

Université d'Etat d'Haïti



**UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI
INSTITUT D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES AFRICAINES D'HAÏTI (IERAH
/ISERSS)**

Patrimoine alimentaire

Sujet de recherche

Les pratiques d'allaitement et d'alimentation du jeune enfant à Lalouère
(4e section communale de Saint-Marc)

Mémoire

Nadège JEAN

**Département des Études Post Graduées
Master en Histoire, Mémoire et Patrimoine**

Port-au-Prince, Haïti

Nadège JEAN, 2016

RÉSUMÉ

Notre sujet de recherche porte sur l'étude des pratiques d'allaitement et d'alimentation du jeune enfant à Lalouère (4e section communale de Saint-Marc), réalisée dans le cadre du projet AKOSAA (Amelyorasyon Kapasite pou Ogmante Sekirite Alimantè an Ayiti).

Les objectifs de la recherche étaient de :

- recenser quinze (15) jeunes enfants âgés de 0 à 5 ans;
- décrire les caractéristiques des jeunes enfants (âge, sexe, lieu de résidence)
- se renseigner sur la situation alimentaire (les aliments consommés en fonction de l'âge), nature et quantités des aliments, puis la période de la journée de la prise d'aliments;
- suivre l'évolution des alimentations et analyser les facteurs susceptibles d'expliquer cette évolution;

L'étude a été réalisée auprès de 15 ménages de la région de Lalouère ayant des enfants de moins de cinq ans. Nous n'avons pas eu de critères d'exclusion. La collecte de données a été effectuée par nous autres (moi et un guide qui a été aussi mon chauffeur) du mois de novembre 2015 au mois de mars 2016. L'instrument d'enquête comportait une quinzaine de questions.

Parmi les quinze parents questionnés, 14 mères ont commencé l'allaitement dans les 24 premières heures suivant l'accouchement et une seule l'a entamé après trois jours. Pour celles qui ont commencé environ 8 à 12h plus tard, la raison est qu'elle devrait attendre le « bain de vapeur¹ ». On constate aussi une diminution graduelle de la prévalence de l'allaitement maternel dans le temps ; la majorité des mères (9 sur 15) ont priorisé l'allaitement au sein exclusif quelques jours seulement, trois (3) pendant trois mois et trois (3) ont allaité exclusivement jusqu'à six mois. De très tôt, l'enfant a eu un régime mixte. Le fait de donner d'autres aliments ne signifie pas pour autant que les enfants étaient sevrés.

Les résultats obtenus au regard de la perception des parents quant aux habitudes d'alimentation du jeune enfant indiquent le besoin de renforcer les informations et le soutien aux parents. On constate aussi un changement précoce au cours des trois premiers mois où la bouille de farine mixte

¹ Les explications sont fournies à la page 51.

est l'aliment le plus répandu et les raisons évoquées sont l'argent, le milieu et le temps. Enfin, les résultats montrent qu'il reste beaucoup à faire pour que les habitudes alimentaires qui sont néfastes pour la santé de l'enfant changent. Une promotion sur l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois est donc très importante.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent particulièrement à nos encadreurs, les professeurs Oubrant DAMUS et Laurier TURGEON.

Nos remerciements vont également aux personnels du projet AKOSAA plus précisément Marie Sulphyse POLYNICE qui nous a proposé une liste de participants, David DANIEL notre premier guide durant notre pré terrain et Vladimir MERONE notre guide durant toute l'enquête.

Nous n'aurions pas pu réaliser ce travail si ces personnes n'étaient pas présentes dans notre vie : notre mari David AUGUSTIN, notre mère Dieudicile A. LOUIS. Ils m'ont permis de terminer cette étude, car ils ont pu prendre la responsabilité de mes fils Nadjison Sébastien et Nael Dhanesh durant ces longs mois d'absences.

Nos remerciements s'adressent à Malou Goadson JOSEPH, Obed CAZEAU, Gladimy SIMPLICE et Eddy DIEUJUSTE

Nous tenons également à remercier le Professeur Patrice Dion, directeur du projet AKOSAA, ainsi que la coordination du programme HMP et AKOSAA pour leur aide précieuse à la réalisation de l'ensemble des étapes de cette étude.

Enfin, nous remercions très chaleureusement toutes les personnes, spécialement les parents, rencontrées tout au long de cette étude. Nous leur remercions pour leur disponibilité et la très grande sincérité avec laquelle elles ont clairement exprimé leurs points de vue sur l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson.

LISTE DES SIGLES

AKOSAA : Amelyorasyon Kapasite pou Ogmante Sekirite Alimantè an Ayiti

ASEC : Assemblées des Sections Communales

CASEC : Conseil d'Administrations des Sections Communales

EPT : Éducation pour tous

MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

NCHS : National Center for Health Statistics²

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAM : Programme Alimentaire Mondial.

SMART : spécifique, mesurable, assignable, réaliste, temporel. Les cinq notions qu'il faut constamment garder à l'esprit lors de la fixation d'objectifs afin d'en valider la pertinence. L'acronyme SMART signifie « intelligent en anglais »³.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour le soutien à l'Enfance (United Nations Infany and Childhood)

²Divisions des agences fédérales américaines du Centres pour le contrôle et la prévention des maladies

³STEFFENS Guillaume, Les critères SMART pour un objectif sur mesure !: La méthode intelligente du manager, No 25, consulté en ligne le 04 juillet 2016.

Tables des Matières

RESUME	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES SIGLES	5
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I	16
Définition des concepts	16
1.1-Sociologie de l'alimentation du jeune enfant	17
1.2- Les pratiques alimentaires	19
1.3- Les habitudes alimentaires	19
1.4- L'allaitement : de la naissance au biberon	20
1.5- Allaitement	24
1.6- Allaitement prédominant	25
1.7- Malnutrition.....	25
1.8- Nouveau-né	26
1.8.1 Du nouveau-né à 1 mois	26
1.9- Jeune enfant.....	27
CHAPITRE II	28
Méthodologie	28
2.1- Méthode d'échantillonnage: « Plan à plusieurs régions».....	29
Nombre de localités sélectionnées par région.....	34
Tableau I: Fiche de quotas	34
2.2- Les méthodes de recherche retenues	35
2.2.1- L'analyse documentaire.....	35
2.2.2- L'entretien.....	36
2.2.2.1- Guide d'entretien	36
2.3- L'observation directe	39
2.4- Définitions des variables	39
2.5- La formation à la collecte des données.....	40
2.6- Les outils de collecte	41
2.7- Déroulement de l'enquête	42
2.7.1- Collecte de données.....	43
2.7.2 L'âge	43

2.7.3 Consommation alimentaire de l'enfant et du ménage	43
2.7.4 Précautions dans l'exécution de l'enquête	43
2.8-Les observations et échéances	45
CHAPITRE III	48
Présentation des données	48
3.1-Caractéristiques sociodémographiques des enfants et du ménage.....	49
3.2-Alimentation des enfants âgés de 0-6 mois	56
3.3-Alimentation des enfants de 7 à 12 mois	60
3.4- Alimentation des 13-24 mois	68
3.5-Alimentation des enfants de 25 mois et plus	73
CHAPITRE IV.....	77
ANALYSE DES DONNEES	77
4.1- Les styles alimentaires.....	79
4.2-Les habitudes alimentaires à Lalouère	81
4.2.1- Temporalité.....	81
4.2.2- Composition alimentaire.....	83
4.2.3-Forme de consommation, spatialité et stratégies d'approvisionnement.....	84
4.3- Facteurs influençant les pratiques alimentaires des habitants de la 4 ^e section de Saint Marc	85
4.3.1- Changements et persistances dans les habitudes alimentaires.....	86
4.3.2- Catégories de facteurs qui influencent l'alimentation.....	87
4.3.3- Autres facteurs: La localité d'origine, le niveau d'éducation.....	91
4.4- La conception de l'alimentation des participants de la 4 ^e section et le lien qu'ils font avec la santé	92
4.4.1. Connaissance en nutrition	92
4.4.2. Perception d'un régime sain	92
4.4.3. La conception du poids et du bien-être	93
4.4.4. Caractéristiques des habitudes alimentaires et de la nourriture	93
4.4.5. Observation	94
4.5- Discussion et interprétation des résultats.....	94
Conclusion.....	96
Bibliographie	101
Annexe	105

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les relations entre notre santé et notre alimentation sont au coeur des préoccupations, tant des pays du Nord que des pays du Sud. Parler d'alimentation revient à tenir compte des mutations sociétales et des tendances du marché qui entraînent de nouvelles exigences en matière de nutrition et de sécurité alimentaire. D'une part, le fait culturel et les traditions continuent d'exercer une influence déterminante sur la consommation. D'autre part, les pratiques alimentaires subissent des mutations provoquées par la conjoncture économique et sociale et les changements de modes de vie. En prenant en compte le temps consacré aux repas, on peut remarquer une sorte de désengagement de la famille qui ne prend plus le temps de préparer et consommer les repas car chacun a ses occupations professionnelles et sociales. Le repas, élément fort pour la santé physique et sociale, devient alors secondaire (ce qui entraîne l'obésité chez les enfants qui, laissés à eux-mêmes, grignotent toute la journée). En plus d'être source de santé, on se nourrit aussi pour le plaisir de goûter, sentir, regarder, partager en toute convivialité : c'est le rôle social du repas.

Ce lien entre pratiques culturelles et alimentation doit être suivi et analysé à fond afin de protéger les individus contre toute dérive pouvant nuire à leur bien-être. C'est dans ce contexte que l'Institut de Recherche pour le Développement, le Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques, pour ne citer que ceux-là, travaillent depuis 1994 dans le domaine de la nutrition en vue de contribuer à la réduction durable de la malnutrition infantile dans plusieurs régions du monde, dont la Caraïbe. De plus, la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été adoptée par tous les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002 afin de promouvoir, protéger et soutenir les aliments adéquats aux jeunes enfants particulièrement l'allaitement maternel. Malgré tout, l'alimentation des enfants reste un débat permanent. En 2013, à l'échelle mondiale, on estime que 161,5 millions d'enfants de moins de 5 ans avaient un retard de croissance en 2013 et que 50,8 millions avaient un faible poids par rapport à leur taille. Ceci est essentiellement dû à une mauvaise alimentation et à des infections à répétition. Tout aussi important est le problème de l'obésité car 41,7 millions d'enfants présentent une surcharge pondérale. Les victimes sont les pauvres aussi bien dans le nord que dans le sud⁴.

⁴Organisation Mondiale de la Santé, *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Aide-mémoire N°342, Juillet 2015.

Environ 10,9 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année dans le monde, dont à peu près 35% d'entre eux avant la première année de vie. Parmi ces décès, 60% sont dus à la malnutrition et sont évitables, car le plus souvent ils sont associés à des pratiques d'alimentation inappropriée. De plus, 54% de décès chez les enfants nés de mères séropositives sont également associés à la malnutrition, parce qu'ils sont plus mal nourris, avec un plus grand taux de faible poids à la naissance et de retard de croissance⁵.

Le problème de l'alimentation des enfants est un phénomène qui mérite une prise en charge par tous car pour avoir une chance de vivre mieux et plus longtemps, il faut être bien alimenté dès le plus jeune âge. Sur la question de la diversification alimentaire, chacun a son avis mais personne n'est bien d'accord sauf pour dire que c'est important de mettre toutes les chances de son côté pour bien manger afin de vivre beaucoup plus longtemps. En effet, de nombreux travaux de recherche ont montré qu'une mauvaise alimentation peut occasionner un retard de croissance chez le jeune enfant avec de nombreuses conséquences néfastes (la malnutrition, la morbidité et la mortalité) et peut aussi avoir des conséquences graves à court ou à long terme sur sa vie (World Health Organization, cité par Olivier Bruyeron, 1998:13). De plus, après l'âge de 24 mois, presque tous les dommages causés par la malnutrition sur le développement des enfants deviennent irréversibles.

Face aux problèmes d'insécurité alimentaire et de malnutrition, la Banque mondiale travaille en partenariat avec le Gouvernement haïtien, des organisations partenaires et des ONG depuis 2008 pour maximiser les investissements dans la sécurité alimentaire. Une série d'ateliers régionaux et de conférences internationales sur la nutrition a été organisée ces dernières années. Après le séisme, une évaluation, ainsi qu'un Plan d'action pour le relèvement et le développement national d'Haïti ont été élaborés en 2010, offrant une vision et une série de mesures visant à reconstruire le pays au cours des 18 prochains mois. Pour avoir une réponse immédiate, la Banque mondiale a mis :

- 3 millions de dollars à la disposition du pays par le truchement du PAM pour l'alimentation complémentaire des enfants de 6 à 23 mois.

⁵ MSPP, *normes nationales relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sains et ceux nés de mères séropositives*, octobre 2008.

- 1 million de dollars à disposition à travers l'OPS/OMS pour soutenir les services de santé de base et de nutrition pour les femmes enceintes et les jeunes enfants
- fourniture d'aliments à 70 000 écoliers dans le cadre du projet d'Éducation pour tous (EPT)

Le Gouvernement haïtien par le biais du Ministère de la Santé Publique et de la Population a élaboré un Plan-Stratégique-Nutrition-2013-2018 ayant pour objectif d'appuyer la politique nationale de nutrition vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont cinq (5) des 8 OMD sont liés à la nutrition.

Malgré cette volonté politique, force est de reconnaître que les problèmes liés à l'alimentation sont actuellement parmi les plus grandes difficultés auxquelles est confronté le pays. Un régime alimentaire pauvre, l'accès limité aux soins de santé, l'insalubrité et des méthodes inappropriées de prise en charge de jeunes enfants contribuent à des taux alarmants de mauvaise alimentation en Haïti. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a montré l'existence d'un déficit alimentaire chez les enfants haïtiens. En effet, les données nutritionnelles de l'enquête SMART⁶ Février 2012 montrent que la prévalence de la malnutrition chronique est de 23.4 % avec les départements du Nord-est (32.9 %), la Grande-Anse (27.6 %) et le Nord (27 %) ; tandis que la malnutrition chronique sévère est de 7.1 %. Selon l'enquête nutritionnelle départementale de décembre 2008 à mars 2009, le taux de malnutrition chronique varie de 18% à 32 %⁷. Les données de l'enquête SMART Février 2012 révèlent que la prévalence de la malnutrition chronique globale au niveau national est de 23.4 %. De plus, 37 % des enfants âgés de 18 à 23 mois présentent un retard de croissance.⁸ Mohamed Ag Agoya⁹ (2014 : 2) explique ce déficit par le fait que « seulement 17% des ménages utilisent le sel adéquatement iodé, la déforestation importante et la réduction de la consommation des poissons de mer, notamment par

⁶ Ministère de la Santé Publique et de la Population, rapport de l'enquête Nutritionnelle nationale Avec la méthodologie smart, mars 2012.

⁷ Ministère de la Santé Publique et de la Poulation (UCPNANu), *La nutrition au coeur du développement durable en Haïti, Plan Stratégique de Nutrition 2013-2018*, Fév 2013, p. 2.

⁸ Idem p. 3.

⁹ Mohamed Ag Ayoya, M.D., Ph. D. est titulaire d'un doctorat d'État en médecine obtenu à Bamako, au Mali, et d'un doctorat ès sciences (Ph. D.) en nutrition obtenu à l'Université Cornell, aux États-Unis. D'octobre 2010 à juin 2013, le docteur Ayoya a été le chef du programme Nutrition puis du programme Survie et développement du jeune enfant de l'UNICEF en Haïti. Il a aussi occupé le poste de représentant adjoint en Haïti, d'avril 2011 à janvier 2012.

les couches les plus pauvres ». Il est essentiel de continuer à sensibiliser les mères, leur entourage et les personnels de santé, sur l'importance de nourrir exclusivement leur bébé au sein, dès la première heure suivant leur naissance et jusqu'à leurs six mois. Puis de continuer ensuite à les allaiter jusqu'à leurs deux ans au moins, tout en leur donnant des aliments de compléments appropriés pour satisfaire leurs besoins alimentaires et leur assurer la meilleure croissance possible.

En Haïti, l'allaitement est une pratique généralisée, d'après l'EMMUS V (2012), 97 % des bébés sont allaités. Mais toujours selon ce rapport, seulement 47 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois dans l'heure qui a suivi leur naissance, et 81 % au cours des 24 heures qui ont suivi leur naissance. De plus, la pratique de l'allaitement exclusif reste encore insuffisante avec seulement 40 % des bébés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein (EMMUS V). Il est fréquent que le nourrisson reçoive un autre aliment que du lait maternel, en particulier chez les familles aux revenus faibles ou modestes. Ces aliments de complément sont très fréquemment dépourvus de valeurs nutritives. En outre, l'introduction d'aliments de complément à un âge précoce expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies infectieuses, notamment la diarrhée.

Déjà difficiles avant le séisme du 12 janvier 2010, les conditions de vie en Haïti se sont largement détériorées depuis. Le manque d'accès à la nourriture, au logement, à l'eau potable et aux services de santé augmente les risques de malnutrition pour un nombre accru d'enfants. Il est désormais nécessaire non seulement de reconstruire ce qui a été détruit, mais aussi de résoudre les problèmes qui existaient déjà auparavant, et de renforcer la capacité du pays à accroître le capital humain de ses enfants.

Saint-Marc, commune du département de l'Artibonite, n'échappe pas à cette situation. Selon une enquête réalisée dans le cadre du projet Amelyorasyon Kapasite pou Ogmante Sekirite Alimantè an Ayiti (AKOSAA) au niveau de la 4^e section de Saint-Marc, l'alimentation mixte est la plus couramment utilisée pour les bébés (Projet AKOSAA, 2014 : 33). En effet, dès la première semaine, des bouillies de farine ou de galettes de biscuits trempées dans du lait artificiel sont offertes comme nourriture. Au cours du 4^e mois, les purées de légumes ou de légumineuses sont introduites. Ce type d'alimentation montre une situation de changement alimentaire qui peut avoir

un impact dramatique et irréversible sur les enfants. Pour l'AKOSAA, il existe un lien étroit entre la façon dont les nourrissons sont alimentés et la prévalence des cas de malnutrition aiguë avant six mois de vie. En effet, l'alimentation mixte avant six mois rend l'enfant vulnérable aux infections et le prédispose à la malnutrition. L'alimentation des grands enfants est aussi responsable de beaucoup de cas de malnutritions protéino-énergétique dans la section, car les meilleurs morceaux de viande et une plus grande part de nourriture sont offerts au père, sans compter le fait que les horaires des repas ne sont pas respectés. Ce comportement est à la base de beaucoup de carences nutritionnelles chez les enfants. De plus, après l'accouchement plusieurs aliments sont enlevés de l'alimentation de la maman, ce qui provoque une malnutrition pour les bébés allaités, car leur alimentation dépend en grande partie de celle de la mère. Si la maman est mal nourrie, ce sera le cas de l'enfant (Projet AKOSAA, 2014 : 45-46).

Compte tenu de l'importance accordée au concept enfant dans la Convention sur la protection des enfants dans la résolution 44/25 du 20 novembre 1989 des Nations Unies et le rôle de la nutrition dans le domaine de la santé, nous avons jugé bon de traiter « les pratiques d'allaitement et d'alimentation du jeune enfant dans la commune de Saint-Marc ».

Les pratiques alimentaires adéquates font référence non seulement à la qualité et à la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction. Elles jouent un rôle important dans leur croissance et sur leur santé tant aujourd'hui que demain. Des travaux, bien que peu nombreux (UNICEF, MSPP.), semblent indiquer qu'un trop fort contrôle exercé sur les choix alimentaires participe à la dérégulation de la capacité d'ajustement calorique et que des pratiques éducatives associant la prescription des règles et l'ajustement aux demandes des enfants favorisent l'émergence de comportements alimentaires adaptés. Bien que ces travaux traitent de l'importance d'une alimentation saine pour les enfants, ils ne portent pas sur la consommation des ménages en milieu rural mais plutôt sur de très grands échantillons au niveau départemental ou national. En Haïti, il est très difficile et même impossible de trouver des données sur les pratiques alimentaires de la population urbaine, précisément sur la ville des Gonaïves et Saint-Marc, les deux plus grandes villes du département de l'Artibonite. Que dire d'une section communale ? Et chacun sait que les pratiques sont différentes d'une région à une autre dans un même département. Dans l'Artibonite, par exemple, « Le riz, purées de haricots, Lalo » sont les plats préférés des

Artibonitiens(nes). Le petit mil est le mets favori des Gros-Mornais¹⁰ tandis qu'à Saint-Marc on a tendance à le donner aux coqs et aux poules. L'arbre à pain (lam veritab) est très consommé à Saint-Marc, ce qui n'est pas le cas aux Gonaïves. Les perceptions alimentaires sont différentes mais il n'existe aucune donnée, aucun ouvrage décrivant les traditions alimentaires dans les zones reculées de l'Artibonite.

Le but de ce travail est d'essayer de relever, d'analyser et d'évaluer les modes d'alimentation des jeunes enfants depuis la naissance. L'étude vise aussi à combler ce manque de données dans la commune et à servir d'orientation pour des actions futures dans le domaine de l'alimentation. Elle apporte ainsi des réponses aux questions suivantes : quels sont les facteurs qui influencent l'état alimentaire des enfants ? Les besoins alimentaires des enfants sont-ils couverts par leurs apports en nutriments ?

Ce sujet ne pourrait être traité sans soulever des réactions chez les personnes directement concernées (parents, dirigeants politiques, associations et organisations œuvrant dans le domaine de la santé et de l'alimentation...). Les acteurs concernés peuvent ainsi aboutir à des compromis tendant à remédier aux problèmes de malnutrition. Néanmoins, ce travail présente des restrictions parce que l'étude est limitée aux jeunes enfants de 0 à 5ans dans la 4^e section de la commune.

Objectifs de l'étude

Il s'agit de comparer les pratiques alimentaires des enfants de 0 à 5 ans de la quatrième section de Lalouère. La conduite d'une recherche qualitative devait permettre de décrire d'autres aspects des pratiques alimentaires. Les résultats de cette étude pourraient être utilisés pour faire des recommandations sur l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson, dans le but d'améliorer les programmes en cours au pays qui sont et du même coup la survie de l'enfant. Ces programmes, généralement exercés en partenariat avec le MSPP et des organismes internationaux tels que l'UNICEF, l'OMS,...visent surtout à diminuer les décès infantiles. Lors de cette étude, on va:

¹⁰ Habitants de Gros Morne, Commune du département de l'Artibonite. Ils se nourrissent généralement de petit-mil cuisiné avec de l'haricot « congo ». A Saint- Marc ou aux Gonaïves, c'est l'haricot noir, blanc, miami, beurre qui est le préféré. Pour eux, l'haricot noir combat l'anémie. Les médecins prescrivent le petit- mil pour les personnes en manque de fer.

- recenser quinze (15) jeunes enfants âgés de 0 à 5 ans dans la section;
- décrire les caractéristiques des jeunes enfants (âge, sexe, lieu de résidence, poids, taille)
- se renseigner sur la situation alimentaire (les aliments consommés en fonction de l'âge), nature et quantités des aliments, puis la période de la journée de la prise d'aliments;
- suivre l'évolution des alimentations et analyser les facteurs susceptibles d'expliquer cette évolution;

En plus de la partie introductive comprenant le contexte de l'étude, l'intérêt du sujet, la problématique et la division du travail, notre travail comprend quatre chapitres:

Le premier chapitre, appelé considérations théoriques, fait une analyse conceptuelle et théorique, c'est-à-dire une clarification descriptive des mots clefs en rapport avec le sujet et concernant le sujet.

Le deuxième chapitre traite de l'approche méthodologique du sujet tout en présentant le milieu d'étude, les méthodes et matériels que nous utilisons pour la collecte des données ainsi que les démarches que nous entreprenons auprès des personnes et institutions ciblées dans notre recherche.

Le troisième chapitre présente les données collectées de l'enquête.

Le quatrième chapitre analyse et interprète les résultats. Enfin, une conclusion présente une synthèse des principaux constats de l'étude, assortie de suggestions et de recommandations.

CHAPITRE I

DÉFINITION DES CONCEPTS

Tous les jours, nous employons le terme « alimentation » mais est-ce que nous maîtrisons cette notion pour autant ? Dans certains dictionnaires, l'alimentation est définie comme étant « l'action de s'alimenter »¹¹. Manger est un geste fondamental pour l'être humain: sa vie et sa survie en dépendent... L'homme mange des aliments qui contiennent un grand nombre de substances qui s'appellent les nutriments : protéines, lipides, glucides, calcium etc. Certains nutriments apportent l'énergie qui nous permet de fonctionner, d'autres sont non-énergétiques mais indispensables à notre développement (sels minéraux, vitamines, oligoéléments)¹². Il ne faut pas se nourrir pour ne pas avoir faim mais la nourriture que nous prenons doit en grande partie permettre une croissance harmonieuse. Autrefois, l'individu ne faisait confiance qu'à lui-même

¹¹ Le Petit Robert, 2007

¹²VASSEUR Leon-V, *Les industries de l'alimentation*, Paris, Presses Universitaires de France, France, 1966, 19- 25 p.

pour préparer ses aliments. L'autoconsommation de produits frais et bruts était la règle. Bousculé par le rythme de vie actuelle, il délègue une grande partie de ses pouvoirs à l'industrie. Ainsi, l'alimentation a une fonction noble, c'est la nutrition :

« La nutrition est une science qui étudie les liens entre l'alimentation et la santé. Dans le cadre médical, la nutrition correspond au processus de transformation des aliments en nutriments. Ce sont eux qui permettent à un organisme vivant de fonctionner normalement »¹³.

