



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

*_*_*_*_*_*_*_*_*_**



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« Espaces, Cultures et Développement »

*_*_*_*_*_*_*_**

DIPLÔME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

FILIERE : SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE

OPTION : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

SUJET

**FONDEMENTS SOCIOCULTURELS DE LA MALNUTRITION
INFANTILE CHEZ LES AYÍZÒ DE TOFFO AU BENIN**

Présenté et soutenu le Mardi 21 Mai 2013 par :

Marcelle AHOLOU

Sous la Direction de :

Albert NOUHOUAYI

Professeur titulaire des Universités du CAMES

Devant le jury composé de :

Prof. Albert NOUHOUAYI, Président du jury

Prof. Médard BADA, Examineur

Dr. Adolphe KPATCHAVI, Rapporteur

Note : 16 /20 Mention : Très Bien

Année académique 2012-2013

DEDICACE

A

- ♥ Mes parents.
- ♥ Toutes mes sœurs de l'OCV au Bénin, en Afrique et dans le monde.

REMERCIEMENTS

Ce travail ne pourrait aboutir sans le concours de certaines personnes que nous remercions de tout cœur et parmi lesquelles nous tenons à nommer :

- ❖ Le Professeur Albert NOUHOUAYI qui a bien voulu assurer la direction de ce travail ;
- ❖ M. Adolphe KPATCHAVI pour sa disponibilité et sa patience pendant l'encadrement scientifique de ce travail ;
- ❖ Tous les enseignants de l'Ecole Doctorale. Ils ont tous contribué à notre formation ;
- ❖ Le révérend Père Serge de MONTGOLFIER, directeur du centre de santé Saint Raphaël de Takon (Toffo), pour son esprit d'écoute et son accueil qui ont rendu plus aisées nos enquêtes de terrain ;
- ❖ M. Damien ODOUNTAN, Coordonnateur des activités dudit centre, et à toute son équipe ;
- ❖ La révérende Sœur Flore HOUNDALOWAN, Coordonnatrice du Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de Toffo pour son accueil et son soutien moral ;
- ❖ Le Frère René Edmé ZANOU, Coordonnateur du groupement des Amis des malades du diocèse de Cotonou ;
- ❖ Mme KOUTONDE Jeanne-Marie, Agent TSANA de Toffo à la retraite ;
- ❖ Tous nos enquêtés ;
- ❖ Tous ceux et toutes celles qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

DEDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES SCHEMAS	6
LISTE DES PHOTOS	6
RESUME	7
SUMMARY	8
INTRODUCTION	9
Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE	11
Chapitre 2 : FONDEMENTS METHODOLOGIQUES ET MONOGRAPHIE DES AYÍẏ̀ DE TOFFO	28
Chapitre 3 : REPRESENTATIONS POPULAIRES ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ̀ DE TOFFO	48
Chapitre 4 : PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT RECOMMANDEES PAR LES CENTRES DE NUTRITION DE LA COMMUNE DE TOFFO	71
Chapitre 5 : PRATIQUES ALIMENTAIRES DES CENTRES DE NUTRITION DE TOFFO : ENTRE RESISTANCE ET RESILIENCE	91
CONCLUSION	109
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	112
ANNEXES	121
TABLE DES MATIERES	129

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	: Activité Génératrice de Revenu
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
CeCPA	: Centre Communal pour la Promotion Agricole
CEN	: Centre d'Education Nutritionnelle
CID-SNU	: Centre d'Information et de Documentation du Système des Nations Unies
CIN	: Conférence Internationale sur la Nutrition
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CREN	: Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CRS	: Catholic Relief Service
CSA	: Centre de Santé de l'Arrondissement
CSC	: Centre de Santé Communal
DANA	: Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EMICoV	: Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages
FCFA	: Franc de la communauté Française de l'Afrique
FLASH	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
Hbts	: Habitants
IEC	: Information-Education-Communication
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRSP	: Institut Régional de Santé Publique
MAEP	: Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MSP	: Ministère de la Santé Publique
NNC	: Nouvelles Normes de Croissance
OCPSP	: Oblates, Catéchistes, Petites Servantes des Pauvres
OCV	: Ordre des Vierges Consacrées
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSD	: Orientations Stratégiques de Développement
PDC	: Plan de Développement Communal
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SBEE	: Société Béninoise d'Energie Electrique
SCRIP	: Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SDANA	: Service Dahoméen de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
SMA	: Sommet Mondial de l'Alimentation
SONEB	: Société Nationale des Eaux du Bénin
TSANA	: Technicien Supérieur en Alimentation et Nutrition Appliquée
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies	29
<u>Tableau II</u> : Répartition statistique et par sexe des enquêtés	31
<u>Tableau III</u> : Chronogramme de recherche.....	34
<u>Tableau IV</u> : Quelques tisanes et éléments constitutants pour l'enfant AyíẸ̀	57
<u>Tableau V</u> : Aperçu des politiques de nutrition au Bénin de 1962 à 2015.....	72
<u>Tableau VI</u> : Prix de quelques produits sur le marché de Houègbo.....	84
<u>Tableau VII</u> : Comparaison entre les deux registres de nutrition suivant les types d'aliments et l'âge de l'enfant.....	92
<u>Tableau VIII</u> : Qualité des aliments et indicateurs du 'bien nourri' et du 'mal nourri' selon les deux registres de nutrition.....	101
<u>Tableau IX</u> : Quelques éléments liés à la nosologie et à l'étiologie de la malnutrition infantile selon les deux registres de nutrition.....	106

LISTE DES SCHEMAS

<u>Schéma I</u> : Types d'aliments prévus pour l'enfant de zéro à cinq ans chez les AyíẸ̀ de Toffo.....	63
<u>Schéma II</u> : Types d'aliments recommandés à l'enfant de zéro à cinq ans par les centres de nutrition de Toffo.....	86

LISTE DES PHOTOS

<u>Photo I</u> : Aperçu du Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) des sœurs OCPSP (Arrondissement de Toffo-centre).....	42
<u>Photo II</u> : Aperçu du Centre de santé Saint Raphaël de Takon (Arrondissement d'Agué).....	44
<u>Photo III</u> : Vue d'un enfant malnutri sévère à son entrée au centre Saint Raphaël de Takon.....	80
<u>Photo IV</u> : Vue de l'enfant malnutri après sa récupération nutritionnelle au centre Saint Raphaël de Takon.....	80

RESUME

Cette étude a porté sur les fondements socioculturels de la malnutrition infantile chez les Ayíẓò de Toffo au Bénin. Elle vise à comprendre les pratiques alimentaires de l'enfant et les représentations populaires qui les sous-tendent dans ces communautés. Réalisée à partir d'une démarche empirique, elle a couvert trois villages, à savoir Houèglè, Kinzoun et Sèdji. L'étude a porté sur un échantillon de cinquante-six (56) personnes, dont vingt (20) mères d'enfants de zéro à cinq ans. Les techniques de choix raisonné et de boule de neige ont été utilisées. L'observation, l'entretien et le focus group sont les techniques de collecte utilisées. L'analyse des données intègre le principe de triangulation. Les résultats ont révélé que deux registres de nutrition de l'enfant coexistent dans le milieu : le registre local (celui des Ayíẓò) et le registre des centres de nutrition (biomédical). Il est noté dans le registre local un déséquilibre au niveau de la qualité des régimes alimentaires de l'enfant. Aussi, malgré la présence des deux registres, une résistance est observée chez les enquêtés aux pratiques alimentaires des centres de nutrition, bien que ces dernières s'appuient essentiellement sur des produits alimentaires locaux, disponibles sur les marchés du milieu. Cette situation s'explique par les nombreuses contraintes liées à l'appropriation de ces pratiques alimentaires par les enquêtés. Cependant, un dialogue compréhensif est nécessaire entre agents des centres de nutrition et communautés, pour une complémentarité entre les deux registres. Ceci favorisera une amélioration dans les pratiques alimentaires de l'enfant, et donc une régression du phénomène de malnutrition chez les Ayíẓò de Toffo.

Mots clés : *Malnutrition, représentations populaires, pratiques alimentaires.*

SUMMARY

The present study is based on the socio-cultural bases of infant malnutrition among the Ayíẓ̀ from Toffo in Benin. It aims at understanding children's foods habits and the popular representations which underlie them in those communities. Carried out from an empirical methodology, it covered three villages which are Houèglè, Kinzoun and Sè̀dji. The study is based on a sample of fifty-six (56) people including twenty (20) mothers of children aged zero to five years old. The techniques used are those of reasoned selection and snowball. Observation, interview, and focus group are the collection techniques used. The analysis of the data collected integrates the triangulation principle. The results obtained have revealed that two registers of children's nutrition coexist in the area: the local register (that of the Ayíẓ̀) and the register of nutritional centers (biomedical). It has been noticed within the local register an imbalance as far as the quality of the children's foods habits is concerned. Moreover, in spite of the presence of two registers, the interviewed from the nutritional centers foods habits have opposed a resistance, although they essentially use local foods available on the local markets. This situation is due to the numerous constraints related to the appropriation of those habits by the interviewed. However, an understandable dialogue is necessary among the agents of nutritional centers and those of the communities, for a complementarity between the two registers. This will help to improve the children's foods habits, and thus to regress the phenomenon of malnutrition among the Ayíẓ̀ from Toffo.

Key words: Malnutrition, popular representations, foods habits.

INTRODUCTION

La malnutrition¹ infantile constitue de nos jours un problème de santé publique. En Afrique au Sud du Sahara particulièrement, elle constitue la cause fondamentale de la mortalité infanto-juvénile (Agbota et al., 2010 :18). Elle a longtemps été un objet d'étude pour la biomédecine. Toutefois, les actions entreprises sous cet angle ont connu aussi bien des succès que des limites. En effet, la maladie, de nos jours, n'est plus seulement appréhendée sous l'angle biomédical (disease). Elle renvoie également aux dimensions psychologique (ilness) et socioculturelle (sickness). C'est ce qu'expliquent Fabréga (1971) et Young (1982), cités par Kpatchavi (2011 : 25). La malnutrition infantile n'échappe pas à cette vision.

Ainsi, plusieurs disciplines des sciences sociales ont commencé à s'intéresser, ces dernières décennies, aux recherches en nutrition (Lefèvre et al., 2002 : 2). C'est dans ce sens qu'un article de Gruénais (1994 : 7-8) montre que le sida et la malnutrition, comme tous les symptômes, font l'objet de classifications, de représentations et de pratiques, et dans cette mesure, constituent un champ de recherche pour l'anthropologie. Pour le cas de la socio-anthropologie, les études dans ce domaine portent essentiellement sur plusieurs sujets, dont les représentations populaires, les entités nosologiques et étiologiques, les itinéraires thérapeutiques, le traitement traditionnel de la malnutrition et les pratiques alimentaires de l'enfant, dans des groupes sociaux particuliers. Car, « *L'alimentation ne se réduit pas à un ensemble de nutriments ;*

¹ Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF, 1998 : 2), la malnutrition contribue à tuer chaque année plus de six millions d'enfants au-dessous de cinq ans, soit 55% des près de 12 millions de décès d'enfants enregistrés dans le monde en développement. Dans cette catégorie d'âge, la moitié des enfants sont malnutris en Asie du Sud, et un tiers en Afrique subsaharienne.

elle met en jeu des associations d'aliments, support de représentations mentales et culturelles » (Etiévant et al., 2010 : 5).

Ainsi, la présente étude s'intéresse aux pratiques alimentaires de l'enfant de zéro à cinq ans, chez les AyíZò de Toffo, en vue de comprendre la persistance de la malnutrition infantile dans ce milieu rural. Elle s'articule autour de cinq chapitres dont les deux premiers sont respectivement consacrés au cadre théorique, aux fondements méthodologiques et à la monographie du cadre de l'étude. Le chapitre 3 s'intéresse à la description des pratiques alimentaires de l'enfant et des représentations populaires qui les sous-tendent chez les AyíZò. Dans le chapitre 4, il est présenté une description des pratiques alimentaires de l'enfant, recommandées par les centres de nutrition présents dans le milieu, et ce, après un bref aperçu des politiques de nutrition au Bénin. Le chapitre 5, le dernier, présente une analyse des contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition par ces communautés.

Chapitre 1: CADRE THEORIQUE

1.1.- PROBLEMATIQUE

1.1.1- Problème

Les estimations de la biomédecine à propos de la malnutrition infantile révèlent qu'au Bénin, cette maladie pose un véritable problème de développement. En effet, les taux de prévalence issus de la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), montrent que la situation de la malnutrition infantile demeure préoccupante². Elle sévit plus en milieu rural qu'en milieu urbain avec un taux de retard de croissance de 33% en milieu rural contre 26% en milieu urbain (INSAE, 2006). Ces chiffres, d'une manière ou d'une autre, interpellent l'ampleur du phénomène et les limites des actions entreprises depuis des décennies à propos de cette maladie, dont la prévention et la prise en charge relèvent essentiellement du domaine biomédical.

Dans la commune de Toffo, qui est un milieu rural, deux centres de nutrition œuvrent respectivement depuis les années 1984 et 1999, pour la prise en charge des enfants malnutris. Ils offrent différents services aux populations, notamment les sensibilisations à travers des messages d'éducation nutritionnelle, la prise en charge et la récupération nutritionnelle des enfants malnutris, l'appui financier aux mères en vue de leur autonomisation financière. Cependant, les réponses apportées aux problèmes de la malnutrition par ces centres de nutrition relèvent du domaine biomédical. Or, comme l'ont souligné Lefèvre et al. (2002 : 19), « l'approche purement biomédicale pour résoudre le phénomène de la malnutrition infantile ne favorise pas toujours la compréhension de certains

² L'évaluation de la mise en œuvre des OMD au Bénin révèle que près de quatre (4) enfants sur dix (10) souffrent de retard de croissance et la malnutrition constitue la cause sous-jacente de 30 à 50% des décès d'enfants de moins de cinq ans (Rapport d'évaluation OMD, 2010 : 75).

aspects importants qui lui sont liés ». C'est ainsi qu'il est noté une persistance du phénomène de la malnutrition infantile dans le milieu, malgré la présence des deux centres de nutrition et les services qu'ils offrent aux communautés.

En effet, l'intégration d'une approche socio-anthropologique dans ce domaine, selon ces mêmes auteurs, peut contribuer à éclaircir les comportements, les pratiques alimentaires de l'enfant et les représentations qui les sous-tendent dans ce groupe social. Elle peut également aider à la formulation de recommandations opérationnelles d'autant plus acceptables par les acteurs sociaux, qu'elles se fondent sur leurs propres représentations et pratiques.

Au regard de ces constats, la question qui se dégage est ainsi formulée : les représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant chez les AyíẸ̀ de Toffo n'expliquent-elles pas la persistance de la malnutrition infantile dans ce milieu rural?

1.1.2- Hypothèses

Deux hypothèses ont été formulées en guise de réponses provisoires à la question de recherche :

- La persistance de la malnutrition infantile dans la commune de Toffo est liée aux représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant chez les AyíẸ̀ ;
- La persistance de la malnutrition infantile dans la commune de Toffo s'explique par les difficultés des ménages AyíẸ̀ à s'approprier des pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition.

1.1.3- Objectifs

Les objectifs suivant nous ont permis de vérifier ces hypothèses.

1.1.3.1- Objectif général

Etudier les fondements socioculturels de la malnutrition infantile chez les AyíẸ̀ de Toffo.

1.1.3.2- Objectifs spécifiques

- Décrire les représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant chez les AyíẸ̀ de Toffo;
- Apprécier les pratiques alimentaires de l'enfant recommandées par les centres de nutrition;
- Analyser les contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition par les AyíẸ̀ de Toffo.

1.1.4- Revue de littérature

Le phénomène social que constitue la malnutrition infantile a été l'objet de nombreux travaux sous l'angle biomédical. Mais ces dernières décennies, il est noté l'intervention des sciences sociales dans le domaine nutritionnel. Ainsi, la littérature anthropologique ou socio-anthropologique sur la malnutrition infantile est relativement récente.

