négligeable des mères pensent que la dégradation de l'état de santé d'un enfant est due à des sortilèges (la sorcellerie) et nombreuses sont celles qui croient que les infections diarrhéiques ont un lien étroit avec le cycle lunaire.

La responsabilité de l'état de malnutrition des enfants est rejetée sur la sorcellerie par de nombreuses mères ; le sorcier pouvant être un parent, un oncle ou une personne de la famille qui a le moins de ressources financières dans beaucoup de cas. L'état de maigreur de l'enfant est donc perçu comme un résultat de l'exercice de la sorcellerie.

Le constat relaté ainsi que l'intention d'approfondir ce sujet ont motivé le choix du présent thème intitulé : « Croyances, connaissances et pratiques des mères séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois, en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire à Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Ce présent travail revêt donc une double dimension, scientifique et culturelle.

Il se propose, sur la base d'une enquête de terrain, de recenser, d'analyser et d'expliquer les croyances, connaissances et pratiques (ou comportements) alimentaires d'une partie de la population d'Abidjan. Il s'intéresse aux logiques qui guident les décisions par rapport au mode de sélection et de préparation des aliments.

C'est ainsi que la question de recherche est la suivante : Quelles sont les connaissances et pratiques en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire des mères

séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois, à Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire) au regard de leurs croyances ?

Cette étude tentera donc de mettre en évidence le rôle des croyances sociales associées à l'allaitement et à l'interdiction de consommer certains aliments ainsi que leurs liens avec les problèmes de malnutrition chez les nourrissons à Abidjan. Les résultats de cette étude pourraient permettre d'adapter le type d'alimentation proposé à cette population ainsi que les informations qu'il y a lieu de lui délivrer.

1.2 Hypothèse de recherche

Les mères séropositives qui sont sous des anti rétroviraux (ARV) et qui ont des nourrissons possèdent de bonnes connaissances en général mais adoptent des pratiques inadaptées concernant l'allaitement maternel et la diversification alimentaire de ceux-ci en raison de leurs croyances.

1.3 Objectifs

Objectif général :

Relever les croyances, connaissances et pratiques en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire des mères séropositives qui sont sous ARV et qui ont des enfants âgés de 6 à 23 mois à Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Objectifs spécifiques :

- Relever les pratiques alimentaires des mères séropositives qui sont sous ARV sur l'alimentation des nourrissons âgés de 6 à 23 mois ;
- Relever les connaissances des mères séropositives qui sont sous ARV, sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire des nourrissons ;
- Relever les croyances des mères séropositives qui sont sous ARV, concernant l'allaitement maternel et la diversification alimentaire des nourrissons ;
- Enumérer les groupes d'aliments interdits aux nourrissons.

1.4 Cadre théorique

Présentation générale de la Côte d'Ivoire

Pays situé en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322 462 km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, au Sud par le golfe de Guinée, à l'Est par le Ghana et à l'Ouest par la Guinée et le Libéria (Présidence, 2011). Sa population était estimée à 23 millions d'habitants en 2014, dont 51,6 % d'hommes et 48,4 % de femmes, avec une répartition de la population d'environ 50% entre zones rurales et urbaines (INS, 2014).



Image 1 : Carte de Côte d'Ivoire (Division Géographique de la Direction des Archives du Ministère des Affaires Etrangères, 2004)

Situation nutritionnelle et sécurité alimentaire en Côte d'Ivoire

Entre les années 2000 et 2010, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires qui a eu un impact négatif sur la situation sanitaire et nutritionnelle du pays (ENV, 2008).

La malnutrition aigüe qui stagnait autour de 7% a touché 7,5% des enfants de moins de 5 ans en 2012 (EDS-MICS 2011-2012) et la prévalence de la malnutrition chez les personnes vivant avec le VIH était de 28,7%, dont 10,1% en insécurité alimentaire en 2009. Du côté des enfants orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH (OEV) âgés de 6 à 59 mois, 31,1% souffraient de malnutrition (ESNAPOCI, 2009).

Cadre conceptuel de la malnutrition

Plusieurs facteurs ou causes agissent dans le processus de la malnutrition. Ils agissent :

- Soit uniquement sur l'individu : ce sont les causes immédiates ;
- Soit sur l'individu et le ménage au même moment : ce sont les causes sous-jacentes ;
- Ou sur toute la population en général : ce sont les causes fondamentales.

S'agissant des causes immédiates de la malnutrition en Côte d'Ivoire, il a été rapporté que le régime alimentaire de la population est généralement peu diversifié dans tous les groupes d'âge (PAM, 2012) et que 20,5% de la population n'atteignait pas le niveau minimal d'apport calorique moyen en 2014 (Banque mondiale, 2015).

Quant aux causes sous-jacentes, l'accès aux aliments reste limité pour bon nombre des ménages, constituant la principale cause d'insécurité alimentaire. 15% de la population est ainsi dans l'incapacité de se procurer de la nourriture ou souffre de sous-alimentation (FAO *et al*, 2015). D'une manière générale, l'attention accordée à la femme et à l'enfant reste insuffisante. L'inégalité de genre et le faible niveau de connaissances lié le plus souvent à l'absence d'instruction sont des éléments à ne pas négliger dans la situation sanitaire et nutritionnelle de cette frange de la population (EDS-MICS 2011-2012).

Au niveau des causes fondamentales de la malnutrition, il sera relevé qu'en 1998, 33,6% de la population ivoirienne vivait en dessous du seuil de pauvreté. Ce chiffre est passé à 48,9% en 2008 (ENV, 2008), puis à 39,4% en 2020 (Banque mondiale, 2020). 53% des femmes en âge de procréer n'avaient aucun niveau d'instruction (EDS-MICS 2011-2012).

Définition opérationnelle de quelques mots clés

Allaitement maternel

Le lait maternel est l'aliment parfait pour les bébés et leur donne tous les nutriments et l'eau dont ils ont besoin. Il les protège contre plusieurs maladies, notamment la diarrhée. Lorsqu'il est donné de façon exclusive pendant les six premiers mois de vie, il peut, en comparaison à

l'alimentation mixte, réduire le risque du passage du VIH (OMS, 2001). Les bonnes pratiques de l'allaitement pourraient chaque année sauver les vies de nombreux enfants (Innocenti, 2006).

❖ Qualités nutritionnelles du lait maternel

La composition du lait maternel change dans le temps. On distingue ainsi trois étapes :

- De la naissance à J5 (5 premiers jours), le lait produit est appelé colostrum. Il est très épais et de couleur jaune orangé. Peu abondant, il est riche en protéines, sels minéraux et contient des facteurs immunologiques. Il apporte l'énergie et la protection nécessaires aux premiers instants de vie du bébé mais est pauvre en lipides et lactose.
- Ensuite, apparaît le lait de transition qui s'enrichira progressivement en lipides et en lactose. Il est plus fluide et orangé.
- Enfin, après 3 semaines environ, le lait mature prend le relais pour adopter sa composition finale. Il est clair, pratiquement transparent, riche en lactose et lipides. (OMS, 2006).

Diversification alimentaire

La diversification alimentaire est l'initiation d'autres aliments que le lait dans l'alimentation du nourrisson.

Elle a pour but d'introduire dans la vie du nourrisson de nouveaux goûts ainsi que de nouvelles textures, couleurs et odeurs qui vont petit-à-petit se rapprocher de l'alimentation de l'adulte (CNPU, 2011). Ces aliments complémentaires doivent peu à peu être intégrés (Unicef, 2006).

Lien entre pratique alimentaire et survenue de la malnutrition

La malnutrition et la pratique alimentaire sont étroitement liées. Les pratiques alimentaires inadéquates augmentent le risque d'infections d'origine alimentaire comme la diarrhée et finissent par détériorer l'état nutritionnel et par affaiblir le système immunitaire. Ces infections d'origine alimentaire évoluent très rapidement et entraînent de graves conséquences chez les personnes mal-nourries. Tout cela crée un cercle vicieux et augmente le risque de décès (OMS, cours module 7).

Conséquences de la malnutrition

Par ses effets négatifs sur la productivité au travail et le développement du capital humain, la malnutrition contribue à limiter le développement économique et social (Tizio, 2004). Une analyse faite sur la Côte d'Ivoire après la crise de 2010 a mis en évidence que la perte

économique liée à la baisse de la productivité était de plus de 972 millions de dollars soit près de 489 milliards de FCFA. Par exemple, en 2015, il a été estimé que la mauvaise pratique de l'allaitement faisait perdre près de 105 milliards de FCFA (CNN, 2015).

Les effets alimentaires néfastes pouvant avoir un impact sur l'espérance de vie ainsi que sur le développement physique et intellectuel ont été démontrés par plusieurs travaux (Tano et al, 2010).

La malnutrition a aussi des conséquences sur la mortalité infantile : elle provoquerait 33% de décès des moins de cinq ans. La malnutrition a, en outre, un impact sur les capacités d'apprentissage et le développement intellectuel de l'enfant (Lancet, 2008).

Description des lieux d'étude et d'enquête

➤ Lieu d'étude

District d'Abidjan

Le District d'Abidjan s'étend au Sud-Est du pays et ne comprend pas de régions mais plutôt cinq départements : Abidjan-ville, Anyama, Bingerville, Brofodoume et Songon. Il a pour chef-lieu Abidjan, la capitale économique du pays. Il a été créé en 2011 par décret puis son statut a été précisé en 2014. Il possède treize communes.

Plusieurs interprétations se prêtent à l'origine du nom d'Abidjan. Pour certains, son nom viendrait d'une phrase de la langue locale de la zone : la langue Ebré. Cette phrase serait « Min-tchan m'bidjan », ce qui signifie, en Ebré, « je coupe des feuilles ». Pour d'autres gens, le mot « Abidjan » doit sans doute son origine au nom du peuple qui occupait les lieux : les Bidjans. La lettre « a » comme préfixe, étant utilisée pour montrer l'affiliation au lieu : « Abidjan » signifierait donc « le pays des Bidjans » (Abidjan-District-CI, 2014).

Le district d'Abidjan connaît une croissance démographique très soutenue. Sa population compte 250 000 habitants, quatre ans après l'Indépendance, et environ 4,7 millions en 2014 (INS, 2014). Aujourd'hui en 2021, sa population est estimée à plus de 5 millions d'habitants.

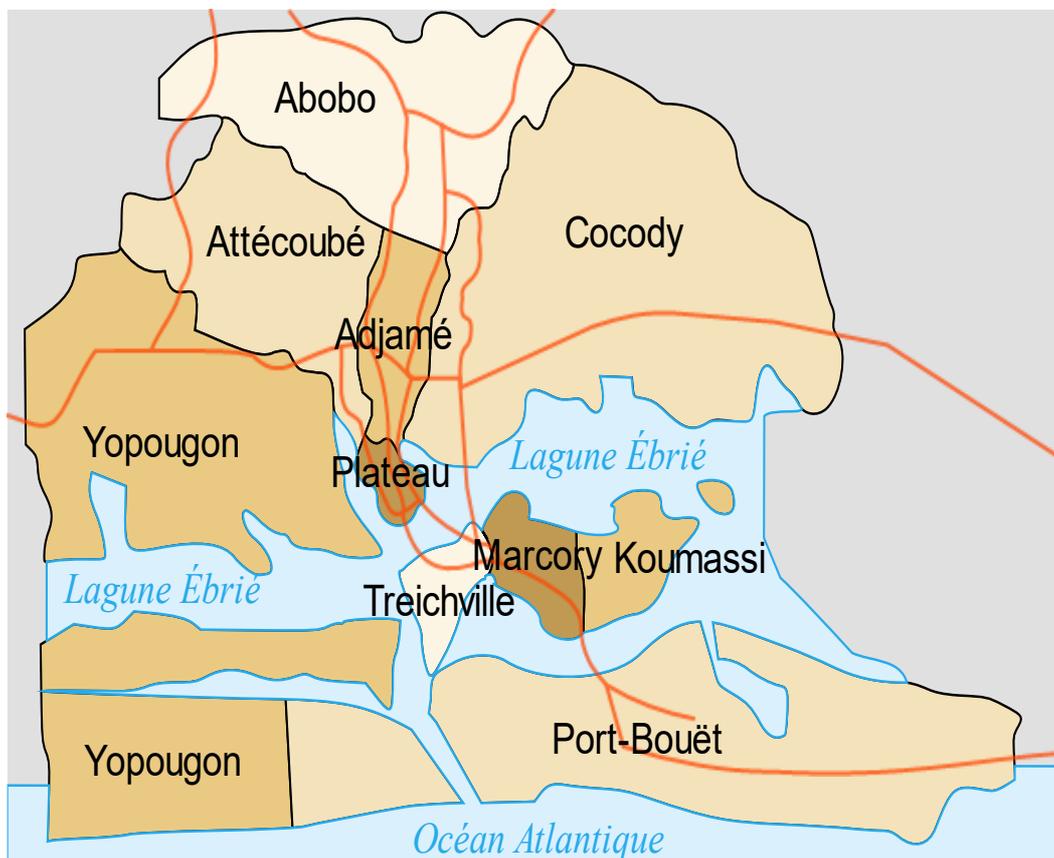


Image 2 : Ville d'Abidjan (Abidjan-Communes. Svg)

Programme National de Nutrition et service d'étude lors du stage

La Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC-PNN) du Ministère de la santé et de l'hygiène publique a été créée en 2001. Cette Direction a en charge la politique sectorielle et les stratégies en matière de nutrition afin de traduire la contribution du Ministère de la santé et de l'hygiène publique dans la lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire.

Le Programme National de Nutrition (PNN) a pour mission d'améliorer l'état nutritionnel de la population ivoirienne, notamment des groupes les plus vulnérables (enfants et femmes en âge de procréer) par des activités de type préventif et promotionnel. Il possède un personnel, fort de quarante-trois (43) membres, composé de fonctionnaires et d'agents contractuels sous la direction du Coordonnateur.

Ses ressources financières proviennent des allocations du budget général des produits du recouvrement des coûts, des dons ou legs et des contributions des partenaires. Les indemnités mensuelles du personnel fonctionnaire et les salaires du personnel contractuel, quant à eux, sont payés sur fonds du PNN (budget de l'Etat ivoirien, Ministère de la Santé).

Le Programme comprend sept services d'études. Celui qui a abrité nos travaux de recherche est le Service de la Nutrition/VIH et autres Maladies Chroniques (SNVMC). Il est composé de deux unités que sont : l'Unité de Nutrition/VIH et de la Tuberculose (UNVIHT) ainsi que l'Unité des Maladies Chroniques autres que le VIH/SIDA et la Tuberculose (UMC).