A travers cette définition, on constate que chaque individu, chaque enfant, chaque nourrisson a des besoins personnels. En fait, les besoins propres d'un enfant sont ceux qui sont couverts par une alimentation permettant une croissance régulière et harmonieuse. De plus, ces besoins varient avec le temps, la rapidité ou le ralentissement de la croissance, les maladies, le climat, etc¹⁴. Dans notre étude, plusieurs formes d'alimentation nous intéressent, notamment l'allaitement et les aliments de compléments donnés aux jeunes enfants.

1.1-Sociologie de l'alimentation du jeune enfant.

Dans le cadre de notre étude, parler de pratiques alimentaires revient à tenir compte des aliments utilisés pour la consommation des petits dépendamment de leur âge et du choix des parents. Comme nous l'avons mentionné au départ, l'alimentation dépend de plusieurs facteurs. Allaiter un enfant n'est pas un choix individuel, ce n'est pas uniquement une relation mère-enfant. C'est aussi un sujet politique, juridique, sociologique et économique. Il est sociologique car les mœurs, traditions évoluent avec la société, et par conséquent les mentalités, aussi surtout avec la mondialisation. De manière générale, Vasseur Leon-V (1966) fait référence à l'alimentation comme étant un ensemble complexe car chaque époque a déposé dans l'alimentation ses traces, chaque civilisation à ses traditions, et les traditions culinaires sont parmi les plus solides qui soient. Pour lui, comme les ancêtres de la préhistoire, nous usons des produits de la cueillette et de la chasse (champignons, fraises des bois, lièvres, etc.) ; nous utilisons largement les produits familiaux (farine de manioc faite, confitures à la maison), mais nous avons aussi de plus en plus recours à l'alimentation industrielle. Les études montrent que les taux et les durées d'allaitement

¹³<http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/20873-nutrition-definition>, consulté en ligne le 30 juin 2016.

¹⁴ GALLET Jean-Paul, *La petite enfance : De la naissance à 4 ans*, Paris, Seuil, 1996

varient selon l'âge, le niveau d'éducation, la catégorie socio-professionnelle. On a recueilli, par exemple, les témoignages de femmes de section communale, qui parlent toutes de ce «lait troublé» en cas d'émotion forte (« Il ne faudrait pas être troublée quand on allaite un enfant, il ne faudrait pas être trop sensible. Vous savez, si on a une peur, une peine ou une colère, ou quelque chose qui vous tracasse, si vous donnez le sein à ce moment-là, l'enfant l'attrape ! »). Pour elles, la frayeur, la colère, le chagrin peuvent supprimer la sécrétion lactée ou même la modifier et la rendre délétère.

Requier-Desjardins dans son ouvrage *L'alimentation en Afrique* précise que l'on mange ce que l'on peut produire (1989). Chiva (1996) abonde dans le même sens en soutenant que les habitudes alimentaires s'élaborent en fonction de la structure sociale et culturelle d'un groupe. Dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, sous-développés par exemple, les coutumes et les traditions ancestrales sont encore vivaces, notamment en milieu rural. Elles participent dans une très large mesure à la culture des personnes qui s'occupent du nourrisson et de celles constituant l'ensemble de la communauté d'appartenance. Les pratiques alimentaires et sanitaires du nourrisson n'échappent pas à cette emprise culturelle des sociétés rurales, elles concourent ainsi à influencer le statut nutritionnel de nourrisson. Cette emprise culturelle semble s'atténuer dans les sociétés urbaines.

A l'heure actuelle, alors que les nombreuses recherches scientifiques confirment chaque jour la supériorité du lait de femme sur les produits de formules lactées, dans plusieurs régions les recommandations ne sont pas respectées : ce ne sont que 33% des femmes au Québec contre 29 % aux Etats-Unis, 19 % au Canada¹⁵ qui prennent la décision d'allaiter exclusivement leur enfant pendant la période recommandée de six mois (de 24 à moins de 28 semaines) ou plus. Dans les pays scandinaves, les pourcentages sont beaucoup plus élevés car on trouve la Norvège¹⁶ avec un taux de 80 % et en Suède à 73%. Selon certaines études, le niveau culturel de la mère, l'influence de personnel médical, les pressions sociales, celle du père influencent le choix de la mère

¹⁵ Source: Sante Canada

Sources de données statistiques: Statistique Canada, enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2007-2008, consultée en ligne le 16 Mai 2016.

¹⁶Micheline Beaudry et al, *Biologie de l'allaitement, Québec*, Presses de l'Université du Québec, 2007, p.537

1.2- Les pratiques alimentaires

Les pratiques alimentaires ont une structure spécifique, sont répétitives et se développent en fonction de la disponibilité des aliments, des traditions culturelles, ainsi que des décisions personnelles (Kronl et Lau, 1993).

Les pratiques alimentaires s'intéressent aux comportements alimentaires individuels et collectifs aussi bien qu'à l'acte de se nourrir, c'est-à-dire, à l'événement, à l'action et aux moyens techniques. Les pratiques alimentaires incluent à la fois, le code, le choix, la sociabilité et l'idéologie alimentaires, en plus des manières de table, des méthodes de préparation et de consommation des aliments, le nombre de repas par jour et le format des portions, intégrées dans un système culturel cohérent à l'intérieur duquel chaque coutume et pratique a un rôle à jouer. Elles sont respectées parce qu'elles sont efficaces et significatives pour une culture (Fieldhouse, 1986).

1.3- Les habitudes alimentaires

Bien que les notions de pratique et d'habitudes alimentaires soient souvent utilisées de manière indifférenciée par plusieurs auteurs, nous distinguons ces deux concepts par le fait que les habitudes alimentaires font référence au caractère acquis de manière répétitive des pratiques dans un processus dynamique à la fois stable et prévisible, tout en subissant des changements constants (Fieldhouse, 1986).

1.4- L'allaitement : de la naissance au Bibéron¹⁷

L'histoire de l'allaitement et de ses avatars au siècle dernier a peu intéressé les historiens puisqu'on ne retrouve pas beaucoup de textes sur ce sujet mais le peu qu'on a pu dénicher nous montre que faire l'histoire de l'allaitement c'est prendre en compte un fait culturel qui concerne l'ensemble de la société. L'allaitement, dans de nombreuses sociétés du passé a été idéalisé dans les écrits, les images, les peintures. En Occident à l'époque médiévale par exemple, la documentation iconographique sur l'allaitement met en scène des personnages ou des symboles sacrés ou

¹⁷ Les paragraphes que nous allons présenter sont un résumé du livre écrit par Didier Lett et Marie-France Morel, *Une histoire de l'allaitement*, Paris : Éditions de La Martinière, 2006, 159p.

mythiques. Au XXe siècle, les représentations se raréfient mais se penchent beaucoup plus vers la réalité (Lett 2006 : 12).

De la société médiévale à nos jours, plusieurs théories ont été formulées sur le lait. Plusieurs théoriciens pensent qu'il y a un lien entre le sang du placenta et le lait qui est produit après la naissance. Dans le livre des propriétés, Barthélemy, cité par Lett et Morel, écrit : « après que la femme a eu un enfant, si celui-ci n'a pas durant sa gestation, gâté tout le sang qui était dans la matrice, ce sang monte aux seins par les produits naturels et là, il se blanchit par leur office et devient du lait (Lett 2006 : 65). C'est un argument qui pousse les mères à allaiter leurs enfants. Dans le même ouvrage, Lett et Morel avancent d'autres arguments prônés par certains médecins interdisant la mise au sein après la naissance car, la mère ne peut pas en même temps fabriquer du sang et du lait. Pour eux, tant que la mère a des pertes sanguines, le lait est mauvais pour l'enfant. Ainsi, les docteurs d'alors conseillent d'attendre vingt jours pour la mise au sein. Pour suivre les conseils de leur médecin, les gens aisés font appel à des nourrices et les pauvres laissent le nouveau-né jeûner pendant trois jours. Pendant ces trois jours, plusieurs méthodes sont utilisées pour que le lait de la mère soit nutritif et que ses intestins soient purgés du méconium. Le colostrum aussi était considéré comme mauvais pour l'enfant.

Lett et Morel mentionnent aussi qu'autrefois les bébés étaient allaités à la demande. Il n'y avait pas d'horaires fixes pour les donner le sein mais en observant scientifiquement les mécanismes de la digestion du lait animal, les médecins ont inventé des horaires des tétées vers la fin du XIXe siècle (Lett 2006 : 75).

Aujourd'hui, les nourrices¹⁸ n'existent presque plus mais dans les sociétés anciennes leurs services étaient nécessaires pour plusieurs raisons :

- En attendant les vingt jours recommandés par les médecins.

¹⁸ La comédienne Denise Grey décrit les nourrices comme étant des femmes qui abandonnèrent leur propre nouveau-né pour aller nourrir, parfois même à l'étranger l'enfant de quelqu'un d'autre. Quittant leur misérable ferme et le rude travail des champs, elles profitaient d'un confort matériel inespéré et d'un traitement de faveur chez leur patron mais sans leur nouveau-né et en abandonnant leur famille pour mener une vie de recluse (Bernadette de Castelbajac 2001 : 7).

- En considérant le rôle social joué par les femmes aristocrates qui doivent avoir la poitrine non abîmée, tenir de vastes maisons, commander les employés, suivre son mari aux réceptions, bals et ambassades.

Dans l'ouvrage, les auteurs font remarquer qu'à cette époque, donner son fils en nourrice ne voulait pas dire qu'on ne se souciait pas de son bien-être, mais c'était une pratique sociale. Il était mal vu de ne pas envoyer son fils/fille à une nourrice, c'était une transgression des codes de bonne conduite et un signe de désintérêt pour la santé de l'enfant. De l'Antiquité jusqu'au XIXe siècle, les médecins énoncent la liste de qualités d'une bonne nourrice : avoir 25 -35 ans, être de bonnes mœurs, avoir de belles dents et une bonne haleine, être brune ou châtain non rousse, ne pas être trop bavarde (p.100). Ces critères, note-t-on, visent la bonne qualité du lait.

La fin du 19e siècle et le début du 20e voient la disparition progressive des nourrices (le dernier bureau de placement ne ferma qu'en 1936) et leur remplacement, progressif lui aussi, par des biberons plus sûrs donnés dans des lieux de garde plus proches des parents (à noter que les nourrices elles-mêmes donnaient elles aussi de plus en plus le biberon : à la veille de la guerre de 1914, on estime que seuls 7,5 % des enfants en nourrice étaient nourris au sein).

Ces deux phénomènes enlèvent aux défenseurs de l'allaitement maternel un certain nombre de leurs arguments. Les enfants étant de plus en plus gardés à la journée au lieu d'être envoyés à la campagne pour de longs mois, la critique des effets de la séparation parents/enfants se fait moins virulente.

A Saint-Marc, la majorité des enfants n'ont pas eu d'allaitement maternel exclusif pendant six mois. Il n'y a pas de données chiffrées à ce niveau dans la commune mais, pour beaucoup de mamans, c'est très difficile de respecter cette norme pour différentes raisons. Elles diffèrent dépendamment de la mère ou de la famille en question. Pour madan Dumas (mère de huit enfants âgés entre 33 et 24 ans), qui vient de Villard (section de marchand Dessalines), le sein ne suffit pas à nourrir mon enfant :

« Après l'accouchement, je dois me rendre dans au marché, dèyè legliz, pour vendre et parfois me rendre à la campagne pour cultiver mon champ. A part du lait, je cuisinais le « fin diri » ou le pain à mon enfant. Cela été les premiers repas du bébé. Je

sais que ce n'est plus pareil, car ma petite dernière a vingt-quatre (24) ans et j'ai six (6) petits enfants. »

De nos jours, la production végétale et l'élevage de bétail sont très faibles. Le lait industriel, la farine mixte qu'on trouve dans les supermarchés et les marchés publics sont les plus utilisés. En plus, de devoir s'occuper de leurs activités économiques qui sont un élément ne favorisant pas l'allaitement exclusif, les mamans tombent souvent enceintes après trois mois suite à leur accouchement. Dans les milieux ruraux et même au centre-ville, les familles sont très nombreuses. Il arrive qu'on rencontre généralement une femme qui a mis dix (10) à quatorze (14) enfants au monde. Ses enfants pour la plupart ont une différence d'âge de neuf à douze mois. Dès qu'on tombe enceinte, on ne peut plus donner le sein à l'enfant et c'est ce qui arrive souvent. L'enfant est donc sevré très tôt. De nos jours, il y a moins de naissances avec les formations reçues et le niveau d'instruction des filles qui sont plus élevés mais il n'y a pas vraiment de différences dans les pratiques alimentaires perpétuées d'une génération à l'autre. Des biberons ou des gobelets sont utilisés pour les repas liquides comme le lait, le jus tandis que de petites cuillères et assiettes sont employées pour les aliments semi-solides.

L'histoire raconte qu'il existe des biberons en terre cuite depuis le Moyen Âge. On les appelait des chevrettes. Au IXe siècle aussi, ils portaient le nom de corne ou cornette parce qu'ils étaient faits à partir de la corne d'un ovin ou d'un caprin. L'époque moderne a vu naître plusieurs formes de biberons. On invente et réinvente de nouvelles tétines qui imitent le mamelon pour que le bébé ne meure pas d'asphyxie en ingurgitant trop vite. L'industrialisation du début du XIXe siècle fut un moment fort dans l'amélioration des biberons. Mais en fait, comme on le verra, le biberon comme contenant et le lait industriel comme contenu jettent leur ombre sur l'allaitement tout au long de ce siècle. A la fois comme concurrents du sein et comme modèles sur lesquels on essaie à toute force de calquer l'allaitement au sein, avec les conséquences catastrophiques qu'on connaît.

L'amélioration des conditions de l'alimentation au biberon, quant à elle, fait baisser la mortalité infantile qu'engendraient des biberons contaminés et des laits frelatés. Or cette mortalité infantile effrayante (20 à 30 % de mortalité infantile en 1885, 52 % de mortalité chez les bébés parisiens envoyés en nourrice en 1870)¹⁹ avait été le principal argument des médecins et des politiques pour

¹⁹Idem p 116.

prôner l'allaitement maternel, et ce dans un but démographique avoué : si l'on ne pouvait faire naître plus de bébés, il fallait que ceux qui étaient nés ne meurent pas tout de suite, afin que la France ait assez de soldats pour la prochaine guerre contre la Prusse...

Le grand danger de l'alimentation au biberon venait de l'absence d'hygiène, d'une mauvaise conservation du lait, de l'utilisation de lait cru et souvent falsifié et de l'emploi de biberons en métal rouillé ou en verre avec un col étroit. Le pire était constitué par les biberons à tube et à soupape, très appréciés par les nourrices car permettant à l'enfant de se nourrir tout seul, mais vraiment mortels car impossibles à nettoyer. Dans les années 1840, la découverte du caoutchouc a permis de résoudre le problème des tétines (Lett et Morel p. 141). Le caoutchouc est ensuite détrôné par le plastique et les silicones. En 1880, les découvertes de Pasteur sur la formation des microbes a permis de définir des règles rigoureuses qui rendent l'allaitement au biberon beaucoup plus sûr.

A partir des années 1890, suite aux découvertes de Pasteur, on commence à se préoccuper non seulement de l'hygiène du contenant – le biberon – mais aussi de celle du contenu – le lait. Le contrôle du lait à l'étable (contrôles sanitaires vétérinaires, épreuve obligatoire à la tuberculine), la mise en vente de laits pasteurisés, l'éducation des mères à la stérilisation domestique, contribuent à fortement diminuer les dangers du biberon. On se préoccupe aussi de lutter contre les falsifications du lait. La plus courante consistait à ajouter de l'eau au lait, elle ne cessera qu'en 1902. Le lait était également écrémé et on lui ajoutait des substances destinées à lui rendre son opacité et sa couleur (au choix : des oignons torréfiés, du caramel, du safran, de l'extrait de chicorée, de l'eau de chaux, de la gomme adragante...) ou à retarder la fermentation (bicarbonate de soude, acide borique, acide salicylique et même acide formique...).

C'est à cette époque qu'apparaissent les Gouttes de lait (la première est créée à Fécamp, en 1894, par le Dr Dufour), qui fournissent aux mères un lait à la qualité vérifiée, « humanisé », stérilisé et réparti en autant de flacons que l'enfant devra prendre de repas.

Dans les décennies qui suivent, les recherches se multiplieront pour obtenir un lait industriel commode d'utilisation et censé se rapprocher le plus possible du lait maternel : procédé de Winter et Vigier, procédé de Gaertner, procédé de Backaus, laits acidifiés, travaux de Marriot, lait

concentré, lait desséché... les recherches continuent jusqu'à aujourd'hui (Lett et Morel p. 144-158).

1.5- Allaitement

L'allaitement est le mode d'alimentation du nouveau-né et du nourrisson dans lequel le lait joue un rôle exclusif ou principal. D'après plusieurs études, il existe plusieurs types d'allaitement : allaitement maternel, allaitement mixte, allaitement artificiel.

L'allaitement maternel est la méthode naturelle. Plusieurs organismes nationaux et internationaux reconnaissent la supériorité de l'allaitement maternel par rapport aux autres modes d'alimentation du nourrisson. Pour Luigi Grego et Paolo Ciccarelli (1994 : 107)²⁰ l'introduction de gluten avant la fin du 2^e mois de vie de l'enfant peut l'exposer à plusieurs maladies dont la maladie cœliaque²¹. Les organismes (OMS, UNICEF, MSPP...) recommandent un allaitement exclusif pour les six premiers mois de la vie du nourrisson et la poursuite d'allaitement jusqu'à un ou deux ans²². Des auteurs comme Luigi, Paolo, Gallet conseillent la diversification alimentaire à partir de quatre (4) mois. A partir de six mois, les institutions citées recommandent la pratique de l'allaitement mixte c'est-à-dire l'allaitement maternel et du lait artificiel qui peut être donné au biberon. Curieusement, malgré l'importance à la fois alimentaire et symbolique attachée à l'allaitement, pour beaucoup de parents le lait maternel ne suffit pas pour faire grandir le tout petit. Plusieurs études ont démontré que le démarrage précoce de l'allaitement maternel réduisait le risque de mortalité néonatale. Le colostrum, lait riche produit par la mère dans les premiers jours suivant l'accouchement, fournit les nutriments essentiels ainsi que les anticorps permettant de stimuler le système immunitaire du bébé, réduisant ainsi le risque de décès au cours de cette période. Le démarrage précoce de l'allaitement maternel permet non seulement de sauver des vies mais aussi de favoriser les contractions utérines, ce qui réduit le risque d'hémorragie utérine. Cette

²⁰Desjeux Jehan-François et Touhami Mahmoud, *Alimentation, Génétique et santé de l'enfant*, Paris, l'Harmattan, 1994.

²¹« La maladie cœliaque est une affection dans laquelle la surface d'absorption de l'intestin grêle est endommagée par une substance appelée gluten. Cette affection entraîne l'incapacité du corps à absorber les nutriments : protéines, gras, glucides, vitamines et minéraux, qui sont nécessaires à une bonne santé. Bien que les statistiques ne soient pas facilement accessibles, on estime qu'une personne sur 133 est atteinte de la maladie cœliaque au Canada. Une grande variété de symptômes peut se manifester. Les symptômes peuvent apparaître simultanément ou de façon individuelle chez les enfants et les adultes..... ». [Canadian Celiac Association, consulté en ligne le 12 Juin 2016].

²² Beaudry Micheline, *Biologie de l'allaitement*, Presses de l'Université du Québec, p.15-23.

pratique limite également le risque d'hypothermie, améliore les liens entre la mère et l'enfant et stimule la production de lait.

L'allaitement au sein exclusif pendant une période de six mois présente bien des avantages pour le nourrisson et la mère, et notamment l'avantage de protéger contre les infections gastro-intestinales. Vers l'âge de 6 mois, les apports énergétiques et nutritionnels du lait maternel ne couvrent plus les besoins en croissance du nourrisson d'où l'introduction d'aliments de complément²³.

1.6- Allaitement prédominant : Mode d'alimentation où le lait maternel, y compris le lait exprimé ou celui d'une nourrice, est la principale source de nourriture. Il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits de même que les médicaments et gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais exclut les préparations commerciales pour nourrissons (laits industriels), les autres laits animaux ou les liquides à base d'aliments (céréales, purées,...)²⁴.

1.7- Malnutrition : La malnutrition est un état pathologique résultant de l'insuffisance (voire de l'absence) d'un ou de plusieurs nutriments essentiels dans l'alimentation, ou, à l'inverse, d'un excès de certains types d'aliments. Il peut donc s'agir de maladies de carences, soit spécifiques (par exemple les troubles dus aux carences en iode, l'anémie par carence en fer) soit multiples (par exemple, le retard de croissance), ou de pathologies par excès (par exemple, l'obésité due à un excès d'apport énergétique).

La malnutrition correspond à une nutrition inadéquate qui est causée par une suralimentation, une sous-alimentation ou un déséquilibre alimentaire (Le Petit Larousse de la médecine, 2010). La sous-alimentation ou dénutrition est définie comme un manque de nutriments causé par une maladie ou un apport alimentaire inadéquat. La suralimentation se produit lorsque le corps reçoit plus de nutriments que ceux dont il a besoin. Les conséquences de la suralimentation comprennent le surpoids et l'obésité.

²³ C'est le mode d'alimentation où des aliments sont ajoutés à l'alimentation de l'enfant, en complément au lait maternel(ou à la préparation commerciale) et non pour le remplacer. On préfère parler d'aliments de complément plutôt que d'aliment de sevrage. (Baudry Michel et al, 2006 : XLI)

²⁴Définition inspiré de celle de l'OMS cité par Beaudry Michel et al dans l'ouvrage Biologie de l'allaitement page 25

Une dénutrition aggravée peut causer les maladies suivantes : le marasme, le kwashiorkor²⁵ et la forme mixte marasme-kwashiorkor (Latham, 2001).

1.8- Nouveau-né : Enfant depuis le jour de la naissance jusqu'à son 28^e jour de vie. Les nouveau-nés sont comme des touristes venus d'un pays étranger : ils ne parlent pas notre langue et ne comprennent pas ce qu'on leur dit. Mais ils apprennent vite, ils sont en éveil permanent. Des études ont montré que les bébés commencent à écouter la voix de leurs parents pendant la grossesse. Dès qu'ils sont nés, ils se règlent sur votre façon de parler et essaient de décrypter ce que vous dites. Ils utilisent également leur capacité d'observation pour apprendre des choses plus compliquées sur le monde physique et émotionnel comme l'amour, la confiance, le temps, et la relation de cause à effet. Au début, il ne connaîtra pas le sens des mots que vous prononcez, mais il détectera vos émotions (comme l'amour, l'inquiétude, l'anxiété et la colère).

1.8.1- Du nouveau-né à 1 mois

À chaque moment d'éveil, les bébés « digèrent » de nouvelles informations sur le monde dans lequel ils se trouvent. Ils utilisent leurs 5 sens pour deviner ce qu'il se passe autour d'eux. Ils n'ont pas autant d'informations que les adultes et que les enfants plus âgés pour pouvoir tout comprendre. Jour après jour, ils augmentent leur « stock » d'informations. De nombreux experts estiment que les bébés comprennent bien plus que ce que leurs parents pensent.

Les bébés s'accordent aux émotions des personnes qui les entourent comme par instinct de survie. Ils peuvent comprendre ce que vous ressentez et ce que vous pensez juste au son de votre voix, à la forme de votre bouche, au rythme de votre respiration, au toucher de votre peau et à la lueur de votre regard. Bébé créera sa version de la réalité en fonction de votre façon de lui répondre : il se

²⁵ « Le kwashiorkor désigne une forme de malnutrition qui touche les enfants ayant entre 6 mois et trois ans et qui se caractérise par un manque de protéines. Généralement, le kwashiorkor fait son apparition lorsque les enfants sont sevrés de façon brutale. Cette affection concerne environ 12 millions d'enfants, pour la plupart africains. Le kwashiorkor entraîne la mort de plus de la moitié d'entre eux, leur malnutrition favorisant les infections. D'un point de vue clinique, les enfants qui souffrent de kwashiorkor sont fatigués, anémiés et amaigris. Ils présentent un gonflement du ventre et des pieds, des troubles digestifs, la peau et les cheveux s'éclaircissent et de nombreux organes dysfonctionnent (rein, foie, côlon, cerveau) ». [Santé-Médecine (santé-médecine.commentcamarche.net) consulté en ligne le 12 juin 2016].

dira qu'il est digne d'intérêt parce que vous le prenez dans vos bras quand il pleure, que vous le regardez dans les yeux avec amour et que vous le nourrissez quand il a faim.