Sous cet angle, les recherches effectuées par certains auteurs viennent contredire la thèse (souvent soutenue par d'autres) selon laquelle la malnutrition infantile serait essentiellement due aux conditions socio-économiques faibles des ménages. C'est ainsi que Gruénais (1994 : 8), après une étude sur le retard de croissance auprès d'une dizaine de familles à Brazzaville, fait le constat que des enfants gravement malnutris provenaient aussi de ménages dont le niveau socioéconomique paraissait tout à fait satisfaisant. Cette observation rejoint également les conclusions auxquelles était parvenu Raynaut (1989 : 74) cité par

Gruénais et Delpéuch (1992 : 46), après une enquête sur l'état nutritionnel des enfants à Maradi (Niger). Les résultats de cette étude stipulent l'impossibilité de démontrer l'existence d'une relation entre le niveau économique d'un ménage et l'état nutritionnel de ses enfants. Une telle situation vient remettre en cause l'existence d'une relation apparemment évidente entre déficience de l'état nutritionnel et niveau de vie.

Sous le même angle, certains travaux se sont consacrés aux exigences méthodologiques d'une recherche socio-anthropologique dans le domaine de la nutrition, voire de la malnutrition. Tout d'abord, la socio-anthropologie est définie par Olivier de Sardan (1997) cité par Lefèvre et Suremain (de) (2002 :17-18) comme :

« L'étude empirique multidimensionnelle de groupes sociaux contemporains et de leurs interactions dans une perspective diachronique et combinant l'analyse des pratiques et celle des représentations. [...]. La socio-anthropologie [...] tente une analyse intensive et in situ des dynamiques de reproduction/transformation d'ensembles sociaux de nature diverse, prenant en compte les comportements des acteurs, comme les significations qu'ils accordent à leurs comportements ».

Ainsi, Lefèvre et Suremain (de) (2002), dans leur article intitulé '*Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ?*' ont choisi de faire le point sur la façon dont la socio-anthropologie et ses techniques de recherche peuvent s'impliquer efficacement, sans renier leurs exigences propres, au champ de recherche couvert par la nutrition publique et contribuer à la compréhension d'aspects souvent négligés des problématiques nutritionnelles. L'élaboration de cadres conceptuels communs avec les nutritionnistes, et dégagés à partir d'un dialogue interdisciplinaire, depuis la conception de la recherche jusqu'à sa conclusion, constitue donc une préoccupation pour ces auteurs. Ceci les conduit à un bref

exposé des principes de la recherche socio-anthropologique. Puisque cette dernière requiert une étude qualitative, les principales techniques de recherche qualitatives qu'elle utilise (observation, entretien, groupe de discussion focalisée) ont été décrites et illustrées à partir d'exemples tirés des recherches effectuées dans différents pays: *diversification alimentaire* (Congo), *croissance et développement de l'enfant* (Bolivie), *perception de la malnutrition* (Népal), *perception de l'anémie* (Tunisie). Sur le plan méthodologique, l'essentiel tient, selon les auteurs, au respect des caractéristiques épistémologiques et des approches méthodologiques propres à chacune des deux disciplines que sont la socio-anthropologie et la nutrition. Le souci est d'éviter l'instrumentalisation d'une discipline par l'autre. Les résultats de cette recherche soulignent également l'utile contribution de la socio-anthropologie dans le champ de la nutrition :

« [...] Elle (la socio-anthropologie) contribue à éclaircir des comportements et pratiques dont le sens échappe partiellement aux nutritionnistes, comme elle permet d'approfondir les connaissances sur les systèmes alimentaires, les dynamiques sociales et les représentations qui les sous-tendent. Elle permet également de formuler des recommandations d'autant plus acceptables par les populations qu'elles se fondent sur leurs propres représentations et pratiques » (p. 19).

Toujours sous l'angle méthodologique, d'autres auteurs exposent les méthodes développées par l'anthropologie face à l'étude des pratiques alimentaires. Dans ce sens, l'observation est la première méthode soulignée.

« L'observation dite 'participante', la proximité recherchée avec les enquêté(e)s, l'intérêt à faire émerger le point de vue propre à ses interlocuteurs (trices) et à lui donner du sens, la durée longue d'investigation et l'implication de l'enquêteur (trice) en sont autant d'aspects. C'est lorsqu'on atteint un certain seuil de familiarité (grâce à

l'immersion et la longue durée) avec un lieu d'observation que l'on peut cesser d'interroger les personnes que l'on étudie. Les entretiens semi-directifs (relation de «face à face») se révèlent utiles dans un premier temps car ils permettent d'éviter les contre-sens, de dépasser la simple description, et d'interroger le lien entre discursif et pratiques. Car l'anthropologue ne cherche pas à constituer des données chiffrées ni à émettre des statistiques mais à rendre compte de la complexité des habitudes alimentaires prises entre leurs dimensions symboliques et socio-économiques articulant besoins nutritionnels, habitudes régionales, nationales, ethniques, familiales, âge de la vie, statut social, genre, etc. »
Crenn et Delavigne (2010 : 64)

De ce qui précède, il ressort que la socio-anthropologie a beaucoup à apporter aux problématiques relatives à la nutrition et donc à la malnutrition. Il s'agit entre autres, de la compréhension des pratiques alimentaires et des représentations qui leur sont liées chez des groupes sociaux particuliers, et c'est bien l'objet de la présente étude. Evidemment, c'est ce qu'ont démontré certains travaux, dont ceux de Roger-Petitjean (1996) et Jaffré et al., (2003). Ces auteurs ont étudié les représentations populaires de la malnutrition, respectivement au Burkina Faso et au Niger. Les résultats issus de ces différents travaux soulignent l'inadéquation entre les représentations populaires et les représentations médicales de cette maladie. En d'autres termes, une divergence est observée par ces auteurs entre ce que les populations disent ou pensent de la malnutrition et ce qu'en disent les acteurs de la biomédecine.

Cette même divergence est observée dans les représentations liées à certains thèmes affiliés à la malnutrition que sont la croissance, la nutrition et le développement de l'enfant. Ainsi, dans une étude où ils envisagent de développer une approche globale et compréhensive de la santé nutritionnelle de l'enfant de moins de cinq ans en Bolivie et au Pérou, Suremain (de) et al.,

(2001 : 6-7) observent que les représentations des mères en matière de croissance et de développement de l'enfant sont reliées aux conceptions humorales de l'alimentation et de la santé. Autrement dit, quoiqu'elles emploient de façon indifférenciée les expressions de 'croissance' et de 'développement' de l'enfant, les mères ont davantage recours à des notions aux contours relativement larges, comme celles d' « *enfant bien portant* » ou d'« *enfant mal portant* », lesquelles englobent des caractéristiques comportementales et physiques. Selon ces mères, un « *enfant bien nourri* » est celui qui a un « *beau corps bien fait* », harmonieux, avec une tendance à l'embonpoint bien réparti sur tout le corps. L'enfant qui croît normalement n'est pas forcément grand, mais plutôt bien proportionné. Au-delà de ces représentations, cette étude révèle que contrairement à la perspective biomédicale, l'âge de l'enfant n'est souvent pas mis en relation avec son poids ou sa taille. Pour ces femmes, la norme sociale permettant d'affirmer que l'enfant est *bien nourri* ou *en bonne croissance* est qu'il ne présente pas d'excès de grosseur ou de maigreur. Ces représentations ont fait l'objet d'une recherche effectuée par Calandre (2002). En effet, cet auteur expose également l'inadéquation entre les normes d'appréciation du « *bien manger* » par les populations de la zone de Kindia en Guinée maritime et celles en usage dans la biomédecine. L'objectif général de cette étude pose la question de la nature du comportement alimentaire et des composantes qui relèvent de la nutrition et de la santé, à travers les représentations du « *bien manger* ». Les enquêtes menées ont permis à l'auteur de comprendre que dans la perception de la majorité des acteurs sociaux, sans distinction de genre, la qualité du repas est liée à sa qualité gustative. « *Bien manger* » signifie consommer un plat bien cuisiné, dont la qualité gustative satisfait la personne : « "C'est la qualité, quand la sauce est savoureuse ; même si j'en mange un peu, je suis rassasié". "Si c'est à ton goût, même si ce n'est pas beaucoup, mais savoureux, tu manges bien" » (Calandre, 2002 : 76). Ces représentations posent la question de la pluralité des recours en

matière de compréhension et d'interprétation des états nutritionnels de l'enfant chez des groupes sociaux particuliers.

En effet, les travaux précédemment cités éclairent la présente problématique, notamment dans la compréhension des facteurs liés aux représentations et pratiques alimentaires de l'enfant chez le groupe social concerné d'une part et ceux des centres de nutrition d'autre part. A ce propos, le rôle de ces centres dans la prise en charge de la malnutrition infantile a été une préoccupation chez certains auteurs. Cook (1971) cité par Desclaux (1996 : 82) explique que la création de ces centres de nutrition provient d'un questionnement sur les capacités des hôpitaux à traiter les enfants malnutris, compte-tenu du coût de la prise en charge hospitalière et de l'insuffisance du nombre de lits disponibles. Dans ce sens, Héam-Antoine (2003), à travers une étude portant sur la malnutrition de l'enfant au Burkina-Faso, s'intéresse entre autres, à la place de la biomédecine dans ces centres nutritionnels, vu le fait qu'ils s'appuient sur des normes purement biomédicales. Selon elle, cette pathologie renvoie plus au social qu'au médical. Ceci l'amène à un questionnement au terme de l'étude : « *la médicalisation de la malnutrition n'a-t-elle pas nuit à sa prise en charge et à sa régression ?* » (p.68). Par contre, selon Desclaux (1996 : 82), ces centres, pour plus de performance, ne devaient pas s'éloigner des centres hospitaliers, et principalement pour deux raisons : il s'agit d'une part de la nécessité de dépister et de traiter les pathologies médicales et chirurgicales sous-jacentes ou associées à la malnutrition, et d'autre part de la poursuite de la prise en charge des formes sévères de malnutrition, qui nécessitent une intervention plus technique. Ces analyses posent la question des facteurs favorisant l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition par les centres nutritionnels, et de ce fait, interpelle, à propos de la présente étude, les services qu'offrent ces derniers au groupe social concerné.

En ce qui concerne les facteurs étiologiques liées à la malnutrition, Déguénon (1997), étudie les déterminants socio-anthropologiques des problèmes

nutritionnels en milieu Fɔ̀n du plateau d'Abomey au Bénin. Ce travail ayant pour principale cible les enfants de zéro à trois ans, vise une meilleure connaissance des problèmes nutritionnels, ainsi qu'une meilleure participation communautaire à la résolution des problèmes de santé. L'auteur s'est particulièrement intéressé aux facteurs environnementaux favorisant cette pathologie. Il soutient que les conditions écologiques défavorables, les problèmes d'accès à l'eau, engendrent à leur tour des problèmes d'insécurité alimentaire qui conduisent à la malnutrition. L'une des conclusions auxquelles il est parvenu, après l'analyse des différents facteurs identifiés, est que « *le problème nutritionnel a plus un fondement culturel qu'écologique* » (p. 127). Sous cet angle, une autre étude a été menée par Sessou (2012), sur les représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de zéro à cinq ans dans la commune d'Athiémé. Elle a permis à l'auteur de tirer plusieurs conclusions, dont l'une stipule que « *la principale difficulté dans le combat de la malnutrition réside dans le fait que les populations ne l'associent pas entièrement à un problème alimentaire. L'étiologie locale diffère significativement du paradigme biomédical, les causes étant naturelles, supranaturelles ou liées à des désordres sociaux* » (p. 72). Une telle situation favorise donc la récurrence de la maladie. De tels résultats paraissent pertinents pour la problématique actuelle. En effet, mettant en jeu les variables 'pratiques alimentaires' et 'représentations populaires' dans la compréhension de la malnutrition, la présente étude se situe comme un prolongement de celle de Sessou (2012), même si les groupes sociaux considérés ne sont pas les mêmes.

Au-delà de ces travaux relevant du domaine socio-anthropologique, beaucoup d'autres sous l'angle biomédical ont été réalisés. Ils traitent surtout de la prise en charge de la malnutrition, ou portent simplement sur différents thèmes affiliés à cette dernière : alimentation, nutrition, croissance, pauvreté, famine. Quelques-uns sont présentés ici en vertu de leur intérêt pour la présente

étude. La mesure de la croissance de l'enfant est l'une des opérations effectuées par la biomédecine dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition.

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a entrepris la mise au point de normes internationales de croissance pour les enfants de zéro à cinq ans. Publiées en 2006, ces Nouvelles normes de croissance³ (NNC), contrairement à celles antérieurement utilisées, considèrent l'allaitement maternel comme la norme biologique, et indiquent comment l'enfant doit grandir. Elles représentent des indicateurs universels de la croissance et de la santé nutritionnelle de l'enfant. Leur intérêt pour la présente étude est qu'elles suscitent des questionnements sur les normes employées par les communautés locales pour la mesure de la croissance de l'enfant. Aussi, interpellent-elles l'articulation des normes utilisées dans les deux registres de nutrition (biomédical et local) pour une complémentarité. Toujours sous l'angle biomédical, Testa et al., (2008), dans un article de la revue *Médecine Tropicale*, présentent les résultats d'une recherche réalisée à Cotonou dans dix-neuf centres médico-sociaux privés et publics. Cette étude éclaire sur la méconnaissance de cette maladie par les acteurs sociaux, notamment les mères : « *pour les mères, la malnutrition de leurs enfants n'était jamais le motif de consultation initiale, et seules 39% avaient compris que leurs enfants étaient malnutris en sortant de la consultation* » (p. 45). Elle dénonce donc un déficit du dépistage de la malnutrition chez les enfants et une mauvaise qualité de sa prise en charge dans la ville de Cotonou.

Par rapport aux textes parcourus en socio-anthropologie, ils ont le mérite d'éclairer sur l'importance de l'apport socio-anthropologique au domaine de la malnutrition. Ils ont également éclairé sur les différents thèmes affiliés à l'étude de cette maladie. Mieux, certains travaux ont mis en relief la complexité et les dissonances entre représentations sociales et médicales. Celui de Sessou (2012)

³ Les Nouvelles Normes de Croissance de l'OMS peuvent être consultées sur le site : <http://www.who.int/childgrowth/en/>

particulièrement, révèle la nécessité de l'introduction de la variable « pratiques alimentaires » dans la compréhension de la malnutrition. A l'instar de ces travaux, la présente étude vise à comprendre les fondements socioculturels de la malnutrition infantile, et ce, à travers l'étude des représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant chez le groupe socioculturel Ayíẏ̀ de Toffo.

1.1.5- Clarification conceptuelle

Les concepts étant des représentations mentales, générales et abstraites des phénomènes et de leurs relations (Angers, 1996 : 108), leur clarification est nécessaire pour une bonne compréhension de l'étude et de son contexte. Sous cet angle, cet exercice se veut à la fois définitionnel et contextuel. Ainsi, une définition opératoire est donnée aux concepts de *malnutrition*, *pratiques alimentaires* et *représentations populaires*.

La *malnutrition* infantile selon l'UNICEF, constitue un état pathologique complexe revêtant trois différentes formes : la sous-alimentation (manger insuffisamment), les carences alimentaires (manger mal ou de façon déséquilibrée) et la suralimentation (manger trop).

Sous l'angle socio-anthropologique, les auteurs soulignent également sa complexité et les difficultés particulières qu'éprouvent les professionnels de la santé à faire la part entre le domaine strictement biomédical et celui de l'environnement physique, social, voire politique (Gruénais et Delpeuch, 1992 : 38). Selon ces deux auteurs, la malnutrition est considérée comme un état produit par l'accumulation d'un ensemble de facteurs : apport déséquilibré en nutriments, déficience de la couverture vaccinale, environnement insalubre, pratiques de sevrage trop brusque, absence de scolarisation, faible niveau socio-économique des familles, etc. Quelle que soit l'approche considérée (biomédical ou socio-anthropologique), les auteurs mettent souvent l'accent sur le déséquilibre d'apport en nutriments pour expliquer le phénomène. C'est également le cas chez Bonnet (1996), quand il affirme que : « *La malnutrition*

est liée à un déficit d'apports en proportions variables en protéines, en énergie, en vitamines et minéraux, survenant le plus fréquemment chez le nourrisson et le jeune enfant et est associée communément à des infections » (p.5).