Le service de Nutrition/VIH et autres Maladies Chroniques (SNVMC), tout comme les autres services, se voit doté de missions. Il a pour tâches de :

- Mettre en place une stratégie de lutte contre les maladies chroniques liées à l'alimentation ;
- Renforcer la collaboration entre le PNN et les projets/programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, les autres maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, l'ulcère de Buruli, le cancer... ainsi qu'avec l'Institut National d'Hygiène Publique ;
- Intégrer la nutrition dans la prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et des autres maladies chroniques ;
- Assurer des activités promotionnelles, préventives et curatives d'une bonne nutrition chez les malades du VIH/SIDA, de la tuberculose, des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'ulcère de Buruli, du cancer, etc.
- Renforcer la collaboration entre le PNN et les ONG nationales et internationales intervenant dans la nutrition/VIH et autres maladies chroniques ;
- Fournir aux projets, programmes, ONG et partenaires un appui technique à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques, directives et projet en matière de nutrition ;
- Élaborer un rapport mensuel, trimestriel et annuel des activités.

Nous avons travaillé à l'unité de Nutrition/VIH et de la tuberculose.

➤ Lieu d'enquête

Commune d'Abobo : raisons du choix de cette zone

Abobo viendrait du mot a bor bor signifiant « c'est beaucoup ? » en Ébrié (dialecte d'un peuple du Sud de la Côte d'Ivoire). C'est une commune qui se trouve au nord de la ville d'Abidjan. Elle a pour voisines la forêt du Banco à l'Ouest, Anyama au nord, Adjamé, Williamsville et le quartier Deux-Plateaux de Cocody au Sud, et Angré-Cocody à l'Est. Sa superficie est de 7800 hectares (UN Habitat, 2012).

Le choix de cette zone n'est pas fortuit. En effet, Abobo est l'une des communes les plus peuplées du district d'Abidjan. De 940 000 habitants en 2011 (UN Habitat, 2012), elle est passée à 1 030 658 habitants en 2016 (RGPH, 2016) et représente 23,4% de la population

totale d'Abidjan. Sa croissance démographique est importante et le taux de croissance évolue entre 3 et 5 % par an selon l'Institut National de la Statistique (INS, 2014). La gent féminine est la plus nombreuse et les femmes en âge de procréer représentent un peu plus du quart de cette population.

Les groupes ethniques les plus rencontrés dans la commune d'Abobo sont les Akans et les Mandés du Nord. Près de la moitié de la population est musulmane (UN Habitat, 2012).

Le commerce est l'activité dominante. La majorité des emplois occupés relève du secteur informel. Selon une étude, trois ménages sur cinq ont un revenu issu d'une activité informelle (DIBY K. Martin, 2018). L'économie informelle très développée dans la commune d'Abobo est mal perçue par l'administration de la ville d'Abidjan, parce qu'elle échappe aux réglementations fiscales. Cependant, elle génère une valeur ajoutée importante et offre un potentiel d'emplois non négligeable, jouant un rôle de régulation économique et social dans la commune d'Abobo. Il n'en demeure pas moins qu'une partie importante de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté (DIBY K. Martin, 2018) et que plus de la moitié de la population vit dans des quartiers précaires (UN Habitat, 2012).

A Abobo, il n'y a pas de plan d'occupation des sols. Les rues, en terre, sont fortement dégradées et dépourvues de tout réseau de ruissellement des eaux pluviales et des eaux usées, entraînant régulièrement des problèmes d'inondations et des glissements de terrain. L'hygiène de la commune laisse à désirer. Les dépôts « sauvages » d'ordures à tous les coins de rue et la mauvaise évacuation d'eaux usées pourraient avoir de fortes conséquences sur l'environnement et sur la population.

La commune d'Abobo est connue dans le pays pour son niveau élevé de délinquance. C'est la raison pour laquelle elle a été baptisée dans le temps « Abobo la guerre » par la population ivoirienne. Cette violence, qui pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation dans cette zone géographique du pays, est alimentée par l'apparition de groupes de jeunes délinquants depuis la fin des années de crises postélectorales : on les appelle « les microbes ». Ces groupes sont composés de jeunes qui viendraient de la commune d'Abobo. Il s'agit d'adolescents qui se ruent sur les passants, les agressent à l'aide d'objets tranchants (machettes et couteaux) et les dépouillent de leurs biens avant de les laisser partir dans le meilleur des cas (Kouamé et Moltes, 2015).

En raison de sa situation géographique et de sa taille, cette commune regroupe cependant toutes les catégories sociales et abrite en son sein une cinquantaine de structures sanitaires, où les femmes séropositives préfèrent se faire suivre. Sur le plan du VIH/SIDA, les actions les plus significatives sont menées par les services de santé, les ONG, ou autres associations. En 2009, l'effectif des personnes reçues dans le cadre des activités de conseil et de dépistage s'élevait à 15 543 et en 2020, la file active s'élevait à plus de 100 000 patients (DHIS2, 2020).

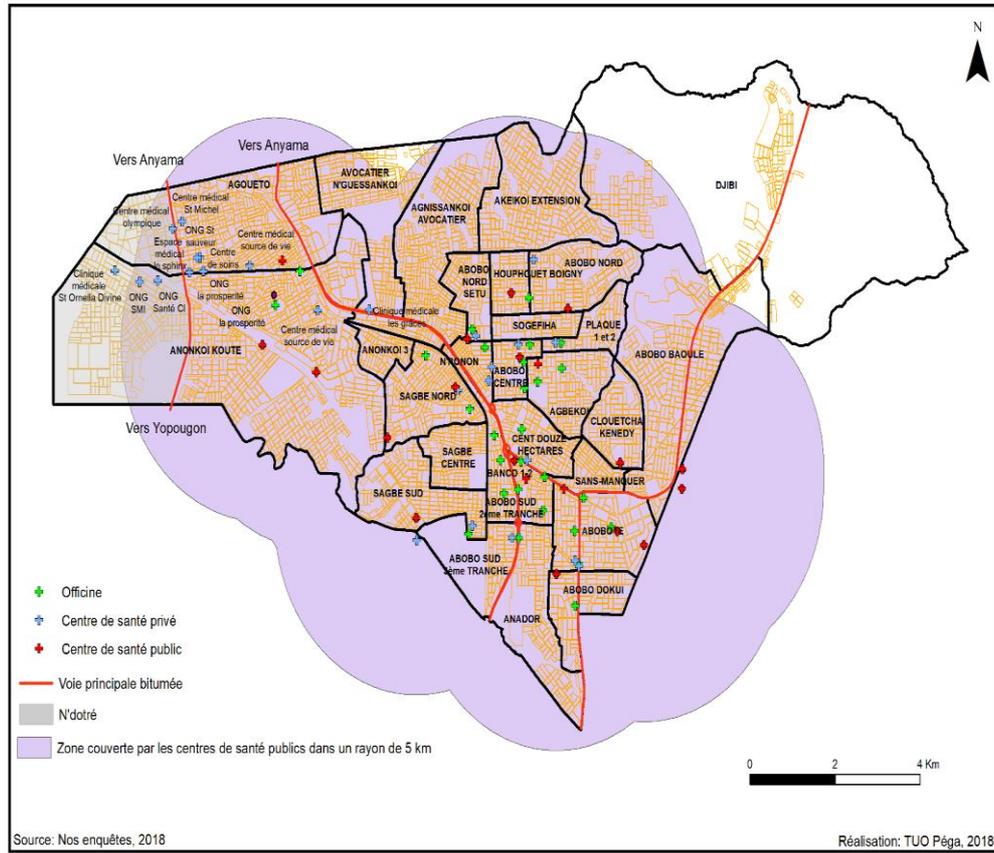


Image 3 : Carte de la commune d'Abobo (Source : Ncs enquêtes, 2018)

2 METHODOLOGIE

2.1 Type et durée d'étude

Nous avons procédé à une étude qualitative transversale à visée descriptive afin de relever la perception des mères séropositives de la pratique de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire. Elle s'est déroulée sur une période de cinq mois allant du 1er mars au 31 juillet 2021. Cette approche qualitative a été utilisée pour la collecte des données à partir d'entretiens individuels.

2.2 Cadre d'étude

Le PNN de Côte d'Ivoire a abrité cette étude mais les enquêtes se sont déroulées dans le service de vaccination d'une des structures publiques du District sanitaire d'Abobo-Est.

En effet, dans la mesure où toutes les mères (séropositives et non) sont conseillées pendant les consultations prénatales sur les bienfaits de la vaccination des enfants âgés de 0 à 23 mois, il a été considéré qu'il serait plus facile d'être en contact avec les mères qui répondent aux critères d'inclusion dans un service de vaccination que dans un autre cadre. Cependant, la contrainte était que je devais recevoir toutes les mères ayant des enfants de 6 à 23 mois pour m'entretenir avec elles dans le but de limiter la stigmatisation de celles étant séropositives.

Pour savoir qui était séropositive ou pas, il me suffisait d'ouvrir le carnet de l'enfant car à l'intérieur, il y est marqué « P+ » chez celles qui portent le virus. Le signe « P+ » a été choisi de façon consensuelle sur le territoire national pour désigner les femmes séropositives qui ont été dépistées lors de leur consultation prénatale. Ce signe permettrait de ne pas attirer l'attention des « non-initiés » au cas où le carnet de suivi de la femme se retrouve dans les mains d'une tierce personne. Les initiés ici sont le personnel de santé.

2.3 Population cible

Cette étude a porté sur les mères séropositives qui ont des nourrissons et qui fréquentent les différentes structures sanitaires du district d'Abobo-Est.

2.4 Population d'étude

Toutes les mères séropositives qui sont sous ARV et qui ont des nourrissons âgés de 6 à 23 mois ont été étudiées.

2.5 Critères d'inclusion

Toutes les mères séropositives qui sont sous ARV et qui ont des nourrissons âgés de 6 à 23 mois, présentes lors de l'enquête et ayant donné leur consentement oral ou écrit ont été incluses dans cette étude selon l'ordre d'arrivée en consultation.

2.6 Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses :

- Toutes les mères séropositives ayant des nourrissons âgés de moins de 6 mois ;
- Toutes les mères séropositives ayant des nourrissons âgés de plus de 23 mois ;
- Toutes les mères séropositives répondant aux critères d'inclusion mais absentes lors de l'enquête.

2.7 Critères d'exclusion

Toutes les femmes séronégatives et toutes celles séropositives qui ne sont pas suivies dans le district sanitaire d'Abobo-Est ont été exclues d'office.

2.8 Nombre de femmes pour l'enquête

L'étude a porté sur un échantillon de convenance. Les mères qui répondaient aux critères d'inclusion ont été interrogées au jour le jour, par ordre d'arrivée durant la période d'enquête. Ainsi, nous avons rencontré 355 femmes nourrices. Parmi elles, 188 répondaient à nos critères d'inclusion et 24 n'ont pas donné leur consentement pour participer à l'enquête.

Au final, notre échantillon s'est résumé à 164 femmes, soit 34 femmes se faisant suivre dans le secteur privé et 130 femmes dans le secteur public.

2.9 Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de cinq mois (identification des structures d'enquête ; pré-test pour vérification de la validité et la fiabilité des outils de collecte de données ; collecte des données ; analyse des données et rédaction de mémoire).

Elle s'est déroulée dans le district d'Abidjan en quatre phases. La phase de collecte des données a duré trois semaines incluant le pré-test. Les autres phases, c'est-à-dire l'analyse des données et la rédaction du mémoire, ont été incluses dans les autres mois.

- ❖ Phase 1 : La première phase s'est passée au PNN. Elle consistait à répertorier les structures sanitaires dudit district qui ont un service de vaccination en leur sein puis de tirer au sort celle qui abriterait l'enquête.

- ❖ Phase 2 : La deuxième phase consistait à effectuer le pré-test dans le district sanitaire d'Abobo-Ouest, district possédant les mêmes caractéristiques que la structure d'enquête. Elle a duré une semaine incluant le pré-test proprement dit et la mise au point des réponses obtenues pendant le pré-test afin d'améliorer le questionnaire d'enquête.
- ❖ Phase 3 : Elle concernait les enquêtes proprement dites. Lors de cette étape, il s'agissait d'aller sur le terrain et de s'entretenir avec toutes les mères qui répondaient à nos critères d'inclusion. Les entretiens se sont déroulés sur deux semaines.
- ❖ Phase 4 : La quatrième et dernière phase concernait l'analyse des données et la rédaction du mémoire au sein du PNN de Côte d'Ivoire.

2.10 Données recueillies auprès des mères

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire par entretien direct. Certaines questions étaient ouvertes et d'autres fermées.

Ce questionnaire comprenait quatre (04) parties :

- Informations générales (y compris sociodémographiques) sur la personne de l'enquêtée ;
- Connaissances de l'enquêtée sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire ;
- Pratiques de l'enquêtée sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire ;
- Croyances de l'enquêtée sur l'allaitement maternel et les aliments de complément.

Au sein de la structure d'enquête, un endroit discret a été créé, avec des paravents, afin de pouvoir s'entretenir confidentiellement avec les mères.

Signalons que tous les entretiens ont été faits par moi-même, tout en respectant les mesures barrières relatives à la lutte contre le Covid-19.

2.11 Matériel de travail et collecte des données

Pour ce travail, ont été utilisés : un questionnaire élaboré, un ordinateur portable, un réseau Wifi pour la connexion internet, un bloc note et un stylo.

2.12 Saisie et analyse des données

La saisie des données a été faite sur le logiciel Epi Data dans sa version 3.1 et l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 21. Les graphiques, quant à eux, ont été traités sur Excel.

2.13 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis et approuvé, d'une part, par le Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie et, d'autre part, par le PNN de Côte d'Ivoire. Ensuite, une lettre d'autorisation d'enquête a été formulée par le PNN et envoyée au Directeur Départemental (DD) d'Abobo-Est. Ce n'est qu'après approbation du DD que les enquêtes ont pu débiter.

Néanmoins, cette étude qui touche une population spécifique ayant un statut bien protégé, le protocole de recherche devrait être envoyé au comité d'éthique pour approbation avant de démarrer l'enquête. Chose qui n'a pas été faite. Lorsque la question sur l'approbation du protocole a été abordée au sein du lieu de stage, il m'a été demandé de le soumettre qu'au PNN et à la direction départementale du lieu d'enquête. Le protocole n'a été traité que de manière administrative, indépendamment de ma volonté.

Avant l'entretien avec les enquêtées, le but de l'étude leur a été expliqué afin d'obtenir leur consentement. Pour celles qui le souhaitaient, un exemplaire du formulaire de consentement leur a été remis, après lecture. Le consentement obtenu a été oral ou écrit selon la volonté de la mère.