Sa compréhension du monde évolue en même temps que le reste : ses capacités motrices, sa mémoire, sa durée de concentration, son langage et ses facultés sociales.

Nourrisson : D'après le Petit Larousse 2010, le nourrisson est l'enfant dont l'âge se situe entre 29 jours et 2 ans.

1.9-Jeune enfant : La petite enfance désigne une étape du développement humain. On parle de petite enfance pour les enfants, de leur naissance à l'âge de 6 ans. En médecine ou pour certains organismes sociaux, la petite enfance ne représente qu'une partie de ces 6 années. La petite enfance est une période qui se distingue des autres puisqu'elle influence de nombreux facteurs comme l'économie, la démographie, la médecine, la politique et dans certains pays, le facteur humanitaire.

CHAPITRE II

LA MÉTHODOLOGIE

2.1- Méthode d'échantillonnage : « Plan à plusieurs régions »

Avant d'entamer l'enquête, nous avons tenu à mieux nous informer sur le milieu d'étude. Ainsi, à partir des documents présentant la zone qu'on a pu étudier, nous avons choisi d'utiliser le « plan AKOSAA » c'est-à-dire que la région est divisée en trois (3) zones agroécologiques afin que notre échantillon soit représentatif pour les 32 localités. Cette stratégie a donc été efficace. Nous avons eu :

- 1) Plateau sec (Bois l'Etat/ Grand Fond....)
- 2) Plaines irriguées (Barbe/ La Garenne.....)
- 3) Collines semi-humides (Gilbert...)



Photo1 : L'entrée de la ville de Saint-Marc²⁶

²⁶<http://www.zoomsurhaiti.com/tourism-watch/tourism-watch-details/attraction/zoom-sur-saint-marc/> consulté le 04 juillet 2016.



Photo2 : délimitation administrative de Saint- Marc, AKOSAA, Juillet 2016.

Lalouère, est la 4e section communale de la commune de Saint-Marc. D’après le ministère de l’intérieur et des collectivités territoriales, Saint-marc fait partie des dix plus grandes communes d’Haïti avec des entrées fiscales de moins d’un milliard de dollars américains. Ce qui explique en partie la pauvreté et la faiblesse des infrastructures de base dans les différentes six (6) sections communales et le quartier de cette commune. Voici le nom des sections communales et leur superficie en km² : 1re Section Délugé : 58,91 ; •2e Section Bois-Neuf : 132,18 ; •3e Section Goyavier : 46.63 ; •4e Section Lalouère (Hauts de Saint-Marc) : 97.05; •5e Section Bocozele : 180,36 ; •6e Section Charettes : 33,75 Km. En plus du Cartel de magistrat composé de trois membres²⁷, lequel constitue le pouvoir municipal, chaque section est dirigée par un ASEC (composé de trois 3 membres) responsable de la section. Il a autorité sur sa section et travaille en commun accord avec les maires pour son progrès. En plus de l’ASEC, le CASEC joue un rôle

²⁷ Pour qu’un cartel de maire, d’ASEC, délégué de ville, CASEC puisse avoir le droit de s’inscrire aux élections, un quota de 30% de femmes est fixé par le décret électoral en son article 9.

important dans l'administration. Malheureusement, il arrive que les ASEC et CASEC ne maîtrisent pas leur mission, ce qui est un handicap pour la section.

La population de la 4^e section communale et a une population de 16 011 habitants (Mairie de Saint- Marc, 2015 : 40). La section communale de Lalouère ou les Hauts de Saint-Marc est limitée au nord par le bassin de l'Artibonite, à l'est par la Verrettes, au sud par les territoires montagneux de Charettes et de Goyavier et à l'ouest par la Ville de Saint-Marc. Elle s'étend sur une superficie de 97,05 km². Elle est divisée en plusieurs localités: Venotte, Barbe, Grand Fond, Kafou Madan Odilon, Bois l'État, Dipson, Moreau, Guichamp, Janain, Bally, Lalouere, Procou, Roussette, La Garenne, Savary, Gilbert, Painson etc.

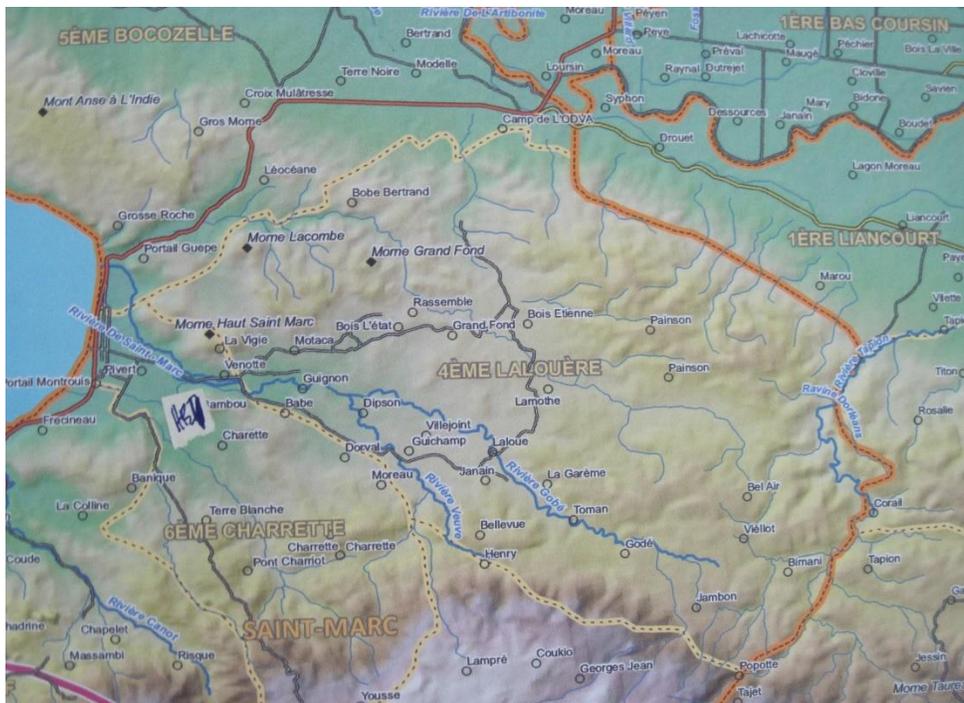


Photo 3 : Carte de la 4^e communale de Saint-Marc, AKOSAA, juillet 2016

Cette section présente, selon les microclimats, la géomorphologie et la végétation, trois zones agroécologiques différentes :

1. La zone Bois l'État-Grand Fond qui constitue un plateau sec avec une végétation de cactus, de bayahondes, de bois cabri, de neems associée avec des cultures annuelles sous la pluie telles que le maïs, le sorgho, le pois congo, les arachides. Lors de la sécheresse, les habitants s'adonnent

particulièrement à la coupure de bois pour en faire du charbon. La vente est faite au marché mais plusieurs de ces marchands se rendent de quartier en quartier avec leur cheval pour en offrir aux ménages les plus aisés ou les personnes qui vendent le charbon en marmite au détail.



Photo 4 : une zone sèche à Rasanble, 20 février 2016

2. La zone qui s'étend de Barbe à La Garenne via la vallée Meriken dont la composition est un ensemble de petites plaines irriguées permettant des cultures comme la banane, le riz, les haricots, les tomates, la canne à sucre, etc. La canne à sucre est transportée à dos d'animaux ou de camions pour rejoindre les moulins de pressage de la canne.



Photo 5 : plantation à Lagarenne, 18jan2016



Photo 6 : chevaux attelés pour le transport des produits

3. La zone de Gilbert et des hauts plateaux jusqu'à la frontière d'avec Verrettes formée de mornes et de collines semi-humides où l'arboriculture est très développée. On y trouve aussi une maison de transformation du maïs cultivé en maïs moulu



Photo 7 : Maison de transformation à Gilbert, 19 décembre 2015

Les gens vivent dans des conditions socio-économiques et culturelles précaires causées par l'absence d'infrastructures de base, un taux élevé de fécondité, un faible taux de scolarisation, un fort exode des enfants et des jeunes vers le centre-ville de Saint-Marc ou à l'étranger, un habitat précaire sans électricité. Pour remédier au manque flagrant d'infrastructures culturelles, sportives et éducatives, la mairie a organisé plusieurs ateliers de projet. Parmi les projets prioritaires de la zone : Construction d'un complexe culturel et sportif à Bois l'Etat et d'un lycée.



Photo8 : clôture d'une maison à Moreau, Janvier 2016

Nombre de localités sélectionnées par région

Comme l'étude était une évaluation descriptive, et non pas une étude pour tester des hypothèses, nous avons voulu décrire certaines caractéristiques de l'échantillon avec une certaine précision. La précision souhaitée a guidé le choix de la taille de l'échantillon. Bien qu'il existe 32 localités, nous avons des informations complètes sur seulement 12 (nombre minimum) mais qui couvrent toutes les régions. La quantité de ménages varie selon la zone car les populations diffèrent. Comme nous avons voulu choisir au moins quatre ménages par région, le nombre minimum aurait pu être 12 mais vu l'aspect géographique des plaines irriguées, une grande partie des familles choisies habitant dans cette région.

Les localités choisies sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Tableau numéro 3 : Localités sélectionnées dans chaque région

Régions	Localités	Nombre de Ménages
Plateau sec	Rasanble, Bois l'Etat, Grand fond	3
Plaines irriguées	Barbe, Moreau, La Garenne, Pocou, Lalite, Venotte	9
Collines semi-humides	Gilbert, K-pye	3

La répartition de l'échantillon est donnée dans le tableau ci-dessous. Comme on peut le constater sur le tableau, l'échantillon est réparti selon le sexe et l'âge regroupés en quatre catégories qui sont les « 0 à 6 mois », « 7 à 12 mois », « 13 à 24 mois », « 25 mois et plus ».

Tableau1 : fiche de quotas

SEXE	AGE(en mois)				Nombre total
	0 à 6	7 à 12	13 à 24	25 et plus	
Fille	1	4	2	-	7

Garçon	3	2	1	2	8
TOTAL	4	6	3	2	15

Parmi les enquêtés, quatre (4) ont des enfants âgés de zéro à six mois dont une fille et trois garçons, six (6) enfants (4 filles et 2 garçons) âgés de 7 à 12 mois, trois (3) enfants (2 filles, 1 garçon) âgés de 13 à 24 mois, deux (2) enfants (deux garçons) âgés de 25 mois et plus. Dans les entretiens ouverts avec les parents, quatre thèmes sont abordés dans le guide (annexe).

Le champ de recherche est celui du patrimoine alimentaire, précisément l'aliment consommé par les jeunes enfants. Pour recueillir les renseignements pertinents à notre recherche, beaucoup d'instruments et de méthodes s'offrent à nous pour l'exploration du champ de recherche. Parmi les méthodes envisagées, on peut citer:

2.2- Les méthodes de recherche retenues

2.2.1- L'analyse documentaire

Cette analyse, appliquée dans cette recherche, est faite sur les documents émanant d'institutions ou de particuliers et dans lesquels sont présents les concepts utilisés, des cours. Le but est de pouvoir identifier dans ces documents écrits ou audiovisuels, les arguments avancés justifiant les pratiques alimentaires. Cette analyse documentaire se fera sur le contenu des documents écrits mais aussi mis en ligne. Des ouvrages sont consultés dans différentes bibliothèques, des recherches via des sites web, surtout documentaires, sur les mutations alimentaires, les pratiques alimentaires dans le monde nous ont aidée dans la rédaction. Pour une bonne organisation, on a adopté des grilles de lectures transposables sur les documents analysés, ce qui nous a permis une classification des thèmes et des arguments exposés, et de faire des regroupements.

« Il s'agit d'une méthode très souple permettant aux analystes d'une situation d'agencer les composantes pour répondre de la meilleure façon possible aux besoins de leur recherche. L'analyse documentaire permet de classer la communication et l'information qu'elle contient, et de traiter les données qu'on y trouve en fonction d'une grille d'analyse de manière à obtenir des résultats tangibles. » (Lacasse, 1987:52)

2.2.2- L'entretien

Il s'est avéré nécessaire d'organiser une enquête afin d'avoir les informations sur les moyens et les ingrédients utilisés pour l'alimentation quotidienne des enfants. L'enquête a été menée dans la 4e section de la ville de Saint-Marc en Haïti. Cette section s'appelle Lalouere. Elle a été complétée par deux entrevues ouvertes conduites avec une sage-femme vivant à Venotte et une infirmière à CitéSurpris. Del Bayle décrit l'entretien de cette manière :

« L'entretien ou interview est, dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie. D'une autre manière, c'est la situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion. » (Del Bayle ,2000:71)

D'une part, des entretiens extensifs ou superficiels sont menés avec l'infirmière et la matrone car on voulait recueillir des renseignements simples, standardisés. Le nombre des questions est limité. Toutes les questions sont posées au cours d'un seul entretien, après quoi les réponses sont interprétées et exploitées. L'enquête ne va pas en profondeur et ne cherche pas à connaître la personnalité du sujet interrogé. D'autre part, les parents ont eu des entretiens en profondeur, que l'on qualifie d'intensifs, davantage centrés sur la personne. Ces entretiens visent à recueillir un grand nombre d'informations et des informations précises, nuancées, aussi complètes que possible. Il consiste aussi à rencontrer plusieurs fois la personne interrogée, en lui posant des questions différentes se complétant les unes les autres. Cette technique est par exemple utilisée lorsqu'on procède à un entretien de personnalité, c'est-à-dire lorsque l'on veut connaître tous les aspects de la personnalité d'un sujet.

L'entrevue est efficace dans la mesure où il permet d'obtenir rapidement une grande quantité de données. Elle permet aussi de faire un suivi immédiat, de clarifier au fur à mesure les réponses. En recherche qualitative, la réalisation d'entrevues demande une grande capacité d'écoute et faire preuve d'empathie et de capacité à formuler et à reformuler rapidement les questions.

2.2.2.1- Guide d'entretien

Un guide d'entretien est un ensemble de questions rédigées à l'avance afin de mieux conduire l'entretien. Comme son nom l'indique, ce n'est pas un instrument rigide, mais un outil

caractérisé par son adaptabilité à la fois au contexte du déroulement de l'entretien et au sujet enquêté (Damus, 2012 : 73). Le guide d'entretien utilisé est divisé en quatre groupes d'âge: les 0 à 6 mois, 7-12 mois, 13- 24, 25 et plus. Pour chaque groupe, une dizaine de questions sont posées.

Chaque question a été posée en créole exactement telle qu'elle est écrite dans le questionnaire. Si la personne interrogée ne comprend pas la question, on a reformulé les questions.

Q1 : Date de naissance de la personne interrogée

L'âge, déterminé par les questions Q1 et Q2, permet de confirmer que la femme se trouve dans la tranche d'âge requise pour cette étude. Les questions de ce module concernant la date de naissance et l'âge doivent être posées indépendamment des informations indiquées dans le tableau de composition du ménage. On a posé la question Q2 même si la femme a donné sa date de naissance en réponse à la question Q1.

Q2 : Noms des personnes membres du ménage. Après avoir enregistré le nom, le sexe et l'âge du chef de famille, on demande le sexe et l'âge de toutes les autres personnes composant le ménage et inscrit les réponses.

Q3 : Sexe des personnes membres du ménage

Demandez toujours le sexe d'une personne avant de l'inscrire car de nombreux prénoms peuvent être indifféremment masculins ou féminins.

Q4 : On demande l'âge de chaque personne en années révolues. L'âge en années révolues est l'âge qu'une personne a eu à son dernier anniversaire. Pour les personnes de moins de 50 ans, les âges sont inscrits en années révolues. Si les informations données dans le tableau de composition du ménage peuvent être utiles pour de nombreuses raisons, elles sont particulièrement importantes pour identifier les personnes qui remplissent les conditions requises pour répondre à chacun des modules du questionnaire. Les critères de sélection des personnes interrogées pour le guide sont présentés ci-dessous : - Toute femme située dans la tranche des 15–49 ans est habilitée à répondre aux questions du module ; - La personne qui a la garde d'un enfant de moins de 3 ans (ou la mère) est habilitée à répondre aux questions du guide.

Q6 : Identification de la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 3 ans (ou de la mère) La question 6 est posée à la personne interrogée. Dans la perspective de ce guide, la personne

qui s'occupe de l'enfant est celle qui sait le mieux quels aliments lui sont donnés à l'enfant et de quelle façon. Généralement (mais pas toujours) il s'agit de la mère de l'enfant. La personne identifiée comme s'occupant de l'enfant est celle à qui l'on pose les questions sur l'enfant de moins de 3 ans.

Q7, Q8 et Q9 : Date de naissance et âge de l'enfant

On continue l'entretien en demandant la date de naissance et l'âge de l'enfant. Ces questions sont déterminantes dans l'entretien puisque l'analyse des données dépend de l'âge exact de l'enfant. Nous devons obtenir une information précise sur l'âge de l'enfant exprimé en mois. Son âge en mois est calculé en rapprochant sa date de naissance de la date de l'entretien

Q10 : Enfant nourri au sein ou non

Pour cette question, peu importe le temps pendant lequel la personne interrogée a allaité l'enfant. Il s'agit de savoir si elle n'a jamais donné le sein à l'enfant. Peu importe que la mère ait pu produire du lait lorsqu'elle a mis l'enfant au sein. L'important n'est pas de savoir combien de temps la personne interrogée l'a allaité mais plutôt si elle n'a jamais donné le sein à son enfant. Si la personne interrogée répond « oui » à cette question, on poursuit avec la question Q11. Si elle répond « non », on laisse tomber la question 11 pour passer à la 12.

Q11 : Première mise au sein

Cette question porte sur la première mise au sein de l'enfant. Pour cette question également, peu importe que la mère ait pu produire du lait la première fois qu'elle a mis l'enfant au sein.

Q12 : Autre mode d'alimentation

La question Q12 est posée uniquement si la personne interrogée vous dit que : 1) l'enfant n'a jamais été nourri au sein, 2) l'enfant n'a pas été nourri au sein. La question Q11 nous permet de savoir si l'enfant a été nourri au lait maternel par un autre moyen qu'au sein de sa mère. Il peut arriver que la mère ne soit pas en mesure d'allaiter son enfant et dans ce cas, il existe d'autres méthodes qui permettent de nourrir l'enfant.

2.3- L'observation directe

L'observation directe a des buts strictement descriptifs et privilégiés du réel. Le choix de cet instrument fait suite au manque de données et d'analyses empiriques concernant les pratiques alimentaires des jeunes enfants de la commune ainsi que sur la section communale tant sur le plan économique et social. En effet, les renseignements sur la section communale n'ont pas été approfondis car même en se rendant dans la mairie de la ville, on n'a pas pu trouver des informations pertinentes dans les archives municipales. Benoit Gauthier souligne d'ailleurs la pertinence d'utiliser ce type d'instrument de recherche pour ce genre de situation:

« L'observation directe a été essentiellement employée, en sociologie, lorsqu'il y avait absence de données et d'analyses empiriques sur la situation sociale étudiée, ou lorsque les données ou analyses empiriques existantes étaient trop fragmentaires ou trop superficielles pour en permettre une analyse d'ensemble qui soit empiriquement fondée et socialement significative. » (Gauthier, 1997: 243)

L'observation directe sur le terrain est aussi un bon moyen pour accéder à des informations de première main et riches en contenu. Les informations collectées sont comparées avec celles venant des analyses documentaires et les entretiens.

« La collecte de données par observation directe, dans le contexte qualitatif vise la compilation de l'information la plus complète possible sur une situation sociale particulière [.....] Par conséquent, la collecte de données par observation directe est typiquement complétée, dans les recherches [...] et par des démarches documentaires ou toute autre démarche pouvant s'avérer utile à la connaissance de la situation à l'étude. » (Gauthier, 1997 : 243)

2.4 - Définitions des variables

Les prochaines sections se réfèrent à la définition des variables comportementales et indépendantes.

Les variables comportementales décrivent les comportements à l'initiation de l'allaitement total et exclusif et à son maintien jusqu'à un mois, trois mois ou plus. Considérant que l'on retrouve des inconstances dans les définitions reliées aux comportements d'allaitement dans la littérature, une attention particulière a été portée aux définitions utilisées dans la présente étude. Ainsi, les définitions décrivent la présence ou l'absence de l'allaitement (comportement d'allaitement) ou, lorsque l'allaitement est présent, décrivent son degré ou son intensité (catégories d'allaitement).

Par comportement d'allaitement, on se réfère aux différents modes d'alimentation du nourrisson: Allaitement total, non-allaitement ou alimentation avec des préparations lactées pour nourrissons. On s'est servi des définitions de l'OMS et autres. Les catégories d'allaitement sont classées en : allaitement exclusif, allaitement prédominant, allaitement additionné de compléments.

Les variables indépendantes seront étudiées et présentées dans les chapitres suivants. Ils concernent :

- Variables sociodémographiques des parents répondants et des jeunes enfants à savoir leur âge, statut social, niveau de scolarité, le revenu familial, activité professionnelle, région d'origine.
- Variables psychosociales
 - a) Les facteurs prédisposants et facilitants associés à l'initiation de l'allaitement et/ ou aliments de compléments
 - b) Les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement associés au maintien de l'allaitement ou son abandon après quelques mois.²⁸

2.5 - La formation à la collecte des données

La collecte des données a débuté au mois de juillet 2015 avec les préparatifs de la formation sur les aspects administratifs, financiers, logistiques et techniques. Un avant-projet incluant le budget de dépenses et le calendrier de collecte était obligatoire et envoyé par voie électronique aux responsables du projet qui se trouve au Boulevard Jean Jacques Dessalines (Pivert, Saint-Marc). Le vendredi 24 septembre 2015, une formation sur l'égalité entre femmes et hommes (EFH) a été réalisée au sein du local de l'AKOSAA afin de mieux comprendre le rôle des deux genres dans la recherche d'information. Enfin, une nutritionniste est mise à notre disposition pour notre formation à une collecte de données sur les enfants de six(6) à vingt-quatre (24) mois en octobre 2015. Cette première expérience sur le terrain nous a permis de tester notre guide et de nous familiariser avec quelques ménages de la 4e section communale.

2.6- Les outils de collecte

²⁸ Haiek Laura N. et al., *L'allaitement maternel (Etudes sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie)*, Québec, Santé Publique, 2003.

Dans le cadre de cette étude sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation, l'outil de collecte conçu est l'entrevue face à face avec les parents ou gardiennes d'enfants. Tous les aliments et les boissons consommés par l'enfant depuis la naissance ainsi que leurs quantités étaient notées. A partir des réponses, un plat est choisi. On apporte les ingrédients nécessaires à sa cuisson à la personne responsable une semaine plus tard ou plus et ce plat est cuisiné à la maison. Bien avant la cuisson, chaque ingrédient qu'on va utiliser est mesuré pour en prendre le poids, le total des ingrédients non cuits est calculé. Pour finir, le poids du plat cuit est ainsi calculé:

$$\text{Poids plat cuisiné} = \text{Poids Assiette vide} - \text{Poids de l'assiette rempli}$$

Le poids calculé nous permettra de voir si la quantité d'aliments utilisés pour l'alimentation de l'enfant répond aux critères de la FAO. Les plats suivants ont été sélectionnés : soupe, masok avec de la sauce hareng, maïs, spaghetti au lait, purée de haricots, riz ou maïs « blan », de la sauce de viande, légumes, l'avoine, racahout, etc., que nous allons présenter dans l'analyse des données.