Au-delà de ces définitions, Desclaux (1996 : 75-76) présente la malnutrition selon les trois approches *disease*, *illness* et *sickness* de la maladie. Dans le secteur biomédical (*disease*), la malnutrition désigne une entité nosologique vaste et peu précisément délimitée. Les modèles explicatifs biomédicaux sont complexes, faisant intervenir la notion d'équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques et un modèle de causalité exogène par l'intrication entre statut nutritionnel et compétence immunitaire. Quant au facteur psychologique (*illness*), il révèle, à partir d'études anthropologiques au Burkina Faso comme dans d'autres pays d'Afrique, que l'amaigrissement est rarement perçu comme pathologique, s'il n'est accompagné d'aucun autre symptôme. Sous l'angle social (*sickness*), la malnutrition est essentiellement perçue comme une conséquence et un indicateur de la pauvreté, culpabilisante pour les parents qui sont parfois réticents à recourir aux services de soins pour leur enfant afin d'éviter la stigmatisation.

Dans la présente étude, la malnutrition est considérée selon ces trois approches et rejoint également la deuxième forme définie par l'UNICEF (manger mal ou de façon déséquilibrée). Elle concerne l'enfant qui, pendant une période donnée ne bénéficie pas d'une alimentation de qualité et conforme à ses besoins. Vécue de façon prolongée et en l'absence d'une prise en charge, cette situation provoque, soit un retard de croissance ou une vulnérabilité à la maladie. Elle peut conduire à l'un des deux syndromes cliniques de la malnutrition que sont le kwashiorkor et le marasme.

La tranche d'âge considérée ici pour l'enfant est de zéro à cinq ans (0 à 5 ans). En effet, cette période constitue l'une des plus sensibles et délicates pour la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant. Les pratiques

alimentaires lui sont également importantes pendant ce temps. Que désignent en effet les *pratiques alimentaires* ?

L'étude de l'alimentation et de la nutrition par les sciences sociales est récente (Crenn et Delavigne, 2010 : 63). Elle est liée à la remise en cause du modèle biomédical comme seule approche de compréhension ou d'interprétation de la malnutrition. L'alimentation, fait social total (Mauss, 1950) a longtemps été considérée exclusivement dans sa dimension biologique. Grâce à l'apport des sciences sociales, il a été compris qu'elle ne se réduit pas aux dimensions sanitaires et nutritionnelles. Ainsi, les pratiques alimentaires selon Etiévant et al., (2010 : 13) désignent « *l'ensemble des dimensions matérielles et symboliques qui recouvrent l'acte alimentaire : nature et diversité des aliments consommés ; quantités et dépenses afférentes ; cuisine et approvisionnement ; horaire et structure des repas* ». Dans le même sens, Bourdieu (1979) souligne que c'est le milieu social qui détermine le style de vie, et donc la nourriture. Il s'agit aussi bien de la quantité, de la qualité, de la manière dont on se comporte à table que de l'endroit où se prennent les repas. Comme l'affirme Salemi (2008 : 6),

« [...] *les pratiques alimentaires et culinaires sont révélatrices de la construction identitaire des acteurs sociaux comme de leurs relations. [...]. Les aliments, qui ont un ancrage socioculturel indéniable, sont porteurs de valeurs, de symboles et du poids de l'histoire des usages sociaux* ».

Ainsi, les pratiques alimentaires renvoient aussi bien à la nature, la qualité, la quantité des aliments consommés qu'à la manière dont ils sont préparés, avec les lieux et la fréquence des prises. Elles sont donc objet de représentations. Les représentations sociales désignent selon Herzlich (1969) cité par Kpatchavi (2011 : 44) :

« *Un système de valeurs, de notions et pratiques ayant un double rôle. Tout d'abord d'instaurer un ordre, permettant à l'individu de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. Ensuite d'assurer*

la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un cadre pour les échanges, un code pour nommer et classer les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective ».

L'étude des **représentations populaires** a été un objet de recherche en anthropologie de la santé. Parmi ces travaux, celui de Roger -Petit Jean (1996) est consacré aux représentations populaires de la malnutrition infantile au Burkina Faso. L'auteur définit la représentation populaire comme un concept se référant à trois moments distincts, non obligatoirement chronologiques : la reconnaissance du symptôme, la formulation d'hypothèses étiologiques et la lutte contre la maladie (prévention et soins). A l'instar de cet auteur, la définition donnée par Olivier de Sardan⁴ (1999), s'inscrit dans cette perspective, à la différence qu'il considère en premier lieu, la manière dont les acteurs sociaux nomment la maladie, avant d'en venir aux trois autres dimensions que sont les symptômes, les causes et le traitement. Il considère les représentations populaires sur la maladie comme des représentations « *largement partagées, par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites au sein de la grande majorité de la population telles qu'on peut facilement les retrouver dans les discours de tout un chacun* ».

En effet, les représentations populaires, dans la présente étude concernent les pratiques alimentaires de l'enfant. Cette définition donnée par Olivier de Sardan conduit à considérer ici les représentations populaires comme des manières de penser et de concevoir les pratiques alimentaires de l'enfant, socialement élaborées, et largement partagées par la grande majorité d'une population. Elles orientent les discours et les pratiques liés à l'enfant dans le groupe social considéré. Autrement dit, elles renvoient à ce que pense, dit et vit un groupe social au sujet des pratiques alimentaires de l'enfant.

⁴ Les représentations populaires de la maladie définies par Olivier de Sardan, in *Séminaire des sciences humaines et éthique en santé*, Paris, Université Gaston-Berger-Saint Louis du Sénégal, 14 - 20 Janvier 2012, 14 diapositives.

1.2- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

1.2.1- Raisons subjectives

Plusieurs motifs fondent le choix de ce sujet. Etant engagée pendant les années 2009 et 2010, sur le plan professionnel pour l'accompagnement de plusieurs groupements de femmes dans la commune de Toffo pour des Activités génératrices de revenus (AGR), nous avons eu plusieurs fois l'occasion de loger dans le Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) dirigé par les sœurs OCPSP⁵ dans l'arrondissement de Toffo-centre. Ceci a permis le constat du nombre élevé de cas d'enfants malnutris de moins de cinq ans que recevaient les sœurs chaque jour. Les échanges avec elles sur la situation nous ont éclairés sur l'ampleur du phénomène dans le milieu. Aussi le stage de trois mois⁶ fait au service de la prise en charge maternelle et infantile (PMI) de l'hôpital Saint Luc de Cotonou, a été l'occasion de saisir d'une part, la complexité de cette pathologie qui se guérit essentiellement par l'alimentation, et d'autre part, la méconnaissance des femmes, même dans la ville de Cotonou, à propos des besoins alimentaires des enfants dans les premières années de la vie. D'autres raisons ont également suscité le choix du sujet.

1.2.2- Raisons objectives

La malnutrition infantile constitue une pathologie ayant été l'objet de nombreux travaux sous l'angle biomédical. Il y est également noté l'appui des grandes institutions œuvrant dans le domaine de la santé, comme l'OMS et l'UNICEF. Toutefois, malgré tous les travaux entrepris et les politiques de prise en charge (dont la création des centres de nutrition), la persistance de la prévalence de cet état pathologique en Afrique demeure préoccupante. Le choix porté par les OMD au Bénin sur le domaine de la nutrition justifie également cette situation. Tout ce qui précède laisse à penser que les actions entreprises sous l'angle biomédical et en termes de santé publique ont des limites. Ces

⁵ Oblates, Catéchistes, Petites Servantes des Pauvres.

⁶ Le stage a été fait du 19 septembre au 15 décembre 2011.

raisons justifient aussi le choix de ce sujet ainsi que l'approche socio-anthropologique envisagée.

1.3- MODELE THEORIQUE D'ANALYSE

Le modèle théorique d'analyse utilisé est le structuralisme constructiviste de Bourdieu. Ce choix se justifie par le fait que ce modèle, à travers la notion d'habitus, permet de mieux comprendre les pratiques alimentaires et les représentations qui les sous-tendent dans le groupe social considéré. Elles sont appréhendées dans leur contexte social et culturel spécifique.

Par structuralisme, l'auteur soutient qu'il existe dans le monde social lui-même, des structures objectives, indépendantes de la conscience et de la volonté des agents, qui sont capables d'orienter et de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations.

« L'habitus représente un système mental de dispositions durables à travers lesquelles les agents perçoivent et apprécient le monde environnant; il est en ce sens, une sorte de 'programme' de l'individu au sens de l'informatique qui s'est constitué historiquement par l'intériorisation des normes sociales et culturelles, à la faveur de divers apprentissages (familiaux etc.) et par l'expérience personnelle ou 'biographique' de l'individu » Bourdieu (1972) cité par Coster (de) et al., (2006 : 83).

Trois dimensions caractérisent l'habitus chez Bourdieu. En premier lieu, il évoque les apprentissages (formels ou informels, dits ou non dits) qui forment, inculquent des modèles de conduite, des modes de perception et de jugement, au cours de la socialisation. En deuxième lieu, l'habitus désigne ces dispositions, en ce que elles sont intériorisées par chacun : il se produit, en effet, au cours de la socialisation, ce que l'on peut appeler une intériorisation de l'extériorité et la formation d'un inconscient individuel et collectif. En troisième lieu, l'habitus, système des dispositions acquises, est la capacité d'engendrer des pratiques. Cet

habitus peut être défini comme un système des schèmes intériorisés qui permettent d'engendrer toutes les pensées, les perceptions et les actions caractéristiques d'une culture et de celle-là seulement.

Les pratiques alimentaires et leurs représentations ne s'expliquent donc pas à travers les goûts personnels, mais sous l'angle socioculturel. Elles sont l'expression d'une identité sociale et culturelle donnée. Selon Bourdieu, c'est le milieu social qui détermine le style de vie, et donc la nourriture : la quantité, la qualité, le lieu où nous les consommons et les manières de les consommer.

Chapitre 2 : FONDEMENTS METHODOLOGIQUES ET MONOGRAPHIE DES AYÍẏ DE TOFFO

2.1- FONDEMENTS METHODOLOGIQUES

2.1.1- Nature de l'étude

L'étude s'inscrit dans une démarche à la fois descriptive et compréhensive. Elle fait appel à une recherche qualitative. Cette dernière est définie comme une recherche qui produit et analyse les données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes (Deslauriers, 1991 cité par Assaba, 1997 : 31).

2.1.2- Sources de l'enquête

2.1.2.1- Sources documentaires

La recherche documentaire occupe une place importante dans tout processus de recherche. Elle se trouve en amont et en aval de ce processus. Dans le cadre de cette étude, plusieurs bibliothèques et centres de documentation ont été parcourus. Ils ont permis de nous informer sur divers thèmes ayant directement ou indirectement trait au sujet de recherche. La nature de ces informations et les différents centres de documentation et bibliothèques parcourus sont indiqués dans le tableau I suivant :

Tableau I : Centres de documentation parcourus et type d'informations recueillies

Centres de documentation	Nature des documents	Types d'informations
Salle de documentation de la FLASH	Mémoires	-Quelques problématiques abordées en socio-anthropologie de la santé.
Salle de documentation du Ministère de la Santé Publique (MSP)	Archives	-Actions et projets en matière de nutrition au Bénin.
Centre d'Information et de Documentation du Système des Nations Unies (CID-SNU)	Revue Brochures Articles	-Données sur les OMD et les politiques de nutrition au Bénin; la malnutrition et les taux de prévalence au Bénin et en Afrique.
Bibliothèques de l'IRSP et de la FSS	Mémoires Thèses	- Connaissances en santé publique, en nutrition et malnutrition chez l'enfant.
Salle de documentation du MAEP	Ouvrages généraux	Informations monographiques sur le cadre d'étude.
Bibliothèque du Centre Culturel Français (CCF)	Dictionnaires Ouvrages généraux	-Définition de certains concepts. -Connaissances générales en sociologie et anthropologie. -Informations méthodologiques.
Bibliothèque personnelle	Ouvrages généraux Ouvrages spécifiques	-Dictionnaires. -Méthodes et techniques de recherche en sciences sociales.
Internet	Rapports Mémoires et thèses Articles spécifiques	-Problématiques en socio-anthropologie de la santé et de la malnutrition.

Source : Enquête de terrain (2012)

2.1.2.2- Sources orales

Dans le cadre de cette étude, des entretiens ont été menés avec plusieurs personnes ressources, eu égard à leurs connaissances ou expériences à propos du phénomène de la malnutrition infantile : professionnels de la santé, nutritionnistes, responsables et agents de centres de nutrition, socio-, anthropologues. Ces entretiens ont permis le recueil d'enrichissantes informations sur le sujet.

2.1.3- Groupes cibles et échantillonnage

2.1.3.1- Groupes cibles

Le choix des enquêtés a été opéré de par leur appartenance à ce groupe socioculturel, mais aussi en vertu de leurs connaissances ou expériences en ce qui concerne les différentes dimensions du sujet. Les acteurs cibles de l'étude sont :

- Mères d'enfants de zéro à cinq ans;
- Hommes et femmes âgés d'au moins 50 ans;
- Leaders religieux;
- Elus locaux;
- Agents des centres de nutrition et de santé;
- Agents du Centre de promotion sociale (CPS) et du Centre communal pour la promotion agricole (CeCPA) exerçant dans la commune.

2.1.3.2- Echantillonnage

L'échantillonnage, pour rappeler les propos de Angers (1996 : 228), désigne un ensemble d'opérations permettant de sélectionner un sous-ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon. Cette étude est de nature qualitative. La technique de choix raisonné a été utilisée, dans la mesure où l'étude a pris en compte tous les groupes cibles concernés par la question des représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant de 0 à 5 ans. L'échantillonnage boule de neige a aussi été privilégié. Il a permis, dans le cas d'espèce, de toucher tous les autres éléments de la population visée, grâce à un premier noyau d'individus identifiés.

La collecte des données a principalement eu lieu dans trois villages (Houèglè, Kinzoun et Sèdji) situés dans les arrondissements d'Agué et de Toffo-centre où sont basés les deux centres nutritionnels. Le critère de sélection des villages est lié à leur proximité de ces deux centres. Vingt ménages ayant des enfants de zéro à cinq ans (souffrant de malnutrition ou non), ont été choisis,

compte-tenu de l'appartenance au groupe socioculturel AyíZò, et de la disponibilité des mères (acteurs directs dans la nutrition des enfants) par rapport aux entretiens et visites à domicile.

Le choix des autres catégories sociales (personnes âgées, leaders religieux, élus locaux, professionnels de la santé, agents du CPS et du CeCPA) a été fait, compte-tenu de leur statut social et expériences par rapport au sujet. Le procédé de saturation a permis de fixer la taille de l'échantillon. Au total, cinquante-six (56) personnes ont été enquêtées dont vingt mères d'enfants de zéro à cinq ans. La répartition statistique et par sexe des enquêtés est présentée par le tableau II suivant.

Tableau II : Répartition statistique et par sexe des enquêtés

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage (%)
Groupes cibles				
Mères (d'enfants de zéro à cinq ans)	-	20	20	35,71
Hommes et femmes âgés d'au-moins 50 ans	11	07	18	32,14
Leaders religieux	03	00	03	5,36
Elus locaux	03	00	03	5,36
Agents de santé et des centres de nutrition	03	06	09	16,07
Agents du CPS	01	00	01	1,78
Agents du CeCPA	01	01	02	3,57
Total	22	34	56	~100

Source : Résultat d'enquête (2012)

2.1.4- Techniques de collecte des données

L'observation, l'entretien (individuel et de groupe) et le focus group sont les techniques essentielles utilisées pour la collecte des données.

- **L'observation**

Elle a été utilisée sous la forme directe et participante. Les observations dans les ménages ont été faites au moyen d'une grille d'observation préalablement établie. L'observation directe et participante a permis de saisir de

façon exhaustive des gestes, des séquences de la vie quotidienne des enquêtés, aussi bien dans le milieu en général que dans les ménages en particulier. En tant qu'observateur, nous avons pu prendre part à la préparation des mets pour les enfants dans plusieurs ménages. Cela a été l'occasion de toucher du doigt les différents types d'aliments les composant selon les âges; nous en avons goûté, mieux nous avons également donné à manger à des enfants. Les heures et fréquences d'alimentation de l'enfant, les lieux de consommation, les gestes et les paroles (les chants par exemple) accompagnant tout cela ont été saisis. Les observations ont également permis de confronter les discours des acteurs sociaux aux pratiques réelles observées, et donc d'enrichir considérablement l'analyse et l'interprétation des données. Elles ont été accompagnées des entretiens.