L'anonymat des questionnaires lors du recueil des informations ainsi que la confidentialité des données ont été assurés.

3 RESULTATS

Les informations sur les caractéristiques sociodémographiques des mères, les pratiques ainsi que les connaissances de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire rattachées aux raisons qui y sont associées sont les trois principaux aspects que nous avons relevé pour la présentation des résultats de cette étude.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 1: Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Provenance de structure de suivi		
Publique	128	78
Privée	36	22
Tranche d'âge		
≤ 21	34	20,7
22 - 31	118	72
≥ 32	12	7,3
Age moyen	25,34 ± 3,874	
Situation matrimoniale		
Célibataire	106	64,6
Mariée/couple	56	34,1
Divorcée	1	0,6
Veuve	1	0,6
Niveau d'étude		
Non scolarisé	24	14,6
Primaire	82	50
Secondaire	43	26,2
Supérieur	15	9,1
Activité principale		
Commerçante	63	38,4
Ménagère	50	30,5

Elève / Etudiant	17	10,4
Coiffeuse	14	8,5
Autres activités	10	6,1
Fonctionnaire	5	3
Couturière	5	3
Parité		
Primipare	98	59,8
Multipare	66	40,2
Religion		
Musulman	114	69,5
Chrétienne	50	30,5
Région		
Nord	92	56,1
Centre-ouest	27	16,5
Sud	23	14
Est	12	7,3
Ouest	10	6,1

L'échantillon compte 164 femmes séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois avec 36 femmes venant d'une structure privée et 128 se faisant suivre dans une structure publique, soit respectivement 22% et 78%.

La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes interrogées est celle de 22 à 31 ans (72%) avec un âge moyen de 25,34 ans.

Plus de la moitié des femmes sont célibataires (52%) et sont talonnées par celles qui sont mariées ou en couple (43%). Les divorcées et les veuves représentent une infime part soit respectivement 3% et 2%.

Nombreuses sont les enquêtées qui ont fréquenté les bancs de l'école ; elles sont réparties comme suit : niveau primaire avec 50%, niveau secondaire avec 26,2% et niveau supérieur avec 9,1%. Celles qui n'ont aucun niveau d'étude représentent 14,6%.

Les femmes exerçant le commerce et les ménagères sont les plus nombreuses avec respectivement 38,4% et 30,5%. Celles exerçant d'autres activités sont moins nombreuses.

L'enquête relève que 59,8% des femmes sont mères pour la première fois contre 40,2% qui ne sont pas à leur premier né et la plupart d'entre elles viennent de la région du Nord (56,1%). Elles sont suivies de celles qui sont originaires du Centre-Ouest (16,5%) puis viennent celles de la région du Sud (14%). Les régions les moins représentées sont celles de l'Est (7,3%) et de l'Ouest (6,1%).

Près des trois quarts des femmes interrogées sont de religion musulmane (69,5%) et les autres sont de religion chrétienne (30,5%).

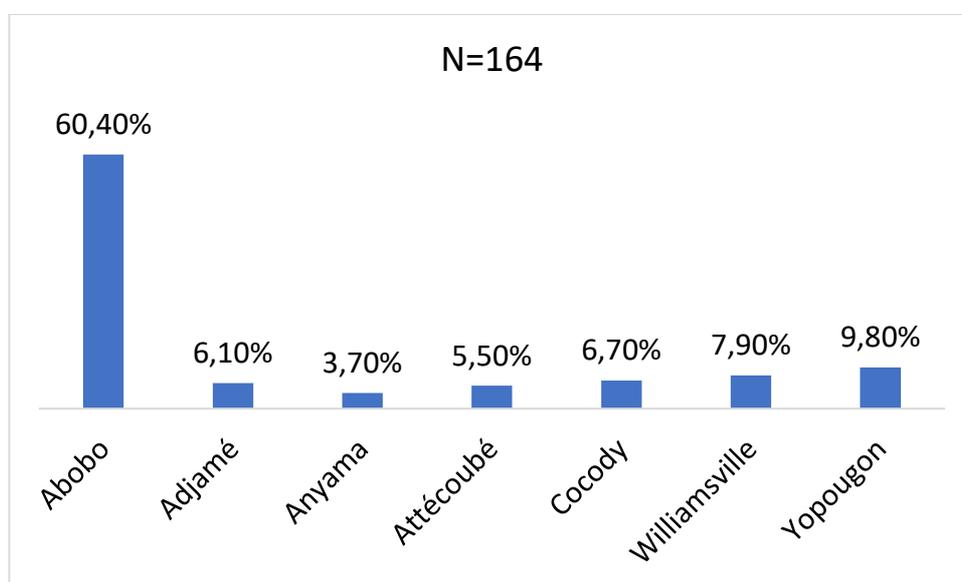


Figure 1: Répartition des enquêtées selon leur lieu d'habitation (la commune).

Les femmes résidant dans la commune d'Abobo (district sanitaire qui abrite l'enquête) sont les plus nombreuses avec 60,40% mais celles qui viennent d'ailleurs représentent une part non négligeable soit 39,6%.

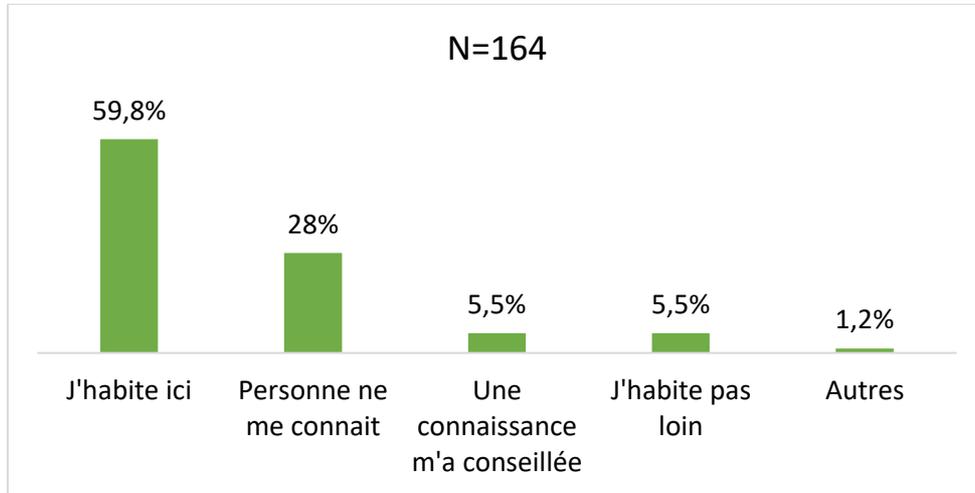


Figure 2: Répartition des enquêtées selon les raisons du choix du district d'Abobo pour leur suivi.

Diverses raisons conduisent les femmes à fréquenter les structures sanitaires d'Abobo. Outre celles qui y résident (59,8%) et celles qui s'y rendent parce qu'elles n'habitent pas loin de la zone d'enquête (5,5%), une bonne partie se rend à Abobo parce qu'elles sont presque certaines que personne ne les connaît dans ce district sanitaire (28%). Celles qui fréquentent ces structures parce qu'elles le leur ont été conseillées ne représentent que 5,5%.

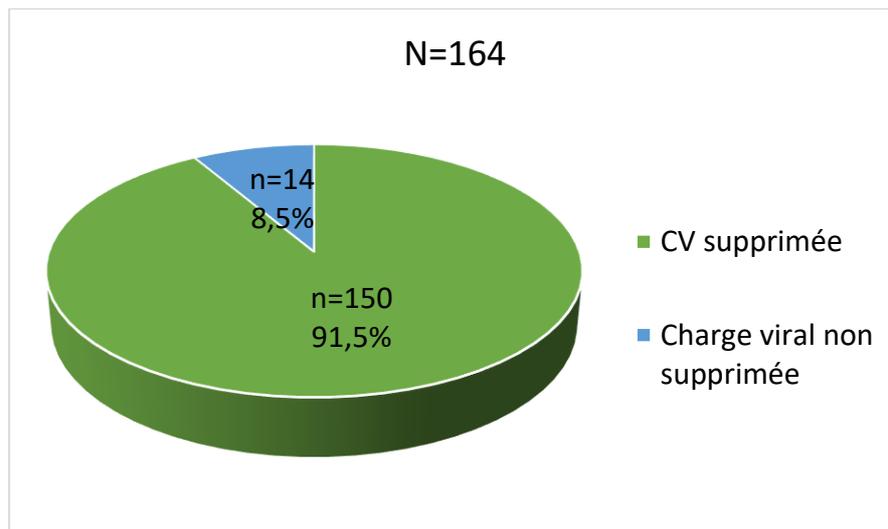


Figure 3: Répartition des enquêtées selon la prise d'ARV.

Toutes les femmes interrogées sont sous ARV. Parmi elles, 91,5% ont une charge virale supprimée et 8,5% ont une charge virale détectable.

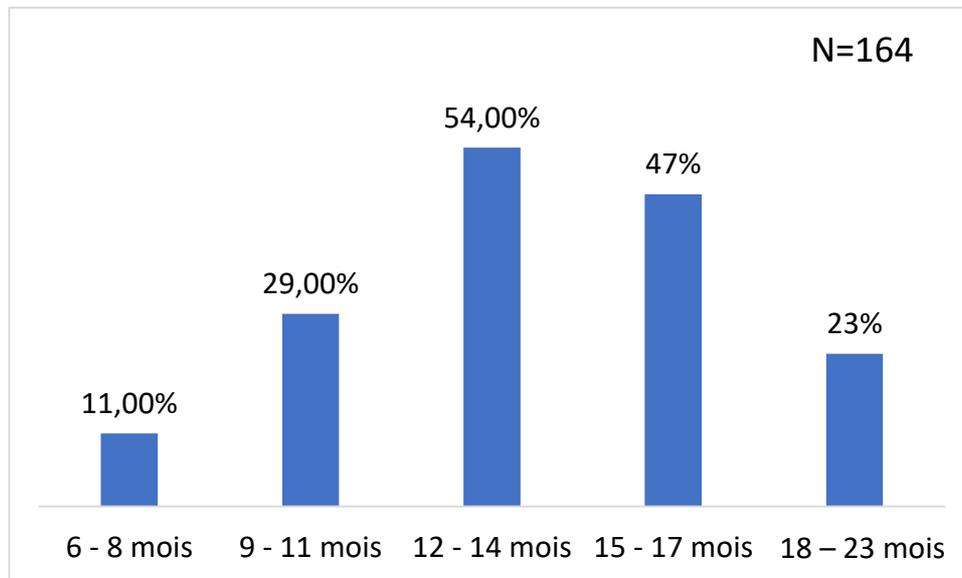


Figure 4: Répartition des nourrissons selon l'âge.

Les résultats révèlent que plus de la moitié des enfants des femmes interrogées ont un âge compris entre 12 et 14 mois (54%).

3.2 Pratiques alimentaires et croyances.

Tableau 2: Répartition des enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel.

Caractéristiques	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Allaitement dès la naissance ?		
Oui	154	93,9
Non	10	6,1
Début de l'allaitement		
Juste après la naissance	90	54,9
A Jour 4	64	39
Plus tard	10	6,1
Moment de l'allaitement		
A la demande	154	93,9
A heure fixe	10	6,1

Les résultats montrent que sur les 164 femmes interrogées, 93,9% ont allaité leur enfant dès la naissance et seulement 54,9% ont débuté l'allaitement juste après la naissance de l'enfant. Les enfants étaient allaités à la demande dans 93,9%.

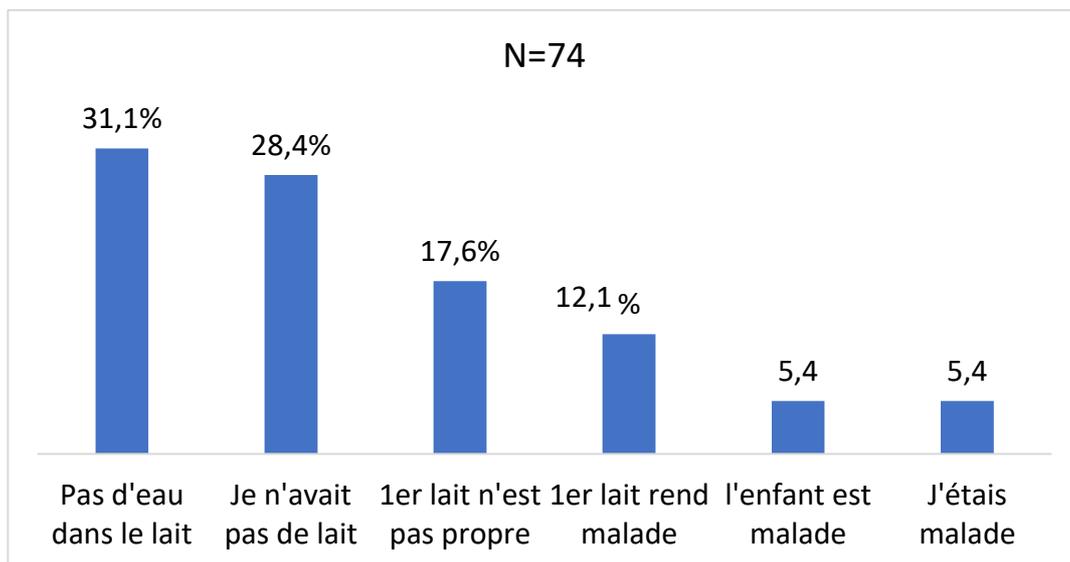


Figure 5 : Répartition des enquêtées selon les raisons qui ont retardé la mise au sein à la naissance de l'enfant.

Parmi les mères, 74 d’entre elles ont débuté l’allaitement après le 3^{ème} jour de naissance pour des raisons diverses. La raison la plus citée est « Je n’avais pas d’eau dans le lait » dans 31,1% des cas. L’état de santé défaillant de la mère ou de l’enfant est évoqué comme raison dans 5,4% des réponses.

Tableau 3: Répartition des enquêtées selon l’introduction d’aliments autres que le l’allaitement maternel dès la naissance.

Pratique d’autres aliments à la naissance autre que le lait maternel	Effectifs (N=154)	Pourcentage (%)
Eau	120	73,2
Miel	22	13,4
Décoction	9	11,6
Jus de citron	3	1,8

Parmi les femmes qui ont allaité dès la naissance, 73,2% disent avoir donné de l’eau à l’enfant et 13,4% du miel. D’autres aliments / produits ont été aussi donnés par certaines : il s’agit des décoctions et du jus de citron dans respectivement 11,6% et 1,8% des cas.