Photo9 : appareil servant à prendre le poids des ingrédients lors de l'enquête

2.7- Déroulement de l'enquête

Les préparatifs ont débuté par une mission d'information et de sensibilisation sur les localités choisies à savoir Barbe, La Garenne, Gilbert, Pocou. A partir d'une liste remise par AKOSAA, on a choisi les ménages et la zone cible en se servant de la délimitation effectuée par le projet. Parmi cette liste, les ménages injoignables ont été remplacés par d'autres qui sont plus accessibles. On s'est rendu chez les parents pour leur expliquer le but de notre travail. Lors de la première visite, on annonçait aux parents qu'ils allaient recevoir plusieurs visites. On en a profité pour prendre leur numéro de téléphone pour leur annoncer notre arrivée lors de la prochaine visite. Malheureusement, la majorité des informateurs n'ont pas de téléphone. Il a fallu donc retourner, souvent plusieurs fois, avant de les retrouver chez eux. L'enquête a pu être réalisée après obtention du consentement à sa réalisation auprès de l'administration de l'AKOSAA. Les personnes enquêtées ont donné oralement leur consentement libre et informé de leur participation à l'étude

Les quinze (15) ménages prévus pour l'enquête-terrain ont été interrogés. La réalisation est faite du mois de novembre 2015 au mois de mars 2016, en fin de semaine car c'est le moment idéal pour rencontrer l'informateur. En effet, en semaine, les gens vaguaient à leurs occupations dans leurs champs au moment des récoltes et au centre-ville (pour vendre leurs produits au marché de Saint-Marc). Il nous est arrivé de nous rendre chez un ménage et la personne était absente ou parfois on a dû attendre son retour car la personne qui s'occupait de l'enfant ne voulait pas nous fournir les informations pertinentes. Des ménages ont été visités à plusieurs reprises surtout ceux qui ont des enfants âgés de 0 à six mois. Le but visé était de recueillir le plus d'information possible sur l'alimentation. Un enfant qui est né par exemple en décembre, son alimentation peut évoluer après un(1) ou deux(2) mois. Ainsi, on s'est rendu plusieurs fois à Gilbert, K-Pyè et Moreau car lors de notre première visite les enfants venaient de naître et on ne pouvait pas s'entretenir avec la mère mais la grand-mère. On a attendu quelques mois pour constater s'il avait ou non des changements dans l'alimentation des nourrissons.

2.7.1- Collecte de données

Thèmes de l'enquête

L'enquête vise à mesurer plusieurs aspects de l'alimentation des enfants saint-marcois âgés de 0 à 5 ans.

- Caractéristiques socio-sanitaires des parents : âge, niveau d'instruction, pratique d'hygiène, occupation,
- Caractéristiques socio-sanitaires de l'enfant : âge, mesures préventives et curatives, morbidité, mesures anthropométriques ;
- Pratiques alimentaires actuelles et antérieures de l'enfant : pratique d'allaitement maternel, d'alimentation de complément, connaissances en matière d'alimentation d'hygiène et de soins de l'enfant;
- Diversité alimentaire du ménage et présence de toilettes dans le ménage

2.7.2- L'âge

Il a été déterminé à partir des extraits d'acte de naissance, et surtout des carnets de santé des enfants et des carnets de maternité de la mère. Dans le cas où les certificats ou actes de naissance ou autres documents officiels n'étaient pas disponibles, on demandait aux parents quand et où a eu lieu l'accouchement.

2.7.3- Consommation alimentaire de l'enfant et du ménage

Par le biais de la technique de rappel qualitatif, des données ont été collectées sur les aliments consommés dans les 15 ménages sur les 24 heures précédant l'enquête. Il nous est arrivé de les questionner pour la semaine. En premier lieu, on se renseigne sur ce que consomme l'enfant pendant cette période ensuite les différentes évolutions qui ont eu. Le ménage est l'unité de consommation qui est définie comme l'ensemble des personnes vivant sous le même toit, reconnaissant une seule autorité et partageant le même repas.

Lors de cette enquête beaucoup de précautions ont été prises pour assurer la qualité des données.

2.7.4- Précautions dans l'exécution de l'enquête

Les différentes précautions ci-dessous énumérées ont été respectées lors de l'accomplissement de l'enquête :

- l'enquête de consommation par la méthode de rappel des périodes de l'enfance s'est faite de façon à ce que toutes les étapes de la vie de l'enfant soient représentées, c'est-à-dire du nourrisson au jeune enfant.

- l'estimation des quantités ingérées par les enfants a été faite en deux phases. Dans un premier temps, la méthode de rappel a permis d'avoir les quantités en unités ménagères, soit en valeur monétaire (gourde haitienne). Dans un second temps, la conversion des quantités exprimées en unités ménagères (bols, gobelets, louches, cuillères) en grammes et en gourdes.



Photo10 : un gobelet servant à mesurer les quantités, janvier 2016

- Les unités locales ont été achetées au marché public de Saint- Marc ou dans un super marché (Market) et distribuées aux ménages à la deuxième visite

- pour les aliments solides (les aliments solides comme la pâte, le riz, le haricot), l'unité locale qui a été utilisée fut un bol en plastique ou aluminium de taille moyenne

- pour les aliments liquides comme les sauces, les fritures et les bouillies ; les unités locales qui ont été utilisées sont un gobelet en plastique de taille moyenne et une louche à sauce pour les sauces : une cuillère à soupe pour les fritures et le gobelet pour les bouillies. L'eau simple a été utilisée pour estimer le volume de repas liquide (sauce par exemple) consommé en unité locale dans le but de la détermination du poids réel du repas ensuite des échantillons d'aliments ont été préparés pour convertir le poids de l'aliment équivalent aux volumes d'eau estimés.

Après avoir estimé les quantités de repas ingérées par les enfants quotidiennement, les différentes valeurs énergétiques et nutritionnelles des différents repas consommés ont été calculées à l'aide des tables de composition des aliments disponibles dans le logiciel Word Food Dietary Assessment System (FAO, 1996). Ce logiciel permet de calculer le facteur de rendement (b/a) c'est-à-dire le poids total de tous les ingrédients (a) et le poids du plat préparé final (b).

2.8- Les observations et échéances lors de la collecte

Comme indiqué plus haut, la collecte a commencé par la localité de Barbe pour finir à Rasanble. Il faut cependant noter que les parents qui ont des enfants de moins d'un an n'ont pas voulu à première vue nous donner l'âge de ceux-ci car culturellement on ne crie pas haut et fort la date de naissance du bébé mais ces quelques problèmes ont été vite réglés. En l'absence de la mère de l'enfant, on a dû attendre son arrivée ou revenir un autre jour. On a tout de même pris le soin de bien leur expliquer pourquoi s'intéresser à cette enquête. Les plus réticents étaient les personnes âgées de plus quarante ans mais n'étaient pas nombreuses (quatre) parce que les autres parents avaient déjà l'habitude de prendre part à des enquêtes. D'autres nous ont conseillé d'utiliser des pseudos lors de la rédaction du travail. On a voulu aussi connaître le poids de l'enfant et sa taille mais cela n'a pas été fait car ils ne sont pas indiqués pas sur leur carte de vaccination et c'est difficile de les emmener au dispensaire de la section.

Au départ il était prévu que le volet quantitatif de l'enquête se déroule en deux mois sur un échantillon de 30 ménages. Mais vu que l'enquête progressait plus lentement que prévu, la taille de l'échantillon a été diminuée à 15 ménages. En résumé, la collecte du volet quantitatif s'est déroulée de Novembre 2015 à Mars 2015 en fin de semaine du fait que je ne pouvais pas m'absenter en semaine au bureau et que la motocyclette qui nous servait de transport est disponible en fin de semaine seulement. Parfois quand il a plu la veille, c'est quasi impossible car les routes sont impraticables. Nous avons prolongé le calendrier de la durée des enquêtes de terrain pour continuer l'enquête la cueillette des données. Ce prolongement de jours de collecte a permis de rencontrer une sage-femme, une infirmière, de visiter beaucoup plus de localités, de visiter quelques familles à plusieurs reprises. On a enquêté plus de ménages prévus et le choix a été fait en fonction du genre, et de la localité.

La collecte des données s'est déroulée dans de bonnes conditions. Il faut dire que pour cette phase de terrain la bonne gestion du temps et des ressources financières, nous a permis d'aller au-delà de l'objectif qu'on s'est fixé. Ainsi, l'enquête a couvert plus de vingt familles. Par ailleurs, ces familles se subdivisent parfois en d'autres familles car il arrive qu'un « lakou » ait plusieurs ménages ayant des enfants de 0 à cinq ans. Durant le mois d'octobre à novembre 2015, nous avons mené une entrevue avec quinze (15) familles ayant des enfants de six (6) à vingt-quatre (24) mois pour l'AKOSAA sur une demande de la FAO. J'ai été choisie pour mener l'enquête car mes objectifs et ceux de la FAO étaient presque les mêmes et je devais aussi commencer mon enquête au mois d'octobre. L'AKOSAA voulait les informations dans deux semaines. A ce moment, l'important était de s'informer sur les aliments et les quantités utilisées pour le repas des enfants, ce qui a été fait. Pour mon travail, il fallait tenir compte de l'aspect sociodémographique et l'échantillon doit contenir des enfants de zero (0) à trois (3) ans. Nous avons donc ajouté des nourrissons et enfants de plus de vingt-quatre (24) mois à notre étude. Six (6) autres sont donc ajoutés à notre liste. La première liste remise par le projet ne comportait pas toutes les zones agroécologiques représentées, alors nous avons enlevé quelques enfants de la première liste qui vivent dans la zone irriguée et qui nous a fourni les mêmes informations et nous les avons remplacés par des enfants vivant à la zone sèche. Par exemple, on avait trois familles ayant des enfants de douze (12) mois à Barbe et qui habitent à la même ruelle, l'une a déménagé et l'autre a été remplacé par un enfant de cinq (5) mois. De même qu'à Moreau, l'une d'elles était remplacée

par un enfant de la même tranche d'âge vivant à Rasanble. Les informations ne pouvaient pas nuire à notre enquête car leurs réponses étaient identiques.

CHAPITRE III

Présentation des données

Ce chapitre consiste en la présentation des données à partir de chacun des instruments que nous avons utilisés lors de la collecte des données. Nous présentons d'abord le profil des participants. Nous présentons ensuite les pratiques alimentaires et le sentiment d'identification culturelle.

3.1- Caractéristiques sociodémographiques des enfants et du ménage

Comme nous l'avons signalé au chapitre de la méthodologie, parmi les quinze(15) enfants, sept (7) sont des filles et huit (8) des garçons. Les données indiquées dans les tableaux suivants nous montrent que sept (7) ont des mamans âgées de moins de vingt- cinq ans, quatre (4) sont âgés de vingt –six à trente-cinq ans et quatre (4) ont plus de trente-cinq ans.

L'âge de la mère au moment de l'enquête

Age	Quantité
Moins de 25 ans	7
Vingt(26) à trente-cinq(35)	4
Trente-six et plus	4
TOTAL	15

Lieu de naissance des parents

Nom de la zone	Nombre	
	Maman	Papa
4e section de Saint-Marc	10	
Autres sections communales de Saint-Marc	-	
Centre-ville de Saint-Marc	2	
Autre région d'Haiti	3	
Total	15	

Situation Familiale

Vit avec ses deux parents biologiques	5
Vit avec un parent biologique	4
Vit avec parents biologiques et grand parent	5
Vit avec une tante, oncle et autres	1
TOTAL	15

Sur le plan socioculturel, il faut ajouter que les enfants visés par l'enquête habitent dans la 4e section. Parmi eux, dix (10) ont des mères qui sont nées dans la zone, deux(2) viennent du centre-ville de Saint- Marc et les trois(3) autres sont d'une autre région d'Haiti à savoir Jean Denis qui est une section communale de la commune de Petite-Rivière de l'Artibonite, Jean Rabel dans le Nord'Ouest et Port-au-Prince la Capitale. Peu importe leur provenance, elles vivent dans la région depuis plus de dix ans. De plus, il arrive que la mère soit de l'Artibonite mais les grands-parents sont d'un autre département. Il y a un choc culturel dans les pratiques alimentaires car elles intègrent certaines habitudes alimentaires de leurs régions d'origine dans la consommation de leurs enfants. Dans notre enquête, cinq des enfants vivent avec leurs parents et grands-parents, cinq avec le père et la mère, quatre sont des familles monoparentales (vivant avec la mère) et un seul est élevé par sa tante (soeur du père). Pour les pères, c'est un peu difficile de trouver les informations les concernant car ils sont absents généralement lors de l'enquête et il y en a qui ne subviennent pas aux besoins de leurs enfants. Les mères ne se voient pas obligées de donner des informations les concernant puisqu'ils « ne font pas partie intégrante de la famille, ils ne sont que des pères biologiques (géniteurs) » pour reprendre leurs mots. On a seulement eu des informations sur le lieu de naissance de cinq pères.

Des études, particulièrement le groupe de travail des Nations unies sur la faim, montrent qu'il y a une liaison étroite entre le statut économique et la situation alimentaire. En effet, nos enquêtes montrent que la majorité de ces personnes qui sont mal nourries vivent en milieu rural²⁹. La

²⁹ Laurence ROUDART, « ALIMENTATION (Économie et politique alimentaires) - Sous-alimentation et malnutrition dans le monde », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 9 juin 2016. URL :<http://www.universalis.fr/encyclopedie/alimentation-economie-et-politique-alimentaires-sous-alimentation-et-malnutrition-dans-le-monde/>

dimension économique, plus particulièrement le pouvoir d'achat jouant un rôle dans les pratiques alimentaires des ménages, nous avons tenu à en savoir plus sur le travail des parents car de nos jours plusieurs professionnels ont tendance à abandonner les centres-villes pour s'installer dans les sections communales des grandes villes de province en Haïti. De plus la famille, durant l'enfance, est le milieu où se développent les préférences et les habitudes alimentaires. Loin d'être statiques, ces habitudes évoluent tout au long de la vie mais reflètent toujours les goûts acquis au contact du milieu familial et de l'environnement culturel immédiat. En essayant de comprendre avec qui l'enfant vit, on parviendra à reconnaître par le biais de qui ce patrimoine alimentaire a été perpétué ou encore est-ce par manque d'argent ou volontairement qu'un ménage consomme un aliment quelconque. Lorsqu'on n'a pas suffisamment d'argent, il est très difficile de procurer à l'enfant l'aliment ce dont il a besoin voire celui qui contient les nutriments nécessaires à sa croissance ou perpétués dans la tradition. On n'est pas sans savoir que les produits industriels appelés OGM sont moins coûteux que les produits biologiques et moins nutritifs. Bien que la majorité des parents soit des cultivateurs, il arrive qu'ils vendent leurs produits bios au marché pour compenser d'autres manques à la maison surtout au mois de juillet et août pour qu'ils puissent acheter les matériels et les frais nécessaires à la rentrée scolaire des autres enfants. Ainsi, des produits importés qui se vendent sur le marché, sont donc consommés à la maison.

Sur le plan socioéconomique, le niveau scolaire des parents est aussi reconnu comme étant un élément qui joue un rôle dans l'alimentation. Des études montrent la relation entre la scolarité du ou des parents et les savoirs nutritifs qu'ils ont acquis. Selon nos données, douze (12) des mères ont fait le 1er et 2e cycle c'est-à-dire qu'elles ont arrêté leurs études en 6e Année (autrefois le certificat), une (1) en 3e cycle (9e Année ou 4e secondaire), une en secondaire, et une autre en école d'alphabétisation³⁰

Nombre de personnes dans le ménage

Intervalle	Quantité
1 à 3	1
4 à 8	9
9 et plus	5

³⁰ Ecole pour les adultes qui n'ont pas eu la chance d'aller à l'école, on les apprend à lire et à écrire

TOTAL	15
--------------	-----------

Emploi du temps de la mère

Travail professionnel ou étudie	1
Vendeuse	6
Cultivatrice	2
Ne fait rien	6
TOTAL	15

Emploi du temps du père

Travail professionnel ou étudie	1
Cultivateurs	3
Cultivateur et pratique d'autres activités	3
Ne vit pas au pays	2
TOTAL	9

Niveau d'études

	Maman	Papa
Universitaire	-	-
Secondaire	1	5
3e cycle	1	-
1er et deuxième cycle	12	4
Ecole d'alphabétisation	1	-
Ne sait ni lire et écrire	-	1
Ne connaît pas le niveau	-	4
TOTAL	15	15

On sait aussi que les personnes à faible revenu ne disposent pas de moyens financiers pouvant répondre aux besoins nutritifs et équilibrés de leurs enfants. Peut-on dire qu'une personne qui n'a pas terminé ses études scolaires peut acheter de quoi nourrir une petite famille et même une famille nombreuse ? car d'après nos données la quantité d'une personne vivant dans le ménage est de cinq (5) à quinze (15) personnes et que ces personnes (les chefs de ménages en particulier) ne font qu'une activité agricole de subsistance dans la région. Dans les tableaux ci-dessous, on peut remarquer qu'une(1) seule famille se compose de trois personnes, neuf (9) de quatre (4) à huit (8) et cinq (5) de neuf (9) à treize (13) personnes. En général, l'activité qu'ils entreprennent est la vente. Bien que l'étude se porte sur une section communale, la majorité pratique leur activité dans le centre-ville de Saint-Marc puisque être cultivateur (rice) n'est pas suffisant. Ainsi, pour les mamans qu'on a rencontrées, six (6) sont vendeuses, six (6) ne font rien, deux (2) cultivatrices et l'autre(1) fait des études. Pour celles qui ne font presque rien, elles sont allaitantes et/ ou sont obligées de garder leurs enfants et aussi y en a qui reçoivent de l'aide financièrement venant de leurs parents ou leurs conjoints. De manière générale, elles ont un petit bout de terre qu'elles cultivent en attendant les récoltes mais pour elles, on ne peut pas dire que c'est une activité car elles dépendent de quelqu'un pour la consommation quotidienne des enfants.

Parlant des papas, nous avons obtenu des informations sur neuf (9) d'entre eux et tous s'investissent d'une manière ou d'une autre dans l'agriculture soit en transférant de l'argent en Haïti ou en prêtant main-forte au moment des récoltes surtout lors des « *coumbite*³¹ » mais comme je l'ai mentionné, il y en a qui ne se contentent pas seulement de la terre mais sont des chauffeurs de taxi (1), mécanicien (1), « vendeurs de borlette(1) » et deux (2) autres ont immigré au Chili et à la République Dominicaine.

Garde de l'enfant pendant l'absence de la mère*

Personne	-
Frères et sœurs	3
Papa	3
Grand-mère	6

³¹Moment fort dans la paysannerie haïtienne où les voisins agriculteurs s'entraident au moment des récoltes, semences, etc. La personne ne gagne rien sauf que le propriétaire du champ à cultivé est responsable du repas des gens toute la durée des travaux. Ça se fait à tour de rôle dépendamment de la saison et des travaux nécessaires pour chaque agriculteur. C'est un travail d'équipe.

Tante	
Voisin	2

*parfois la garde est faite par deux personnes.

La quantité et la qualité d'alimentation des jeunes enfants dépendent fortement des conditions sociales et matérielles présentées dans leur milieu familial. Ainsi, on ne peut pas parler de pratiques alimentaires dans une région donnée sans tenir compte de ces aspects car c'est le milieu immédiat de l'enfant qui est responsable de son alimentation donc de sa santé. De nos jours, surtout en Haïti, c'est par l'entremise des mères, grands-mères généralement que cela se fait. La population haïtienne étant très jeune (donc des jeunes sans expériences, sans argent donnent naissance à des enfants), il arrive souvent qu'on fasse appelle à la grand-mère ou une grande sœur pour la garde de l'enfant ou aider en cas de besoin. Le tableau ci-dessus nous montre que six (6) enfants sont gardés par leur grand-mère, trois (3) par leur frère, trois (3) par le père de l'enfant et deux (2) par des voisins en cas d'absence. Il n'existe pas de service de garde dans la zone et, de plus, on n'aura pas l'argent pour payer les services. Pour ces enfants, l'éducation nutritionnelle se fait par son entourage. La garde par la grand-mère se fait régulièrement parce que pour les vendeuses il faut se rendre au centre-ville y passer presque toute la journée avant d'entrer. La grand-mère est donc responsable des habitudes alimentaires de l'enfant. Des grands-mères qui généralement ne savent pas lire et écrire ne font qu'à leur tête parce qu'elles pensent que si elles ont pu élever 6 à 10 enfants avec le peu qu'elles avaient, elles n'ont pas besoin de changer les pratiques. C'est ainsi qu'on retrouve la présence de la grand-mère dès la naissance car c'est elle ou la « fanm chay » (Parfois les deux : maman et fanm chay) qui prodiguent les soins nécessaires à la jeune maman, la conseillent sur les soins, les repas, les remèdes qu'elle doit donner à l'enfant. Les pratiques alimentaires sont donc influencées en général par la présence de la grand-mère car pour les hommes prendre soin de l'enfant incombe à la femme.

La mise au sein de l'enfant et le bain de vapeur après la naissance

On ne saurait pas parler d'habitudes alimentaires infantiles dans les sections communales haïtiennes sans se référer au premier bain de la mère suite à l'accouchement. Généralement, quand l'enfant est né à l'hôpital, il est mis au sein dès qu'on l'amène à sa mère et s'il s'est réveillé, mais pour ceux qui sont nés à la maison il faut attendre le bain appelé "ti beny" pour que l'enfant soit mis au sein. Pour les mamans, le bain facilite la montée du lait. Il est pris le jour suivant la

naissance vers 12 heures pendant trois jours. Si l'enfant est né le soir, il faut attendre le lendemain pour le bain et après on lui donne le sein. Ainsi, il arrive qu'une journée entière ou 12 h soient écoulées avant le premier sein. A ce moment, le bébé n'avale rien et même s'il pleure raconte une maman, on ne fait que le bercer jusqu'à ce qu'il s'endorme. A cet âge, poursuit-elle, l'enfant passe presque tout son temps à dormir, il n'y a donc aucune raison de s'affoler. Pour le bain de vapeur, des feuilles sont achetées au marché public ou cueillies au champ. On en achète suffisamment pour toute la durée du bain. Il s'agit de feuilles demango, trompette, acajou, " bwa lèt", papaye. Le tout est mis dans une grande chaudière à moitié remplie d'eau sur un feu de bois. Après trente (30)-soixante (60) minutes, on met une partie dans une grande cuvette pour refroidir et baigner la maman et l'autre dans « **bokit blan** » pour que la mère puisse s'asseoir dessus car la vapeur est bonne pour raffermir le corps et les parties génitales de la femme suite à l'accouchement. Lors du bain, on se sert des feuilles pour masser les seins, en mettre sur la tête (fèy bwat lèt) car cela permet la montée du lait et aussi sur le ventre pour les lochies. C'est aussi durant ce bain que le premier lait est jeté par certaines. Après le bain, la mère n'a pas le droit de sortir même s'il fait extrêmement chaud pour ne pas attraper le froid. Durant les trois jours de bain des tisanes préparées avec de l'écorce de manguier, avocat violette, gingembre, etc., lui sont administrées pour faciliter la coagulation des pertes sanguines suite à l'accouchement. Ces tisanes sont prises le matin et dans la soirée. Si la grand-mère est là, les huit (8) premiers jours sont des jours de repos absolu. On n'a le droit de faire des efforts sauf allaiter l'enfant et se reposer. On doit s'allonger le plus possible, ne pas se fâcher, recevoir de mauvaises nouvelles pour ne pas déranger le lait. A partir de huit jours, la maman peut prendre un peu d'air mais jusqu'à 14-15 h car prendre le froid peut nuire à la santé de la mère allaitante, et du même coup à celle de l'enfant. Elle peut sortir à n'importe quelle heure à partir de trois mois.

Pour notre enquête, pendant le bain de vapeur quatre (4) mères ont jeté le premier lait parce qu'elles pensent que ce n'est pas bon pour l'enfant mais dix (10) mamans ne l'ont pas fait car elles croient que cela aide l'enfant, facilitant la sortie du méconium "coudron" et nettoie son organisme. Pour l'autre, la tante ne sait pas vraiment car elle a eu à prendre soin du petit à trois mois.

Nous tenons à faire une analyse pour chaque catégorie d'âges cités plus haut car le modèle d'aliments conseillés est différent pour chacun. On va essayer de voir si les aliments consommés

y correspondent et pour chaque catégorie, nous avons essayé de comprendre les différents types d'aliments consommés depuis la naissance jusqu'au moment de l'enquête.

3.2- Alimentation des enfants âgés de 0- 6 mois

Au moment de l'enquête, les enfants de cette catégorie étaient au nombre de quatre (4) dont trois (3) garçons et une(1) fille.

Type d'allaitement au moment de l'enquête	Quantité
Allaitement maternel exclusif	-
Allaitement mixte	4
TOTAL	4

Aucun de ces enfants n'avait pour alimentation l'allaitement maternel. Bien qu'ils ne soient pas encore sevrés, des solides ou autres éléments sans qu'ils n'aient 6 mois sont introduits à leur alimentation de façon très précoce, ce qui est contraire aux prescriptions et recommandations actuelles des experts de la FAO/OMS/ UNICEF³². Ces recommandations sur l'allaitement maternel sont les suivantes : initier à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance ; pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois ; et continuer à allaiter pendant deux ans et même au-delà, tout en démarrant dès l'âge de six mois une alimentation complémentaire adaptée, appropriée à l'âge, adaptée sur le plan nutritionnel et sûre. De nombreuses autres ressources sur l'allaitement maternel et la nutrition du jeune enfant sont disponibles sur les sites de l'OMS, de l'UNICEF.