- **L'entretien**

Sous la forme semi-directive, des entretiens individuels et de groupe ont servi pour le recueil d'informations auprès de diverses catégories d'acteurs que sont les mères d'enfants de zéro à cinq ans, les leaders religieux et élus locaux, les agents des centres de nutrition et de santé, les agents du CPS et du CeCPA. En définitive, trente-trois (33) entretiens ont été menés, dont vingt (20) avec les mères d'enfants pendant une durée d'un mois. Pour le cas particulier des mères, le guide d'entretien a été accompagné d'une grille préconçue ayant servi à la collecte des données liées à la ration alimentaire des enfants.

- **Le focus group**

Le focus group est une technique de recherche qualitative qui permet de collecter un grand nombre d'informations en un temps relativement court, chez des personnes du même milieu, autour d'un sujet délicat, sensible ou lié aux croyances. Il a été utilisé pour la collecte des informations auprès de la catégorie des personnes (hommes et femmes) âgées d'au-moins cinquante ans. Les informations recueillies sont relatives aux représentations et pratiques alimentaires de l'enfant, ainsi qu'aux perceptions des communautés sur les

pratiques alimentaires des centres de nutrition. Deux focus-group ont été réalisés dans les villages de Houèglè et Kinzoun et ont concerné dix-huit (18) personnes. La taille des groupes de discussion a varié entre huit (8) et dix (10) personnes.

2.1.5- Collecte des données

La collecte des données a connu deux phases : la pré-enquête et l'enquête proprement dite. La pré-enquête a duré dix jours. Elle a été une phase d'immersion dans le milieu. Les entretiens exploratoires pendant ce temps ont permis l'élaboration de certaines données liées à la monographie du cadre de l'étude, de redéfinir l'échantillonnage et d'affiner les outils de collecte. Elle a également été l'occasion des prises de contact, du choix des sites et catégories d'acteurs. Un calendrier de collecte a été élaboré avec le concours des personnes susceptibles de faciliter les enquêtes.

L'enquête proprement dite a permis la collecte des données auprès des différentes catégories d'acteurs. Elle a duré cinq semaines. Les entretiens avec les mères d'enfants, les leaders religieux, les élus locaux et l'agent du CeCPA à la retraite, se sont déroulés dans les ménages ou les milieux de vie. Pour le cas particulier des mères, l'observation des rations alimentaires des enfants dans les ménages a été faite tous les deux jours. Quant aux agents des centres de nutrition et de santé, du CPS et au second agent du CeCPA, ils nous ont reçu sur rendez-vous dans leurs lieux de travail pour les entretiens. Avec les personnes âgées d'au-moins cinquante ans, les focus group ont eu lieu à des lieux préalablement choisis pour la cause, dans les deux villages retenus.

2.1.6- Traitement et analyse des données

Le dépouillement a été manuel. Les données d'enquêtes ont été regroupées par centres d'intérêt suivant les différentes articulations des guides d'entretien et grilles d'observation. Les supports audio et visuels sont aussi utilisés. Les logiciels Word et Excel 2007 sont utilisés pour la saisie et le classement des informations. La restitution des données a été faite suivant

l'approche émiq. Cette dernière respecte les principes et les valeurs propres à un acteur donné dans une culture donnée (Massé, 1995). Ensuite les données ont été décrites, contextualisées, comparées et analysées avec les principes de triangulation.

2.1.7- Chronogramme de recherche

Ayant débuté avec les recherches documentaires, ce travail s'est déroulé en plusieurs étapes. Le tableau III suivant présente les différentes phases avec la durée mobilisée pour leur réalisation.

Tableau III : *Chronogramme de recherche*

N°	Activités	Période	Observation
1	Choix du sujet Entretien avec des personnes ressources Recherche documentaire	8 au 31 Janvier 2012	La recherche documentaire se poursuit jusqu'à la soutenance
2	Elaboration du protocole de mémoire Correction et validation du protocole	1 ^{er} au 29 Février 2012	
3	Pré-enquête -Identification des groupes cibles -Délimitation du cadre de l'étude -Immersion et collecte des données monographiques -Test des techniques et outils de collecte -Réorientation des hypothèses et objectifs	13 au 23 Mars 2012	
4	Enquête Collecte et transcription des données de terrain	10 Avril au 16 Mai 2012	
5	Dépouillement et traitement des données de terrain. Rédaction du mémoire	21 Mai au 31 Juillet 2012	
6	Correction et relecture	03 Novembre 2012 au 30 Avril 2013	
7	Dépôt pour la soutenance	Mai 2013	

Source : Enquête de terrain (2012)

2.1.8- Aspects éthiques du travail

L'approche éthique respecte les conditions de la recherche scientifique caractérisée par une connaissance rationnelle, objective et indépendante de l'observateur (Massé, 1995). Sur le plan éthique, les autorités locales et les acteurs concernés ont été informés et prévenus de la recherche. Leur autorisation

et consentement ont été nécessaires et obtenus grâce aux explications à eux données de cette étude et à la compréhension qu'ils en ont eue. Ainsi, une confiance mutuelle s'est établie entre enquêteur et enquêtés. Cela a permis les photographies et enregistrements magnétiques durant la période de collecte des données. La confidentialité a été respectée dans la restitution des données afin qu'aucun enquêté ne soit identifié avec précision.

2.1.9- Difficultés rencontrées et limites du travail

Les difficultés rencontrées au cours de ce travail concernent essentiellement la collecte des données empiriques. La période du déroulement des enquêtes a coïncidé avec le temps des semences et les activités d'extraction de l'huile de palme. Cette situation a modifié le calendrier de recherche, imposant ainsi les soirées pour les visites à domicile. Ainsi, prévu de façon journalière, le suivi des rations alimentaires des vingt (20) enfants dans leurs ménages a été fait tous les deux jours. Certaines femmes, une fois rentrées des champs aux environs de vingt heures, voire vingt-et-une heures du soir, prennent d'abord trente minutes à une heure de repos avant de se mettre à faire le feu pour le dîner. Toutefois, ces situations ont permis d'observer et de saisir les stratégies qu'elles développent en ces moments du calendrier agricole, pour répondre aux besoins alimentaires des enfants. Aussi, malgré les présentations préalablement faites aux enquêtés de nous-mêmes et de l'objet de cette étude, certains nous ont pris pour un agent de santé ou un nutritionniste. Ainsi, au début des entretiens, ils ont eu tendance à donner des informations biaisées, animés de la crainte d'être jugés sur certaines pratiques alimentaires locales de l'enfant. Il a fallu insister sur le statut de chercheur et sur l'importance d'une telle étude pour leur milieu avant de parvenir à gagner leur confiance. La non électrification de la zone d'étude a rendu un peu difficiles certaines prises de notes au cours des observations et entretiens effectués tard dans la soirée au sein des ménages. L'usage des enregistrements magnétiques a pallié un tant soit peu cette difficulté.

Comme limites, les représentations et pratiques relatives à l'alimentation de l'enfant, selon les deux registres de nutrition (local et biomédical) constituent ici les seules variables utilisées dans la compréhension de la malnutrition infantile. La prise en compte d'autres variables (comme le niveau de vie des ménages, l'insuffisance du taux de couverture des centres de nutrition, le traitement traditionnel de la malnutrition) dans d'autres études sera utile pour mieux appréhender cette maladie dont l'étiologie est multifactorielle.

2.2- MONOGRAPHIE DES AYÍẸ̀ DE TOFFO ET LA QUESTION DE LA MALNUTRITION INFANTILE

2.2.1- Origine culturelle des AyíẸ̀

Selon le Plan de développement communal de Toffo (PDC, 2005-2009 : 21), les premiers occupants des lieux étaient des 'AyíẸ̀'. Cela justifie la prédominance de ce groupe socioculturel dans la commune. En effet, les AyíẸ̀ sont issus des vieilles migrations dont l'origine est située dans l'aire culturelle Adja-Tado. Selon Pazzi (1984) cité par Meliho (2010 : 43),

« Tado demeurait la ville des origines et continuait à recevoir l'hommage de soumission des HwéńẸ̀ (les Aja des plaines de HwègàmÉ et d'AjàhɔnmÉ), des AyíẸ̀ (groupes ayant quitté Tado dans les siècles précédents pour occuper la plaine entre le Kúfò et le WémÉ, jusqu'à Zínvyé et AgbõmÉ-Kádá) et des Xwla : ces derniers remontaient par le MɔnẸ̀ pour apporter le sel aux Aja de la forêt. Ces trois groupes représentent les migrations de l'époque ancienne ».

Aussi, selon Oké (1984) cité par Meliho (2010 : 43), « les Aja sont subdivisés en trois groupes, notamment les Aja de Tado, de hwÈ et de Xújí. Ces Aja de Xújí furent dénommés "Aja wi- zẸ̀" ou "Aja yì zẸ̀" (yì, en Aja et en fẸ̀n, signifie "aller, partir, s'éloigner" ; zẸ̀ : "plus loin" ; d'où Aja yì zẸ̀ est devenu, en

forme contractée, Ayíẓ̀). Les traditions d'Alàdà enseignent que ces "Aja yì z̄s" ont été les premiers occupants du sol ».

Quant au nom 'Toffo', il serait une déformation de « Tòvò », ancienne appellation d'avant la colonisation, qui signifie «fin de la rivière» (PDC, 2005-2009 : 23). Ce nom aurait été donné à la région par les frères 'Ajáhutó' (c'est-à-dire 'tueurs de Ajá'), premiers occupants des lieux, après la décapitation du roi d'Ajá-Tado. Dans la fuite de ceux-ci avec la tête de leur victime, ils ont traversé plusieurs péripéties et cours d'eau à la recherche de terres fermes. La région de l'actuelle commune de Toffo fut la première terre ferme de leur parcours. Dans cette commune, les Ayíẓ̀ représentent la grande majorité de la population et occupent pratiquement toute la commune. Les Fɔ̀n sont présents dans les arrondissements de Houègbo, de Sèhouè, de Toffo- centre, de Colli et d'Agué; les Aja dans le village de Hou, arrondissement de Houègbo, puis dans la dépression de Guèmè; les Yoruba et les Ibo, venus du Nigeria, se sont installés dans les arrondissements de Sey, d'Agué, de Houègbo et de Sèhouè; les Hófi, venus des départements de l'Ouémé et du plateau, notamment des régions de Kétou, Pobè et Adja-Ouèrè se sont surtout installés dans la forêt classée de Coussi.

2.2.2- Caractéristiques du cadre de la recherche

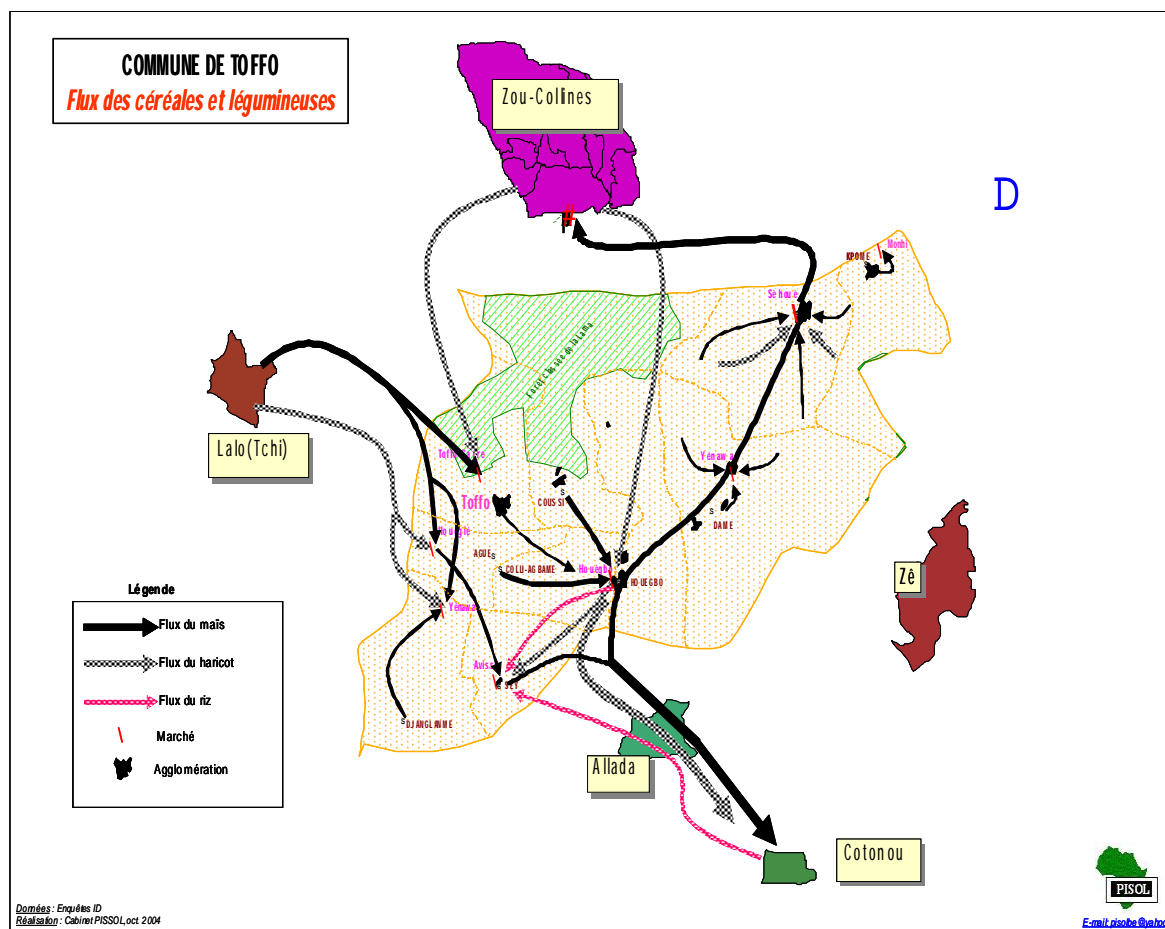
L'étude porte sur les Ayíẓ̀ de la commune de Toffo. Cette dernière est située à l'extrême Nord du département de l'Atlantique. Elle s'étend sur une superficie de 492 Km² et est limitée au Nord par la commune de Zogbodomey dans le département du Zou, au Sud par la commune d'Allada, à l'Est par la commune de Zè et le lac Hlan, et à l'Ouest par le fleuve Couffo qui lui sert de frontière naturelle avec le département du Couffo (RGPH₃, 2002). La commune

de Toffo est divisée en dix arrondissements, dont deux (celui d'Agué comportant sept villages et de Toffo-centre, comportant cinq villages) sont concernés par la présente étude.

2.2.2.1- Activités socio-économiques et alimentation des enfants à Agué et Toffo-centre

2.2.2.1.1- Activités socio-économiques

Dans les arrondissements d'Agué et de Toffo-centre, comme dans toute la commune, l'agriculture demeure la principale activité, avec un bilan vivrier excédentaire en ce qui concerne le maïs et le manioc (PDC 2012-2016: 27). Le maïs constitue la base de l'alimentation. Les activités agricoles montrent une division du travail, marquée par une présence active des femmes. Elles interviennent pour des opérations de semis, de sarclage, d'épandage d'engrais, de récolte et de transformation des produits champêtres. Les principales cultures sont : les céréales et légumineuses, les tubercules et oléagineux, les fruits et légumes, les produits de transformation et les productions animales. Le commerce constitue la première activité non agricole. Il est rendu facile grâce à la présence d'au-moins sept marchés dans la commune, dont les plus importants sont ceux de Houègbo, de Sey et de Sèhouè. Ils sont essentiellement pratiqués par les femmes, et se résument à la commercialisation des produits agricoles ou de leurs dérivés, et à la revente souvent en détail des produits manufacturés. La carte I que voici illustre le flux des céréales et légumineuses au sein de la commune et vers d'autres régions du Bénin.

Carte I : Flux des céréales et des légumineuses sur les marchés de la commune de Toffo

Source : PDC de Toffo (2005-2009 : 31)

De l'analyse de cette carte, il ressort que les produits agricoles sont fortement commercialisés sur les marchés de la commune. Aussi note-t-on l'affluence des populations (surtout les femmes) les jours de marché vers ces lieux, si bien qu'il est difficile d'obtenir leur disponibilité pour des rencontres ces jours-là.