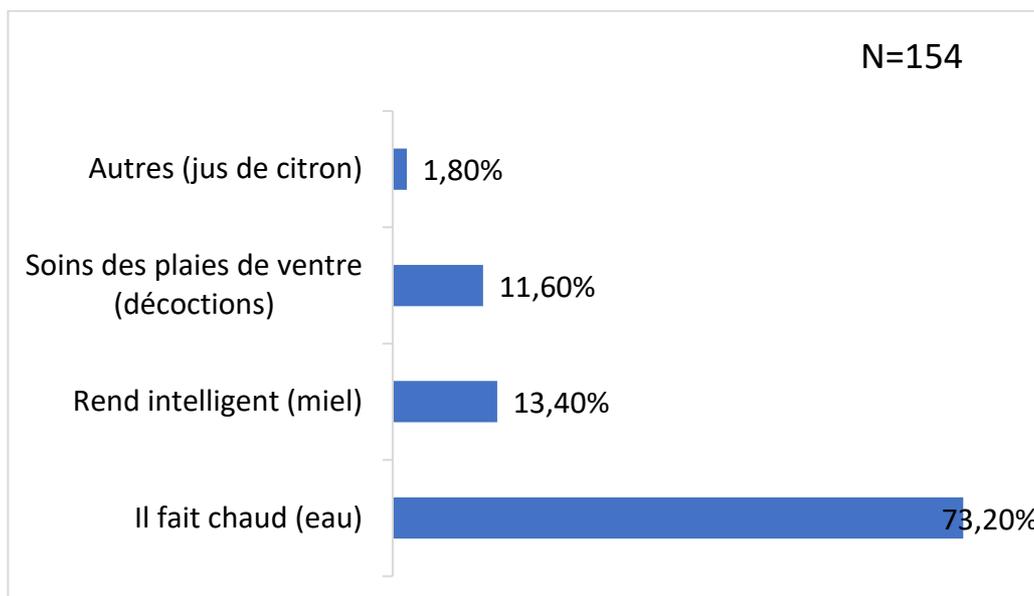


Figure 6: Répartition des enquêtées selon les raisons d’apport d’aliments autres que le lait dès la naissance.

Diverses raisons sont évoquées s’agissant de l’apport d’autres aliments dès la naissance. Pour 73,2% des femmes, elles le font parce qu’il fait chaud. Pour d’autres femmes, la raison est différente : stimuler l’intelligence de l’enfant (13,4%) ou le guérir de maladie (11,6%).

Tableau 4: Répartition des nourrissons toujours allaités selon la tranche d’âge.

Allaitement en cours	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Non	112	68,3
Oui	52	31,7

Pendant la période de l’enquête, parmi celles qui ont pratiqué l’allaitement maternel, 68,3% déclarent avoir arrêté l’allaitement contre 31,7% qui disent toujours allaiter leur enfant.

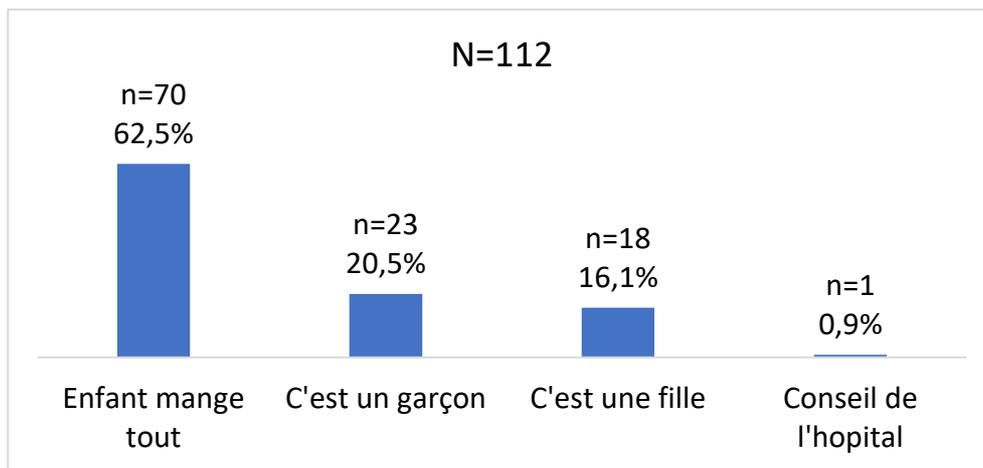


Figure 7: Répartition des enquêtées selon les raisons de l’arrêt de l’allaitement.

La raison principale pour laquelle les enquêtées ne poursuivent pas l’allaitement est « l’enfant mange tout » dans 62,5% des cas. Seules 0,9% des femmes disent avoir suivi les conseils de l’hôpital.

Tableau 5: Répartition des enquêtées selon la pratique d'introduction des aliments en fonction de l'âge de l'enfant et le type de repas introduit chez l'enfant.

Caractéristiques	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Age d'introduction d'aliments de compléments		
5 mois	6	3,7
6 mois	86	52,4
7 mois	72	43,9
Type de repas		
Bouillie	154	93,9
Repas familial	10	6,1

Bien que la majorité des femmes interrogées déclarent avoir débuté l'alimentation de complément dès l'âge de 6 mois (52,4%), une grande partie de ces femmes a débuté, soit à 5 mois (3,7%) c'est-à-dire avant l'âge de 6 mois, soit à 7 mois (43,9%) c'est-à-dire après l'âge de 6 mois.

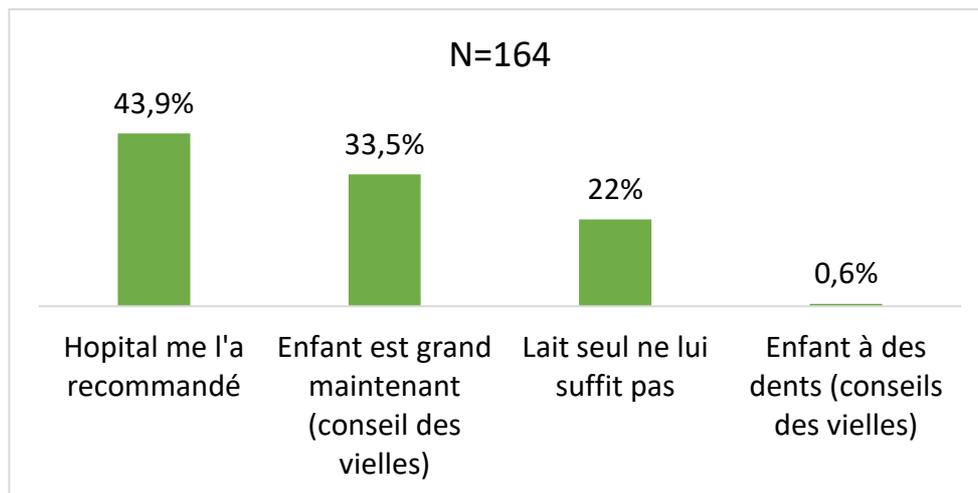


Figure 8: Répartition des enquêtées selon les raisons de début de l'alimentation de complément.

La majorité des enquêtées (43,9%) disent qu'elles ont débuté l'alimentation de complément parce que l'hôpital le leur a conseillé. Elles sont suivies de celles qui déclarent que les

« vieilles » leurs ont dit qu'il est temps de débiter l'alimentation de complément parce que l'enfant est grand (33,5%).

Par ailleurs, 93,9% des femmes déclarent avoir débuté la diversification alimentaire avec la bouillie et 6,1% disent l'avoir débuté avec le repas familial.

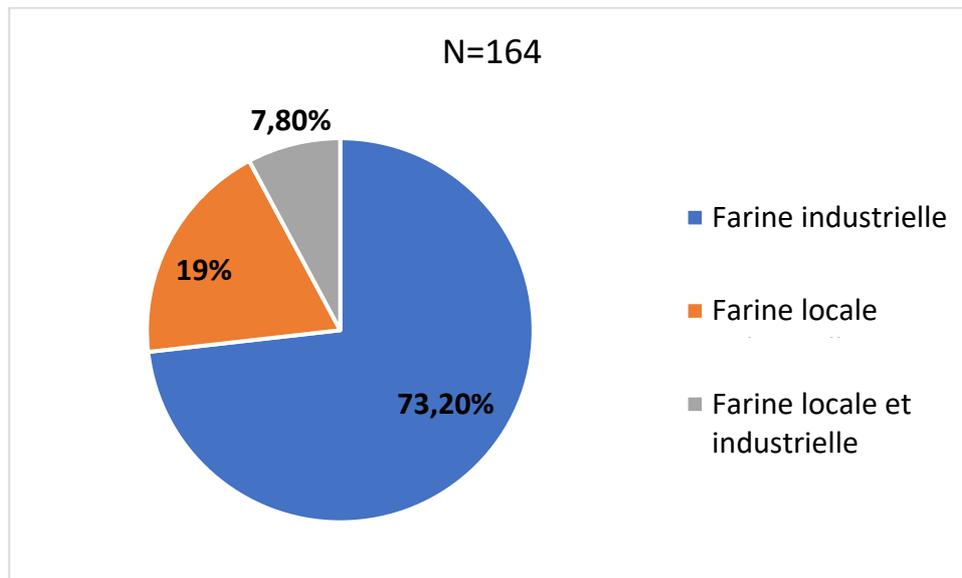


Figure 9: Répartition des enquêtées selon le type de bouillie donnée à l'enfant.

Environ les deux tiers des femmes qui ont débuté l'alimentation de complément avec de la bouillie ont donné celle à base de farine industrielle. La bouillie à base de farine locale a été donnée par 7,8% des femmes.

La farine industrielle ici est définie comme étant la farine importée qui arrive dans des boîtes bien conditionnées contenant des additifs alimentaires et qui sont vendues dans les pharmacies et boutiques du pays.

La farine locale est celle fabriquée de façon traditionnelle, avec les produits locaux retrouvés sur les marchés du pays, sans ajout d'additifs alimentaires.

Tableau 6: Répartition des enquêtées selon les raisons du choix de la bouillie industrielle.

Choix des bouillies industrielles	Effectif (N=120)	Pourcentage (%)
Locale coûte cher	61	50,8
Locale sans goût	29	24,2
L'enfant n'aime pas la farine locale	16	13,3
Locale pénible à faire	14	11,7

Selon les mères, la première raison qui fait qu'elles donnent de la farine industrielle (importée) à leur enfant est que la farine locale qui est vendue à l'hôpital coûte cher (50,8%). Ensuite, vient la raison selon laquelle elle n'aurait pas de goût (24,2%).

Tableau 7: Répartition des enquêtées selon l'administration des fruits et légumes aux enfants en fonction de l'âge.

Caractéristiques	Effectifs (N=164)	Pourcentage
Age de début de fruits (mois)		
6 – 8	23	14
9 – 11	89	54,3
A partir de 12 mois	52	31,7
Age de début de légumes (mois)		
6 – 8	19	11,6
9 – 11	67	40,9
A partir de 12 mois	78	47,6

L'administration des fruits a été introduite pour la plupart à partir de 9 mois de naissance (54,3%) et celle des légumes à partir de 12 mois (47,6%).

Tableau 8: Répartition des enquêtées selon les groupes d'aliments interdits dans leurs régions.

Aliments interdits	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Œufs	106	35,4
Céréales	37	22,6
Poissons	32	19,5
Tubercules	32	19,5
Fruits	23	14
Viandes de brousse	17	10,4
Légumes	16	9,8

Les œufs, sont le groupe alimentaire le plus cité (dans 35,4% des cas). Ensuite, viennent les céréales (22,6%) et les poissons et tubercules (19,5%). Les groupes les moins cités sont les fruits, les viandes et les légumes.

3.3 Connaissances et croyances.

Tableau 9: Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire des enfants âgés de 6 à 24 mois.

Caractéristiques	Effectifs (N=164)	Pourcentage (%)
Type d'aliments pour l'enfant		
Allaitement maternel exclusif	159	97
Allaitement mixte jusqu'à 6 mois	3	1,8
Allaitement artificiel exclusif	2	1,2
Importance du colostrum pour l'enfant		
Ne sait pas	97	59,1
Important	59	36
Pas important	8	4,9
Age limite de l'allaitement (mois)		
6 – 8	11	6,7
9 – 11	29	17,7
12 – 14	23	14
15 – 17	54	32,9
18 – 23	47	28,7
Age de début d'introduction d'aliment autre que le lait		
Avant 6 mois	1	0,6
A partir de 6 mois	157	95,7
Après 6 mois	6	3,7
Importance de fruits et légumes		
Fruits		
Oui	163	99,4
Non	1	0,6
Légumes		
Oui	157	95,7

Non	7	4,3
-----	---	-----

En termes d'alimentation d'un enfant né de mère séropositive, 100% de femmes affirment que le lait maternel est important pour l'enfant mais 59,1% disent ne pas savoir ce qu'est le colostrum, pendant que 4,9% disent qu'il n'est pas important. En outre, 97% déclarent qu'il faut pratiquer l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et les autres, qu'il faut pratiquer l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel exclusif dans respectivement 1,8% et 1,2% des cas.

Concernant la pratique continue de l'allaitement, 28,7% savent qu'il faut allaiter jusqu'à l'âge de 2 ans quand 32,9% disent que cela doit se faire jusqu'à 17 mois.

La majorité des femmes enquêtées déclarent que l'introduction des aliments doit débuter à partir de 6 mois soit 95,7% et 3,7% disent que cela doit commencer après l'âge de 6 mois.

Les fruits et les légumes dans l'alimentation des enfants sont importants pour pratiquement toutes les enquêtées, dans respectivement 99,4% et 95,7% des cas.