A quel moment a eu lieu l'introduction aux aliments	Quantité
Quelques jours	1
Un mois	2
Deux mois	1
Trois mois	-
Quatre mois	-
Cinq mois	-
Six mois	

³² Comité pour la promotion de l'allaitement maternel de l'Hopital Sainte- Justine, L'allaitement maternel, 1999, p.83

TOTAL	4
-------	---

Le tableau ci-dessus montre que parmi les enfants de moins de six (6) mois, un (1) a reçu de l'allaitement maternel exclusif durant quelques jours, deux (2) durant un mois et un (1) durant deux mois. Ainsi, on peut remarquer que les quatre (4) enfants ont reçu des aliments de compléments bien avant leur troisième mois de naissance, des aliments de complément sont donnés aux enfants. A cet âge, un seul repas est donné vers 11h à 14h. Le matin, c'est généralement le sein maternel qui est donné à l'enfant. Vers 10h, une bouillie de farine mixte est préparée pour le bébé et après 14h c'est encore le sein maternel qui lui est donné. Une purée de haricots noirs leur sert aussi de nourriture. Que ce soit de la bouillie ou purée de haricots, tous les organismes oeuvrant dans le domaine de la santé de l'enfant et même des médecins sont unanimes pour reconnaître que le lait maternel est l'aliment idéal pour l'enfant car il contient toutes les vitamines dont il a besoin pour son épanouissement.³³ En ce sens, les docteurs Rossant et Rossant – Lumbrosso (2006 : 69) ont fait une comparaison nutritionnelle moyenne des laits de mère, des laits 1^{er} âge et des laits de suite (2^e âge et laits de croissance) et du lait de vache en vue de montrer la supériorité du lait maternel. De plus, l'autre bienfait démontré c'est que le lait maternel est anti-infectueux et anti-allergique. Bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord pour donner un aliment de compléments à six(6) mois, car d'autres optent pour quatre(4) mois, aucune de ces considérations n'est observée par les ménages car tous les enfants ayant moins de six mois ont déjà eu des aliments de compléments. Quand on demande à Emilienne de citer ce qu'elle cuisine pour sa fille de cinq mois, elle répond : « Celui-là c'est un grand mangeur, je lui ai donné à manger à partir d'un mois maintenant, il avale tout ce qu'il trouve : lam, sos pwa, tout sauf ce qui est sucré. Il n'en veut pas. »

Les aliments de compléments³⁴:

Lait en poudre	2
Bouilli de bonbon	3
Soupe	3
Bouillie de manioc	3

³³ Rossant Lyonel et Rossant-Lumbrosso Jacqueline, *Votre enfant (Guide à l'usage des parents)*, p.68

³⁴ Parmi eux, il y en a qui sont consommés par plusieurs familles. Les chiffres indiquent combien donne à manger un aliment quelconque. On saura si plusieurs ménages ou la majorité le donne à son enfant. Il arrive qu'un plat est donné par plusieurs ou par toutes les familles. La purée par exemple est consommée par trois enfants.

Masok	4
Norrisoy	1
Purée de haricot	3
Pomme de terre	3
Carotte	3
Jus de citron	2
Lam	1
Riz	1

Dans ce tableau, deux (2) des quatre parents donnent du lait en poudre, trois(3) de bouilli de bonbon et de manioc, trois (3) de la soupe, de la purée et de la pomme de terre. Tous les parents, c'est-à-dire les quatre(4) parents qui ont des enfants âgés de zéro (0) à six (6) mois, cuisinent le masok, deux (2) leur préparent du jus de citron, et pour finir un seul leur donne à manger du riz et de lam.

Nous présentons maintenant les plats cuisinés pour les jeunes enfants de 0-6 mois: les ingrédients et la quantité utilisés pour chaque plat et le moment où il est donné.

Bouillie de Manioc repas de midi:

Préparation: On met 360 ml d'eau à bouillir, la farine est diluée dans de l'eau froide puis on l'ajoute dans l'eau qui est en train de bouillir. Ensuite du sucre, du lait sont ajoutés à la farine bouillie.

Lait	198.1g
Farine Manioc	71.3g
Sucre	70.1g
Eau de robinet	360g
Poids total de tous les ingrédients	699.5g
Temps de cuisson	10 minutes

Purée de haricots (dîner)

Haricots noirs	167.7g
Pomme de terre	95.5g
Carotte	58.5g
Feuille de lyann panye	27.4g
beurre	28.1g
magi	4.5g
ail	6.1g
poireau	3.3g
Clou de girofle	0.5g
Masok	191.5g
Eau de robinet utilisée pour cuire l'haricot	1444.4g
Poids total de tous les ingrédients	2000.1g
Poids du plat	712.2g
Temps de cuisson	50 minutes

Préparation: Le haricot est mis au feu avec 1444,4 g d'eau ; 3,3 g de poireau ; 6,1g d'ail, pour sa cuisson qui a duré 40 minutes. Ensuite l'haricot est écrasé dans une chaudière avec un gobelet ou **une manche de pilon (mortier)** et on le remet au feu. Pour finir, on ajoute du masòk, pomme de terre, beurre, magi, persil, clou de girofle. Le tout mélangé a duré 15 minutes.





Photo11: Préparation d'une purée de haricots, 06 mars 2016

3.3- Alimentation des enfants de 7 à 12 mois

Cette catégorie est composée de 6 enfants: 4 filles et 2 garçons. Parmi eux trois sont nés à la maison et les trois autres à l'hôpital Saint-Nicolas de Saint-Marc. L'allaitement mixte est le seul utilisé. Comme pour la première catégorie, l'introduction des solides et liquides s'est faite de très tôt. Pour quatre(4) d'entre eux, elle a été faite après quelques jours, 1(un) après un mois et un autre après trois mois. Dans ces deux catégories, 10 enfants sur les 15 étudiés n'ont pas été allaités de manière exclusive au sein pendant six mois. Très tôt, à partir de huit et/ou quinze jours, des aliments de complément sont ajoutés.

A quel moment a eu lieu l'introduction aux aliments	
Quelques jours	4
Un mois	1
Deux mois	
Trois mois	1
Quatre mois	-
Cinq mois	-
Six mois	-

TOTAL	6
-------	---

Le tableau ci-dessus nous montre une ressemblance à la première catégorie car les enfants de sept à 12 mois comme ceux de zéro (0) à six (6) mois, n'ont pas bénéficié de l'allaitement exclusif au sein durant leurs six premiers mois de vie. Quatre (4) d'entre eux ont eu des aliments de compléments après quelques jours. Les deux autres ont été nourris par des aliments chimiques bien avant leur quatre mois (Un (1) d'entre eux après un mois et l'autre à trois). Mais dans cette catégorie, on n'essaie pas uniquement de connaître leur alimentation avant six mois mais bien au-delà et on est arrivé à trouver les aliments de complément qui sont présentés dans le tableau ci-dessous. A la différence, des enfants âgés de zéro à six mois, plusieurs repas sont préparés au cours de la journée quand l'enfant est à son septième mois. On prépare deux plats au moins pour l'enfant : un le matin et un autre l'après-midi. Pour le déjeuner, c'est généralement de la bouillie de farine mixte, de la soupe qui est préparée ensuite racontent-elles³⁵ : sur le même feu (charbon ou bois dépendamment de la famille) un demi-gobelet de haricots noirs, miami ou autre est mis au feu pour la purée qui servira de dîner à l'enfant. Cette purée peut être consommée avec du riz ou du maïs (s'il y a assez de sous, une sauce ou des légumes). Dans le cas contraire, l'enfant mange l'haricot avec un mélange de pomme de terre, de carotte, d'agati et autres. Les personnes questionnées sont unanimes pour reconnaître que s'il y a assez d'argent, le repas de l'enfant est préparé bien avant celui de la famille, mais s'il y a manque l'enfant est obligé d'attendre le repas familial après le déjeuner. Cela ne veut pas forcément dire qu'il ne goûte pas à autre chose comme du cheeco, un bonbon sel, du pain beurré qu'on achète à cinq (5) gourdes dans la zone.

Les aliments de compléments³⁶ :

Lait en poudre	2
Bouillie de bonbon	3
Soupe	3
Bouilli de manioc	3

³⁵Cette personne peut être la mère, la grand-mère, la sœur, la tante. On s'adresse à celle qui est responsable de son repas.

³⁶ Parmi eux, il y en a qui sont consommés par plusieurs familles. Les chiffres indiquent combien on donne à manger un aliment quelconque. On saura si plusieurs ménages ou la majorité le donne à son enfant. Il arrive qu'un plat est donné par plusieurs ou par toutes les familles. La purée par exemple est consommée par trois enfants.

Masok	4
Norrisoy	1
Purée de haricot	3
Pomme de terre	3
Carotte	3
Jus de limonade	2
Lam	1
Riz	1

Dans ce tableau, deux (2) des six parents donnent du lait en poudre, trois(3) du bouilli de bonbon et de manioc, trois (3) de la soupe, de la purée et de la pomme de terre. Quatre(4) parents qui ont des enfants âgés de sept (7) à douze (12) mois cuisinent le masok, deux (2) leur préparent du jus de citron, un seul a répondu qu'il leur donne à manger du riz et de lam et le Nourrisoy. Enfin, trois parents utilisent la carotte, soit pour en faire du jus ou pour l'ajouter à la purée de haricots.

A partir de ce tableau, notre constat est qu'il y a une grande différence dans l'aliment de ces enfants entre ce qui est dit, conseillé et ce qui est cuisiné à la maison, car les enfants consomment déjà de la bouillie de farine mixte avant six mois et la majorité mange de tout à partir de sept mois. Cela nous montre qu'aucune norme, aucune recommandation n'est respectée. Passant par les organismes internationaux qui recommandaient six mois d'allaitement exclusif qui n'est pas respecté ni les aliments de compléments nutritifs. En 2004, dans l'ouvrage *De la tétée à la cuillère* Linda Benabdesselm et autres (2004 :62-82) nous montrent dans un guide approximatif la quantité de lait à offrir selon l'âge³⁷ et elles insistent aussi sur les types d'aliments qui devront être pris dans la journée.

Déjeuner : Lait, céréales et fruits

Dîner : lait, Légumes et fruits

Souper : Lait, céréales, légumes et fruits³⁸

Maïs (déjeuner)

³⁷ A partir de 7 à 12 mois, trois(3) à cinq (5) biberons sont conseillés avec 180 à 240 ml (6 à 8 on) par biberon et 720 à 840 ml (24 à 28 on) par jour.

³⁸ Idem page 82.

Beurre	35,8g
Hareng salé	40 g
Calalou	48.7g
Ail	12.6g
Hareng sò	46.3g
Poireau	10.5g
Carotte	47.7g
Mais moulin	361.4g
Huile	63g
Magi	8.7g
Eau du robinet	360g
Poids total de tous les ingrédients	1034.7g

Temps de cuisson :

41 minutes

Préparation: L'huile est mise dans une chaudière, on y ajoute le calalou quand c'est chaud. Après quelques minutes, deux(2) minutes environ l'hareng, poireau, ail écrasé sont ajoutés, puis la carotte et de l'eau. Quand l'eau se met à bouillir, le maïs est lavé avec de l'eau de robinet et mis dans la chaudière.



Photo12 : Cuisson d'une sauce de calalou, 02 mars 2016

Bouillon (repas de midi)

Masok	383.5g
Poireau	8.9g
Maggi beurre	4.2g
Hareng salé	10.4g
Beurre	36.2g
Sel	3.6g
Eau de robinet	400g
Poids total de tous les ingrédients	846.8g

Temps de cuisson

27-28 minutes

Préparation : Faire bouillir le masòk dans 500ml d'eau durant trois minutes. Pendant ce temps, on assaisonne l'hareng salé puis on ajoute le cube, le poireau, le beurre dans la chaudière pour que le tout soit prêt. Après cinq minutes, on le laisse refroidir avant de le donner à l'enfant.

Masòk et sauce hareng salé (déjeuner)

Masòk	531.2g
Hareng "barik"	22.6g
Oignon	48.3g
Piment doux	28.7g
Maggi beurre	4.2g
Pâte tomate	29.2g
Clou de girofle	1.1g
Huile	61.5g
Eau du robinet pour la sauce	150g
Poids total de tous les ingrédients	876.8g
Temps de cuisson	25 minutes

Préparation: Le masòk est mis au feu avec pour être cuit durant cinq minutes. Pendant ce temps, on prépare les autres ingrédients pour faire la sauce. Quand c'est fait, sur un autre feu et dans une petite chaudière on ajoute l'huile et on y met le hareng barik. Quand c'est frit, on ajoute de la pâte tomate, puis de l'eau du robinet. Pour finir, du piment, magi, clou de girofle sont ajoutés, l'oignon est ajouté quand la sauce est encore chaude, mais pas sur le feu.



Photo13: Masòk, 13 novembre 2015

Banana (déjeuner et souper)

Masòk	331,7g
Lait	196,2g
Beurre	20g
Sucre	67,3g
Eau robinet	300g
Poids total de tous les ingrédients	915.2g
Poids du plat	313g

Spaghetti au lait (souper)

Spaghetti	178.65g
Lait	196.6g
Beurre	18. 9g
Sucre	61.9g
Cannelle	3.3g
Sel	1.6g
Eau du robinet	600g
Poids total de tous les ingrédients	1060.95g

Temps de cuisson***25 minutes***

Préparation: Le spaghetti est mis au feu dans un litre d'eau mélangé avec du sel et de la cannelle pour être cuit. Après trois minutes, on y ajoute du lait, du beurre, du sucre et on remue le tout dans l'ustensile tout en diminuant la quantité de feu. Trois minutes plus tard le tout est prêt.

Avoine (repas de midi)

Avoine	51.6g
Fromage	12.7g
Lait	197.6g

Sucre	52.1g
Cannelle	0.7g
Eau du robinet	720g
Sel	1.4g
Poids total de tous les ingrédients	1036.1g

Temps de cuisson ***45 minutes***

Préparation: On met 720 ml d'eau à bouillir. Bien avant, l'avoine est diluée l'eau froide pendant quinze minutes, puis ajoutée à l'eau qui est en train de bouillir. Ensuite du sucre, du lait, fromage, cannelle, sel sont ajoutés à l'avoine bouillie.

Bouillie de farine France

Lait	196.6g
Farine	149.6g
Sucre crème	237g
Cannelle	3.6g
Sel	1.4g
Eau du robinet	250g
Poids total de tous les ingrédients	838.2g

Temps de cuisson ***25 minutes***

Préparation: On met 480 ml d'eau à bouillir. Bien avant la farine est diluée dans de l'eau froide pendant une minute puis on l'ajoute dans l'eau qui est en train de bouillir. Ensuite du sucre, du lait, cannelle, sel sont ajoutés à l'avoine bouillie.



Photo 14 : farine de manioc

3.4- Alimentation des 13- 24 mois

Pour les autres enfants qui sont âgés de 13-24 mois, les aliments consommés par ces petits sont, le matin : soupe, masok avec de la sauce hareng, maïs, spaghetti au lait. A midi, ils mangent généralement le repas familial qui est fait de purée de haricots, riz ou maïs « blan », de la sauce de viande ou de légumes feuille ou (mirliton). Pour finir le soir, c'est de l'avoine, Racahout, spaghetti ou macaroni au lait pour ceux qui sont sevrés. Ceux qui ne le sont pas encore, le sein leur est donné. Pour ces trois petits enquêtés, deux mangent trois fois par jour et un, une seule fois. Le repas de midi ou le dîner est le repas familial. Généralement l'enfant se nourrit du même repas que les membres de la famille. Si on n'a pas suffisamment d'argent à la maison, il arrive qu'on lui cuisine quelque chose pour ne pas avoir trop faim en attendant que quelqu'un rentre avec de l'argent pour préparer le repas. Pour les mamans, à cet âge, l'enfant trouve quelque chose à manger. Il se peut que ce ne soit pas nutritif mais il leur donne quelque chose : une soupe peut coûter 10 gourdes vu qu'ils trouvent généralement les feuilles nutritives (épinard, lyann panye) au jardin familial ou chez un voisin. Ils n'ont qu'à acheter 5 gourdes pain, le beurre, maggi. La veille, ils essaient de trouver de quoi leur donner car un enfant pleure quand il a faim. Les tableaux ci-dessous montrent les ingrédients pour chaque plat et le moment de la journée où il est consommé.

Maïs, purée et sauce hareng (dîner)

Haricot (yon mezi pwa):	151.5g
Carotte	37,7g
Poireau	17g
Eau pour l'haricot (Pwa Pinto)	2000g

N.B : Les 2000 g d'eau ne sont plus la même quantité utilisée pour faire la purée car elle a diminué lors de la cuisson du haricot.

Temps de cuisson du haricot: ***16minutes***

Mais moulu 348g

Eau pour le maïs 720g

Temps de cuisson du maïs : ***20 minutes***

Hareng salé 43.4g

Oignon 58.4g

Hareng sò 38.3g

Beurre 41.5g

Epices mélangés (Poireau, ail, persil, thym) 10.2g

Magi 2.1g

Carotte 37.7g

Eau utilisée pour la sauce 350g

Temps de cuisson de la sauce: ***15 minutes***

Préparation: L'haricot est mis au feu avec de l'eau, du poireau, pour sa cuisson qui a duré 16 minutes. Ensuite l'haricot est écrasé dans une chaudière avec un gobelet ou un pilon. Une passoire a servi à éliminer les peaux et on le remet au feu avec un peu de carottes, du beurre, magi pour dix minutes. Pendant ce temps, sur un autre feu et dans une petite chaudière on ajoute l'huile et on y met le hareng barik et salé. Quand c'est frit, on ajoute de la pâte tomate ensuite un peu d'eau de robinet. Pour finir, du piment, magi, clou de girofle sont ajoutés, l'oignon est ajouté quand la sauce est encore chaude mais pas sur le feu. Le maïs est cuit avec de l'eau et du sel.



Photo15: ti grenn magi bè (maggi beurre), 13 novembre 2015



Photo16: riz blanc, purée d'haricot et sauce hareng, 06 Mars 2016

Spaghetti (déjeuner)

Spaghetti	716.1g
Hareng saur	48.8g
Magi (un pat et trois beurres)	16.2g
Oignon	68.1g
Beurre	19.2g
Ail	12.8g
Huile	81.2g
Poireau	16.3g
Clou de girofle	
1.6g	
Piment doux	25.9g
Autres épices (persil et thym)	3.9g

Sel	18g
Eau du robinet pour cuire le spaghetti	2000g

Poids total de tous les ingrédients

Temps de cuisson pour le spaghetti ; 20 minutes après l'ajout des autres ingrédients à savoir huile, eau, etc. 10 minutes

Préparation: Le spaghetti est mis au feu dans un litre d'eau bouillie, mélangée avec du sel. Après dix minutes, on le descend, retire dans l'eau et remet la chaudière sur le feu. Quand c'est chaud, de l'huile est ajoutée pour mettre l'hareng, ensuite la pâte tomate, magi, beurre etc. Le mélange fait, on y ajoute un peu d'eau et le laisse bouillir pendant deux minutes. Le spaghetti bouilli est ajouté au mélange.



Photo 17: ti grenn magi pat tomat, 13 novembre 2015

Riz et haricot, sauce viande (dîner)

Haricots (1 gobelet)	454,5g
Riz (2 gobelets)	957,4g
Piment (2 grenn)	6,6g
Ail (1 tèt)	31,2g
Clou de girofle	
7g	
Epices mélangés (Poireau, ail, persil, thym)	
21.1g	

Magi	24,9g
------	-------

Pâte de tomate	
49,2g	

Beurre	50g
--------	-----

Huile	225g
-------	------

Pour la Sauce

Piment	10,5g
--------	-------

Magi	25,4g
------	-------

Beurre	50g
--------	-----

pâte de tomate	
16,3g	

Eau de robinet pour la cuisson du haricot	2268,5g
---	---------

Temps de cuisson de riz au haricot 45 minutes

Eau du robinet (riz et pois)	2672,1g
------------------------------	---------

Avant le mélange, l'haricot a pris 1h30 pour être cuit, la sauce 1h 05mn.



Photo18: gwo grenn maggi bè ak pat tomat, 13 novembre 2015.

Préparation: Après la cuisson du haricot, de l'huile est ajoutée dans la chaudière. Quand l'huile est chaude, l'ail, l'épice sont frits pour ensuite mettre le haricot dans l'huile. Quand l'eau se met à bouillir, le riz est lavé et mis dans l'eau bouillante. Pendant ce temps, la sauce se fait sur un autre feu.



Photo19 : cuisson du riz mélangé avec du haricot (diri a pwa), 02 février 2016

3.5- Alimentation des enfants de 25 mois et plus

Au moment de l'enquête, deux ménages ayant des enfants de cette catégorie ont été retenus. Comme pour tous les treize (13) autres enfants déjà présentés, on ne s'est pas contenté d'avoir des informations sur ce que l'enfant mange au moment présent maison est remonté dans le temps pour savoir sur ce qu'ils ont consommé dès leur naissance car cela nous permet de voir de quoi est constitué le patrimoine alimentaire des enfants de cette section communale. Cela nous a permis d'apprendre que l'un d'entre eux a été allaité uniquement au sein durant les six premiers mois. Quant au second, la mise au sein a été faite au 3^e jour de naissance car il n'y pas eu de montée de lait et on lui a donné du gerber dès qu'il a eu cinq (5) jours. En attendant le lait maternel, on lui a

donné de l'eau sucrée mise. Les aliments donnés aux enfants à partir de cinq jours et six mois sont ainsi présentés :

- Le second enfant étant nourri très tôt, les aliments sont les suivants :

A deux mois, un seul aliment est cuisiné dans la journée, de la bouillie de farine mixte (manioc, masòk, riz, etc.) Il est cuit très tôt pour que l'enfant puisse l'avaler au moins deux fois, mais pas au-delà de 16 heures. A partir de 16 heures l'enfant est nourri au sein.

A partir de six mois, son alimentation est beaucoup plus diversifiée et elle est prise à différents moments de la journée (matin, midi, soir). Ainsi, les pratiques alimentaires de ce dernier sont les suivantes :

Le matin, pour le déjeuner : soupe, masok avec du hareng, œufs avec de la figue-banane mûre, jus de carotte.

Le midi, au dîner : purée du haricot, mais ou riz, sauce. L'enfant participe parfois au repas familial s'il est préparé de bonne heure.

L'enfant n'étant pas encore sevré, le lait maternel lui est donné comme souper.

- Le premier, comme je l'ai mentionné plus haut, a été nourri exclusivement au sein. Son introduction à d'autres aliments a pris beaucoup de temps et même au moment de l'enquête, sa mère nous raconte qu'il n'aime pas trop le repas familial. Ses préférences sont les céréales avec du lait ou encore du spaghetti. Ensuite elle lui prépare un peu de jus de carotte. L'enfant a été sevré à deux ans ; dès un an on essaie de l'adapter au repas familial. Mais il n'en mange presque rien généralement, et on est obligé de lui préparer autre chose.

Macaroni au lait (déjeuner et dîner)

Le macaroni est préparé de la même manière que le spaghetti mais à chacun son goût. Il existe des ménages qui aiment mieux le macaroni.

Macaroni (Koki)	102.9g
Fromage	12,7g
Sucre crème	138g
Épice douce	0,4g

Lait	197,6g
Eau de robinet	720g
Sel	1,5g
Poids total de tous les ingrédients	1173.1g
Temps de cuisson	30 minutes

Préparation : Le macaroni est mis au feu dans deux litres d'eau mélangés avec du sel, de la cannelle pour être cuit. Après cinq minutes, on y ajoute du lait, beurre, fromage, sucre et on remue le tout dans l'ustensile tout en diminuant la quantité de feu. Le plat est prêt trois minutes plus tard.

Soupe pain (déjeuner)

A partir de nos données, tous les ménages cuisinent la soupe. Pour eux, c'est très fortifiant et une bonne soupe avec de l'épinard ou l'agati vous permet de combattre l'anémie. La soupe est consommée par les enfants, jeunes enfants et même les adultes.

Pain	60.4g
Épinard	20.8g
Hareng salé	11.4g
Beurre	17.5g
Maggi beurre	4.2g
Carotte	41.4g
Piment doux	19.8g
Clou de girofle	1.2g
Ail	4.1g
Poireau	6.3g
Huile	20.5g
Eau du robinet	735g

Poids total de tous les ingrédients

942.6g

Temps de cuisson

30 minutes

CHAPITRE IV

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse documentaire et l'enquête de terrain nous ont permis de faire quelques constats en rapport avec les objectifs fixés à savoir les caractéristiques sociodémographiques des familles sélectionnées et du même coup identifier les ingrédients faisant partie de leur patrimoine culinaire. Le but principal de l'étude était de fournir une description de la pratique l'alimentation des enfants de zéro (0) à cinq (5) ans. Nous avons aussi tenu à identifier les différents facteurs qui pouvaient influencer les mères ou les gardiennes d'enfants à pratiquer une alimentation particulière pour leur progéniture. Les résultats globaux de l'étude s'avèrent statistiquement non significatifs mais ils

reflètent une certaine réalité alimentaire à Lalouère. Qu'il soit une centaine de ménages ou une vingtaine, les tendances seront sans doute les mêmes. Comme je l'ai mentionné au chapitre de la méthodologie, lors de l'enquête, dans une seule cour « lakou en Haïti » il arrive qu'un ménage se compose de plusieurs enfants en bas âge mais un seul est retenu, car leur alimentation est la même. A k-Pyè par exemple, la mère participante a une petite fille de dix mois, quant à sa mère un garçon de deux ans. Lors de notre arrivée, la grand-mère nous a fait attendre la venue de sa fille pour connaître la date de naissance de la petite-fille mais elle a tout de même participé à l'enquête. Ces informations nous ont été utiles car c'est elle qui perpétue les traditions alimentaires et nous avons constaté que les deux enfants avaient les mêmes régimes alimentaires.