2.2.2.1.2- Accès à l'eau dans les villages de Kinzoun, Houèglè et Sèdji

En matière d'accès à l'eau, la couverture demeure très limitée dans la commune. L'approvisionnement en eau se fait par les ouvrages hydrauliques. Comme le souligne le PDC (2012-2016), « *L'arrondissement de Toffo-centre qui présente le taux le plus faible, est le seul desservi par le réseau de la SONEB. Les habitants de certaines localités continuent de parcourir des*

kilomètres pour accéder à l'eau ou de consommer l'eau des puits traditionnels, des citernes ou des eaux de surface (...) » (p. 33).

Dans les villages de Kinzoun et Houèglè, les enquêtés se sont plaints de la qualité de l'eau desservie par le château hydraulique. Cette eau, selon eux, n'est pas agréable au goût et ne mousse pas. De plus, les pannes des matériels sont fréquentes. Pour cette raison, les populations de ces villages s'approvisionnement à des citernes et surtout à des 'écoulements de surface', selon l'expression de Elégbédé Manou (2007) cité par Meliho (2010 : 47). Il s'agit des eaux de surface comme les rivières, les marigots et la source sacrée «Ajágbè ». L'approvisionnement aux citernes et eaux recueillies en saisons des pluies demeure très limité et n'est pas possible en période de sécheresse.

Aucune de ces sources d'approvisionnement ne garantit l'hygiène et la qualité en matière d'eau potable. Cette situation de l'eau dans les villages de Kinzoun et Houèglè interpelle la question de la santé, voire de la malnutrition, cette dernière étant essentiellement liée à la qualité de l'alimentation.

2.2.2.1.3- Rôle des parents dans l'alimentation des enfants

Le rôle des parents, notamment celui des mères, dans l'alimentation des enfants n'est plus à démontrer. Elles constituent les piliers des ménages. Ce sont elles qui ont à charge les dépenses quotidiennes liées à la survie alimentaire des foyers. Les pères quant à eux, y participent surtout à travers les produits de leur récolte :

« Ici, quand toi femme tu te maries, il te revient de te débrouiller pour les dépenses quotidiennes liées à la survie alimentaire du ménage. La contribution de l'homme consiste essentiellement en l'apport des produits de ses récoltes que sont les céréales, dont le maïs notamment » (A.M., mère de quatre enfants, commerçante à Kinzoun, le 23/04/12).

Cette situation amène les femmes à lutter, c'est-à-dire à adopter des stratégies de survie pour faire face aux besoins alimentaires du ménage. Ainsi,

jusqu'au huitième mois de grossesse, certaines femmes poursuivent les travaux agricoles (labours, semis, extraction de l'huile de palme...). Elles reprennent également ces travaux dès le deuxième ou troisième mois après l'accouchement. Ces stratégies de survie passent aussi par les activités génératrices de revenus qu'elles mènent seules ou à travers des groupements ou associations coopératives. Aussi, ces activités engendrent-elles chez elles une forte mobilité, interpellant la disponibilité des mères nourrices quant à l'alimentation des enfants, surtout pendant les premières années de la vie. Elles se déplacent avec leurs enfants sur les lieux d'activité, aussi bien dans les champs qu'aux marchés et partout. Ainsi, il se pose aussi des questions liées à la qualité et à l'hygiène devant entourer l'alimentation des enfants. Ces questions seront abordées dans le chapitre suivant avec les pratiques alimentaires.

2.2.2.2- Dimension sanitaire de la commune et centres de nutrition à Agué et Toffo-centre

2.2.2.2.1- Dimension sanitaire de la commune de Toffo

Sur la pyramide sanitaire de la commune de Toffo, on note la présence d'un centre de santé communal (CSC) situé dans l'arrondissement de Toffo-centre et de dix centres de santé d'arrondissement (CSA). Ceux de l'arrondissement d'Agué et de Colli ne sont pas encore fonctionnels. L'arrondissement de Damè dispose de deux CSA dont un à Damè et un à Agon. *«Il y est noté aussi la présence d'une Unité Villageoise de santé à Colli, de deux laboratoires d'analyses médicales et d'une douzaine de cabinets privés détenus par des ONG, des religieux et des particuliers dans les arrondissements de Toffo-centre, Colli, Agué, Damè, Houègbo, et Sèhouè»* (PDC, 2012-2016 : 32).

En ce qui concerne les maladies, le PDC souligne l'existence de beaucoup de cas de malnutrition dans la commune, bien que cette dernière dispose de plusieurs atouts et potentialités agricoles. Mais les taux de prévalence n'existent pas au niveau communal. Sur le plan nutritionnel, il existe dans chacun des arrondissements d'Agué et de Toffo-centre, un centre confessionnel de prise en

charge nutritionnelle à base communautaire que sont le Centre de santé Saint Raphaël de Takon (Agué) et le Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) des sœurs OCPSP de Toffo-centre. D'autres structures comme le Centre communal pour la promotion agricole (CeCPA) et le Centre de promotion sociale (CPS) œuvrent aussi bien directement qu'indirectement pour la prise en charge et le suivi nutritionnels des enfants dans la commune.

2.2.2.2.2- Le Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de l'arrondissement de Toffo-centre

Ce Centre a été créé en 1984, suite aux appels reçus par les sœurs du monastère Saint Joseph de Toffo, à propos de l'ampleur des cas de malnutrition infantile dans le milieu. Comme ces sœurs vivent cloîtrées, elles l'ont confié aux sœurs OCPSP, qui interviennent dans la vie active, afin d'aider les communautés dans l'accompagnement et la prise en charge nutritionnelle des enfants. Il est un centre confessionnel à but non lucratif. La photo I suivante en présente un aperçu.

Photo I : *Aperçu du Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) des sœurs OCPSP de l'arrondissement de Toffo-centre*



Source : Cliché AHOLU Marcelle (Avril 2012)

Ce centre dispose d'une grande salle, servant pour les grands rassemblements des femmes, lors des séances de sensibilisation et de formation à propos de la nutrition des enfants et des activités génératrices de revenu. Quant au bloc de droite, il dispose de quatre salles, dont la première à droite est le bureau de la sœur coordonnatrice et les trois autres sont utilisés pour le logement des mères d'enfants malnutris pendant la phase de récupération nutritionnelle. La paillote se situant en face est utilisée pour les rassemblements par groupements de femmes et pour d'autres activités. Cette cour assez spacieuse facilite les grands et petits regroupements.

L'une des missions du CREN est d'œuvrer pour la récupération et le suivi nutritionnels des enfants de zéro à cinq ans. La prise en charge des cas de malnutrition infantile passe par la prise des données anthropométriques (poids, âge, taille ou indice de masse corporelle) chez l'enfant. Ensuite, une grille d'aliments est préconisée avec d'autres produits, selon le degré de malnutrition identifié. Les types d'aliments sont exposés dans le chapitre quatre consacré aux pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition. Ne disposant pas de volet hospitalier, le CREN fait recours au Centre de santé communal (CSC) pour les problèmes nécessitant une intervention médicale chez les enfants malnutris.

2.2.2.2.3- Le Centre de santé Saint Raphaël de l'arrondissement d'Agué

Ce centre confessionnel offre des services de santé dans l'arrondissement d'Agué depuis 1999. Il a été créé sur l'initiative du révérend père Serge de Montgolfier, actuel directeur dudit centre et aumônier du monastère Saint Joseph de Toffo. L'initiative provient du désir d'améliorer le taux de couverture sanitaire des populations des arrondissements d'Agué, de Sey, de Djanglanmè et de Toffo-centre. Créé à la suite du CREN, il a pour vocation la promotion de la santé nutritionnelle de la mère et de l'enfant. Des activités de sensibilisation sont menées à l'endroit des mères et des femmes enceintes sur le suivi nutritionnel des enfants et les bonnes pratiques en matière d'alimentation et de santé.

Cependant, malgré les bons résultats induits par ces sensibilisations en faveur de la santé des mères et des enfants, les malades référés n'allaient pas aux centres de santé de référence et ceci pour plusieurs raisons. Il s'agit entre autres de l'inaccessibilité géographique (route non praticable surtout en période de pluie), du faible pouvoir économique, des croyances et des représentations socioculturelles locales liées à la maladie et à l'automédication.

Face à une telle situation de besoins ressentis par une communauté à faibles revenus, il est devenu nécessaire, voire indispensable, de développer d'autres services afin de combler les attentes. D'où l'idée de transformer ce centre de sensibilisation et d'aide au suivi nutritionnel des enfants en un centre de santé de premier niveau, composé d'un dispensaire et d'une maternité, animés par un personnel qualifié. La photo II présente un aperçu dudit centre.

Photo II : *Aperçu du Centre de santé Saint Raphaël de l'arrondissement d'Agué*



Source : Cliché AHOLOU Marcelle (Avril 2012)

Le bloc dans la photo est composé de trois salles. Celle située à l'autre bout, à droite est utilisée comme salle de consultation. Celle du milieu est la salle d'accouchement et celle à gauche du second bout sert pour

l'hospitalisation. Puisqu'il dispose du volet hospitalier, le centre prend directement en charge les soins médicaux chez les enfants malnutris. Une cuisine derrière le bloc est utilisée par les mères pour les démonstrations culinaires et les préparations des mets pour les enfants. La paillote en face du bloc sert pour les séances d'animation et de formation, rôle joué également par cette cour quand la paillote ne peut contenir toutes les personnes. Deux autres blocs de locaux un peu éloignés de ceux sur la photo, servent pour le logement des membres du personnel. Notons que d'autres activités de sensibilisation et de démonstration culinaire à propos de l'alimentation de l'enfant se mènent au sein de la communauté, et à des lieux choisis pour la cause.

2.2.2.2.3- L'appui du CeCPA et du CPS en matière de nutrition dans la commune de Toffo

2.2.2.2.3.1- L'appui du CeCPA

Le Centre communal pour la promotion agricole (CeCPA) de Toffo constitue le démembrement du Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche (MAEP) au niveau communal. Il a pour mission l'encadrement des groupements de producteurs afin de contribuer à la réalisation des conditions devant garantir le développement agricole et la sécurité alimentaire aux populations. Pour y parvenir, le centre mène un certain nombre d'activités relatives à la production (végétale, animale, halieutique), à l'appui aux Organisations professionnelles agricoles (OPA), à la formation, la vulgarisation, les conseils agricoles, l'aménagement des infrastructures et équipements agricoles, à la sécurité alimentaire et nutritionnelle. En matière de prise en charge nutritionnelle chez l'enfant, un Technicien spécialisé en alimentation et nutrition appliquée (TSANA) est chargé de plusieurs activités dont les visites à domicile, les sensibilisations, les séances d'Information-éducation-communication (IEC) sur différents thèmes comme par exemple, 'l'allaitement maternel', 'le sevrage', 'les différentes catégories d'aliments', 'la malnutrition infantile'. Les séances de pesée des enfants se font une fois par mois et par

arrondissement. Elles sont suivies par les séances de récupération nutritionnelle des cas d'enfants malnutris détectés. L'approche utilisée est la même que celle des centres de nutrition. La prise en charge de la malnutrition se fait directement par le CeCPA⁷ à travers son agent TSANA, en dehors de certains cas particuliers qui sont référés au CREN de Toffo-centre.

2.2.2.2.3.2- L'appui du CPS

Le centre de promotion sociale (CPS) est une structure déconcentrée au niveau communal, du Ministère de la famille, des affaires sociales, de la solidarité nationale, des handicapés et des personnes du troisième âge. Il constitue un complexe d'appui au développement des communautés à la base et est chargé, à ce titre, de la politique de l'Etat en matière de protection sociale et de solidarité. Il est créé par arrêté ministériel N° 2697/MFFE/DC/FGM/DDFFE/SA du 17 novembre 2006 portant création des CPS et Services sociaux spécialisés. Le CPS est chargé de plusieurs services dont la protection de l'enfance et de l'adolescence, la protection de la femme et la promotion du genre, la promotion de la famille et la protection des couches sociales les plus vulnérables (les indigents).

Le CPS de Toffo a été créé en 2006. En matière de ressources humaines, il dispose depuis fin 2008, d'un directeur, un assistant social (niveau supérieur) de formation, aidé d'un volontaire de la coopération japonaise et d'un relais communautaire. En février 2012, l'équipe a été renforcée par une autre assistante sociale et un préposé de service administratif.

Dans le domaine de la protection de l'enfance et de l'adolescence, le CPS intervient dans la prise en charge des cas de malnutrition infantile. La même approche (biomédicale) est utilisée : prise des données anthropométriques,

⁷ Les activités du CeCPA dans le domaine nutritionnel à travers son agent TSANA ont été suspendues⁷ à la date du 1^{er} janvier 2011. Car il a été décidé au niveau de l'Etat une reprise du volet santé au CeCPA par le Ministère de la Santé pour une période de cinq ans. Le dernier agent TSANA est entré dans sa retraite en cette même date.

diagnostic du degré de malnutrition et prise en charge. Le CPS s'occupe des cas de malnutrition légère tandis que les cas sévères ou graves sont référés vers le CREN de Toffo-centre, la prise en charge de la malnutrition infantile n'étant pas sa principale activité. A l'instar du CeCPA, son domaine d'intervention concerne toute la commune de Toffo.

Chapitre 3 :

REPRESENTATIONS POPULAIRES ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ DE TOFFO

La persistance de la malnutrition infantile chez les Ayíẏ de Toffo demeure préoccupante. Elle interpelle la question de l'alimentation de l'enfant dans ce groupe socioculturel. Dans ce chapitre, il s'agira de décrire en premier lieu les perceptions de l'enfant et les valeurs socioculturelles qui les sous-tendent chez les Ayíẏ de Toffo. Ensuite le regard portera sur les pratiques alimentaires de l'enfant et les représentations populaires qui leur sont associées. Bourdieu (1979) dira à ce propos que les pratiques alimentaires renvoient à la qualité et à la quantité des aliments, mais aussi à la manière et aux lieux de consommation. Tous ces éléments seront donc décrits avec les représentations populaires qui les sous-tendent, suivant l'âge de l'enfant.

3.1- PERCEPTIONS DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ DE TOFFO

Les perceptions de l'enfant se lisent à travers les discours populaires. Chez les Ayíẏ de Toffo, l'enfant constitue le plus précieux bien que Dieu donne et le moyen de pérennisation de la lignée. Il se situe au plus haut niveau de l'échelle des grandeurs, c'est-à-dire des biens dont la vie peut gratifier une personne. Viennent ensuite l'argent et la terre.

« L'enfant est un don de Dieu, un bénéfice. L'enfant est une chose douce. Comme il est un bien précieux, nous ne calculions pas le nombre dont la charge nous sera possible. Nous en faisons autant que nous en donne la vie sans tenir compte de nos moyens. C'est grâce aux sensibilisations et formations initiées par les agents de santé chez nous, que nous avons compris qu'il faut tenir compte de ses capacités physiques et financières. Et puis la cherté de la vie aujourd'hui nous montre que les agents de santé ont raison » (A.A., mère de huit enfants, Houèglè, le 27/04/12).

Cette perception de l'enfant justifie le nombre élevé que désirent avoir les parents. Dans les villages de Houèglè, Kinzoun et Sèdji où les rations alimentaires des enfants ont été suivies, le nombre d'enfants par mère varie entre quatre (4) et douze (12). L'une des mères, âgée de 45 ans, en est au douzième enfant. Pour les pères, ce nombre varie selon que le régime soit polygamique ou monogamique. L'enfant représente particulièrement pour les femmes un bien très précieux, car grâce à lui, elles reçoivent de la part de leurs époux, respect et honneur. Aussi, en cas de crise conjugale, c'est aussi grâce à la présence des enfants que les femmes choisissent de persévérer et que les hommes trouvent également un motif de maintenir le foyer. Mais l'enfant est aussi un objet de souffrances et de douleurs.

« L'enfant, c'est les pleurs. L'enfant vient de Dieu et représente la douleur. Les peines qu'il y a dans l'enfant sont innombrables. L'enfant ne devient tel qu'au prix de travail et de peine ». (H.A., mère de trois enfants et cultivatrice à Sèdji, le 26/04/12).