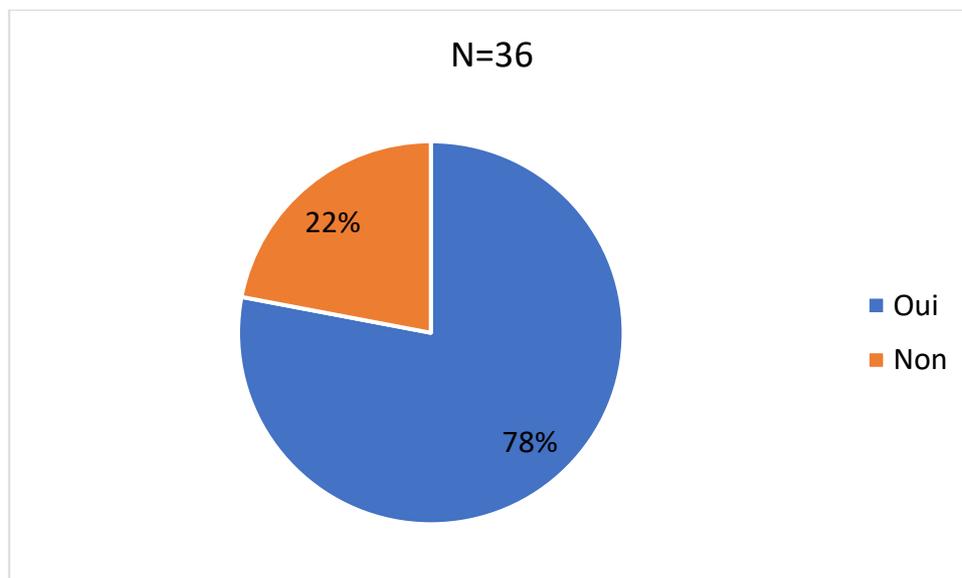
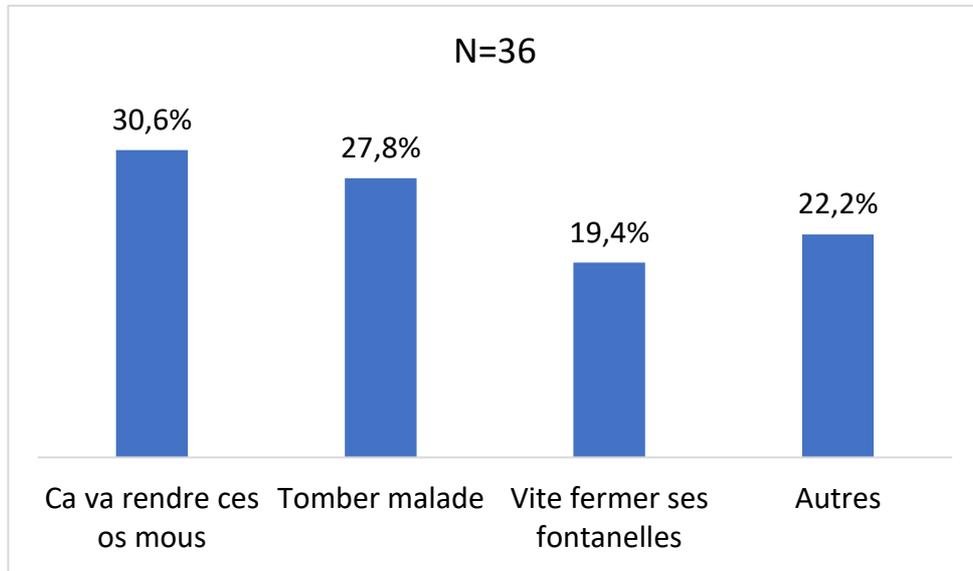


Figure 10: Répartition des enquêtées selon les connaissances de l'origine des interdits.

Toutes les femmes (100%) déclarent avoir des interdits alimentaires dans l'alimentation de l'enfant et toutes affirment que ces interdits ne sont pas liés à leur statut sérologique. Parmi elles, 78% déclarent ne pas connaître leur origine et 22% déclarent le savoir.



Autres* : mettre les esprits en colère

Figure 11: Répartition des enquêtées selon les interprétations des interdits.

22% des femmes déclarent connaître « le pourquoi » des interdits, soit 36 femmes de notre échantillon. Parmi elles, 30,6% déclarent que ne pas respecter les interdits « risque de rendre les os des enfants mous ». D’autres disent que cela « peut rendre les enfants malades » (27,8%) ou encore que cela « peut retarder la fermeture de la fontanelle » (19,4%).

Tableau 10: Répartition des enquêtées selon la source de leurs informations.

Informations reçues	Effectif (N=164)	Pourcentage
Les vieilles de la famille	83	50,6
L’entourage	53	32,3
Personnes	27	16,5
L’hôpital	1	0,6

Pour la majorité des femmes, les informations reçues concernant ces pratiques et croyances viennent des « vieilles » de la famille (50,6%) ou de l’entourage (32,3%). Mais 16,5% disent que les pratiques alimentaires adoptées résultent de leur propre initiative.

4 DISCUSSION

L'influence des croyances sur les pratiques de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire sont les deux principaux aspects que nous avons évoqués dans cette étude. L'objectif principal de notre étude était de relever les croyances, connaissances et pratiques des mères séropositives en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire à Abobo-Est.

Il ressort de cette étude que l'âge moyen des mères était de 25 ans. L'activité principale la plus représentée était le commerce et la religion la plus répandue était l'Islam.

Toutes les femmes interrogées sont les mères biologiques des enfants soit 100% et toutes déclarent n'avoir qu'un seul enfant âgé de 6 à 23 mois dans leur ménage.

Concernant le statut sérologique, grand nombre sont ceux et celles qui croient en l'existence de la stigmatisation. Dans notre étude, beaucoup de femmes qui se font suivre à Abobo-Est résident dans d'autres communes (40,2%) et la raison la plus fréquemment citée par ces mères est le fait qu'à Abobo-Est, elles sont sûres que personne ne peut les reconnaître (28%). Cette réflexion révèle l'importance de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. En effet, une étude réalisée en 2014 a rapporté que 26% de leur population d'étude déclaraient avoir subi des discriminations au cours des cinq années qui ont précédé leur enquête (Marsicano et *al*, 2014).

4.1 Allaitement maternel vis-à-vis des croyances

Toutes les femmes enquêtées (100%) déclarent que l'allaitement maternel est important pour l'enfant et affirment ne pas se sentir concernées par le dilemme relaté dans certaines études entre le fait d'être séropositive et l'allaitement (Unicef, 2006). Dans le district sanitaire d'Abobo-Est, chez les femmes séropositives, la plupart des femmes ont allaité leurs enfants (93,9% qui ont allaité contre 6,1% qui ne l'ont pas fait) mais l'allaitement maternel pour bon nombre d'entre elles a débuté à partir du 3^{ème} voire 4^{ème} jour de naissance (39%). La raison invoquée par la majorité de ces mères tenait à la couleur jaune du 1^{er} lait, couleur qui, selon elles, signifierait que le lait n'est pas encore propre pour l'enfant, ce qui pourrait le rendre malade.

Selon l'OMS, l'allaitement au sein constitue un très bon moyen de fournir une alimentation idéale au bébé, permettant un développement et une croissance sains. Il doit être exclusif pendant les 6 premiers mois de vie puis des aliments complémentaires doivent peu à peu être intégrés (OMS, 2001).

En Côte d'Ivoire, le taux d'allaitement maternel exclusif est de 12% (Coulibaly et al, 2014). L'enquête sur l'évaluation de la Prise en Charge Nutritionnelle et de la Sécurité Alimentaire des Personnes Infectées et Affectées par le VIH en Côte d'Ivoire 2020 a montré que 79,8% des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de l'allaitement contre 11,6% qui n'ont pas été allaités et seulement 31,9% des mères ont débuté l'allaitement dans l'heure qui a suivi la naissance de l'enfant. Pour ce qui est de la durée de l'allaitement, au moment de l'enquête, 6,6% l'avaient arrêté au bout de 6 mois et 38,7% affirmaient l'avoir arrêté entre 6 et 12 mois (ESNAPOCI, 2020).

Dans notre étude, bien que beaucoup de mères connaissent les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel (de la naissance à 2 ans pour 28,7% des mères) et la diversification alimentaire (à partir de 6 mois, pour 95,7% des mères), plus de la moitié préfère se fier aux pratiques familiales ou du voisinage qui existent depuis des années (82,9%). 62,5% ont mis fin à l'allaitement maternel parce qu'elles ont estimé que l'enfant est grand et donc apte à prendre d'autres aliments que le lait maternel.

Il ressort de ces éléments chiffrés que la connaissance que les mères ont des recommandations de l'OMS est probablement la traduction de ce que les campagnes régulières menées par le ministère de la santé via le PNN ont atteint leur cible. Cependant, les femmes concernées semblent continuer à attacher plus d'importance à leurs propres croyances qu'aux informations qui leurs sont communiquées de façon institutionnelle.

La fréquence de l'allaitement maternel est en rapport avec la demande de l'enfant (93,9%) et parfois la disponibilité de la mère. L'OMS recommande une fréquence d'allaitement maternel de 8 fois par jour. Notre étude montre que la plupart des mères respectent, sans le savoir, cette fréquence même s'il existe quand même un petit nombre de celles qui allaitent moins.

4.2 Diversification alimentaire vis-à-vis des croyances

Aucun aliment autre que le lait ne doit être débuté avant l'âge de 4 mois, en raison du risque d'allergie (CNPU, 2011). Toutefois, il ressort de notre étude que dès la naissance, les mères donnent soit du miel, soit de l'eau ou des décoctions dans respectivement 13,4%, 73,2% et 11,6% des cas. Parfois même, d'autres donnent du jus de citron au nourrisson (1,8%). Selon les mères, ces pratiques permettent soit de rendre intelligent (13,4% de celles qui donnent le miel à la naissance), soit de rafraîchir l'enfant parce qu'elles estiment qu'étant dans un pays tropical, il fait chaud (73,2% de celles qui donnent de l'eau). D'autres mères estiment qu'il convient de soigner « des plaies de ventre », pour reprendre leur expression (13,4% de celles qui donnent des décoctions et du jus de citron), car, selon elles, un enfant qui bave beaucoup aurait « des blessures ou impuretés » (il semble s'agir d'infection) dans le ventre. Les résultats

d'une étude réalisée au Congo montrent que, dans l'esprit des mères, l'eau et le lait maternel sont liés car le lait « chauffe la bouche de l'enfant » et l'eau, seule, est en mesure de la rafraîchir dans ces circonstances. Eau et lait forment dans ce sens un système destiné à maintenir la température de l'enfant, et donc ne doivent en aucun cas être dissociés (Massamba *et al*, 1998).

Ces recours contre la chaleur (eau) et les soins (décoctions et citrons) sont indispensables, de l'avis de nombreuses des mères interrogées lors de notre étude, pour permettre le bon déroulement de leur travail quotidien (commerce et ménage pour la plupart des femmes de notre échantillon). C'est pourquoi les mères s'assurent que leur enfant soit habitué très tôt à consommer autre aliment que le lait maternel.

Il ressort donc de cette analyse que toutes les mères qui pensent avoir pratiqué l'allaitement exclusif parce que sans doute, elles ont commencé plus ou moins tôt l'allaitement maternel, n'ont en fait pas pratiqué l'allaitement maternel exclusif. Rappelons que l'allaitement maternel exclusif se définit comme étant l'alimentation du nourrisson au sein uniquement, sans rajout d'autre aliment, y compris l'eau (ANAES, 2002).

D'après les normes internationales validées par l'OMS, l'introduction d'aliment de complément doit se faire à l'âge de 6 mois. En effet, après l'âge de 6 mois, le lait seul, qu'il s'agisse du lait maternel ou d'une préparation pour nourrissons, ne permet plus à lui seul alors de couvrir les besoins nutritionnels (CNPU, 2011). Dans notre échantillon, 43,9% des femmes ont débuté l'alimentation de complément à 7 mois mais peu l'ont débuté avant 6 mois (3,7%). Ce taux est inférieur à celui d'une étude faite en Guinée, où 6% des mères débutent l'alimentation de complément avant 6 mois (Bonimy, 2015) et une autre étude en Inde (Bagui *et al*, 2012) qui montre que plus de 50% des femmes débutent l'alimentation de complément avant l'âge de 6 mois. Les raisons de l'alimentation de complément après 6 mois étaient influencées soit par les conseils des « vieilles » (50,6%), soit parce que les mères estimaient que le lait seul n'était plus suffisant pour l'enfant (22%) ou encore parce qu'elles et les « vieilles » trouvaient que l'enfant était assez grand pour s'alimenter avec autre chose (33,5%). Le fait de donner d'autres aliments aussi s'est fait soit avec le repas familial (6,1%) soit avec de la bouillie (93,9%). Selon une étude menée au Congo, en vertu des croyances des femmes, la bouillie protège l'enfant des dangers des puissances invisibles en le rendant plus « lourd » donc plus « fort » que ne le permet le lait maternel (Massamba *et al*, 1998).

Les pratiques des femmes de notre étude seraient dues au fait qu'à cet âge, selon les mères, l'enfant est apte à prendre le repas familial (62,5%). Dans une étude similaire, les résultats ont montré que 38% des mères débutaient l'alimentation de complément de leurs enfants par un autre aliment que la bouillie (Bonimy, 2015). Ainsi, en pratique, la bouillie complète le lait maternel qui ne « suffit pas » à satisfaire l'enfant. Lorsque à son tour, la bouillie n'est plus considérée comme suffisante, elle est remplacée par le plat familial.

La bouillie industrielle est utilisée comme premier aliment de complément par plus de la moitié des mères (73,2%). Seules 7,8% des mères utilisent les bouillies locales. S'agissant des

bouillies industrielles, les mères leur font confiance quant à leurs propriétés nutritives et ne voient plus la nécessité d'ajouter du lait dans l'alimentation des bébés.

La farine industrielle ici est définie comme étant la farine importée qui arrive dans des boîtes bien conditionnées contenant des additifs alimentaires et qui sont vendues dans les pharmacies et boutiques du pays et la farine locale est celle fabriquée de façon traditionnelle, avec les produits locaux retrouvés sur les marchés du pays, sans ajout d'additifs alimentaires. Rappelons qu'un additif alimentaire est substance qui n'est pas habituellement utilisée comme un ingrédient dans l'alimentation et qui a pour but de garantir la qualité sanitaire des aliments, d'améliorer l'aspect et le goût d'un aliment, de conférer une texture particulière et de garantir la stabilité de l'aliment (SPFB, 2016).

Le premier critère de choix des bouillies industrielles est le goût. En effet, selon les mères, les bébés refusent de prendre les bouillies à base de farines locales (13,3%), parce que ces bouillies n'auraient pas un bon goût. Les mères disent le savoir car les ayant elles-mêmes goûtées. Elles trouvent qu'elles n'ont aucun goût (24,2%), en particulier les bouillies qui sont mélangées à autres aliments tels que le poisson séché, les fruits séchés...

Lorsqu'on se base sur la composition de ces deux types de farines, on constate que celle importée est constituée de Farine de froment, lait écrémé, farine de froment hydrolysée, saccharose, graisse de lait, caramel, huile de maïs, minéraux, vitamines, arôme : vanilline (PharmaExpress, 2009). Et celle à base de farine traditionnelle peut être composée de maïs, de mil, de sorgho ou de riz ; du lait ; de l'eau et des fruits qui est le plus souvent de la banane douce (PNN, 2015). Cela pourrait expliquer la différence de goût dont parlent la plupart de nos enquêtées.