Les caractéristiques démographiques de nos sujets montrent que nous avons touché un groupe socio-économique à faibles revenus car les sujets à risque plus élevé se retrouvent parmi les participants. La majorité des participants s'adonnent principalement à l'agriculture et l'ont appris sur le tas, principalement en travaillant avec des parents. Ensuite, vient le commerce qui est cité par sept (7) exploitants. Cette activité se retrouve principalement et majoritairement chez les femmes. Par ordre d'importance, les activités agricoles et para-agricoles les plus pratiquées sur les exploitations au niveau de la 4^e section sont la production végétale et l'élevage de bétail. La production du charbon est aussi très significative. Parmi les quinze participants, quatre (4) affirment qu'être cultivatrice est leur activité principale, trois (3) sont des vendeuses, quatre (4) font de l'agriculture et le commerce, et les quatre (4) autres aident parfois leurs parents dans les champs et à la maison. Les sept pères pour lesquels on a recueilli des renseignements sont tous des cultivateurs mais cinq (5) exercent d'autres activités comme : mécanicien (1), chauffeur de taxi (1), vendeur de borlette (1), vivent à l'étranger (2). Les résultats les plus intéressants ont permis de mettre en lumière les facteurs culturels et économiques dans les habitudes alimentaires. Cette démonstration est faite à la section 4.3 du chapitre. Nous retrouvons dans notre population la même tendance que dans d'autres études qui est de donner des aliments de complément avant les quatre mois de naissance. Il faut aussi souligner que les parents aimeraient à priori tenir compte des attentes des infirmières à la naissance de l'enfant (ceux qui sont nés à l'hôpital) mais pour diverses raisons ils modifient leurs intentions en arrivant chez eux. L'avis des matrones aussi bien que celui des grands-parents est priorisé. De façon générale, les habitants de la 4^e section vont au Centre de santé en cas de maladie. Pour certains malaises, comme l'a souligné dans le *diagnostic communautaire de la 4^e section*, deranjman, fredy, kò fè mal, gaz, tèt fè mal, lamè tonbe, lèt pase

etc. ils peuvent consulter un « médecin feuille » (qui peut être une femme ou un homme) avant de se rendre au centre. Toutes (15) ont confirmé avoir reçu les conseils venant de leurs mères ou d'un médecin feuille à la naissance de leur enfant car tous ont pris le bain de vapeur.

4. 1- Les modèles alimentaires

L'analyse des résultats obtenus à partir de l'échelle d'identification culturelle nous permet de constater que les ménages de notre échantillon sont faiblement acculturés. Les résultats obtenus démontrent que la majorité des participants ont suivi les modèles alimentaires traditionnels plutôt que le modèle nutritionnel proposé par les médecins et les infirmières, qui est celui de l'allaitement maternel. Ceux qui adoptent le modèle ancestral continuent de s'identifier fortement à leurs pratiques d'alimentation d'origine et à valoriser tout ce qui réfère à celle-ci. De plus, leur degré d'acculturation et de loyauté envers les aliments industriels est limité, et ce, indépendamment du sexe, de l'âge ou du niveau d'éducation des participants. Dans certains cas, les parents achètent un aliment industriel pour leur enfant parce qu'ils doivent s'adapter aux changements, faire face aux coûts de la vie et aussi parce que les enfants en raffolent (Ex : le cheeco est aimé par les petits, les jeunes). A titre d'exemple, le lait évaporé en marmite est nécessaire car le lait de vache n'est pas facile à trouver et ne peut pas être conservé dans le milieu vu qu'ils n'ont pas de réfrigérateur et de l'électricité tous les jours. Avant, les parents allaient traire les vaches ou achetaient du lait chez un éleveur. En plus d'être rare, une petite boîte de lait (20 à 25 gourdes) coûte moins cher qu'une bouteille de lait de vache (50 gourdes et plus). La farine mixte aussi est achetée au supermarché car le temps de transformation (riz, maïs, manioc, masòk) est trop épuisant et long. L'allaitement exclusif est remplacé par des aliments de compléments pour que les mères puissent poursuivre leurs activités. A partir de la question : « *lister toutes les boissons et les aliments que vous donnez à votre enfant* », on a pu constater dans la liste que la majorité des parents ne donnent pas assez de fruits et légumes. Les principaux aliments consommés sont :

- a) Pour les fruits : Mangue, figue mûre, avocat, orange, chadèque.

Pour les fruits, les parents reconnaissent que les enfants en consomment beaucoup quand c'est leur saison de récolte, sinon on ne les retrouve pas dans leurs pratiques quotidiennes. Lors de notre enquête peu d'enfants ont consommé de la mangue, encore moins de l'avocat, de l'orange et du chadèque. Ces aliments font partie des habitudes alimentaires des jeunes enfants mais de façon saisonnière.

- b) Les légumes : chou, carotte, cresson, mirliton, berejèn, tomate, calalou, épinard, lalo, agati, etc.

On retrouve plus de légumes dans l'alimentation des jeunes par rapport aux fruits, vu qu'une grande partie est cultivée dans plusieurs régions de Saint-Marc et on les trouve plus facilement sur le marché. Les légumes comme la carotte, l'agati, l'épinard, le cresson sont souvent utilisés pour faire du jus, ou mis dans le bouillon, la soupe. Le calalou permet la cuisson du riz ou du maïs blanc. On en utilise aussi pour faire de la sauce. Quant au mirliton et à l'aubergine ils sont cuisinés, mais pas souvent vu qu'il y a beaucoup d'autres ingrédients à acheter lors de leur cuisson et les familles sont très nombreuses. UN légume de mirliton coûte cher. Par exemple, la mère du Lakou, Mirlande nous cite les ingrédients achetés pour la cuisson d'un légume.

« L'après-midi, c'est le repas familial qu'elle consomme. Cela peut-être un légume ou de la sauce. Au marché, j'achète : quarante (40) gourdes de mirliton, viande de bœuf, l'ail, chou, cresson, épinard, carotte, deux piments (douce et piquante), citron ou orange, trois (3) magi, beurre, pâte de tomate. La cuisson est évaluée à 2h et plus. Pour un légume de feuille (lalo), ce sont les mêmes ingrédients sauf que le mirliton est remplacé par le lalo (50 gourdes feuille et mélange) et parfois la viande de cochon est la meilleure »

- c) Autres : haricot, œuf, lait, pistache, viande, poisson, riz, maïs, lam veritab, manioc, banane, pomme de terre, spaghetti, macaroni, farine, pain, beurre, huile, sucre, canne à sucre, blé, fromage, céréales. Ces aliments peuvent apporter les protéines nécessaires à la construction des corps des petits. Nous avons l'exemple de Rolancia qui nous liste le repas cuisiné pour son fils vingt-deux (22) mois comme souper :

« Je lui cuisine du spaghetti au lait ou de la coquille. Qu'il s'agisse de spaghetti ou de la coquille, cela se fait de la même manière, les mêmes ingrédients sont utilisés : demi-sachet (spaghetti ou coquille, une boîte de lait évaporée, cannelle, beurre, trois cuillères de sucre. J'ajoute un peu de pomme de terre à la coquille. Le tout est cuit au charbon pendant une heure. »

Voici une liste d'aliments dont une grande partie a été cultivée dans la région ou dans le pays.

4. 2- Les habitudes alimentaires à Lalouère

Cette section présente la synthèse des données relatives aux habitudes alimentaires des participants pour les jeunes enfants.

4.2. 1- Temporalité

Selon le niveau économique et l'âge de l'enfant des participants, le nombre de prises alimentaires varie entre trois et cinq par jour. Les trois repas de base sont pris le matin (entre 7h et 9h), le midi (entre 12h et 15h) et le soir (entre 18h et 20h). Deux collations ponctuent la journée: l'une à 10h-10h 30, inspirée de la pause des enfants à l'école (pour ceux qui vont à la maternelle à partir de 30 mois et 36 mois). Un goûter est servi à 12 -13h, à la sortie de l'école, avant le dîner. La durée des prises alimentaires est variable et non spécifique. Un repas «standard» de semaine est généralement consommé le dimanche. Mirlande nous cite les aliments cuisinés pour sa fille de 25 mois le matin :

« Bouillon ou soupe, riz ou maïs, souvent du blé car elle l'adore. Quarante-cinq minutes sont nécessaires pour la cuisson du plat et elle utilise les ingrédients suivants pour le bouillon par exemple : Carotte, épinards, agati, masok, tayo, banane, beurre, abats de cabris. Parfois elle lui fait un peu de jus de carotte, d'orange ou de citron. »

Entre deux et trois heures sont accordées quotidiennement à la préparation et la cuisson des repas de midi, trente à soixante minutes pour le déjeuner et le souper. La tâche revient à la personne disponible (maman, tante, grand-mère, sœur, etc..) lorsque les maîtres de la maison travaillent, ce qui parfois était le cas pour nos quinze participants. Cependant, la maîtresse de maison a l'habitude de cuisiner les fins de semaine ou lors d'occasions spéciales. C'est aussi l'occasion pour les mères de transmettre le savoir culinaire aux jeunes, surtout aux filles. Selon la tradition haïtienne, la cuisine n'est pas une affaire d'hommes, comme nous le confirme Maya :

« Les hommes? À la base, ils ne rentrent jamais dans la cuisine. C'est la culture qui veut ça. Ça dépend du gars, il peut vous aider à le préparer mais la femme qui cuisine. C'est même une insulte qu'une femme ne sache pas cuisiner. Sa mère en sera l'unique responsable puisqu'elle ne l'a pas appris à prendre soin d'un homme. Siw pa konn lave pase fè manje ret lakay manman w (si tu ne sais pas faire la lessive, à manger, repasser, reste chez ta mère) ».

Néanmoins, tous les participants masculins ont reçu un enseignement culinaire de leur mère en prévision de leur départ de la maison familiale ; aussi dans leur jeunesse il arrive que les hommes cuisinent quelque chose en étant dans le champ

Il y a aussi des plats de fruits et de légumes qui sont mangés dans la saison, c'est-à-dire que leur consommation repose surtout sur la disponibilité des aliments au fil des saisons (i.e. la saison des mangues, des avocats, du mil, du haricot, des tomates...). De plus, l'alimentation varie en fonction du milieu. On compte une alimentation rurale, dite traditionnelle, qui se caractérise par la consommation d'aliments frais et naturels, car ils sont cultivés à proximité, avec un peu de mélange de produits venant d'ailleurs. L'alimentation y est donc très diversifiée, mais repose uniquement sur le pouvoir d'achat. Ce modèle alimentaire reflète la situation des quinze participants. Un autre aspect qui est ressorti des entretiens au sujet des habitudes alimentaires dans la région est la présence du phénomène des mutations des pratiques alimentaires, s'apparentant à celui qui touche la société moderne occidentale. Dans le contexte de la 4e section, le phénomène se caractérise entre autres par la pénétration des produits de dumping sur le marché économique (lait en boîte, gerber, farine mixte préparée, en provenance de pays industrialisés ou d'autres régions d'Haïti). Cela entraîne, selon Widline (mère d'en petit de 10 mois) et Rezimène (maman d'une fillette d'un mois) un changement des habitudes alimentaires. Rezimène illustre bien la situation:

« C'est sûr qu'il y a beaucoup de choses qui commencent à rentrer venant d'autres zones ou pays qui ont été faites industriellement. Il y a des boîtes de conserve un peu boursoufflées, on voit qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais les gens achètent quand même à moindres frais. C'est sûr que les gens se posent des questions, mais au-delà de cette préoccupation, il y a le côté économique et aussi c'est plus facile de s'en procurer. Le lait de cabri et de vache n'est plus facile à trouver. Ceux qu'on trouve ne sont plus de bonne qualité. Tant que les gens ne sont pas sensibilisés, ce qu'ils trouvent sur le marché, ils s'en procurent dès qu'ils ont les moyens. »

Cadeline évoque par ailleurs une sensibilisation accrue en matière d'alimentation auprès de la population depuis les dernières années:

« Y'a l'infirmière et autres personnes œuvrant dans le domaine de la santé communautaire qui faisait des campagnes de sensibilisation pour dire ce qu'il faut mettre dans le petit déjeuner, dîner de l'enfant, ce qu'il faut éviter de lui donner, etc. Y'avait des émissions à la radio. Y'a beaucoup de gens qui ont des enfants considérés comme mal nourris, ma fille en faisait partie mais elle va mieux maintenant. Ça touche surtout ceux qui avaient l'argent. »

4. 2. 2 Composition alimentaire

L'aliment de base est incontestablement la bouillie de farine mixte pour les moins de trois mois. Tous les participants l'ont placé en tête de liste. Il est généralement acheté en super marché. Le riz aussi est consommé sous forme de bouillie et est à la base d'autres plats quand l'enfant grandit.

D'autres bases glucidiques diversifient la gastronomie de ces enfants comme le manioc et le masòk sous différentes formes : farine ou écrasé après cuisson pour les petits de moins d'une année). Vers trois mois, le pain est très consommé, surtout au déjeuner, accompagné de beurre ou d'agati pour la soupe. Pour plusieurs participants, en grandissant, la bouillie ne peut pas satisfaire l'appétit du bébé. Ainsi la farine mixte est aussi remplacé par le Nourissoy³⁹ car le peu ajouté dans de l'eau bouillie vous donne un grand bol pouvant nourrir l'enfant jusqu'à 15h. Vers quatre mois, la viande et le poisson sont mijotés dans la sauce ou grillés, tandis que les fruits servent pour faire du jus ou manger tels qu'ils sont à n'importe quel moment de la journée. La composition alimentaire décrite ci-dessus est commune à tous les participants. En effet, tous les participants issus de la classe paysanne ont souligné que le dîner est toujours constitué d'un repas traditionnel haïtien souvent à base du haricot, alors que le repas du soir est « plus modernisé », composé de lait en boîte qui peut être en poudre ou liquide car les ingrédients utilisés pour la cuisson du souper sont généralement des produits importés (le spaghetti, le blé, sucre, fromage, macaroni, ...) tandis que pour le dîner, il s'agit de produits généralement cultivés localement (haricots, riz, ail, oignon, feuille, mirliton, poisson, viande de cabris, bœuf).

La méthode de préparation des aliments est traditionnelle, elle requiert donc beaucoup de temps, car les aliments sont souvent cuits sur le feu de bois ou de charbon. La principale technique de cuisson utilisée consiste à faire cuire le haricot en premier lieu pour les plus de trois mois. Cette cuisson peut prendre plus d'une (1) heure, ensuite les sauces durant plusieurs minutes, voire quelques heures.

4. 2. 3 Formes de consommation, spatialité et stratégies d'approvisionnement.

Pour les moins de six mois, l'alimentation quotidienne est peu diversifiée, alors qu'à partir de sept mois, l'alimentation l'est beaucoup plus. L'enfant de plus de sept mois, en plus de la nourriture qui lui est préparée à la maison, mange tout ce qui est cuisiné pour la famille, lors des fêtes, par

³⁹Une autre qualité de farine qui est moins couteux et qui est aussi consommée par les plus jeunes.

exemple, qui des occasions spéciales où la consommation de nourriture est au cœur des célébrations.

Le contexte des repas dans la zone est fortement socialisé et se fait toujours en groupe. Le nombre de personnes varie, mais il atteint souvent la dizaine dépendamment de l'enfant qu'on nourrit. Pour les nourrissons, pas besoin d'être réuni en famille. La personne qui en a la garde lui donne à manger et généralement l'enfant s'endort quelques minutes après. A partir de sept mois, surtout pour le dîner, le repas est partagé en famille immédiate ou élargie, avec les voisins et les amis. L'enfant court après chaque cuillère, jette la nourriture par mégarde ou parce qu'il n'en veut pas. Quand c'est avec la famille, le repas n'est pas pris autour d'une table. Les grandes personnes s'assoient sur une chaise en général et les petits parfois à terre sur un tapis. Plusieurs participants ont manifesté leur attachement au contexte social des repas. Miloda, explique l'atmosphère entourant la prise des repas à Venotte et les valeurs morales y étant rattachées de la manière suivante:

« C'était un esprit de partage et nous étions gais en mangeant. Les vieux nous disent toujours qu'il faut manger en communauté, parce que ça tisse les relations et quand on partage son repas avec les autres, on n'aura jamais faim. Quand je cuisine ou pas pour mon neveu, ma belle-sœur qui a un enfant m'envoie toujours quelque chose pour mon petit. Ça se passe souvent ainsi. On s'entraide soit pour la garde ou pour les repas. »

L'approvisionnement des ingrédients nécessaires à l'alimentation de l'enfant n'est pas facile. C'est un souci quotidien. Quand c'est la saison des haricots, le riz par exemple, une partie est gardée à la maison et l'autre vendue au marché. L'achat des denrées périssables comme la viande, les fruits et les légumes se fait quotidiennement. Les aliments de base comme l'huile, les farines et le sel sont achetés en quantité suffisante pour en faire provision pour quelques jours. Les achats se font au marché public, où les produits se distinguent par leur fraîcheur et leur qualité. Cependant, une part des aliments est autoproduite, donnée ou échangée. C'est le cas de certaines feuilles qui sont cueillies dans les terrains vagues (dans leur champ) et qui entrent dans la composition de certaines sauces et légumes des aliments comme la mangue, le fruit à pépins qui sont cultivés par plusieurs et partagés dans la communauté et des animaux comme les poules, cabris, qu'il est courant de posséder.

Nous avons également questionné les participants sur la conception qu'ils ont de l'alimentation à Saint- Marc. Tous ont souligné que leur alimentation est constituée majoritairement d'aliments naturels et frais. Plusieurs d'entre eux jugent par ailleurs que l'alimentation en Haïti, surtout en province, est variée. Aussi, les participants soutiennent de manière récurrente que l'alimentation se distingue en fonction des milieux urbains et ruraux ainsi que des classes sociales. Finalement, tous reconnaissent que la solidarité est au cœur de l'acte alimentaire en milieu rural, autant par le partage des repas qui se font systématiquement en groupe, que par le devoir moral selon lequel chacun se préoccupe que l'autre puisse manger en dépit des inégalités sociales. Des plats cuisinés, des ingrédients s'échangent souvent entre voisins. Dans le lakou de Rousette, la tante Rosie Edouard nous explique :

« Tu vois comme nous sommes ici ? C'est ainsi, la famille est très grande. Même si plusieurs d'entre nous sont mariés, c'est un seul repas qui est préparé. Nous cuisinons parfois sept (7) gobelets de riz puisque nous sommes une quinzaine à vivre en famille. Regarde cette fille, elle vient de se marier il y a quelques jours et est un peu timide mais elle est venue vivre ici avec mon cousin. Il a construit deux chambres dans la même cour pour vivre avec sa femme. Nous sommes voisins et familles. »

4. 3- Facteurs influençant les pratiques alimentaires des habitants de la 4e section de Saint-Marc.

Nous présentons ici les facteurs jouant un rôle dans la nourriture que nous avons identifiés à la suite des propos recueillis auprès des participants et faisons un lien avec l'influence des caractéristiques sociodémographiques.

À la question «*Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent le changement ou le maintien de vos habitudes alimentaires ?* », les participants ont fourni des réponses issues de leur expérience individuelle, mais les résultats se recourent étonnamment. Nous avons pu regrouper les diverses raisons dans cinq catégories de facteurs: temporel, culturel, social, économique, l'âge. Nous présentons également les variables sociodémographiques recueillies à l'aide du questionnaire d'identification et l'influence qu'elles ont sur le changement ou le maintien des habitudes alimentaires du jeune enfant.

De l'ensemble des facteurs identifiés à travers les dimensions soumises à l'analyse, certains incitent au maintien des habitudes alimentaires d'origine, d'autres entraînent des changements auprès des informateurs de notre échantillon. La description des habitudes alimentaires à Lalouère nous a permis de relever parmi les propos des participants les éléments relatifs aux habitudes alimentaires qui changent et ceux qui persistent avec le temps afin de mieux identifier les facteurs qui en découlent.

4. 3. 1- Changements et persistances dans les habitudes alimentaires

Au terme des entretiens, nous avons relevé que le discours alimentaire et nutritionnel en contexte haïtien a beaucoup de similarités avec les normes sociales. Certains éléments fondamentaux persistent malgré le poids de la mondialisation. Il s'agit du savoir-faire culinaire des parents qui est presque exclusivement haïtien. Par le fait même, leur goût pour la nourriture nationale fraîche, naturelle, salée, épicée persiste. De plus, tous maintiennent un fort attachement à leur culture qui se manifeste par la nostalgie de manger des produits cultivés localement. Leurs connaissances et croyances en matière d'alimentation sont d'origine familiale et liées à la médecine traditionnelle. Finalement, la disponibilité des aliments cultivés par saison dans les marchés publics les incite à maintenir le plus possible les habitudes alimentaires pour les jeunes enfants. Ces éléments, dont la plupart font référence au bagage d'expériences personnelles et de croyances culturelles agissent comme principal facteur de maintien des habitudes alimentaires. Comme plusieurs participants l'ont témoigné, les habitudes s'acquièrent à la naissance et sont difficiles à changer. Les propos recueillis auprès des parents d'enfants de notre échantillon nous mènent à croire que seul le temps agit sur le changement profond de ces habitudes, alors que les éléments qui changent avec le plus de facilité sont rattachés à des causes environnementales, économiques comme l'emploi du temps, le pouvoir d'achat. Dieuna nous raconte :

« La montée du lait s'est faite après mon bain de vapeur mais j'ai toujours acheté du lait en poudre pour ma fille. A partir de deux mois, je lui ai donné d'autres aliments tel que le nourrisoy et autres farines. Je les cuisine le matin et à midi. Le soir, je lui donne du lait en biberon. Le sevrage a été fait à douze (12) mois. Pour ses vingt-quatre (24), je lui donne à manger trois (3) fois par jour si j'en ai les moyens. Le cas contraire, c'est deux (2) fois et elle doit attendre le repas préparé pour toute la maison. Parfois, je lui cuisine une soupe, en attendant le repas familial. »

4. 3. 2 catégories de facteurs influencent l'alimentation.

4. 3. 2. 1. Temporel

Les propos des participants confirment que les pratiques alimentaires ne sont pas les mêmes. Le temps, sous deux formes, est le principal facteur de changement alimentaire identifié auprès de notre échantillon. Le temps synchronique (quotidien) est principalement dû au changement de l'emploi du temps par rapport au mode de vie d'avant. En effet, le travail, les études, l'obligation de cuisiner sont autant de causes qui chambardent le rythme auquel les participants étaient habitués. Les principaux effets encourus sont le changement de la personne qui est responsable de la préparation du repas de l'enfant pour les plus grands, la diminution de la fréquence des prises alimentaires (le sein par exemple) et le rythme qui devient irrégulier. Voici un passage de Rezimène :

« Je sais que dans le temps on donnait à manger de très tôt à l'enfant, c'est maintenant qu'on nous demande de les allaiter pendant six mois exclusivement avec le lait maternel. J'ai repris mes études c'est un peu difficile tout ça. C'est sûr que la première chose qui change, ce sont les heures des tétées. Souvent je n'ai pas le temps, entre le fait d'aller en cours au centre-ville. Je laisse la bouillie cuisinée à ma sœur pour qu'elle puisse la donner à ma fille. »

Pour sa part, l'habitude modifiée par les nouvelles technologies, les autres personnes rencontrées qui contribuent à l'assouplissement et à la modification des habitudes alimentaires. Avec le temps, les habitants s'habituent aux nouveaux goûts, aux nouveaux modes de vie et acquièrent des réflexes de la société qui ne sont pas forcément désirés ou conscients. Rezimène l'explique bien dans ses propos:

« À la fin, on s'habitue, J'ai l'impression que c'est une question d'habitude, on s'habitue, on s'adapte et puis voilà. Par exemple, on n'utilisait pas le lait en poudre pour les enfants. C'était du lait de vache ou de cabri, maintenant on a aussi le lait évaporé. Quand ma fille criait sans arrêt, on m'a conseillé un lait en poudre pour enfant de 0- 1 an. Ce que je dis toujours c'est que la société fait l'individu. On est le résultat du milieu dans lequel tu vis. Je m'attache certes à quelques habitudes conseillées par ma mère mais quand c'est un enfant qui ne peut rien vous dire quand il a mal, mieux vaut tenir compte des conseils des spécialistes. Donc pour ma fille, j'adopte et je m'adapte. »

4. 3. 2. 2. Culturel

Les facteurs culturels ou de renforcement tels que: l'attachement aux valeurs familiales, le savoir-faire culinaire ainsi que les croyances traditionnelles semblent être d'importants facteurs de maintien des habitudes alimentaires. Pour la plupart des participants, le temps passé aux côtés de leurs parents même en ayant leur propre famille leur permet de se connecter aux traditions, tel que le souligne Rolancia :

« C'est pas que je veux garder ma culture ou ma tradition, je suis obligée de le faire, c'est naturel. Quand j'ai fini de mettre mon fils au monde, j'ai jeté le premier lait parce que les adultes me disent que ce n'est pas bon. Je dois me laver les seins avant de donner le lait à l'enfant car si c'est chaud l'enfant pourra tomber malade mais je l'ai allaité au sein pendant six mois »

Un duel s'exerce donc entre l'habitude culturelle et l'habitude acquise, que seul le temps diachronique permet de renverser. Dans notre échantillon, nous avons observé que même après la naissance de plusieurs enfants (le participant peut avoir plusieurs enfants), il y a des habitudes alimentaires qui persistent, d'autres sont intégrées par de nouvelles habitudes en raison des pressions économiques ou sociales.