Ce discours évoque d'une part les peines qu'éprouvent les parents, notamment les mères, à propos des enfants, depuis la conception jusqu'à l'accouchement. D'autre part, il met l'accent sur les charges liées à leur éducation jusqu'à l'âge adulte. Il faut signaler que selon les enquêtés, l'enfant se présente comme un être fragile qu'il faut éduquer et dont il faut prendre soin. Sa socialisation et son éducation constituent une délicate et difficile entreprise qui incombe aux parents géniteurs, mais aussi à la famille élargie. Car, comme l'ont souligné plusieurs enquêtés, *"l'enfant émane de deux personnes, mais son éducation revient à la grande famille, voire à toute la société⁸".*

L'enfant est également perçu dans l'imaginaire populaire des Ayíẏ̀ comme un moyen d'accéder à des positions de pouvoir et de domination.

⁸ Cette affirmation provient de plusieurs enquêtés (hommes et femmes) aussi bien lors des entretiens individuels que des focus group.

« *Ton enfant commandera demain le riche qui n'a pas d'enfant. (...). C'est l'enfant qui élève les parents et qui fait leur gloire demain* » (B.C., mère de cinq enfants, Kinzoun, le 17/04/12).

En effet, l'homme étant la première force de travail, l'enfant constitue pour les parents une richesse sur le plan social et économique. Cela est d'autant plus valable chez les Ayíẓò de Toffo qui ont une situation privilégiée en matière agricole. Dans ces activités agricoles qui mobilisent près de 90% de la population (PDC, 2012-2016 : 26), l'enfant constitue une aide irremplaçable. Facteur de cohésion sociale, il représente également une assurance pour les parents pendant la vieillesse. Pour cette raison, celui qui n'en a pas est considéré comme une personne inutile à sa communauté, à sa société. Eu égard à ce que représente l'enfant pour sa famille et sa communauté, il faut bien en prendre soin. Cependant, il n'y a pas lieu de le gâter. A cet effet, les explications données sont qu'habituer l'enfant à des aliments trop riches, trop savoureux et dont les coûts sont élevés dépassant la capacité financière des parents, représente une menace pour l'enfant lui-même, pour sa famille et sa communauté. Le danger est qu'il risquerait de ne pas devenir un produit à l'image de ses parents, et ainsi, ne serait plus utile à sa communauté. Ces perceptions de l'enfant chez les Ayíẓò influencent en grande partie celles relatives à son alimentation.

3.2- REPRESENTATIONS POPULAIRES ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẒÒ DE TOFFO

3.2.1- Représentations populaires liées à l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẓò de Toffo

L'alimentation est une réalité qui implique des normes socioculturelles dans un groupe social donné. Comme l'affirme Fischler (1990) cité par Fournier (2009 : 11), « *toutes les cultures humaines possèdent leurs codes, concernant ce*

qu'il faut manger, quand et comment manger ». Chez les AyíẸ̀ de Toffo, la terminologie utilisée pour désigner tout aliment, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant est 'Nuđúđù' (nú = chose; đúđú = qu'on peut avaler, manger). Cela signifie donc '*chose à manger*'. Les noms des aliments ne diffèrent pas de l'enfant à l'adulte. La différence se situe dans les compositions et les manières de les préparer. L'aliment est considéré comme indispensable pour la survie de toute personne.

« Les aliments donnent la santé. Ils représentent la force, le remède contre la fatigue, la maladie. Ils sont comme une batterie qui donne de l'énergie à l'homme » (C.L., père de six enfants et agriculteur à Kinzoun, le 30/04/12).

Ces représentations montrent que les populations établissent une relation entre alimentation et santé. Pour ce qui concerne les enfants en particulier, cette relation paraît encore plus évidente, dans la mesure où les mères évoquent les notions d'« *enfant bien nourri* » et d'« *enfant mal nourri* », avec les normes sociales pour apprécier ces états, en lien avec la croissance de l'enfant.

« Chez nous, l'enfant est préparé depuis la naissance à manger les mêmes aliments que ses parents. Nous mangeons beaucoup la pâte de maïs, mais aussi d'autres aliments comme les tubercules de manioc, les beignets de haricot, le gari, les boules d'akassa. (...). Pour l'éducation des enfants, nous évitons de les habituer aux aliments comme le poisson, l'œuf et la viande. Car, les aînés nous ont appris que la consommation fréquente de ces aliments conduit l'enfant plus tard à voler » (A.A., mère de huit enfants, Houèglè, le 27/04/12).

Dans l'imaginaire des enquêtés, il existe l'idée selon laquelle l'enfant qui reçoit souvent au cours de sa croissance certains aliments comme l'œuf, le poisson et la viande, risquera de les rechercher régulièrement quand il grandira. Or la consommation de ces aliments n'est pas assez courante dans le milieu. Les viandes issues de la chasse et les œufs de volaille provenant de l'élevage domestique sont souvent commercialisés. Ainsi, à défaut de trouver

fréquemment ces aliments, l'enfant qui s'y était habitué aura recours au vol pour satisfaire ces besoins psychologiquement gravés en lui. L'alimentation fait donc objet de socialisation et d'éducation chez les AyíZò de Toffo. La perception de l'enfant et son rôle dans la famille (pérennisation de la lignée, participation aux activités économiques du ménage, aide aux parents pendant leur vieillesse, prestige) expliquent cette représentation liée à son alimentation. Cependant, ces aliments font partie de ceux souvent recommandés par les centres de nutrition aux enfants pendant leur croissance (à partir du septième mois), car ils sont riches en protéine.

Une autre représentation sur les pratiques alimentaires est liée au 'moins coûteux'.

« Nous habituons très tôt nos enfants à manger les mêmes choses que nous. Si l'alimentation des enfants va trop coûter aux parents, avec quoi vont-ils subvenir à leurs autres besoins jusqu'à ce qu'ils grandissent? Or, dans la vie, bien d'autres choses nécessitent de l'argent. Labourer la terre, c'est des dépenses. Les cérémonies (funèbres ou de festivité) aussi nous font faire des dépenses. Aussi, la vie est de plus en plus chère aujourd'hui et les temps changent. La terre ne produit plus comme avant ».
(A.F., père de sept enfants, Sèdji, le 26/04/12).

Bien que considérée par les AyíZò de Toffo comme très importante et nécessaire pour la survie et la santé d'un être humain, l'alimentation est perçue comme ne devant pas faire objet de dépenses particulières. Car, d'autres choses sont jugées non moins importantes dans la vie de l'homme. Il s'agit par exemple de l'acquisition d'une terre, des investissements liés à la culture des champs, des souscriptions pour les fêtes, les cérémonies funèbres et différentes manifestations, pour n'en citer que celles-là. Ainsi, les coûts liés à l'alimentation de l'enfant (et de l'adulte) ne doivent pas empêcher la réalisation de ces besoins. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'alimentation est basée sur la consommation de ce dont disposent les parents. Cela constitue également pour ces derniers une manière d'éduquer les enfants.

Ces représentations montrent l'importance de l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẓò de Toffo et la place qui lui est accordée. Il importe ensuite de s'interroger sur les types d'aliments en usage pour l'enfant dans ce groupe socioculturel. Cette typologie couvre la période du jour de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans.

3.2.2- Typologie des aliments de l'enfant de zéro à cinq ans chez les Ayíẓò de Toffo

De la naissance à l'âge de cinq ans, l'alimentation de l'enfant connaît des étapes successives, surtout pendant la première année de sa vie. Il existe chez les Ayíẓò de Toffo, une grille d'aliments établis et culturellement admis pour l'enfant pendant cette tranche d'âge.

3.2.2.1- De la naissance à l'âge de trois mois

3.2.2.1.1- L'eau de bienvenue

Le jour de la naissance, les Ayíẓò ont l'habitude de faire boire au nouveau-né, environ une cuillère à café d'eau. Cette eau est nommée '*eau de bienvenue*'. Car affirment-ils, dans les pratiques locales, c'est par l'eau donnée à boire que l'on souhaite la bienvenue à un hôte. C'est pourquoi l'eau est le premier aliment qui lui est servi à sa naissance. Cette eau permet également une purification intestinale avant l'entrée de quelque aliment dans son ventre.

L'eau de bienvenue a été utilisée par les mères chez 80% (16 sur 20) des enfants dont les rations alimentaires ont été suivies. Cette pratique n'est pas spécifique au groupe socioculturel Ayíẓò, mais s'observe dans d'autres groupes socioculturels au Bénin, en Afrique et dans le monde. L'un des résultats des recherches effectuées par Diongoto Domaya (2005 : 32) au Tchad, dans le département du Guéra, montre que l'usage de l'eau (tiède ou plate) donnée à boire au nouveau-né le jour de la naissance se fait par de nombreuses femmes issues de différents groupes socioculturels.

L'eau fait partie des trois éléments composant l'alimentation de l'enfant pendant les trois premiers mois. Sa prise se poursuit tout au long de la croissance de l'enfant, voire toute sa vie. Son usage est soulignée ici en raison de l'interdiction de sa prise pendant les six premiers mois par le registre biomédical de nutrition⁹, et ce, en dehors des moments de prise de médicaments.

3.2.2.1.2- L'évacuation du colostrum

Le colostrum est le lait maternel produit par la femme les premières heures suivant l'accouchement. Dans les représentations populaires des Ayíẓ̀, ce liquide épais, jaunâtre ou de couleur claire est considéré comme nuisible pour le nouveau-né. Pour cette raison, il est évacué avant le premier allaitement maternel.

« Le premier lait qui sort des mamelles de la femme après l'accouchement n'est pas bon pour la santé de l'enfant. Sa couleur diffère du vrai lait qui sort après. Nous ne donnons pas ça aux nouveaux -nés. Mais les agents de santé nous le recommandent. C'est quand nous y sommes forcées à l'hôpital que nous le faisons. Sinon, si nous parvenons à rentrer de l'hôpital le même jour, nous le faisons évacuer à la maison avant d'allaiter le bébé » (H.S., mère de huit enfants, cultivatrice et présidente de l'un des groupements de femmes initiés par les sœurs du CREN de Toffo; Sèdji, le 18/04/12).

Cette pratique liée à l'évacuation du colostrum peut durer plusieurs heures, voire toute une journée chez certaines femmes. Au Burkina Faso, les études menées par Corradi (2008 : 31) sur les causes de la malnutrition dans les districts de Tougan et Séguénéga, montrent que le colostrum n'était administré qu'à 47% des enfants. Chez les Ayíẓ̀, les mères n'ont aucune idée des conséquences ou maladies que pourraient engendrer l'usage du colostrum à elles recommandées par les agents de santé ou de nutrition. Aucune de celles ayant

⁹ Voir chapitre suivant.

été forcées par les agents de santé à donner ce liquide au nouveau-né (parmi les mères enquêtées), n'a pu nommer une maladie dont il serait responsable. Cependant, leur méfiance ou rejet de ce liquide tire son fondement de deux réalités : d'une part de ce que leur ont transmis les aînés (la culture) et d'autre part, de la couleur noirâtre de ce lait qu'elles apprécient de sale. Comme l'eau de bienvenue, cette pratique suscite une opposition entre registre local et registre biomédical à propos de la nutrition de l'enfant.

3.2.2.1.3- La tisane servie à l'enfant

Après l'eau de bienvenue, une tisane à base des feuilles de *àhòwé* + *àtinkèn gbaḍotà* (*Garcinia kola* + *Sugenia Aromatica*, de leurs noms scientifiques), est servie à l'enfant le jour de la naissance. La tisane est désignée par les Ayíẏ̀ sous le terme '*amasin*' (*ama* = 'feuille'; *sin* = 'eau'), ce qui signifie '*eau tirée des feuilles de plantes*'. Chaque prise contient une quantité d'environ une cuillère à café. Cette tisane selon les enquêtés, joue également un rôle de purification intestinale chez l'enfant qui vient de naître. Elle est servie deux à trois fois par jour et se poursuit pendant les trois premiers mois.

« Chez nous, la tisane est irremplaçable dans les pratiques alimentaires de l'enfant. Les femmes le savent bien. Dès les premiers jours suivant l'accouchement, les grands parents ou les aînés de la famille (de l'homme ou de la femme) y veillent afin qu'elles soient régulièrement préparées et servies à l'enfant. Ce sont elles qui le préservent contre les maladies auxquelles il est confronté pendant cette période de la vie. Les agents de santé ne l'acceptent pas, mais nous, nos aïeux en ont fait l'expérience et nous savons que la tisane a toujours fait ses preuves » (T.C., père de cinq enfants et cultivateur à Kinzoun, le 24/04/12).

La prise des tisanes par l'enfant constitue donc une pratique culturellement admise et transmise de génération en génération. La prévention et le traitement des maladies chez l'enfant représentent diverses occasions donnant lieu à cet usage.

« La tisane est servie à l'enfant jusqu'à trois fois par jour. Elle le stimule et le rend plus vigoureux, éveillé, combattant, travailleur, dynamique et gai. Son absence pendant les premières années de sa vie le rend nonchalant et lourd, même dans les activités. Le rôle des tisanes est incontournable. Elles maintiennent l'enfant en bonne santé et préviennent contre les maladies » (A.C., femme âgée de 62 ans, mère de sept enfants à Houèglè, le 19/04/12).

Ces savoirs locaux sont précieusement conservés et ne se divulguent pas à n'importe qui. Dans l'imaginaire populaire des Ayíẏ̀, la tisane joue un rôle très important, à la fois alimentaire et thérapeutique. Elle assure le maintien de la santé pendant et après l'enfance. Chacune des mères interrogées fait usage de cette pratique. Cependant, elle n'est pas acceptée par les agents de santé et des centres¹⁰ de nutrition, et son usage est strictement défendu par eux. Pourtant, le rejet systématique dont elle fait l'objet en milieu hospitalier n'empêche pas les mères d'en faire usage dans les ménages. Et d'ailleurs, certains aînés dans la tradition, jouent le rôle de veilleur pour l'observance de cette pratique. Le tableau IV suivant présente quelques tisanes avec les noms des feuilles les composant. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais de quelques-unes citées par la plupart des enquêtés, notamment les mères et les personnes âgées.

¹⁰ Toutefois, les deux centres de nutrition, notamment celui de Takon, fait la promotion de l'usage de la feuille ou de la poudre de moringa contre la malnutrition. Sa plante est cultivée sur le site dudit centre et sa feuille, transformée en poudre, est embouteillée et donnée gratuitement aux mères d'enfants malnutris suivis dans le centre.

Tableau IV : Quelques tisanes et éléments constituant pour l'enfant Ayíẓò

N°	Eléments composant les tisanes		Thérapie ou pathologie évoquée	Observations
	Noms locaux	Noms scientifiques		
01	Ahòwé + àtinken gbáqòtá	Garcinia kola + Eugenia Aromatica	-Purification -Diarrhée	1 ^{ères} tisanes données à l'enfant (entre 0 et 3 mois).
02	Gbówunkáje	Flacourtia Flavescens	-Anémie -Dysenterie -Diarrhée	Au-delà de trois mois.
03	Aylaxáqò	Racine de Uvaria chamae	-Anémie -Douleurs abdominales -Céphalées	Après cuisson, ajouter du sucre à volonté, à chaque prélèvement.
04	Kenkunma + Hwé	Feuille de Psidium guajava + Caolin (en français)	-Diarrhée -Dysenterie	Faire bouillir.
05	Nyensinken	Bryonia	Rougeole	Triturer et faire boire le jus à l'enfant.
06	Koklosu dekpájà + Ciáyó	Heliotropium Indicum + Ocimum gratissimum	Hyperthermie	Triturer et baigner l'enfant avec le jus.
07	Ajikwinma	Feuille de Ceasalpinia bonduc	Douleurs gastriques	Faire bouillir et faire boire le jus à l'enfant.
08	Hwecènyon	Argemone Mexicana	-Ictère -Hyperthermie -Courbature	Faire bouillir les feuilles.
09	Célimà ou Kpatiímà	Moringa Oleifeira	-Anémie -Malnutrition	-Transformer en poudre ou préparer en légume.
10	Koqò	Nauilea Latifolia	-Colique -Vomissement -Paludisme	Usage par la femme qui vient d'accoucher.