Autre différence entre ces deux farines : la composition et la valeur énergétique.

La farine importée est enrichie en vitamines et contient plus de micronutriments que celle fabriquée traditionnellement.

Par exemple, pour 100 grammes de farine importée, nous avons : protéines 15 g, lipides 9 g, glucides 69,7 g, minéraux (calcium 375 mg, phosphore 310 mg, fer 7,5 mg, sodium 120 mg, potassium 480 mg, vitamines (A 1033 UI, D 200 UI, vitamine E 3 UI, C 35 mg, B1 0,80 mg, B2 0,30 mg, niacine 4 mg, B6 0,30 mg, acide folique 22 µg, acide pantothénique 1,5 mg, vitamine B12 0,75 µg, biotine 25 µg) avec une valeur énergétique de 420 kcal = 1750 kJ (PharmaExpress, 2009).

Alors que pour 30 grammes de farine traditionnelle, nous avons : protéines 10.7g ; graisses 9.9g ; calcium 96.4mg ; zinc 1.5mg ; fer 0.4mg ; rétinol 63.3µg avec une valeur énergétique de 307 kcal (PNN, 2015).

Selon les recommandations internationales les besoins des enfants âgés de 6 à 24 mois allaités sont répartis comme suit :

Pour ceux âgés de 6 à 8 mois : Besoin énergétique = environ 615 Kcal/j ; Apport moyen des aliments de complément = environ 200 Kcal/j

Pour ceux âgés de 9 à 11 mois : Besoin énergétique = environ 686 Kcal/j ; Apport moyen des aliments de complément = environ 300 Kcal/j

Pour ceux âgés de 12 à 23 mois : Besoin énergétique = Environ 894 Kcal/j ; Apport moyen des aliments de complément = environ 550 Kcal/j (OMS, 2006).

On pourrait penser autrement car le fait que les enfants refusent la bouillie locale pourraient s'expliquer par la néophobie. Elle est définie comme étant une réticence à consommer de nouveaux produits (Nicklaus, 2007) et est liée à l'âge (Pliner, 1997). Et même si l'âge de 2 ans est celui durant lequel les nouveaux aliments sont mieux acceptés (Cashdan, 1998), une étude montre que les enfants de moins de 2 ans sont encore moins néophobes que leurs aînés (Harper et Sanders, 1975).

D'autres critères influencent aussi les raisons de ce choix : le prix et la portion. D'une part, les mères trouvent que celles déjà fabriquées et mises en vente dans les structures sanitaires coûtent cher (50,8%), alors que la quantité par sachet est minime ou que cette farine locale proposée est mélangée avec des aliments qui sont interdits dans leur coutume. D'autre part, elles trouvent que la farine locale est pénible à fabriquer si elles doivent la faire elles-mêmes (11,7%). Une étude réalisée à Madagascar indique que lorsque les ressources financières deviennent limitées, les consommateurs à faible revenu essaient de maximiser leur choix alimentaire vers d'autres aliments dans le but de réduire les dépenses en priorisant certains aliments sur d'autres (Rakotosamimanana, 2014).

S'agissant des légumes ou des fruits, les mères affirment les donner à partir de l'âge de 12 mois pour les légumes et 9 mois pour les fruits soit respectivement dans 47,6% et 54,3% des cas.

Ces résultats montrent que l'introduction d'aliments semi-liquide ou solide est bien connue par les mères mais sa mise en pratique laisse encore à désirer aux vues des recommandations internationales.

Après une analyse, on pourrait penser que s'il y a des difficultés sur la mise en pratique de la diversification alimentaire des mères, c'est peut-être parce qu'il y a des tabous alimentaires qu'elles sont contraintes de respecter. Interrogées sur ce point, les femmes ont été en mesure d'en citer un certain nombre.

Dans notre étude, 19,5% des femmes citaient comme aliments interdits, la patate douce, le taro, le poisson silure, la banane, la papaye, le soja, le mil, le gombo, le pois. Les œufs étaient proscrits chez la plupart, soit 35,4%, quelle que soit leur région d'origine. En plus de ces aliments, il y a celles qui ne consomment pas le porc ; cela est lié à leur religion (69,5% de musulmanes et 30,5% de chrétiennes).

Toutes les femmes interrogées (100%) affirment que les interdits alimentaires ne sont pas liés à leur statut sérologique.

Ces interdits auraient été transférés de la mère enceinte aux enfants car, selon les mères, elles-mêmes ne devaient pas en manger pendant la grossesse. Ces aliments sont pour la plupart « interdits par la coutume ». En effet, le fait de manger des œufs donnerait un ventre ballonné à l'enfant ou manger certains fruits tels que la banane pourraient empêcher la poussée dentaire et le durcissement des os de l'enfant ; en d'autres termes, l'enfant serait « mou » en mangeant de la banane assez tôt (30,6%). Pour d'autre (22,2%), ne pas respecter ces interdits pourraient mettre les esprits en colère ou réduire l'intelligence des enfants.

Les groupes d'aliments les plus cités étaient les œufs, les tubercules, les légumes, les fruits et les céréales.

Dans une étude qui a porté sur 37 femmes (Yoro et al, 2015), il a été relevé que chez les Agnis qui viennent du peuple Akan (peuple situé dans la région du Sud), les interdits alimentaires de la femme enceinte ont un impact présumé sur la vie de la femme et celle de l'enfant. Tous les aliments rampants doivent être bannis. Ce sont, entre autres, la patate et le taro. Une autre étude rapporte que chez les Ebriés (peuple du Sud) la consommation de sel n'est pas recommandée (Coulibaly,2017).

Une étude réalisée toujours chez les Agnis, spécifiquement ceux de Bongouanou (peuple de l'Est de la Côte d'Ivoire) met en évidence les imaginaires sociaux associés à l'interdiction de consommer le poisson silure (Koné et al, 2018). Une autre étude faite sur les interdits alimentaires chez les Nyabwa (peuple de l'Ouest de la Côte d'Ivoire) montre que ces tabous peuvent porter sur certaines viandes de brousse, certains poissons, pois de terre, taro blanc, igname sauvage (Zézé, 1989).

Que les femmes soient primipares ou multipares, elles mettent en pratique les conseils reçus par les « plus âgées », que ces personnes soient de leur famille ou pas (personne de leur entourage). Dans cette étude, la plupart des femmes (78%) rapportent qu'elles ne savent pas pourquoi ces aliments sont interdits et celles qui disent le savoir (22%) donnent des raisons qu'elles ont en fait apprises par les dires des « anciens » : l'enfant ne serait pas « solide » (30,6%), la fontanelle de l'enfant « ne se fermera pas » (19,4%) ou autre raison de même nature.

A l'instar des autres pays d'Afrique, en Côte d'Ivoire, les femmes enceintes, allaitantes et les nourrissons semblent être sous l'emprise des conseils des mères et grands-mères qui relaient et transmettent des croyances. La survivance d'interdits alimentaires trouve probablement son origine dans le fait que l'alimentation et le devenir des tout-petits sont considérés comme une affaire des vieilles femmes expérimentées, qui assurent avoir vécu l'impact positif de ces interdits.

Si on devait faire une étude comparative entre les croyances relevées chez les femmes séropositives et celles qui ne le sont, il serait for probable que le statut sérologique n'a aucune

influence sur les pratiques nutritionnelles de nos enquêtées vis-à-vis de leurs croyances au regard de nos résultats et de la bibliographie qui a servi pour la discussion de ce travail.

LIMITES DE L'ETUDE

Les enquêtes qui étaient prévues au mois d'avril ont été décalées pour la mi-mai, soit le premier lundi après la fête de Ramadan. La commune d'Abobo ayant une population à majorité musulmane, nous ne pouvions y réaliser aucune activité « fructueuse ». En effet, pendant le carême musulman, les femmes refusent de se rendre à l'hôpital, car elles ont peur que des prélèvements sanguins leurs soient faits ; cela serait « Haram », c'est-à-dire contraire à la religion.

En outre, bien que les enquêtes aient été réalisées après la fête de Ramadan, les femmes se faisaient rares, soit parce qu'elles n'étaient plus à Abidjan (souvent pendant les grandes fêtes, les gens retournent dans leurs villages pour festoyer en famille), soit parce qu'il pleuvait, la saison des pluies ayant débuté à la mi-mai.

Par ailleurs, l'existence de troubles à l'ordre public réguliers, requérant l'intervention de la police pour le retour au calme, empêchait parfois que l'on se rende à Abobo pour poursuivre les enquêtes.

Certaines données recueillies étant faites sur la base de rappel, l'étude pourrait donc comporter des biais de mémoire. En plus, cet échantillon ne concerne qu'une population spécifique dans une seule zone au sein de la capitale du pays. Ces résultats pourraient donc ne pas être extrapolables au niveau national.

Une étude de cas-témoins entre les femmes séropositives et celles séronégatives au VIH pourrait être intéressante à réaliser et donnerait de meilleurs résultats exploitables sur le plan scientifique. Mais pour ce faire, le protocole de recherche devra être approuvé par le comité d'éthique car s'agissant d'une population bien particulière et bien protégée par des statuts spécifiques.

5 PERSPECTIVES

Face à la persistance des croyances de nature à détériorer le statut nutritionnel des nourrissons à travers des pratiques alimentaires parfois inadaptées, la cible des campagnes de sensibilisation semble devoir être modifiée. Un programme de sensibilisation orienté vers les « vieilles » et les personnes « faisant autorité » pourrait être particulièrement opportun, car il ressort de notre étude que certaines pratiques alimentaires issues de croyances constituent un des principaux obstacles à la lutte contre la malnutrition.

Les femmes âgées qui octroient des conseils alimentaires doivent avoir une conscience claire des conséquences de chacune de leurs décisions. Des messages clairs et bien ciblés autour des interdits alimentaires pourraient être de nature à convaincre les femmes âgées du caractère désuet ou inadapté de ces croyances. Elles pourraient ainsi, par la suite, cesser de transmettre aux jeunes mères ces croyances.

Les changements concernant les croyances par la voie de l'éducation nutritionnelle pourraient produire des effets sur les pratiques de jeunes mères. De tels changements ne pourront en tout état de cause avoir lieu que de façon très lente, car il n'est jamais aisé de modifier des tabous ou interdits ancrés dans les habitudes et les croyances. Nous dressons une liste non exhaustive d'activités qui peuvent être réalisées par le Ministère de la santé via le PNN, en vue d'une réduction de ces croyances.

- ✓ Modifier les cibles des campagnes de sensibilisation en les orientant vers les femmes plus âgées qui conseillent les plus jeunes ;
- ✓ Mener de véritables enquêtes scientifiques qui établiraient certaines croyances alimentaires ;
- ✓ Interdire la vente des laits infantiles dans les hôpitaux, les pharmacies et les marchés et les prescrire par un personnel de santé que sur ordonnance en cas de besoin réel ;
- ✓ Trouver une alternative aux interdits alimentaires selon les régions dans la fabrication des farines locales ;
- ✓ Rendre les farines locales accessibles à toutes les couches sociales ;
- ✓ Intensifier les formations du personnel de santé chargé de la nutrition ;
- ✓ Intensifier les sensibilisations sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans.

6 CONCLUSION

Dans notre population d'étude, bien que les femmes connaissent l'importance de l'allaitement maternel, sa mise en pratique réelle suivant les recommandations hospitalières reste insuffisamment effective à cause des croyances qui persistent dans cette population et n'a aucun lien avec le fait que ces femmes soient séropositives au VIH, contrairement à une analyse faite en 2006 par Unicef.

On constate que ces croyances ne s'arrêtent pas seulement à l'allaitement maternel ; elles impactent aussi l'introduction d'aliments autres que le lait maternel dans l'alimentation de l'enfant. Il existe ainsi une sorte de conflit entre les conseils alimentaires donnés par les institutions et ceux imposés par la tradition via les personnes plus âgées, relevant des croyances héritées des coutumes familiales ou africaines. Les répercussions des interdits alimentaires sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables doivent donc être pris en compte dans la lutte contre la malnutrition infantile.

Etant donné que nos recherches montrent que les croyances de ces femmes semblent plus fortes que les informations qui leurs sont communiquées dans un cadre institutionnel, des solutions peuvent être proposées pour améliorer ces pratiques tout en tenant compte des aspects socio-culturels des pratiques alimentaires déjà en place. Plusieurs pistes de solutions devraient pouvoir être explorées par les autorités sanitaires, et notamment le PNN, pour réduire ou limiter l'importance donnée aux croyances : l'intégration dans les campagnes de sensibilisation des populations concernées des problèmes nutritionnels liés aux facteurs culturels relevés ; la formation des personnels de santé à la prise en compte de ces facteurs culturels et à la délivrance de messages adaptés ; la réalisation de campagnes de sensibilisation destinées non plus uniquement aux mères mais aux « vieilles » et aux personnes considérées comme « faisant autorité » afin qu'elles soient mieux informées.