4. 3. 2. 3. Social

La composition du ménage et de l'entourage immédiat de la famille de l'enfant agissent comme facteurs de maintien des habitudes alimentaires alors que l'entretien de liens ou la cohabitation avec des personnes venant d'horizons divers accélèrent le processus d'acculturation alimentaire. La diversification de l'entourage social de l'enfant encourage l'ouverture, l'échange et l'apprentissage des habitudes alimentaires locales par le biais d'échanges de recettes, l'introduction et l'incitation personnelle à d'autres goûts. C'est le cas de Mirlande qui habite à Gilbert et qui par le biais de sa mère a appris à préparer elle-même la farine de manioc :

« Quand j'ai commencé à lui donner des aliments vers un mois, j'ai acheté le manioc et j'ai préparé la farine à la maison avec l'aide de ma mère et ma sœur. On le râpe. Par la suite, avec un tissu préparé à cet effet, deux personnes extraient l'eau et on le met à sécher. La farine séchée est utilisée pour faire la bouillie. On se sert aussi de l'eau venant de la farine pour en faire la bouillie. »

Nous avons constaté dans notre échantillon que les couples dont les deux personnes sont d'origine différente et ceux qui vivent avec des personnes âgées conservent en majorité les habitudes alimentaires de la 4e section ou de la commune de Saint-Marc. Par ailleurs, à l'intérieur des couples mixtes (Saint-Marc- Jean-Rabel, Saint-Marc-Petite Rivière de l' Artibonite), il semble qu'il y a un mélange de cuisines. Elle varie dépendamment de la personne qui cuisine. Sa préférence prend le dessus. Pour les enfants de moins de six tous les participants cuisinent de la bouillie de farine mixte pour l'enfant. La différence est dans le moment de la prise des repas et la quantité qu'on doit donner à l'enfant. Emilienne, âgée de vingt six ans et mère de quatre enfants (âgés entre huit (8) ans et 5cinq (5) mois explique :

« Je vis avec ma mère, mon père et le père de mes enfants. Nous sommes treize (13) à vivre ici. Mon fils de cinq (5) mois mange tout ce qui est salé : lam, diri, sos pwa. Il n'aime pas ce qui est sucré. Yo toujou di pitit kip a kriye pa bezwen tete men li menm depi wap manje li vin jwenn ou pouw ba li. Nous n'avons pas une heure fixe pour lui donner à manger, on essaie parfois de ne pas aller au-delà de seize (16) heures.

4. 3. 2. 4. Économique

La disponibilité des aliments est le facteur exprimé le plus spontanément par les participants quant au maintien de leurs habitudes alimentaires. Avant, tous les parents préparaient eux-mêmes leurs farines à partir du manioc, le masòk ou le riz cultivés. La farine extraite de ces produits servait à la cuisson de la bouillie pour les enfants. De nos jours, c'est différent. Pour le riz, comme c'est toujours disponible au marché (Artibonite, grenier du riz en Haïti), elles préparent toujours leur farine mais pour les autres ils l'achètent généralement au super marché ou au marché public. Pour la préparation, la force physique de l'homme était la bienvenue. Les participants pensent trouver tous les ingrédients nécessaires à la préparation de leurs plats traditionnels ainsi que des aliments de substitution qui permettent de préserver l'aspect et le goût des aliments traditionnels qu'on ne retrouve plus sous forme bio. C'est ainsi, ils utilisent souvent le maggi de pâte tomate pour remplacer la tomate (utilisée pour donner un peu de couleur rouge au repas) et le maggi beurre (pour le goût parfois pour remplacer l'ail, le persil, thym).

Par ailleurs, le côté pratique des aliments traditionnels, c'est-à-dire la facilité avec laquelle on les prépare, le coût des aliments traditionnels, leur qualité et leur fraîcheur ainsi que la proximité des

lieux d'achat sont des facteurs environnementaux participent au maintien des pratiques traditionnelles.

En plus d'être plus chers par rapport aux produits locaux, les gens ont tendance à croire que les produits d'origine étrangère sont néfastes pour la santé de l'enfant. Ainsi, pourquoi dépenser beaucoup plus pour quelque chose qui peut rendre malade ?

L'autre problème soulevé quand on leur demande pourquoi nourrir un enfant avec des aliments solides bien avant six mois, les réponses diffèrent. Pour plusieurs, les enfants d'aujourd'hui naissent pleins d'appétit. Dès leur naissance, ils veulent avaler quelques choses de solide, le lait maternel ne leur suffit pas alors on est obligé de leur donner autre chose. Pour Yvrose, mère d'un garçon de 18 mois et qui vend des vêtements de seconde main :

« Mon mari m'a abandonné avec nos quatre enfants rejoindre une autre femme. Je suis la mère et le père, je suis donc obligée de sortir très tôt pour me rendre au centre-ville vendre ma marchandise ensuite revenir vers 14h pour préparer de quoi manger aux enfants. Je ne pourrai donc pas allaiter mon fils six mois ou lui acheter du lait en poudre. Quand je me rends au centre-ville, c'est mon père qui les surveille et mon premier fils. »

4.3.2.5 L'âge

L'âge est à la fois un facteur qui incite au changement et au maintien des habitudes alimentaires. En effet, les familles qui ont sont composées de grands-parents ont tendance à nourrir les enfants avec les produits nationaux c'est généralement la grand-mère qui cuisine et elle est beaucoup plus patiente dans le processus de transformation du manioc en farine par exemple. Les parents plus jeunes préfèrent acheter la farine déjà préparée surtout pour ceux qui habitent Moreau, Lagarenne, Cité Lam (localité proche de la ville). Ceux vivant à K-Pyè, Gilbert prépare généralement leur farine sauf s'ils n'ont pas la matière première.

Au sein de notre échantillon nous distinguons deux tendances à l'intérieur desquelles les habitudes alimentaires varient. Il s'agit d'abord des jeunes (20-22 ans) qui semblent vouloir changer les habitudes alimentaires de leur enfant mais s'y résignent par manque d'argent car c'est bien vu

quelqu'un qui puisse acheter le lait en poudre pour son fils même quand il est allaité. Cela donne un air de grandeur et de plus permet de ne pas abîmer le sein. Les hommes racontent toujours « apre pôte vach pa chè⁴⁰ », alors mieux vaut essayer de faire le mieux possible pour ne pas abîmer son corps et attirer les hommes avec plus de facilité et de rapidité. Finalement, elles s'adaptent et acceptent le changement avec moins de réticence.

Les adultes (25-43 ans) sont plus attachés à leurs habitudes alimentaires et les maintiennent avec plus de conviction que le groupe d'âge précédent. Leur réticence face à la nourriture d'ici est plus marquée et demeure plus longtemps pour des raisons culturelles et beaucoup plus économiques. Cependant, leurs enfants n'éprouvent aucune difficulté à adopter les habitudes alimentaires auxquelles ils sont exposés à l'école car le plus souvent c'est aux parents d'acheter de quoi manger à la récréation et les écoles n'acceptent pas les aliments faits avec de l'huile. Ils n'ont pas le choix de leur acheter du jus emboîté, des bonbons salés, du cheeco, des sucreries. C'est aussi ce qu'on vend sur la cour de l'école ou dans les boutiques de quartier.

4.3.2.6. Autres facteurs : La localité d'origine, le niveau d'éducation

La localité d'origine, urbaine ou rurale, semble un peu jouer sur le mode d'alimentation de l'enfant. Il y en a qui proviennent de la ville, mais tous ont cependant des attaches en milieu rural (ils y ont passé l'enfance, la majorité de leur famille y habite, ils y ont séjourné plus ou moins longtemps à cause du travail des champs). Cependant, tous apprécient et privilégient une alimentation de base agricole pour leur enfant. Le niveau d'éducation atteint et l'occupation professionnelle jouent un rôle mitigé sur les pratiques alimentaires des ménages sélectionnés et plus particulièrement sur leur compréhension du discours alimentaire d'ici. En effet, alors que tous les participants sont peu scolarisés (niveau fondamental), ils accordent toutefois de l'importance à l'alimentation ou agissent sur celle-ci en adoptant des comportements recommandés.

4. 4 La conception de l'alimentation des participants de la 4e section et le lien qu'ils font avec la santé

4. 4. 1 Connaissances en nutrition

⁴⁰ Une femme qui a déjà eu un enfant n'a pas la même valeur que celle qui n'en a pas encore.

Nous avons questionné le processus d'acquisition de connaissances en nutrition des participants. Tous ont affirmé détenir une base solide en la matière puisque la transmission du savoir culinaire de mère en fille, qui constitue un passage obligé vers l'âge adulte assure aux femmes une connaissance approfondie de la gastronomie traditionnelle, et semble-t-il, contribue à développer un intérêt pour le désir de cuisiner. Ils connaissent bien quelques feuilles et fruits qui combattent l'anémie de l'enfant ou sont bons pour la tisane. Les sources d'informations utilisées par les participants qui sont intéressés à acquérir de nouvelles connaissances sur l'alimentation sont variées. Parmi les sources interpersonnelles, il s'agit plutôt d'échange de recettes entre amis, voisins, des agents communautaires et organisations à but non lucratif surtout lors des journées consacrées à l'enfance ou à l'alimentation. Nous pouvons constater que leur compréhension est limitée. En effet, si la majorité d'entre eux ont déjà entendu parler de certains concepts en nutrition ils ne les comprennent pas pour autant. Selon les réponses des participants, aliment importé est synonyme de mauvais, tandis que tout ce qui vient du pays est bon. Pour les plus grands, ils sont obligés de leur donner parfois ces aliments mais ils savent que ce n'est pas bon. Il semble aussi que l'acquisition de nouvelles informations sur l'alimentation des jeunes enfants les pousse à pratiquer ce qui est conseillé par les informateurs quand ils ont l'argent nécessaire.

4. 4. 2 Perceptions d'un régime sain

Nous avons ensuite questionné les participants sur ce qu'ils considèrent être un régime alimentaire sain. Nous avons obtenu des réponses variées, mais complémentaires. De façon presque unanime, les habitants aiment manger «frais et naturel ». Ils privilégient les aliments fraîchement cueillis ou en provenance du marché et des animaux fraîchement abattus (même quand parfois l'abattement des animaux ne respecte aucune règle). Ils limitent leur utilisation d'aliments en conserves ou transformés. Ils estiment que ce qui provient de la terre est généralement un gage de fraîcheur et de naturel. À titre d'exemple, plusieurs font la comparaison entre l'alimentation rurale, synonyme de qualité et d'équilibre, et l'alimentation industrielle, qui se caractérise par une alimentation déséquilibrée. Plusieurs participants perçoivent aussi qu'un régime alimentaire est sain quand on mange à jeun et au moins trois fois par jours et qu'on boit un peu de jus de papaye, d'orange, de chadèque et autres dans un endroit propre. La nourriture doit être très bonne car la nourriture n'apporte rien aux corps si l'esprit n'y est pas.

4. 4. 3 La conception du poids et du bien-être

La conception du bien-être et du poids chez les participants se résume à ne pas être « obsédé par l'alimentation » ou « maniaque » de l'effet que peut avoir la nourriture sur le corps. Si on porte l'enfant et qu'il est léger c'est qu'il n'est pas bien nourri. Généralement, on considère que l'enfant est bien nourri s'il est gros et lourd. S'il est petit, c'est un peu décevant pour la famille et on essaie parfois de retracer s'il n'a pas eu un parent qui était ainsi à l'enfance. Alors on se dit que l'enfant a le corps de son père ou de sa mère, c'est génétique. Nous avons aussi interrogé les participants sur l'importance qu'avait l'alimentation depuis la naissance. Tous ont répondu que l'alimentation était essentielle pour maintenir la santé mais si le parent de l'enfant était chétif à l'enfance, la nourriture n'y peut rien. Les petits deviennent très grands et costauds à l'adulte.

4. 4. 4 Caractéristiques des habitudes alimentaires et de la nourriture

La principale norme sociale liée à l'alimentation faisant l'unanimité auprès de nos participants est le fait de donner à manger à l'enfant en premier, chacun a son plat et les petits ont même leur cuillère qui est beaucoup plus petite que celle des autres. Pour l'enfant de zéro (0) à neuf (9) mois, il est assis sur les jambes de la grande personne qui lui donne à manger, on lui fait faire un rôt à la faim et on le met dans son lit. Les plus grands, surtout pour ceux qui ont déjà fait leur premier pas, c'est plus difficile de les nourrir car ils ne veulent pas rester assis. Après chaque bouchée, ils courent parfois pour aller manger dans une autre assiette. On essaie parfois de limiter le gaspillage et les faire apprécier toute forme de nourriture caractérise aussi les habitudes alimentaires. Plusieurs pensent que l'enfant doit apprendre à se contenter de ce qu'on peut leur offrir. Si aujourd'hui j'ai de l'argent, je lui fais un bon plat mais si j'en ai pas je lui cuisine un riz ou maïs avec de la calalou ou une soupe blanche.

4.4.5 Observation

À la fin de chaque entretien qui s'est déroulé au domicile du participant, nous avons tenu à observer leur manière de cuisiner. Quinze plats ont été retenus à raison d'un par participant. Ces plats représentent les différents types d'aliments consommés durant la journée. Ce que nous retenons de cette observation est que les denrées de base proviennent de partout. Ils y en a qui viennent de la république voisine et des Etats-Unis : farines, riz, haricots secs, huile végétale et de palme, sucre, cubes Maggi, etc. D'autres sont cultivées en Haïti : oignons, tomates, aubergines, gombo (calalou), laitue, poivrons, etc. La viande ou le poisson sont vendus en quantité au marché. Il s'agit souvent du poulet, de bœuf, de cabris et des poissons de mer comme le poisson rose, kanea et des poissons

séchés à la maison. Le plat est consommé le même jour car l'enfant ne mange pas de nourriture consommée la veille par peur de tomber malade. De plus, il n'y a pas moyen de le conserver au frais car il n'y a pas souvent d'énergie, un frigidaire n'est donc pas important à la maison.

En somme, l'observation des cuisines des participants confirme ce qu'ils ont partagé en entretien: ils achètent surtout des aliments qui leur permettent de préserver leurs habitudes alimentaires. Les produits non haïtiens, mais ancrés dans les habitudes alimentaires, comme les spaghettis, le lait évaporé et en poudre, se retrouvent toujours dans les armoires des participants.

Nous avons présenté dans ce chapitre l'analyse des données qui correspondent aux objectifs que nous avons poursuivis à l'intérieur de cette recherche. Nous proposons dans les lignes suivantes l'interprétation et une discussion autour de ces résultats.

4.5 Discussion et interprétation des résultats

Nous effectuons un retour sur les objectifs de la recherche puis comparons nos résultats aux concepts et modèles cités dans le cadre théorique. Nous présentons ensuite les limites de la recherche et faisons quelques recommandations quant à l'application potentielle des résultats.

Faits saillants des données obtenues auprès de l'échantillon

De manière générale, nos résultats montrent que les habitudes alimentaires des participants que nous avons interrogés changent inévitablement avec la modernité comme le suggèrent les études sur les habitudes en mutation (Sirolli 2006; Vican 2005). Des ingrédients venant de l'industrie alimentaire sont de plus en plus utilisés pour la cuisson des repas comme le magi, l'huile végétale, le lait évaporé ou en poudre. Ainsi, nous pouvons conclure que la société ou le milieu dans lequel vit l'enfant, la transformation du milieu apportent de profondes mutations sur le plan individuel et social. Cela a aussi profondément modifié les comportements alimentaires, qu'il s'agisse de la préparation du repas, du temps consacré à l'alimentation de l'enfant.

En somme, les habitudes alimentaires des participants demeurent majoritairement haïtiennes, de même que leur conception de l'alimentation. Aussi, leur degré de connaissance et leur intérêt envers le discours alimentaire des spécialistes sont pour la plupart limités. Les facteurs favorisant un changement alimentaire sont, premièrement, temporels tels l'emploi du temps et le nouveau mode de vie. Les relations interpersonnelles avec des membres de la société et la propension

individuelle à essayer la cuisson d'autres aliments venant de l'extérieur sont aussi des facteurs significatifs. Les principaux facteurs de maintien des habitudes alimentaires sont liés à l'attachement à la culture nationale, le savoir-faire culinaire, les préférences gustatives ainsi que les connaissances et croyances en matière de santé et d'alimentation. De plus, l'agriculture saisonnière qui favorise la non-disponibilité des fruits tropicaux est le facteur qui joue le plus en la faveur du changement des habitudes alimentaires (les parents achètent parfois du soda comme le tampico, de la limonade...), alors que la composition de l'entourage social majoritairement non aisé et le manque de connaissances sont les facteurs sociaux et individuels les plus significatifs du maintien des habitudes alimentaires.

CONCLUSION

Notre première question de recherche est : Quels sont les facteurs qui influencent l'état alimentaire des jeunes enfants de Lalouère (4e section communale de Saint-Marc) ? Notre premier constat est que la société, le milieu ambiant et l'économie sont les principaux facteurs influençant les situations alimentaires du fait que la plupart des parents des enfants vivent avec leurs parents à quelques mètres de leur famille d'origine. Ainsi, les grands-parents gardent toujours un œil sur leurs petits-enfants. Les participants interrogés pensent qu'il est normal de tenir compte de leurs conseils car quand ça va mal (si l'enfant tombe malade par exemple), ils sont les premiers à venir s'en occuper. Dans les milieux reculés d'Haïti, un enfant malade est généralement perçu comme un bébé à qui on a jeté un mauvais sort. Dès la naissance, la grand-mère, le grand-père ou la matrone s'en occupent en vue de le protéger des sorts car on a tendance à croire que c'est l'entourage même de l'enfant qui peut « voler son âme ». On voit de mauvais œil un voisin, encore plus un inconnu, qui vient rendre visite au nouveau-né. Les grands-parents lui administrent donc le « lòk » ou de l'aloë pour rendre son sang amer, c'est le premier aliment donné au nouveau-né dans les sections communales. En rendant son sang amer, le lougarou ne pourra pas l'avaler. Ainsi

l'enfant restera en vie. L'entourage aussi joue un rôle important car dans les familles haïtiennes, on s'entraide sur le plan financier. Comme vous l'avez vu, les enfants vivent souvent avec leurs grands- parents, tantes, cousines, etc. Celui qui commande, c'est celui qui finance. Si les parents n'ont pas les moyens pour subvenir aux besoins de leurs enfants, ils ne peuvent décider de leur alimentation. Pour Cadeline (qui vit avec sa mère), on lui rappelle sans cesse « que fais-tu d'autre ? Alors ne me dis pas ce qui est bon pour le petit car quand il aura mal c'est moi qui en paie les frais. Tout ce que tu as à faire c'est t'occuper du petit. »

Concernant notre recherche sur les impacts des pratiques alimentaires sur la santé de l'enfant, nous avons conclu que s'il n'y avait pas la prise en charge des centres de santé et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé, les conséquences seraient lourdes car la grande majorité des enfants ayant participé à l'enquête faisaient partie des enfants malnutris. Ils y en a qui font encore partie du programme d'aide aux malnutris. Dans ce programme, des kits d'alimentation sont parfois donnés aux parents, des formations aussi afin de mieux les sensibiliser, les conseiller au maximum sur les aliments nutritifs à donner à leur progéniture.

Très peu de parents sont capables de faire les liens entre les éléments nutritionnels et la santé de l'enfant. En général, nous avons pu constater que l'information en ce sens est superficielle, que les autorités étatiques ne se concentrent pas trop sur les pratiques alimentaires pour en tirer des leçons leur permettant de légiférer sur ce sujet car comme on le sait, les textes de loi doivent refléter les valeurs de la société. En ne mettant pas à profit les connaissances traditionnelles/ culturelles, les gens se sentent méprisés ou considèrent qu'on ignore leur savoir- faire. Les autorités compétentes ont donc privé la population d'une connaissance approfondie de l'enjeu d'une alimentation précoce aux jeunes enfants. Pour les Haïtiens, être traité de « Nèg andeyò » est une injure car cela peut laisser penser qu'ils sont des ignorants, que leurs connaissances sont mauvaises et qu'ils empêchent la société d'avancer dans la modernité. En essayant de comprendre leurs pratiques alimentaires, on pourra mieux les aider à s'adapter aux nouvelles exigences sans pour autant rejeter leurs pratiques habituelles. Un suivi est donc nécessaire suite à l'accouchement afin de mieux comprendre les attentes de la mère pour son enfant, mais malheureusement ce genre de programmes sociaux n'existe pas. La mère est alors obligée de donner à l'enfant ce qu'elle a la capacité d'avoir pour qu'il ne meure pas de faim, et non ce qui est bon pour sa croissance parfois par ignorance.

Les méthodes utilisées pour cette recherche de type descriptive et exploratoire ont été une combinaison de stratégies de recherche qualitatives et quantitatives, soit l'entretien individuel semi-dirigé, l'observation, un questionnaire d'identification socio-démographique. Les résultats obtenus auprès de notre échantillon révèlent que les habitudes demeurent, et qu'il y a d'autres ingrédients industriels qui interviennent aussi dans la préparation des repas de l'enfant.

Les principaux facteurs influençant les pratiques d'alimentation du jeune enfant que nous avons décelées sont l'économie et la société. Par ailleurs, les principaux facteurs qui incitent au maintien des habitudes alimentaires nationales sont la grande disponibilité des aliments lors des récoltes respectives, la persistance des préférences pour la nourriture régionale, le savoir-faire culinaire et l'attachement à l'agriculture.

Par ailleurs, nous pouvons conclure que le maintien des habitudes alimentaires régionales est désiré car les plats traditionnels sont jugés meilleurs et plus nutritifs. Il permet aussi de transmettre les savoirs culinaires inculqués par les parents aux enfants et ainsi d'affirmer leur attachement envers les traditions. A partir de la liste d'aliments consommés par les ménages questionnés, les sept grands groupes d'aliments (féculents, fruits et légumes, produits laitiers, viandes poissons et œufs, corps gras, produits sucrés, boissons) sont présents dans (ou constituent) leur patrimoine alimentaire. Un problème quelconque sur la santé de l'enfant peut être dû aux pratiques, par exemple la quantité d'ingrédients mélangés n'est pas évaluée en grammes ou en kilos mais à partir de récipient comme le gobelet, la marmite, la cuillère.

Nous reconnaissons aussi des limites à certains choix méthodologiques que nous avons retenus pour notre recherche, notamment, la taille de l'échantillon (quinze parents) et une seule section de la commune de Saint- Marc. Aussi, les critères d'inclusion et le recrutement des participants étaient en partie basés sur des biais comme la région géographique. Le recours à l'observation des cuisines s'avère un outil de collecte de données pertinent dans ce type d'étude puisqu'il permet de vérifier les propos soulevés en entrevue et a été une source d'informations supplémentaires significatives.