Source : Enquête de terrain (2012)

Dans les savoirs locaux, ces tisanes sont utilisées pour d'autres affections, mais elles sont citées ici en fonction des thérapies ou pathologies évoquées chez l'enfant. Ces thérapies révèlent que diverses maladies font l'objet de prévention et de prise en charge au moyen des feuilles chez les Ayíẓò. Parmi elles, la diarrhée, la dysenterie, la rougeole, la fièvre, le vomissement, les douleurs abdominales, l'anémie et la malnutrition, peuvent être notés à titre d'exemple. Cela éclaire également sur les itinéraires thérapeutiques probablement suivis par ces communautés face à ces états pathologiques chez l'enfant.

3.2.2.1.4- Le lait maternel

Les enquêtés accordent également une place importante à l'allaitement maternel. Ils ont tous souligné ses bienfaits pour la santé de l'enfant : protection, croissance, etc. Ils déplorent l'usage du lait artificiel qu'ils nomment 'nyinb̀̀ǹ̀sin' (nyinb̀̀ = vache; ǹ̀ǹ = mamelle et sin = eau), ce qui signifie 'eau ou liquide issu des mamelles de vache'. La seconde terminologie qu'ils emploient est 'ỳ̀v̀̀ sín l̀̀è̀' (ỳ̀v̀̀ = Blanc, sín = de, et l̀̀è̀ = lait), c'est-à-dire 'lait des Blancs'. Au-delà de ces terminologies, le nom scientifique 'lait artificiel' employé par la biomédecine, traduit également une réalité différente du naturel, c'est-à-dire quelque chose qui ne vient pas directement de la nature, mais qui provient de l'action des hommes.

« Le lait maternel est ce que la nature même a prévu pour l'enfant. C'est ça qui est bon pour lui. Nous ici, nous donnons le lait maternel à nos enfants pendant deux ans »
(H.S., mère de huit enfants, cultivatrice et présidente de l'un des groupements de femmes initiés par les sœurs du CREN de Toffo, Sèdji, le 18/04/12).

Cette importance accordée à l'allaitement maternel justifie sa durée chez les Ayíẏ̀. Il commence chez l'enfant le jour de la naissance (après l'évacuation du colostrum) et se poursuit jusqu'à l'âge de dix-neuf à vingt-quatre mois. Aussi, les deux registres de nutrition (local et biomédical) se rejoignent à ce propos, puisque la durée prévue par le registre biomédical est de deux ans au moins¹¹.

3.2.2.2- De quatre à six mois

3.2.2.2.1- La bouillie de farine de maïs

Dès que l'enfant franchit le quatrième mois, le lait maternel et la tisane sont complétés par la bouillie de farine de maïs. Cette bouillie est nommée 'gbàd̀̀koko' (gbàd̀̀ = maïs et koko = bouillie). Elle est servie non sucrée, soit en

¹¹ Voir chapitre suivant

mélange avec une tisane, soit seule. Elle est assez légère pour lui faciliter la digestion.

« Pour les enfants, nous utilisons les bouillies de farine de maïs. Les agents des centres de nutrition nous conseillent la bouillie de farines composées (maïs, soja, mil, sorgho, arachide etc.), mais c'est plutôt la bouillie de farine de maïs que nous avons l'habitude d'utiliser pour les enfants depuis le quatrième mois » (K.E., mère de neuf enfants, cultivatrice, Houèglè, le 20/04/12).

L'option des femmes pour la bouillie à base uniquement de maïs renvoie aussi bien aux pratiques liées à la culture Ayíẏ̀ qu'à certaines réalités du milieu. Les enquêtés ont une représentation de l'alimentation (chez l'adulte comme l'enfant), basée sur la consommation de ce qu'ils produisent. Or le maïs est l'une des céréales les plus cultivées dans le milieu. Les femmes utilisent donc ce qui est disponible et culturellement accepté dans les pratiques.

« C'est quand nous disposons de temps et de moyens financiers que nous faisons quelquefois ces farines composées pour la bouillie des enfants. Cela n'est vraiment pas de nos pratiques alimentaires. Ce sont les agents de santé et de nutrition qui nous en parlent souvent » (K.E., mère de neuf enfants et cultivatrice; Houèglè, le 20/04/12)

Il est également noté que les mères commencent, déjà à partir du troisième mois, lors de la prise de leurs propres repas, à passer la sauce sur la langue de l'enfant afin de le préparer à bientôt commencer la ration alimentaire adulte. Mêmes les beignets de haricot achetés au marché et consommés par la mère sont passés sur la langue de l'enfant. Dès qu'il acquiert l'aptitude de tenir seul le bout de beignet dans la main, la mère le lui remet et amène ensuite sa main à la bouche.

En effet, chez les Ayíẏ̀ de Toffo, l'enfant est appelé à devenir un produit à l'image de sa communauté. Pour cette raison, il doit être soumis aux mêmes régimes alimentaires que ses parents. Il y est donc très tôt initié. Ainsi, la bouillie de farine de maïs ne lui est souvent pas spécialement préparée, mais

prélevée chaque jour par la mère, lors de la préparation de la pâte de maïs, plat familial le plus courant dans ce groupe socioculturel. Il arrive que certaines femmes se servent, pour la bouillie de l'enfant, de la pâte de maïs préparée en famille la veille, qu'elles réduisent en bouillie à la main sans l'avoir réchauffée.

En fin de compte, les questions de disponibilité et de moyens financiers sont les raisons avancées par les mères pour justifier l'usage de la bouillie de farine de maïs pour les enfants. Mais ces raisons cachent en réalité la question culturelle, car comme elles l'affirment, elles ont été moulées dans cette pratique alimentaire depuis de nombreuses générations. En dehors de la bouillie de farine de maïs au quatrième mois, commence vers le cinquième mois, la ponction dans le plat familial. Il s'agit surtout de la pâte de maïs, accompagnée de la sauce, des boules d'akassa, des tubercules de manioc, de l'haricot, de l'igname ou du riz.

3.2.2.2.2- La pâte de maïs à la sauce 'dékun'

Il est important de souligner que la pâte de maïs constitue le principal repas chez les enquêtés et est servie en famille deux à trois fois par jour, c'est-à-dire matin, midi et soir. La terminologie utilisée pour la désigner est 'gbàdewó' ou tout simplement 'wó' (gbádé = maïs et wó = pâte).

« C'est la pâte de maïs que consomme le cultivateur. Le maïs est un produit de nos récoltes. La pâte de maïs nous procure l'énergie nécessaire pour assurer les travaux champêtres. C'est le principal repas chez nous. Raison pour laquelle nous y habitons très tôt nos enfants » (G.A., père de sept enfants, cultivateur, Kinzoun, le 23/04/12).

Les mêmes raisons évoquées pour l'usage de la bouillie de farine de maïs sont exposées par les enquêtés pour la pâte de maïs comme complément au lait maternel. Ce plat provient donc d'un habitus alimentaire chez les Ayíẏ̀ de Toffo, pour employer l'expression de Bourdieu (1979). C'est-à-dire qu'il constitue une pratique liée à la fois à leur culture, mais aussi aux réalités de leur milieu. Ce plat se prépare très épais. Il n'est souvent pas spécialement préparé

pour l'enfant. Une fois prélevé du plat familial, le morceau de pâte de maïs est écrasé chaque fois au bout des doigts par la mère avant d'être plongé dans la sauce et mis dans la bouche de l'enfant. Les prises par ce dernier ne sont pas toujours aux mêmes heures de repas que celles de la famille, surtout pendant les deux premières années, mais elles varient en fonction du rythme de chaque enfant.

« Chez nous l'enfant mange les mêmes choses que ses parents. Il n'y a pas de mets particuliers qui lui soient prévus. Il est préparé très tôt dans nos pratiques à vivre comme les aînés » (S.P., mère de six enfants, cultivatrice, Kinzoun, le 24/04/12).

Les enquêtés ont une représentation des pratiques alimentaires, axée sur la consommation de ce que l'on produit ou de ce dont on dispose. Car, le maïs fait partie des produits céréaliers les plus cultivés dans la commune de Toffo (PDC, 2012-2016 : 26). Cela justifie la place de la bouillie de farine de maïs et la pâte de maïs dans les régimes alimentaires. La pâte de maïs est souvent accompagnée de la sauce de noix de palme appelée 'dékuñ' ('dé' signifie palme; 'kun' désigne le liquide extrait des noix de palme). L'option pour cette sauce s'explique par le fait que Toffo est un milieu riche en palmeraie. L'extraction de huile de palme fait partie intégrante des activités agricoles. Toutefois, d'autres sauces interviennent comme les sauces de légumes, mais la sauce de 'dékuñ' est la plus utilisée. Un autre aliment à base du maïs, et fréquemment consommé, est la boule d'akassa, accompagné de la même sauce ou du piment. Les boules d'akassa sont non seulement préparées dans les ménages, mais aussi largement commercialisées dans le milieu. Son coût relativement bas (25Fcfa la boule), leur permet de s'en approvisionner pour la consommation domestique. D'autres plats familiaux interviennent chez l'enfant, mais à des fréquences plus rares et irrégulières.

3.2.2.2.3- Autres aliments

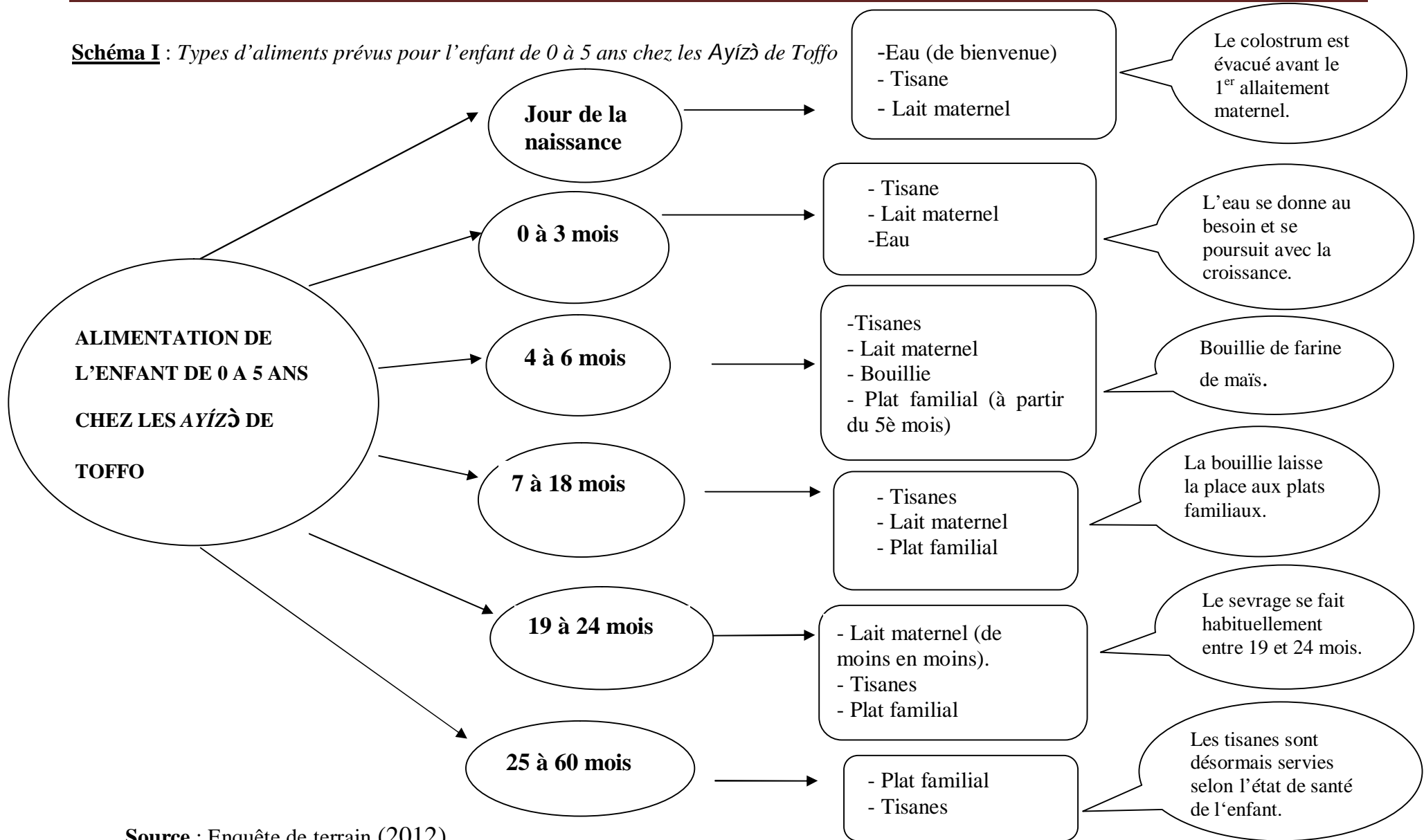
Il s'agit notamment des tubercules de manioc cuites et souvent accompagnées des noix de palme; des tubercules d'igname, de l'haricot, et du riz. En dehors du manioc et de l'haricot qui sont cultivés sur place, l'igname et le riz font partie des produits exogènes qui complètent l'alimentation. Leurs coûts sont relativement plus élevés. Le riz est considéré comme un repas de fête et se consomme en famille à peine une fois tous les deux mois, mis à part les fois où il est acheté à manger chez les vendeuses de repas, ou consommé en des circonstances particulières (cérémonies festives ou funèbres). Les coûts de ces produits déterminent aussi la fréquence à laquelle ils sont consommés. Tous les mets consommés en famille sont prélevés en morceau ou écrasés au bout des doigts, et donnés en petites quantités à l'enfant.

3.2.2.3- De sept à vingt-quatre mois

A partir du septième mois, la bouillie de farine de maïs est souvent abandonnée au profit des plats familiaux pré-cités, tandis que se poursuit l'allaitement maternel. L'enfant, pendant cette tranche d'âge, s'habitue progressivement à tout plat familial qui lui est servi. Les prises de tisanes se poursuivent également. Chez les Ayíẓò, l'âge du sevrage varie entre le dix-neuvième et le vingt-quatrième mois. L'enfant, ayant été très tôt préparé à la consommation des plats familiaux, les mères n'ont plus généralement des difficultés majeures pour en arriver au sevrage.

De ce qui précède, il apparaît que les Ayíẓò de Toffo disposent d'un registre de nutrition à part entière, qui comporte les types d'aliments culturellement admis du jour de la naissance à l'âge de cinq ans. Le schéma I suivant présente une récapitulation de cette typologie suivant l'âge de l'enfant.

Schéma I : Types d'aliments prévus pour l'enfant de 0 à 5 ans chez les Ayizò de Toffo



Source : Enquête de terrain (2012)

L'eau, les tisanes, le lait maternel, la bouillie et les plats familiaux constituent l'essentiel des types d'aliments utilisés pour l'enfant chez les AyíẸ̀ de Toffo. Dans ce schéma récapitulatif, les plats familiaux, les types de tisanes et leurs compositions ne sont pas décrites. Ces éléments ont été présentés et expliqués dans les pages précédentes. Il est important de rappeler que les tisanes occupent une place centrale dans l'alimentation de l'enfant. Elles jouent à la fois le rôle de prévention et de prise en charge des maladies et varient selon les thérapies. En dehors des trois éléments (tisane, lait maternel, bouillie), les plats familiaux constituent les autres apports. Les pratiques alimentaires renvoient également aux représentations liées à la quantité et à la qualité des aliments chez l'enfant.

3.2.3- Qualité et quantité des aliments de l'enfant

La qualité des aliments consommés par l'enfant renvoie à la question du « bien nourri » et du « mal nourri » et concerne les enfants ayant atteint au moins l'âge de trois mois. Car à partir du quatrième mois commencent les aliments de complément que sont ici la bouillie et les plats familiaux.

« (...) La bonne alimentation pour l'enfant est celle préparée avec soin, qui est savoureuse et ne contient pas trop de sucre, de sel ou de piment » (C.L., mère de quatre enfants, cultivatrice, Houèglè, le 30/04/12).