Dans notre contexte où les pratiques alimentaires semblent répondre à un certain nombre de croyances, il faut s'attendre à ce que les efforts à entreprendre pour réduire ou limiter l'importance des croyances et modifier les pratiques, se heurtent à des réticences ou même à de fortes résistances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Académie pour le Développement de l'éducation (AED). - *Linkages. Programme d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire et nutrition maternelle*. Allaitement maternel et VIH/SIDA. No. HRN-A-00-97-00007-00. 2004. 6 pages.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). - *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. 2002, 177 pages. Consulté le 16 mars 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf.
3. Agnissoni K. A. - *Alimentation du nouveau-né et du nourrisson nés de mères séropositives suivie à l'USAC au CHU de Treichville (Abidjan, Côte D'Ivoire)*. - Université Nangui Abrogoua. 2016. 66 pages.
4. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). - *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. - Haute autorité de santé. mai 2002. 177 pages.
5. Atse Achi Amédée Pierre. - *Comportement alimentaire et sante en Côte d'Ivoire : le cas du district sanitaire d'Adzopé*. – Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody. 2013. 404 pages.
6. Attoh-Touré H., Ayeva A.H.E., Béné B.J.V., et Tiembré I. - *Connaissances, opinions et croyances des mères ou accompagnateurs d'enfants dans un centre de vaccination de référence à Abidjan – Côte d'Ivoire* - Revue épidémiologique et de santé publique. Vol 65 – N° S2. 2017. P S72.
7. Bagui AS, Supare MS. – *The infant feeding practices in an urban slum of nagpur, India*. - J Clin Diagnostic Res JCDR. 2012 ; 6(9) :1525-7.
8. Banque mondiale. - *Situation économique en côte d'Ivoire – Rapport du groupe de la banque mondiale* - 2015. 72 pages.
9. Bonimy P. - *Connaissances et pratiques des mères en matière d'allaitement maternel, d'alimentation de complément et soins des enfants de 6 à 24 mois dans la sous-préfecture de Dionfo (Guinée)*. - Mémoire : Université Senghor d'Alexandrie. 2015. 34 pages.
10. Cashdan E. - *Adaptiveness of food learning and food aversions in children*. - Social Science Information Sur Les Sciences Sociales - SOC SCI INFORM. 1998 ; 37 :613-32.
11. Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU). – *Cours : Alimentation et besoins nutritionnels*. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/alimentation_nutritionnel/site/html/2_2.html
12. Comité permanent des nations unies sur la nutrition. - *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*, Florence Italie ;

2006. Disponible sur : <https://www.unicef-irc.org/files/documents/d-3226-Innocenti-Declaration-200.pdf>
13. Conseil National pour la Nutrition (CNN). - *Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire*. Rapport 2015. 78 pages.
 14. Conseil National pour la Nutrition (CNN). - *Enquête sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA (ESNAPOCI-2009)*. - Rapport d'analyse situationnelle. 2015. 78 pages.
 15. Coulibaly A., Tano O. A., Vroh J. B. B., Traoré Y., et N'Cho S. D. - *Facteurs socioprofessionnels et pratique de l'allaitement exclusif par les primipares à Abidjan (Côte d'Ivoire)*. Cairn.info. S.F.S.P. « Santé Publique ». 2014/4 Vol. 26. Pages 555 à 562. ISSN 0995-3914. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-555.htm>. <https://doi.org/10.3917/spub.144.0555>.
 16. Coulibaly MH. - *L'impact Des Normes Alimentaires Traditionnelles Sur Les Conseils Nutritionnels Chez Les Gestantes Ébrié Akouai De Côte d'Ivoire*. - European Scientific Journal. 28 févr 2017;13(5):481. DOI 10.19044/esj.2017.v13n5p481. ISSN 18577431, 18577881
 17. DC-PNN - *Evaluation de la Prise en Charge Nutritionnelle et de la Sécurité Alimentaire des Personnes Infectées et Affectées par le VIH en Côte d'Ivoire 2020 (ESNAPOCI, 2020)*- Rapport d'étude – 2020. 177 pages.
 18. Delhon-Bugard C. et Truchot M. - *Etat des connaissances et pratiques concernant la diversification alimentaire de l'enfant de moins de 24 mois* – Université d'Angers. 2019, 88 pages.
 19. DHIS2. - *Statistiques sanitaires : Abidjan accueille l'académie annuelle de formation sur le logiciel d'information sanitaire dhis2*. Disponible sur : http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=4602
 20. Diagne-Guèye N.R., Diack-Mbaye A., Dramé M., Diagne I., Fall A.L., Camara B., Faye P.M., et al. - *Connaissances et pratiques de mères sénégalaises vivant en milieu rural ou suburbain sur l'alimentation de leurs enfants, de la naissance à l'âge de six mois*. - Journal de Pédiatrie et de Puériculture 24 (4) : 161-66. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2010.12.001>.
 21. DIBY K. Martin. - *Pauvreté urbaine et émergence d'initiatives économiques informelles de survie à Abobo, une commune de l'espace périphérique nord d'Abidjan en Côte d'Ivoire*. - Revue canadienne de géographie tropicale/Canadian journal of tropical geography. - Vol. (5). 2018, pp. 30-38. URL: <http://laurentian.ca/cjtg>
 22. District Autonome d'Abidjan. – *L'origine du nom « Abidjan »*. - Abidjan.district.ci Portail officiel du district d'abidjan, Côte d'Ivoire [Internet]. 2014. Disponible sur : <http://www.abidjan.district.ci/>

23. FAO, FIDA et PAM. - *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde 2015. Objectifs internationaux 2015 de réduction de la faim : des progrès inégaux*. - Rome, FAO. 2015. 8 pages.
24. FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF. - *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019. Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques*. - ISBN 978-92-5-131601-6 © FAO 2019 Rome, FAO, 2019. 253 pages.
25. Favre B. - *Connaissances des jeunes parents, concernant la sante de leur nourrisson de 0 à 2 mois, à la sortie de la maternité* – Université Toulouse III. 2017, 63 pages.
26. Hamayon R. N. - *L'anthropologue et la dualité paradoxale du « croire » occidental* - Théologiques Croire et croyances. Volume 13, numéro 1, printemps 2005 - ISSN 1188-7109 (imprimé), 1492-1413 (numérique). URI : <https://id.erudit.org/iderudit/012523ar>. DOI : <https://doi.org/10.7202/012523ar>
27. Harper LV, Sanders KM. - *The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods*. - Journal of Experimental Child Psychology. 1975 ;20(2) :206-14.
28. Hercberg S. et Tallec A. - *Rapport "Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France"*. - Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2000, 169 pages. hal-01572039
29. Institut national de la statistique (INS) et Ministère de la lutte contre le sida (Côte d'Ivoire) et ORC Macro. - *Enquête sur les indicateurs du Sida en 2005*. - Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro. 2006. 283 pages.
30. Institut national de la statistique. - *Enquête sur le niveau de vie des ménages en 2008*. - Rapport ENV 2010. 80 pages
31. Ka A, Boëtsch G, Macia E. - *Interdits alimentaires et aspects symboliques de la cuisine des Peuls du Ferlo (Sénégal)*. - Émulations : Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales. Août 2019. 22 pages.
32. Kanteng G. A. W., Lubala T. K., Mutombo A. M., Mutoke G. N., Kasongo A. N., Wembonyama S. O. et Luboya O. N. - *Perception de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire dans une zone urbaine congolaise* - The Pan African Medical Journal 19 (novembre), 2014 ; 19 :336 doi :10.11604/pamj.2014.19.336.5038
33. Kouamé Y. S. et Moltes A. – *Obstacles à la cohésion sociale et dynamiques de violence, impliquant les jeunes dans l'espace urbain*. – Rapport de recherche participative. - Interpeace, Indigo. 2015. 13 pages.
34. Kramer M. S. et Kakuma R. - *Optimal duration of exclusive breastfeeding*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. : CD003517. DOI : 10.1002/14651858.CD003517.pub2. n° 8. 2012. 95 pages.
35. L'encyclopédie libre. - *Abobo*. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Abobo&oldid=184590032>
36. Latham M. C. - *La nutrition dans le pays en développement : les facteurs socioculturels en nutrition*. Chapitre 4. - Ouvrage placé sous la coordination du FAO. ISBN 92-5-

- 203818-3. 2001. Disponible sur : http://www.fao.org/3/W0073F/w0073f05.htm#P1_10.
37. Le Bihan G., Delpeuch F., Maire B. - Cahier de propositions pour le 21^{ème} siècle : *Alimentation, nutrition, politiques publiques*. – Ouvrage sous la coordination de l'IRD. 2002. 39 pages. Consulté le 16 avril 2021. Disponible sur : http://www.alliance21.org/fr/proposals/finals/final_nutrition_fr.pdf.
38. Le dico des définitions. - *Définition de connaissance*. Lesdefinitions.fr. 2010. Consulté le 24 mars 2021. Disponible sur : <https://lesdefinitions.fr/connaissance>.
39. Marsicano É, Dray-Spira R, Lert F, Hamelin C, ANRS-Vespa2 LG. - *Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine*. - Population Societes. 2014;N° 516(10):1-4.
40. Massamba J, Massamba JP, Trèche S. - *Attitudes, croyances, perceptions culturelles et facteurs socio-économiques de nature à détériorer le statut nutritionnel du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire*- Colloque : Conférence Internationale, Ibadan (NGA). - Horizon. fdi:010026547- s.l. : s.n., 1998, 14 p. multigr.1998. 14 pages
41. Megnemendong A. E. - *La parentalité chez la femme en grossesse et séropositive gabonaise en PTME à Libreville : approche clinique et anthropologique*. - Université de Franche-Comté. ED LETS 038. EA3188, 2016. 288 pages.
42. Ministère de l'Agriculture [Côte d'Ivoire], PAM et FAO. - *Evaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence : données de janvier et février 2012*. Abidjan, Côte d'Ivoire. – Rapport 2012. 65 pages.
43. Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP). - *Conseils en allaitement, alimentation du nourrisson et du jeune enfant et VIH*. 2009. 25 pages.
44. Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP-CI). - *Directives Nationales de Nutrition de Côte d'Ivoire*. Edition 2009. 44 pages.
45. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida. - *Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire - Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Côte d'Ivoire (EDS-MICS) 2011-2012*. 2 pages.
46. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). - *Normes nationales relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sains et ceux nés de mères séropositives*. - 2008. 94p.
47. Mujinga, W. - *Evaluation des connaissances en nutrition chez les personnes vivantes avec le VIH/SIDA à Lubumbashi, République Démocratique du Congo*. - Ecole de santé publique /Clinique Universitaire, l'Université de Lubumbashi. 2010. 28 pages.
48. Nicklaus S. - *Quand et comment se forment les préférences alimentaires chez l'enfant ? Troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant : de la théorie à la pratique*. - Centre des sciences du goût et de l'alimentation. - Résultats de l'étude OPALINE. 2015. 38 pages.
49. OMS - *Promotion de l'hygiène alimentaire* - Cours Module 7. 27 pages.

50. OMS. - *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.* - Rapport du Secrétariat. Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé a55/15. - Point 13.10 de l'ordre du jour provisoire. 2002. 21 pages.
51. OMS. - *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein.* - ISBN 92 4 259343 5 (NLM classification : WS 120) ISBN 978 92 4 259343 3. 2006. 44 pages.
52. OMS. - *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein.* Isbn 92 4 259343 5 ; isbn 978 92 4 259343 3. 2006. 44 pages.
53. OMS. *Alimentation des nourrissons dans un contexte de VIH [Internet].* – Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). Disponible sur: https://www.who.int/elena/titles/bbc/hiv_infant_feeding/fr/
54. OMS. - *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2020.* Consulté le 16 mars 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
55. ONU info. - *La stigmatisation et la discrimination entravent l'accès des séropositifs aux services de soins.* 2017. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2017/10/365532-la-stigmatisation-et-la-discrimination-entravent-lacces-des-seropositifs-aux>
56. ONUSIDA. - *Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique.* Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA. Edition Révisée. 2006. 286 pages.
57. Pagezy H. - *Alimentation et croissance : Faut-il condamner les interdits alimentaires ?* - Colloques du Groupement des Anthropologistes de Langue Française (GALF). Antropo, 11, 119-127, 2006. Disponible sur : <http://www.didac.ehu.es/antropo/11/11-15/Pagezy.htm>.
58. Pliner P, Ruth. - *Les effets de l'excitation manipulée sur la volonté des enfants de goûter de nouveaux aliments.* - Université de Toronto. – ResearchGate. DOI : 10. 1016/S0031-9384(02)00782-5
59. PNN-CI (Politique Nationale de Nutrition de Côte d'Ivoire). 2015. 23 pages.
60. Présidence de la république de Côte d'Ivoire. - *Données sur la Côte d'Ivoire [Internet].* 2011. Disponible sur : <https://www.presidence.ci/presentation-ci/>
61. Programme National de Nutrition de Côte d'Ivoire (PNN-CI). - *Politique Nationale de Nutrition.* 2015. 18 pages. Consulté le 23 février 2021. Disponible sur : <http://www.nutrition.gouv.ci/fichier/Politique-Nationale-Nutrition.pdf>.
62. Programme national de nutrition. - *Guide national de recette pour l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 24 mois en Côte d'Ivoire.* 2015. 96 pages.
63. Prudhomme C. - *Interdits alimentaires, religions, convivialité* - Karthala - Histoire, monde et cultures religieuses. ISSN 2267-7313 - ISBN 97828111177952016. N° 39 (3), 2016/3. Pages 113-44

64. Pujol L. et Guerre D. - *Allaitement maternel : Expérience de femmes ayant allaité plus de six mois en Midi Pyrénées.* – Université Toulouse III. 2017, 80 pages.
65. Rakotosamimanana V. R. - *Etude des pratiques et croyances alimentaires pour comprendre la malnutrition à Madagascar : intérêt de l'introduction de feuilles de Moringa oliefera.* Alimentation et Nutrition. Université de Bourgogne, 2014. Français. NNT : 2014DIJOS076, 207 pages.
66. Raposo B. B., Pantazi M. et Klein O. - *L'influence de la consommation alimentaire sur la crédulité par rapport aux théories du complot : une étude expérimentale* - Presses universitaires de Liège « Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale ». Numéro 106 - ISSN 0777-0707 - ISBN 9782875620774, 2015/2. Pages 149 à 165
67. Sangho H., Keïta AS., Keïta HD., Sylla M., Dia A, Mint Tayeb M. - *Suivi des nourrissons nés de mères séropositives au VIH au Mali.* Sante Publique. 2013 ; Vol. 25(5) :655-62.
68. Service public fédéral de Belgique (SPFB). - *Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.* -SPF Santé publique. 2016.
69. TANANG TCHOUALA P. - *Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Cameroun.* – Institut de Formation et de recherche démographique. – Mémoire de master professionnel. 2009. 181pages.
70. Tano OA, Tiembré I, Konan YE, Donner P, Dagnan NS, Koffi K, et al. - *Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au nord de la Côte d'Ivoire.* - Sante Publique. 1 mai 2010 ; Vol. 22(2) :213-20. 220 pages
71. The Lancet. – *Série sur la malnutrition maternelle et infantile.* – Résumé. 2008. 12 pages.
72. The New Humanitarian (TNH). - *Plus de pauvreté, des taux de malnutrition en hausse - Côte d'Ivoire* [Internet]. ReliefWeb. 2007. Disponible sur : <https://reliefweb.int/report/c%C3%B4te-divoire/c%C3%B4te-divoire-plus-de-pauvret%C3%A9-des-taux-de-malnutrition-en-hausse>
73. Tizio S. - *Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable.* - Mondes en développement. 2004 ;127(3) :101.
74. UN Habitat. - *Côte d'Ivoire : Profil Urbain d'Abobo (French)* | UN-Habitat. ISBN 978-92-1-132472-3. 2012. 28 pages
75. UNAIDS. - *Rapport d'avancement sur le plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie – Rapport pays 2014.* 4 pages.
76. UNHCR. - *Directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées.* Version 1.1. 2009, 20 pages.
77. Unicef. - *Allaitement. Impact sur la survie de l'enfant et situation mondiale [Internet].* 2006. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html