Une étude plus vaste, de type quantitatif, s'avèrerait utile pour approfondir les résultats obtenus dans cette étude en plus de systématiser et accroître leur validité. Bien que nous ayons administré un questionnaire d'identification sociodémographique du participant, nous avons laissé de côté la variable du revenu car il était très difficile pour les participants de connaître leur revenu car leurs activités ne sont pas stables. Ils sont agriculteurs, vendeurs, femmes domestiques... Ils

font partie des personnes de l'économie informelle. L'intégration de cette variable dans de futures recherches sur les pratiques alimentaires serait pertinente puisqu'il permettra de mieux cibler les professionnels universitaires comme les avocats, les enseignants, les infirmières, les comptables ou économistes qui vivent dans la région. Ces gens étaient plus difficiles à joindre du fait qu'ils travaillent au centre-ville durant toute la semaine de 8h-4h, ils rentrent donc très tard chez eux. De plus, comme nous l'avons mentionné, la liste des participants nous a été remise par l'équipe AKOSAA car les deux mois consacrés au départ à l'enquête ne nous permettaient pas d'avoir assez de temps pour essayer en premier lieu de convaincre les gens et ensuite d'entamer les entrevues. Lors de la présentation des données, nous avons pu constater que la classe sociale professionnelle n'était pas présente. Ainsi, notre étude a laissé de côté cette classe. Nous recommandons pour le futur que des recherches semblables soient menées en ce sens car la 4e section n'a pas seulement des agriculteurs et des non universitaires qui y vivent.

Nous croyons cependant que tant que les habitudes alimentaires et le discours nutritionnel demeureront méconnus de la population, les pratiques alimentaires et leurs effets indésirables sur la santé de l'enfant demeureront. Il est aussi important qu'ils comprennent que leurs pratiques culinaires font partie de leur identité de peuple, on ne leur demande pas de les abandonner mais de bien les pratiquer. L'alimentation de l'enfant est importante pour la santé donc il faut respecter les normes pour que leur enfant puisse être en santé. Des formations en collaboration avec des personnels de santé et de patrimoine sont importantes parce que les gens ont tendance à négliger l'aspect culturel lors des informations, ce qui pousse parfois les gens à être très réticents aux nouveautés.

Donc, par souci de maintenir la santé des enfants, nous recommandons l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action visant la sensibilisation et la maîtrise à la notion d'identité culturelle et de patrimoine alimentaire, destinées aux parents. Nous avons aussi constaté que les mères substituent certains aliments naturels et frais à d'autres aliments industriels et moins sains, tout en continuant de penser qu'ils mangent sainement comme avant (i.e. le lait évaporé est mis très tôt lors de la cuisson des bouillies ou de la soupe). En raison du manque de connaissances -d'ordre nutritionnel, basées sur des données scientifiques, ces ingrédients leur semblent identiques, alors que ces changements qu'elles effectuent exigent de l'information supplémentaire pour éviter de remplacer ces aliments par des aliments industriels ou transformés. Nous recommandons des campagnes de

sensibilisation au sujet de ces aliments afin que les participants soient conscients de la différence nutritive des aliments et puissent faire des choix alimentaires de manière éclairée, afin d'assurer la santé des enfants.

Suite à ces constatations, nous recommandons de fournir à la population des informations générales au sujet des habitudes alimentaires et de favoriser la découverte et l'échange par le biais de programmes d'éducation interactifs et interpersonnels telles les cuisines collectives qui contiennent les éléments appropriés à l'alimentation de l'enfant. Cette initiative serait surtout utile au début pour réduire l'incertitude ressentie par les habitants quant aux changements qui surviennent dans l'alimentation. Cela pourrait aussi les aider à comprendre que la mort d'un enfant peut être causée par une pratique alimentaire non adéquate et hygiénique et non par un mauvais sort.

En outre, nous recommandons la multiplication de ce type d'études auprès d'autres communautés culturelles en Haïti dans des milieux reculés car ce sont ces gens qui ont généralement des difficultés à se faire entendre et à connaître les informations nécessaires à la santé de leur enfant.

Bibliographie

AKOSAA, *Diagnostic communautaire de la 4e section de Saint-Marc*, août 2014.

BEAUDRY, Michel *et al.* *Biologie de l'allaitement*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, 561p.

BENABDESSELAM, Linda *et al.* *De la tétée à la cuillère : Bien nourrir mon enfant de 0 à 1 an*, Québec, Editions Hopital Sainte Justine, 2004, 136p.

BRUYERON, Olivier, *Alimentation infantile au Vietnam: dix ans d'actions et d'enseignements du programme Farsevie*, Paris, Gret, 2006, 175 p.

CARFATAN, Jean-Yves, *Le choc alimentaire mondial. Ce qui nous attend demain*, Paris, Albin Michel, 2009, 293p.

CASTELBAJAC, Bernadette de, *Nourrices et Nounous : Une histoire des femmes allaitantes*, Paris, Cosmopole, 2001, 152p.

CHIVA, Matty, « *Le mangeur et le mangé: la complexité d'une relation fondamentale* ». Paris: Polytechnica, 1996.

Comité pour la promotion de l'allaitement maternel de l'Hopital Sainte- Justine, *L'allaitement maternel*, Québec, Editions Hopital sainte- Justine, 1999, 95 p.

DAMUS, Oubriant, *Les rites de naissance en Haïti*, Paris, L'Harmattan, 2012, p.77-89.

DEL BAYE, Jean- Louis Loubet, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, L'Harmattan 2000, 386 p.

DESCLAUX, Alice et TAVERNE, Bernard, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, 2000, 552p.

Didier Lett, Marie-France Morel, *Une histoire de l'allaitement*, Paris, Éditions de La Martinière, 2006, 159p.

FAY- SALLOIS, Fanny, *Les nourrices à Paris au XIXe siècle*, Paris, Payot, 1980.284p.

GALLET Jean- Paul et DE MOULLIAC Jérôme Valleteau, *La petite enfance. De la naissance à 4 ans*, Paris, Seuil, 1996, p.47-91

GARENNE Michel *et al.* *Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire*, Dakar, ORSTOM, 1987, p5- 185

GARANDEAU Patrick, *Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent*, Montpellier, Epaces 34, Collection espace science, 2004,139p.

GAUTHIER Benoit, *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006,619 p.

GRAWITZ Madeleine, *Méthodes des sciences Sociales*, Genève, Dalloz, 1990, p.598-969.

HAIEK Laura N, *L'allaitement maternel (Etudes sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie)*, Québec, Santé Publique, 2003.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Gouvernement du Québec, Octobre 2005, 152p.

KREMP Louis *et al.* *Puériculture et pédiatrie*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2007,1565 p.

LACASSE Jocelyne, *Introduction à la méthodologie utilisée en sciences humaines*, Montréal, Éditions Études Vivantes, 1991, 291p.

LAMBERT-LAGACE Louise, *Comment nourrir son enfant*, Québec, L'homme, 2007, 325p

Mairie de Saint-Marc, Plan de Financement des services publics Communaux (PFC), Saint-Marc, Juillet 2015.

MONIN-GAROUX Cécile, *Étude de la diversification alimentaire chez 109 nourrissons âgés de 3 mois à 1 an, résident en Haute-Vienne en 2009: pratiques parentales, pratiques médicales*, 2009

PERIC Jackie, *Jeune maman, la nature est votre alliée!*, France, Le Souffle D'OR, 2002, p 17-27

PERRON Martine, *Oser une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées*, Lyon, Chronique Sociale, 2010, 175 p.

RAPOPORT Danielle, *La bien-traitance envers l'enfant*, Paris, Belin, 2006, 200p.

ROSSANT Lyonel et ROSSANT-LUMBROSO, *Votre enfant : Guide à l'étude des parents*, Paris, Robert Laffont, 2006, p.58- 139.

Santé et bien-être, *Enquête de nutrition auprès des enfants Québécois de 4 ans*, Gouvernement du Québec, 2005, 152p.

Santé Canada. *Rapport sur la promotion de la santé et la diffusion d'information au sein de la communauté canadienne noire et des Caraïbes, résumé du document original rédigé pour la Division des systèmes de santé*, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, [En ligne], 2000. [<http://www.hcsc.gc.ca/hppb/soinsdesante/>] (Consulté le 25 Avril 2016)

Santé Canada, *Renseignements sur le Guide alimentaire canadien à l'intention des éducateurs et communicateurs*, [En ligne], 2002. [<http://www.hcsc.ca/an/nutrition>] (Consulté le 16 mai 2016).

SIROLLI Laetitia, *Les troubles du comportement alimentaire : de la naissance à l'adolescence*, Paris, Eyrolles, 2006, p21-49.

SPOCK Benjamin, *Comment soigner et éduquer son enfant*, Paris, Robert Laffont, 1960, 550p.

STOPPARD Miriam, *Guide médical de la famille*, France, Marabout, 2007, 596p.

THIRION Marie, *L'allaitement : de la naissance au sevrage*, Paris, Albin Michel, 2014

TOUHAMI Mahmoud et DESTEURS Jehan-Francois, *Alimentation, génétique et santé de l'enfant*, Paris, L'Harmattan, 1994, p.105-120.

VASSEUR Leon-V. *et al*, *Les industries de l'alimentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, 125p.

VICAN Pierre, *Mon enfant mange n'importe quoi*, Boulogne, Anagramme, 2005, 143p.

Articles consultés

AG AYOYA Mohamed, « *Nutrition et petite enfance en Haïti* », Haïti Perspectives, v ol. 2 • no 4 • Hiver 2014, 5 p.

MSPP, *normes nationales relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sains et ceux nés de mères séropositives*, Haïti, octobre 2008

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAÏTI 2012*, Avril 2013, p. 141-194.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (Unité de Coordination de Programme National d'Alimentation et de Nutrition), *Plan stratégique de nutrition 2013- 2018*, Février 2013, p. 2-3

ROUDART, Laurence, « *ALIMENTATION (Économie et politique alimentaires) - Sous-alimentation et malnutrition dans le monde* », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 9 juin 2016. URL: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alimentation-economie-et-politique-alimentaires-sous-alimentation-et-malnutrition-dans-le-monde/>

STEFFENS, Guillaume, *Les critères SMART pour un objectif sur mesure! : La méthode intelligente du manager*, Gestion et Marketing, No 25, consulté en ligne le 04 juillet 2016.

UNICEF, *Améliorer la nutrition de l'enfant*, 2013,124 p.

UNICEF, *Appel à l'aide pour une alimentation adaptée du nourrisson et du jeune enfant en Haïti*, 2010.

ANNEXE

Guide d'entretien

Sujet : L'allaitement et les pratiques alimentaires des jeunes enfants à Lalouère

Groupe 1 (nouveaux -nés et nourrissons, 0-1 an)

1. Combien de ces enfants sont nourris au sein, comment, pendant combien de temps? Ils sont nourris à quelle fréquence, pendant combien de temps? Les mères font quoi, et manquent de quoi ? /ou mangent quoi?

2- Quels sont les éléments constitutifs de la pratique alimentaire à Lalouère, en ce qui a trait aux ménages ayant des nourrissons?

3-Selon vous, existe-t-il un changement dans les éléments de la pratique alimentaire d'autrefois et aujourd'hui? Si oui, précisez. Si non, pourquoi?

Groupe 2 (enfants en sevrage, 1-2 ans)

1-Énumérez les principales méthodes d'alimentation des enfants en sevrage de la section communale de Lalouère?

2-Quels sont la nature et les quantités des aliments quotidiens durant cette période de l'enfance (1 à 2 ans)?

3-En quoi constitue cette alimentation au petit déjeuner, au dîner et au souper ?

4-Énumérez les ingrédients et la quantité utilisés pour préparer les plats traditionnels donnés aux enfants? (vous pouvez nous les citer en fonction de vos mesures utilisées, cuillères, marmites, tasses, bol et autre)

5-Quels sont les plats traditionnels que vous préparez encore aujourd'hui ?

6-Combien de temps mettez-vous pour préparer un plat (le plat identifié)? A combien estimez-vous le temps de cuisson?

Groupe 3 (enfants après sevrage, 2 à 5 ans)

1-Énumérez les principales méthodes d'alimentation des enfants après le sevrage de la section communale de Lalouère?

2- Quelles sont la nature et les quantités des aliments quotidiens durant cette période de l'enfance (2 à 5 ans)?

3-En quoi constitue cette alimentation au petit déjeuner, au dîner et au souper ?

4-Énumérez les ingrédients et la quantité utilisée pour préparer les plats traditionnels donnés aux enfants? (Vous pouvez nous les citer en fonction de vos mesures utilisées, cuillères, marmites, tasses, bol et autre)

5-Quels sont les plats traditionnels que vous préparez encore aujourd'hui ?

6-Combien de temps mettez-vous pour préparer un plat (le plat identifié)? A combien estimez-vous le temps de cuisson?

Annexe 2 : Entrevue avec les ménages

Date de l'enquête:

Adresse du ménage:

A. Merci pour votre participation dans cette étude. D'abord je vais vous poser des questions sur vous-même et sur votre famille.

1. Quel âge avez-vous?

2. Quel est votre niveau d'études?

Je ne suis jamais allé à l'école. Je sais lire et écrire sans avoir été à l'école

J'ai fait l'école primaire. J'ai fait trois ans post primaire

J'ai fini l'école secondaire

Autre, précisez _____

3. Etes vous employé? Oui Non

5. Combien d'enfants avez-vous ? _____ (enfants)

B: Maintenant je vais vous poser des questions sur votre bébé.

1. Est-ce que quelqu'un vous a aidé quand vous avez mis au monde ce bébé?

Un docteur

Les membres de la famille

Vos voisins

Une accoucheuse traditionnelle

Une infirmière Autre, précisez _____

Autre, précisez _____

2. Quel âge a cet enfant ? _____ (mois)

3. Quand vous êtes absente, qui s'occupe de votre enfant ?

Personne Mon mari m'aide

Mes voisins La grand-mère de l'enfant

Autre, précisez _____

Evaluation des pratiques d'alimentation**C. Maintenant je vais vous poser des questions sur le père de cet enfant.**

1. Est-ce que vous vivez avec le père de cet enfant?

Oui Non

2. Est-ce que le père de cet enfant participe à la prise en charge de l'enfant ?

Oui Non

3. Quel est le niveau d'études que le père du bébé a atteint?

Il n'est jamais allé à l'école/ Il sait lire et écrire sans avoir été à l'école

Il a fait l'école primaire/ Il a fait trois ans post primaire

Il a fini l'école secondaire/Autre, précisez_____

4. Quelle est la profession du père de l'enfant ?

Il cultive. C'est un homme d'affaires

Il est employé. Il ne travaille pas

Autre, veuillez préciser_____

D. Maintenant je vais vous poser des questions sur la maison dans laquelle vous vivez.

1. Est-ce que vous louez la maison dans laquelle vous vivez ?

Oui _Combien coûte le loyer chaque mois?

Non

Autre, veuillez préciser_____

2. Combien de personnes vivent dans votre maison? _____ (personnes)

3. Qu'est ce que vous avez comme toit ?

Tuile industrielle

Tôle dure

Paille

Tôle ordinaire Autre, précisez_____

4. Décrivez le plancher de votre maison

Terre seule Terre compacte Plancher en béton

Revêtement de carreaux Autre, veuillez préciser _____

5. Quelle est la source du combustible que vous utilisez pour cuisiner dans votre maison ?

Le charbon, Le bois, L'électricité

Autre, précisez _____

6. Comment obtenez-vous l'eau pour cette maison ?

Le puits La rivière

Le robinet Les réserves d'eau de pluie

Autre, veuillez préciser _____

7. Est-ce que vous achetez votre eau ?

Oui _ Combien vous coûte le gallon?

Non Autre, veuillez préciser _____

8. Est-ce que vous devez chercher l'eau en dehors de votre maison?

Oui _ Combien de minutes mettez-vous pour aller puiser ?

Moins de 15 minutes/15-30 minutes/Plus de 30 minutes

NonAutre, veuillez préciser _____

9. Est-ce que vous avez un moyen de transport ?

Oui _ Qu'est ce que vous avez comme moyen de transport ? _____

Non

Autre, veuillez préciser _____

10. Avez-vous une toilette ?

Oui _Où se trouve votre toilette ?

Dans la maison Dans la cour Loin de la maison

Non _Comment disposer vous de vos besoins ? _____

Autre, veuillez préciser _____

11. Quand vous sortez des toilettes, est-ce que vous vous lavez les mains ?

Oui Non Autre, précisez _____

D. Maintenant je vais vous poser des questions sur votre source d'argent et sur vos dépenses

1. Quelle est votre source principale d'argent ?

Je suis employé Je cultive

J'entreprends mon propre travail Autre, veuillez préciser _____

2. Combien d'argent est-ce que vous dépensez chaque semaine ?

3. De tout l'argent que vous dépensez chaque semaine, quelle est la proportion que vous consacrez à l'achat de la nourriture?

Tout Trois quarts La moitié Un quart Moins d'un quart

4. Achetez-vous de l'alimentation spécifique à votre bébé ?

Oui _Chaque semaine, combien dépensez vous pour l'alimentation du bébé? _____

Non

Evaluation des pratiques d'alimentation

E. Maintenant je voudrais savoir ce qui s'est passé avec votre bébé le jour de sa naissance.

1. Des l'accouchement, après combien de temps avez-vous commencé à allaiter votre bébé?

Dans les 30 minutes après l'accouchement 1 heure après l'accouchement

1 jour après. Autre, veuillez préciser _____

2. Ce premier jour, à part le sein, est qu'il y a autre chose que vous avez donné au bébé ?

Oui _ Qu'est ce que vous avez donné au bébé?

De l'eau bouillie De l'eau sucrée Autre, précisez _____

Non

Autre, veuillez préciser _____

F. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'alimentation de votre enfant.

1. Est-ce que vous allaitez votre enfant maintenant ?

Oui _ Combien de fois l'allaitez vous chaque jour ?

Autant qu'il veut 3 fois par jour Autre, précisez _____

Non

Autre, veuillez préciser _____

2. (Si la maman allaite) A part le lait du sein, est-ce que vous donnez autre chose à votre bébé à manger ou à boire ?

Oui _ Qu'est ce que vous donner à l'enfant à boire ?

Bouillie de farine mixte Jus d'autres fruits De l'eau

Jus de banane Autre, précisez _____

_ Qu'est ce que vous donner à l'enfant à manger ?

Des légumes Des bananes pilées

Des haricots. Autre, précisez _____

Non

Autre, veuillez préciser _____

3. Est-ce que vous avez arrêté d'allaiter (infinif) votre enfant maintenant ?

Oui _ A quel âge avez-vous arrêté d'allaiter l'enfant ? _____ (mois)

Non

Autre, veuillez préciser _____

G. Je vais vous demander de lister toutes les boissons et les aliments que vous avez donnés à votre bébé pendant les dernières 12 heures en partant de maintenant (le moment de l'entrevue). Dites

moi tout ce que vous avez donné à votre enfant à boire, y inclus le lait du sein, l'eau, le jus de fruits, tout.

1 _____ _Pourquoi avez-vous donné ceci à l'enfant ?

C'est ce que je pouvais avoir/ C'est ce qu'il aime manger/ Il avait faim/ C'est le plus nutritif

Ça a un bon goût /Je voulais le faire/ Il avait la constipation/ Autre, précisez _____

_Quelle ustensile avez-vous utilisé pour donner ça à l'enfant ?

Une cuillère Un biberon Une assiette Autre, précisez _____

_Combien de fois est-ce l'enfant a consommé ceci pendant les 12 dernières heures ?

Une fois par jour Deux fois par jour Plus de trois fois par jour

_Quelle quantité a-t-il consommé par prise (cuillère, tasse, biberon, assiette)?

H. Maintenant je voudrais savoir un peu plus sur les informations que vous recevez au centre de santé.

1. Lister toutes les options alimentaires dont on vous a parlé pour nourrir l'enfant

Option #1 _____

Option #2 _____

Option #3 _____

Option #4 _____

Option #5 _____

2. Y-a-t-il des options alimentaires que vous avez reçues du centre sanitaire que vous avez trouvées difficiles à comprendre?

Oui _ Décrivez ce que vous avez trouvé difficile à comprendre?

Non

Autre, veuillez spécifier _____

3. Y-a-t-il des options alimentaires que vous avez trouvées difficiles à mettre en oeuvre?

Oui _Qu'est ce que vous avez trouvé difficile à mettre en oeuvre ? _____

Non _Qu'est ce que vous avez trouvé facile à mettre en oeuvre ? _____

Autre, veuillez spécifier _____

4. Quelle option alimentaire avez-vous choisi ?

Pourquoi avez-vous fait ce choix? _____

5. Est-ce que vous avez choisi cette option de votre propre gré ? (c'est-à-dire de votre propre volonté)

Oui Non Autre, précisez _____

I. Maintenant je vais vous poser des questions sur les options d'alimentation de votre enfant

1. Est-ce que vous avez fait le choix d'allaiter ?

Oui_ Pourquoi avez-vous choisi d'allaiter ?

Je ne pouvais pas acheter du lait artificiel On doit toujours allaiter

Le lait maternel est meilleur

Autre, veuillez spécifier _____

Non_ Pourquoi n'avez-vous pas choisi d'allaiter ?

Je n'avais pas de lait de sein

On m'a donné du lait artificiel

Autre, veuillez spécifier _____

2. Est-ce que vous avez fait le choix de donner du lait artificiel ?

Oui_ Pourquoi avez-vous choisi de donner du lait artificiel ?

On m'a donné du lait artificiel

Autre, veuillez spécifier _____

Non_ Pourquoi n'avez-vous pas choisi de donner du lait artificiel ?

Parce que c'est trop cher

Autre, veuillez spécifier _____

3. Est-ce que vous avez fait le choix de NE PAS ALLAITER votre enfant ?

Oui_ Pourquoi avez-vous choisi de NE PAS ALLAITER?

Je n'ai pas de montée laiteuse

Autre, veuillez préciser _____

Non_ Pourquoi n'avez-vous pas choisi de NE PAS ALLAITER? _____

Pas de moyens pour acheter le lait artificiel

Autre, veuillez spécifier_____

6. Est-ce que vous avez fait le choix de donner du lait de vache à votre bébé?

Oui_Pourquoi avez-vous choisi de donner du lait de vache à votre bébé?

C'est l'aliment que je pouvais avoir Autre, veuillez spécifier_____

Non_Pourquoi n'avez-vous pas choisi de donner du lait de vache à votre bébé ?

C'est difficile à préparer Autre, veuillez spécifier_____

Autre, veuillez spécifier _____

J. Maintenant je vais vous demander de me dire les avantages et les inconvénients de faire les choses que je vais énumérer.

1. A votre avis, pourquoi les mamans donnent de l'eau à boire aux bébés à la naissance ?

La mère n'a pas de montée laiteuse/ L'enfant en a besoin

L'enfant a soif /Je ne sais pas/ Autre, spécifier____

2. A votre avis, pourquoi on ne doit pas donner de l'eau à boire aux bébés ?

L'enfant doit boire uniquement le lait maternel L'eau peut être sale

Je ne sais pas

L'enfant est trop jeune pour boire de l'eau

Autre, spécifier_____

3. A votre avis, pourquoi les mamans donnent du lait de vache aux bébés ?

La mère n'a pas de montée laiteuse L'enfant ne boit pas de l'eau

Parce qu'on a une vache La mère est séropositive

L'enfant en a besoin Je ne sais pas

Autre, spécifier_____

4. A votre avis, pourquoi on ne doit pas donner du lait de vache aux bébés ?

Le lait de vache coûte très cher Le lait de vache n'a pas assez de protéines

Le lait de vache est difficile à préparer Je ne sais pas

Le lait de vache n'est pas facile à digérer Autre, spécifier_____

5. A votre avis, pourquoi les mamans donnent du lait artificiel aux bébés ?

La mère n'a pas de montée laiteuse L'enfant en a besoin

L'enfant a soif Je ne sais pas Autre, spécifier__

6. A votre avis, pourquoi on ne doit pas donner du lait artificiel aux bébés?

Le lait artificiel coûte cher Le lait artificiel est difficile à préparer

Le lait artificiel peut causer des maladies Je ne sais pas

Autre, spécifier_____

7. A votre avis, pourquoi les mamans donnent-t-elles uniquement du lait du sein au bébé pendant six mois, sans rien d'autre, même de l'eau ?

Pour ne pas être contaminé C'est ce qu'on nous a conseillé dans le centre de santé

Le lait maternel contient tout Je ne sais pas

Autre, spécifier_____

12. Quels sont les inconvénients de donner uniquement du lait du sein au bébé pendant six mois, sans rien d'autre, même de l'eau ?

L'enfant a soif, il doit boire de l'eau C'est difficile

Le lait maternel seul n'est pas assez pour l'enfant Autre, spécifier_____

K. Maintenant je vais vous poser des questions sur le sevrage des bébés.

1. A votre avis, à quel âge (en mois) doit-on arrêter de mettre un bébé au sein?

2 mois 4 mois 6 mois 8 mois 10 mois et plus

3. A votre avis, quand un bébé arrête d'être allaité, quels sont les aliments qu'il doit recevoir ?

Bananes pilées Les céréales (tels que le maïs, le cerelac)

Les haricots Petits pois

L'arachide Les légumes (telles que le dodo)

Autre, veuillez spécifier_____

L. Quelles sont les raisons qui expliquent le changement ou le maintien de vos habitudes envers les enfants?