78. Unicef. - *La transmission du VIH par l'allaitement au sein : bilan des connaissances actuelles*. ISBN 92 4 256271 8. 2006. 45 pages.
79. Valentin KB, Gilbert F, Bouaki KB, Obrist B, Gnabeli RY, Bonfoh B. - *Pratique d'Interdits Alimentaires : Entre Logique Identitaire, Enjeux Sanitaires Et Conservation De La Biodiversité Chez Les Agni De Bongouanou (Côte d'Ivoire)*. - European Scientific Journal, edition Vol.14, No.27 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431 ESJ. 30 sept 2018 ;14(27) :82.
80. *VIH/SIDA à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Programme régional Les pêches et le VIH/SIDA en Afrique : investir dans des solutions durables*. - Rapport de projet, WorldFish Center. 2010. 28 pages.
81. Yoro M. B., Ehui P. J. et Amani A. F. - *Les logiques socioculturelles des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'Dénian (Côte d'Ivoire)* - European Scientific Journal November 2015 edition vol.11, No.32 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431. 14 pages.
82. Zézé Béké P. - *Les interdits alimentaires chez les Nyabwa de Côte-d'Ivoire*. – In : Journal des africanistes, 1989, tome 59, fascicule 1-2. pp. 229-237 ; doi : <https://doi.org/10.3406/jafr.1989.2286> https://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1989_num_59_1_2286

Liste des illustrations

Liste des images

Image 1 : Carte de Côte d'Ivoire (Division Géographique de la Direction des Archives du Ministère des Affaires Etrangères,2004)	10
Image 2 : Ville d'Abidjan (Abidjan-Communes. Svg)	14
Image 3 : Carte de la commune d'Abobo (Source: Ncs enquêtes, 2018)	17

Liste des figures

Figure 1: Répartition des enquêtées selon leur lieu d'habitation (la commune).....	24
Figure 2: Répartition des enquêtées selon les raisons du choix du district d'Abobo pour leur suivi.....	25
Figure 3: Répartition des enquêtées selon la prise d'ARV.....	25
Figure 4: Répartition des nourrissons selon l'âge.....	26
Figure 5 : Répartition des enquêtées selon les raisons qui ont retardé la mise au sein à la naissance de l'enfant.....	27
Figure 6: Répartition des enquêtées selon les raisons d'apport d'aliments autres que le lait dès la naissance.....	28
Figure 7: Répartition des enquêtées selon les raisons de l'arrêt de l'allaitement.....	29
Figure 8: Répartition des enquêtées selon les raisons de début de l'alimentation de complément.....	30
Figure 9: Répartition des enquêtées selon le type de bouillie donnée à l'enfant.....	31
Figure 10: Répartition des enquêtées selon les connaissances de l'origine des interdits.....	35
Figure 11: Répartition des enquêtées selon les interprétations des interdits.....	36

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio-démographiques.....	22
Tableau 2: Répartition des enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel.....	27
Tableau 3: Répartition des enquêtées selon l'introduction d'aliments autres que le l'allaitement maternel dès la naissance.....	28
Tableau 4: Répartition des nourrissons toujours allaités selon la tranche d'âge.....	29

Tableau 5: Répartition des enquêtées selon la pratique d'introduction des aliments en fonction de l'âge de l'enfant et le type de repas introduit chez l'enfant.	30
Tableau 6: Répartition des enquêtées selon les raisons du choix de la bouillie industrielle. .	32
Tableau 7: Répartition des enquêtées selon l'administration des fruits et légumes aux enfants en fonction de l'âge.....	32
Tableau 8: Répartition des enquêtées selon les groupes d'aliments interdits dans leurs régions.	33
Tableau 9: Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire des enfants âgés de 6 à 24 mois.	34
Tableau 10: Répartition des enquêtées selon la source de leurs informations.	36

Liste des annexes

Annexe 1: Questionnaire d'enquête.	58
Annexe 2: Fiche de consentement de l'enquêtée.	61
Annexe 3: Autorisation d'enquête.	62
Annexe 4: Demande d'autorisation d'enquête.....	63

GLOSSAIRE

Allaitement exclusif : On parle d'allaitement exclusif lorsque le bébé ne boit que le lait maternel et n'absorbe aucun autre aliment, solide ou liquide (y compris l'eau). La prise d'oligo-éléments, de médicaments ou de vitamines ne remet pas en cause ce statut (ANAES, 2002).

Allaitement maternel : L'allaitement maternel est le fait, pour une femme, de nourrir son bébé avec le lait que produisent ses seins (Pujol et Guerre, 2017).

Commerçante : personne qui fait du commerce. Nous avons considéré comme commerçante, toutes les vendeuses et marchandes qui font le petit ou grand commerce.

Connaissance : La connaissance est un ensemble d'informations acquises par l'expérience ou l'apprentissage (Le dico des définitions, 2010).

Croyance : La croyance est une opinion de quelqu'un ou de quelque chose (Rakotosamimanana, 2014), (Hamayon, 2006).

Diversification alimentaire : La diversification alimentaire est, chez le nourrisson, les aliments qu'il reçoit lorsque le lait maternel ne suffit plus à lui seul pour couvrir ses besoins nutritionnels (Delhon et Truchot, 2019).

Elève/étudiante : personne qui reçoit un enseignement. Cette catégorie concerne toutes celles qui effectuent une scolarité.

Femme séropositive en charge de nourrisson : Femme dont la positivité au VIH a été confirmée par deux tests rapides ayant sous sa responsabilité un ou plusieurs enfants âgés de 1 à 24 mois (Megnemendong, 2016).

Malnutrition : La malnutrition est le déséquilibre d'apport nutritionnel et/ou énergétique d'une personne, pouvant être d'excès ou par carence (FAO et AI, 2015).

Nourrisson : Le nourrisson est un enfant âgé de plus de 28 jours ou un mois et qui a moins de deux ans (Favre, 2017).

Nouveau-né : Le nouveau-né est un enfant qui est âgé de 0 à 28 jours (ou 1 mois selon certains documents) de vie (Favre, 2017).

Nutrition : La nutrition est le résultat de la consommation d'aliments et des interactions biologiques, sociales et économiques des processus qui influencent les fonctions vitales, la croissance et l'immunité (PNN-CI, 2015).

Plaies de ventre : définition donnée par les mères concernant toute maladie liée aux douleurs abdominales.

Pratique alimentaire : Une pratique alimentaire est l'ensemble des règles concernant l'alimentation que s'impose une personne (Raposo et al, 2015).

II- Connaissances des enquêtées

Q II-1 Pensez-vous que le lait maternel est important pour l'enfant ? Oui Non

Q II-2 Quel type d'alimentation doit-on donner à l'enfant ?

AME jusqu'à 6 mois AEE jusqu'à 6 mois Allaitement mixte jusqu'à 6 mois

Q II-3 Le colostrum (1^{er} lait) est-il pour l'enfant ? Important Peu important Ne sait pas

Q II-4 Jusqu'à quel âge doit-on allaiter l'enfant ?

Q II-5 A quel âge doit-on débiter l'introduction d'autres aliments que le lait maternel ? Avant 6 mois A partir de 6 mois Après 6 mois (préciser).....

Q II-6 Pensez-vous que les fruit et légumes sont importants pour l'enfant ?

Fruits : Oui Non

Légumes : Oui Non

III- Pratiques des enquêtées

Q III- 1 Avez-vous allaité votre enfant quand il est né ? Oui Non

Q III- 2 A quel moment avez-vous débuté l'allaitement ?

Juste après la naissance A J4 Plus tard

Q III- 3 Outre le lait, avez-vous donné autre chose à consommer à l'enfant ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? miel eau jus de citron décoctions autres

Q III- 4 A quel moment allaitez-vous l'enfant ? A la demande A heures fixes

Q III- 5 Votre enfant est-il allaité actuellement ? Oui Non

Q III- 6 A quel âge avez-vous introduit d'autres aliments dans le repas de l'enfant ?

Avant 6 mois A 6 mois Après 6 mois Préciser.....

Q III- 7 Quel type de repas avez-vous donné à l'enfant ? Bouillie Repas familial

Q III- 8 Quel genre de bouillie avez-vous donné à l'enfant ?

A base de farine locale farine industrielle farine locale et industrielle

Q III- 9 A quel âge avez-vous commencé à donner des fruits et légumes à l'enfant ?

Fruits : Avant 6 mois A 6 mois Après 6 mois Jamais (préciser âge).....

Légumes : Avant 6 mois A 6 mois Après 6 mois Jamais (préciser âge).....

IV- Croyances des enquêtées

Q IV-1 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez retardé la mise au sein de l'enfant ?

Le 1er lait n'est pas propre Le 1er lait rend malade J'étais malade

Il n'y avait pas d'eau dans le lait Je n'avais pas de lait L'enfant était malade

Q IV-2 Qui vous a donné cette information ?

Mamans de la famille Mamans de l'entourage Hôpital Personne Autre

Q IV-3 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous arrêtez l'allaitement ?

L'hôpital me l'a conseillé Juste comme ça L'enfant mange tout / il a des dents

C'est un garçon (conseil des vieilles) C'est une fille (conseil des vieilles) Autres

Q IV-4 Pourquoi avez-vous donné autre chose à consommer à l'enfant avant ses 6 mois ?

Rendre intelligent Soigner ses plaies de ventre Il fait chaud Autre

Q IV-5 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez débuté l'alimentation de complément ?

L'hôpital me l'a recommandé Le lait seul ne lui suffit plus

L'enfant est grand L'enfant a des dents Autre

Q IV-6 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi la bouillie industrielle ?

Transformer produits locaux en farine est pénible à faire Farine locale n'a pas de goût

Farine locale déjà confectionnée coûte cher L'enfant n'aime pas trop la farine locale

Q IV-7 Y a-t-il des aliments interdits aux enfants chez vous ? Oui Non

Q IV-8 Quels sont les aliments interdits pour un enfant selon votre coutume ?

.....

Q IV-9 Savez-vous pourquoi ces aliments sont-ils interdits ?

Je ne sais pas, c'est la coutume Oui, il va tomber malade

Oui, ça va rendre ses os mous, il ne pourra pas vite marcher

Oui, pour vite fermer ses fontanelles Autres

Q IV-10 Ces interdits ont-ils un rapport avec votre statut ? Oui Non

Nb : les questions ont été revues après les résultats du pré-test

Annexe 2: Fiche de consentement de l'enquêtée.

CERTIFICAT DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je

soussignée....., donne mon accord pour participer à l'étude sur les croyances, connaissances et pratiques des mères séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 24 mois, en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire dans le district sanitaire d'Abobo-Est (Abidjan, Côte d'Ivoire) par Dr Simidélé Basilia AKOBI.

J'ai reçu les informations suivantes concernant cette enquête :

- Le but de cette étude est de connaître ce que savent les femmes séropositives ayant des enfants âgés de 6 à 24 mois sur les questions d'allaitement et de diversification alimentaire ;
- L'étude est basée sur des entretiens ;
- J'ai le droit de ne pas répondre aux questions posées et de refuser l'enregistrement de l'entretien ;
- Mon nom ne sera pas affiché et aucun élément permettant de me reconnaître ne sera dévoilé ;
- Les résultats de cette étude ne seront pas utilisés à d'autres fins que la recherche elle-même ;
- Le chercheur qui mène cette enquête est tenu au respect du secret professionnel ;
- Cette enquête est indépendante des soins médicaux que mon enfant et moi recevons (ou recevrons) et des projets de recherche auxquels j'ai pu participer jusqu'à présent ;
- L'enquête ne comprend aucun acte médical (pas de consultation, pas de traitement, pas de prélèvement de tissus ou de sang, ni de soins) ;
- Si j'estime que cette enquête pourrait me porter préjudice, il m'est possible d'en informer le comité d'éthique du Ministère de la Santé.

J'ai lu (ou si cela n'a pas été possible, j'ai été informée de) toutes les informations écrites dans ce document. J'étais libre de poser n'importe quelle question.

Je suis libre de reconsidérer mon consentement à tout moment. J'aurai accès, si je le souhaite, aux résultats de cette recherche.

Nb : Dans le cas où la femme est mineure, l'accord peut être donné par un représentant légalement autorisé (c'est-à-dire l'un des parents, par exemple)

Date :

Nom :

Signature :

Annexe 3: Autorisation d'enquête.

08293

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
DIRECTION RÉGIONALE D'ABIDJAN I
DISTRICT SANITAIRE ABOBO-EST
N° 370 /2021/MSHP/DRA1/DSAE/KEC

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

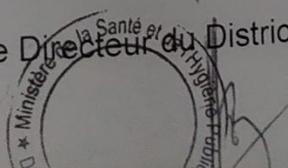
Abidjan, le **23** AVR 2021

Voir sœur Naïve Denise.

AUTORISATION D'ENQUÊTE

Je soussigné **Dr KANGA Charles Valery**, Directeur du District Sanitaire Abobo-Est autorise Mademoiselle **AKOBI Simidélé Basilia**, étudiante en Master de Nutrition Internationale à l'Université Senghor d'Alexandre (Egypte) à effectuer une enquête relative à l'évaluation des croyances, connaissances et pratiques des mères séropositifs en matière d'allaitement maternel et de diversification alimentaire des enfants de 06 à 24 mois d'une durée de ^{17 mai} (45) jours allant du **26 avril 2021** au **09 juin 2021** dans les structures du district sanitaire Abobo-Est.

Le Directeur du District Sanitaire



Annexe 4: Demande d'autorisation d'enquête.

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION



18 BP 976 Abidjan 18 – Tél. : 20 24 23 88 Fax : 20 24 23 87

N° 1170 /MSHP/DGS PNN/bbo Abidjan, le 30 MARS 2021

A

COURRIER ARRIVEE
S/N° : 99 23 AVR. 2021

Monsieur le Directeur Départemental
du district d'Abobo-Est.

Objet : Demande d'accès aux structures
sanitaires du District d'Abobo-Est

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de l'élaboration de son rapport de stage et son mémoire de fin de cycle, **Mademoiselle AKOBI Simidélé Basilia** étudiante en Master de Nutrition Internationale à l'Université Senghor d'Alexandrie (Egypte) effectue un stage au Programme National de Nutrition (PNN) depuis le 1^{er} Mars 2021.

En effet, la thématique de son mémoire d'étude relative à la recherche de facteurs associés à la malnutrition dans le district d'Abobo-Est nécessite pour sa bonne conduite des enquêtes auprès des femmes qui fréquentent les structures sanitaires du district d'Abobo-Est.

A cet égard, je viens par la présente solliciter son accès dans ces structures sanitaires.

Assuré de votre franche collaboration, agréez Monsieur le Directeur District d'Abobo-Est, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le Directeur Coordonnateur