La qualité des aliments est liée à l'hygiène, à sa qualité gustative et à la quantité de sucre, de sel ou de piment qu'ils contiennent. L'excès de sucre, de sel ou de piment est considéré comme nuisible pour l'enfant. Parlant de l'hygiène, la mobilité des femmes les amène bien des fois à acheter des aliments chez les vendeuses aussi bien pour elles-mêmes que pour l'enfant à partir du quatrième mois. Cependant, le lien n'est souvent pas fait par ces femmes, entre les manques probables d'hygiène autour de la préparation de ces aliments et les risques pour la santé de l'enfant. Bien nourrir l'enfant selon les AyíẸ̀, c'est lui

faire manger à satiété des aliments sains, savoureux, où la quantité de sucre, de sel ou de piment n'est pas en excès. Toutefois, la saveur occupe une place importante dans la digestion. Elle facilite l'assimilation des aliments. Cette représentation liée à la qualité des aliments chez les AyíẸ̀ de Toffo demeure donc très pertinente. Cependant, la saveur de l'aliment ne garantit pas toujours sa qualité. Un problème semble donc se poser à ce niveau. En effet, l'enfant, à partir du quatrième mois, n'a pas les mêmes besoins alimentaires que l'adulte. Car il est en pleine croissance et plus fragile. Le soumettre aux mêmes aliments que ses parents, pose un problème d'équilibre par rapport à ses besoins alimentaires. De plus, la consommation fréquente par l'enfant des aliments riches en protéine comme le poisson, la viande et l'œuf est déconseillée par les aînés dans la culture AyíẸ̀. Une telle perception peut constituer un risque en matière de malnutrition infantile. Il est vrai que la protéine n'est pas présente uniquement dans ces trois aliments, mais est contenue dans des végétaux comme le soja, l'arachide, le haricot, le sésame. Cependant, l'ignorance des mères ne leur permet souvent pas de considérer ces aliments comme tels.

Quant à la quantité, les parents conçoivent comme un devoir de donner à manger à satiété aux enfants. Elle dépend de la capacité de chaque enfant et augmente suivant l'âge. Chaque enfant, de par son organisme, a sa capacité physique et son rythme qui lui est propre. Ces éléments varient d'un enfant à l'autre. La quantité ne pose pas de problème selon les enquêtés, car chaque parent s'arrange pour offrir à son enfant les repas à satiété. Cela est perçu comme une question de responsabilité parentale.

3.2.4- Normes du 'bien nourri' et du ' mal nourri' ou données locales sur la croissance de l'enfant chez les AyíẸ̀ de Toffo

Chez les AyíẸ̀ de Toffo, la croissance de l'enfant fait intervenir des normes socioculturelles, qui servent de repère dans l'appréciation de sa santé, mieux, de son état nutritionnel. Ces normes diffèrent de celles utilisées par les centres de nutrition, et qui passent par la prise des données anthropométriques (poids-âge-taille) de l'enfant. Ainsi, pour apprécier le « bien nourri » et le « mal nourri », deux indicateurs importants sont considérés : le corps de l'enfant et le poids de l'enfant.

- Le corps de l'enfant comme lieu d'appréciation de sa santé nutritionnelle

Toutes les personnes enquêtées affirment l'existence d'un lien entre l'alimentation et la croissance de l'enfant. Pour les mères en particulier, l'observation des signes extérieurs sur le corps de l'enfant est importante pour apprécier son état nutritionnel.

« Un enfant en bonne santé nutritionnelle n'est 'ni trop mince', 'ni trop gros'. Sa peau est bien lisse, son corps est potelé et lui-même est gai et jovial. Ca se voit. Il suit bien les étapes de la dentition, de la marche et de l'articulation des sons » (S.K., mère de six enfants et commerçante à Kinzoun, le 24/04/12).

Les deux extrémités en matière de grosseur et de maigreur sont d'abord considérées comme des repères dans cette représentation. Ensuite interviennent d'autres éléments comme le manque de gaité, la dentition et la marche. Si l'excès de maigreur ou de grosseur est perçu comme signe d'une mauvaise santé nutritionnelle chez l'enfant, l'embonpoint recherché chez lui passe par la moyenne se situant entre ces deux extrémités. Il est important de préciser que ces perceptions de la croissance ne concernent pas les enfants présentant des pathologies à la naissance, et qui pourraient influencer ces indicateurs. Un deuxième élément non moins important intervient dans cette appréciation.

- Le poids de l'enfant

Une autre norme du « bien nourri » et du « mal nourri » passe par l'appréciation du poids de l'enfant, et constitue aussi une méthode dont l'usage est assez courant dans ces communautés. Cette appréciation passe par le soulèvement de l'enfant par l'un de ses bras. Si son poids se révèle lourd, les enquêtés affirment par la terminologie « éđózin » (éđó= il a; zin= poids) que l'enfant pèse trop, c'est-à-dire que son poids est trop pour son âge. Cela signifie dans leur perception que l'enfant n'est pas en bonne santé nutritionnelle, autrement, il est « mal nourri ».

« Aussi bien l'adulte que l'enfant doivent peser légers. Sinon, ce n'est pas un bon signe. Quand on est léger, on est plus gai et capable de vaquer aux activités de chaque jour. L'enfant peut être corpulent, mais ne doit pas peser lourd. L'enfant qui pèse lourd tombera bientôt malade si on ne lui prépare pas des tisanes ». (A.E., cultivateur et père de six enfants à Kinzoun, le 24/04/12).

Les notions de « poids lourd » et de « poids léger » constituent des normes utilisées, aux côtés de l'observation du corps, pour apprécier ou évaluer le « bien nourri » et le « mal nourri » chez l'enfant. Le 'poids léger' est considéré comme un signe de bonne santé nutritionnelle tandis que le 'poids lourd' est un signe de mauvaise santé nutritionnelle. Aucun instrument de mesure n'est utilisé et le poids n'est pas exprimé en kilos. Ceci pourrait amener à se demander si ces appréciations sont justes. En effet, pour les mères (les parents), le problème ne se pose pas du tout. Il s'agit d'une norme comme d'une autre. Elle est appliquée aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte, à la différence que ce dernier n'est pas soulevé, mais essaie de sentir dans son corps s'il est lourd ou léger. Des pratiques de purification intestinale destinées à faire perdre le surpoids chez les adultes sont aussi fréquentes dans le milieu. Les enfants dont les poids sont jugés « lourds » sont soumis à des tisanes qui, selon les mères, leur font perdre le surpoids et les rendent légers. Mis à part la qualité et la quantité des aliments

de l'enfant, les pratiques alimentaires renvoient également aux lieux et aux manières de les consommer.

3.2.5- Lieux et manières de consommation des aliments chez l'enfant

Les femmes étant sollicitées pour les activités agricoles et le commerce, les lieux de prise des repas par l'enfant ne sont pas fixes. En dehors de la maison, les repas sont servis aussi bien dans les champs, les lieux d'extraction de l'huile de palme, les marchés que les lieux de regroupement pour celles qui militent dans des groupements à vocation coopérative. Face à cette forte mobilité, les repas de l'enfant ayant atteint les trois mois (bouillie ou plats familiaux) sont soit préparés à la maison et emportés à ces différents lieux, soit achetés directement chez les vendeuses.

« Quand nous allons au champ, ou au marché, nous préparons la bouillie de l'enfant très tôt le matin et nous la mettons dans une glacière que nous emportons sur les lieux. Il nous arrive aussi d'amener un peu de farine au champ. Là-bas, nous faisons le feu et préparons la pâte de maïs sur les lieux. Ainsi, nous prélevons en même temps la bouillie de l'enfant ». (B.E., mère de neuf enfants, cultivatrice, Houèglè, le 10/05/12).

Cette situation pose le problème de l'hygiène et de la sécurité des aliments, surtout du point de vue qualité. Il est important d'évoquer également le problème d'accès à l'eau potable dans les villages concernés. Cette situation interpelle aussi la santé nutritionnelle de l'enfant, car la qualité de l'eau peut influencer cette dernière. Pour ce qui concerne les manières de faire manger l'enfant, les mères se servent des mêmes assiettes, bols et ustensiles utilisés pour la famille.

« Pour l'alimentation de l'enfant, nous utilisons la main et la cuillère, mais la main est plus utilisée. Les cuillères et fourchettes sont une invention des Blancs. L'africain se sert de sa main pour manger. Les agents des centres de nutrition nous recommandent de donner à manger à l'enfant avec cuillère ou fourchette et d'avoir de façon séparée les assiettes de l'enfant. Mais tout ça, c'est se donner du travail. Qui a ce temps ici? » (S.K., mère de six enfants et commerçante à Kinzoun, le 24/04/12).

L'enfant est appelé à s'habituer aux mêmes pratiques alimentaires que ses parents. Ainsi, disposer d'assiettes en particulier pour son alimentation, c'est une manière de le gêner ou de l'empêcher d'y parvenir. Or c'est ce que les parents voudraient justement éviter. C'est certainement l'une des raisons pour lesquelles l'enfant africain nourrit un profond attachement à ses parents. Aussi, séparer les assiettes de l'enfant de celles de la famille nécessite du temps. Or les activités agricoles chez les femmes et leur forte mobilité les amène à considérer cela comme un travail de plus.

En somme, les perceptions de l'enfant chez les AyíẸ̀ ont aidé à mieux comprendre les pratiques et représentations populaires relatives à son alimentation. L'enfant demeure un objet de douleurs et de souffrance, mais il représente également un être très précieux, une aide irremplaçable, un objet de prestige, un moyen permettant d'accéder à des positions de pouvoir, de légitimité et de domination. Il constitue également un objet de cohésion sociale pour sa famille et également une assurance au moment de la vieillesse. Mais au-delà de ces attributs, il est appelé à devenir un produit à l'image de sa famille et de sa communauté. Toutes ces raisons expliquent le fondement de sa soumission aux mêmes pratiques alimentaires que ses parents, et ce, particulièrement à partir du quatrième mois où commencent les plats familiaux. Ces pratiques alimentaires de l'enfant chez les AyíẸ̀ constituent un registre de nutrition à part entière et fortement orienté vers la consommation par l'enfant de ce que produisent ses parents ou de ce dont ils disposent. Autrement dit, l'enfant mange les mêmes aliments que ses parents, à la différence de la quantité des repas et de la limitation des quantités de sucre, de sel et de piment. Cela explique la place importante accordée aux produits à base de maïs dans son alimentation (bouillie, pâte de maïs, akassa), le maïs étant un produit largement cultivé dans ce milieu. Cette même représentation est liée à la manière dont est perçue la qualité des aliments chez l'enfant : non pas en termes d'équilibre des aliments (comme dans

le registre biomédical), mais en termes de consommation des mêmes aliments que les parents. L'alimentation de l'enfant ne doit non plus être l'objet de dépenses particulières, puisque d'autres besoins de la vie sont à satisfaire parallèlement. Le rôle d'assurance contre maladie attribué aux tisanes explique leur place aussi bien dans l'alimentation que la prévention et le traitement des maladies chez l'enfant. Ces pratiques alimentaires de l'enfant chez les AyíẸ̀ renvoient à leurs habitus alimentaires, eux-mêmes provenant de leur culture, mais aussi des conditions d'existence et des réalités de leur milieu de vie.

Chapitre 4 : **PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT** **RECOMMANDÉES PAR LES CENTRES DE NUTRITION** **DE LA COMMUNE DE TOFFO**

La nutrition de l'enfant a été un objet d'étude pour la biomédecine. Les recherches dans ce domaine ont largement bénéficié au niveau international des appuis de l'OMS et de l'UNICEF. Ces institutions attirent souvent l'attention sur l'impact des pratiques alimentaires sur le statut nutritionnel, la croissance, le développement, la santé, et donc la survie même des nourrissons et des jeunes enfants (OMS-UNICEF¹², 2009 : 4). Les pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition à l'enfant de zéro à cinq ans en constituent un exemple. Elles sont enseignées par les professionnels de la santé et particulièrement par les agents nutritionnistes à travers ces centres, structures responsabilisées pour la promotion de la santé nutritionnelle de l'enfant. Ainsi elles ne renvoient plus seulement à la sphère domestique, mais aussi publique. Dans le présent chapitre, une description est faite des pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition, et particulièrement par ceux de la commune de Toffo. Cette description est précédée d'un aperçu historique des politiques de nutrition au Bénin de 1962 à 2015, et des services offerts par lesdits centres dans la commune de Toffo.

4.1- APERÇU DES POLITIQUES DE NUTRITION AU BENIN DE 1962 à 2015

Les politiques de nutrition au Bénin ont connu des étapes successives depuis le lendemain des indépendances jusqu'à nos jours. Le tableau V suivant retrace quelques grandes actions entre une kyrielle déjà initiées ou envisagées par le Bénin entre 1962 et 2015.

¹² Il s'agit du tome I (voir références bibliographiques).

Tableau V : Aperçu des politiques de nutrition au Bénin de 1962 à 2015

Années	Actions	Résultats
1962 à 1973	-Création en 1962 du Service Dahoméen de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (SDANA). -Création de 2 centres horticoles et nutritionnels, à Ouando (Porto-Novo) et à Pabégou (Commune de Copargo) à travers la mise en œuvre en 1963 du projet «Jardins Familiaux».	-Importantes actions contre la faim et la malnutrition, singulièrement la malnutrition infantile.
1974 à 1984	-Le SDANA a évolué pour devenir la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) en 1974. - Participation du Bénin en 1978 à la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.	- Instabilité institutionnelle de la DANA. - Retour définitif de la DANA au sein du Ministère du Développement Rural en 1984.
A partir de 1984	- Mise en œuvre de la nutrition communautaire et introduction de la nutrition dans les curricula de formation. -Mise en place des dispositifs de surveillance alimentaire et nutritionnelle dans la plupart des communes identifiées à risque d'insécurité nutritionnelle.	- Exécution d'activités d'éducation nutritionnelle, de promotion de la croissance staturo-pondérale des enfants de 0 à 5 ans.
A partir de 1987	- Entrée en scène du Ministère en charge des Affaires Sociales en 1987. -Mise en œuvre à travers les Centres de Promotion Sociale (CPS), des activités de surveillance de la croissance pondérale des enfants, d'éducation nutritionnelle et de distribution des vivres comme forme de motivation des mères d'enfants. -Mise en œuvre par ce ministère du Programme ¹³ Alimentaire et Nutritionnel (PAN) ou Programme préscolaire de 1987 à 1997 et du Programme Alimentaire et Nutritionnel à Base Communautaire (PBC) de 1997 à 2005.	- Appui technique et financier du Catholic Relief Services (CRS) à l'endroit dudit Ministère depuis 1987. - Près de 400 villages ou communautés et environ 60 000 enfants étaient mensuellement suivis à travers ces programmes sous l'encadrement des Responsables des CPS et les relais communautaires que sont les Animatrices Communautaires (AC) et les Comités Villageois de Développement Social (CVDS). -Echec par rapport à la réduction <i>durable</i> des taux de malnutrition.
1992	-Participation du Bénin à la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) en 1992, aux Sommets Mondiaux de l'Alimentation (SMA et SMA+5) en	- Le Bénin dispose de vingt sept (27) Hôpitaux Amis des Bébé (HAB) entre 1992 et 2004. -Création en 1994 de la Direction de la Santé Familiale (DSF) dotée d'un service de

¹³ Les objectifs visés par ces programmes étaient de (i) réduire la mortalité infantile et maternelle; (ii) améliorer la sécurité alimentaire des ménages et (iii) appuyer le développement des communautés défavorisées.

à 2005	<p>1996 et 2001 et au Sommet du Millénaire pour le Développement en 2000.</p> <p>-Mise en œuvre des actions du Projet d'Interventions Locales pour la Sécurité Alimentaire (PILSA de 1995-2000) menées par le Ministère du Développement Rural.</p> <p>-Depuis 2002, le Bénin, dispose d'un document de formation en matière de prévention et de suivi de l'état nutritionnel au niveau des formations sanitaires et ainsi qu'au niveau communautaire. Il s'agit du «<i>Paquet Minimum d'Activités en Nutrition (PMA/nut)</i> »</p> <p>- Place importante accordée à la Politique de Nutrition dans l'élaboration et la mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2003-2005)</p>	<p>nutrition.</p> <p>-Engagement du gouvernement dans le Document Stratégique de la Réduction de la Pauvreté (DSRP) à mettre en œuvre les orientations stratégiques retenues dans le Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) adopté en Janvier 1995.</p> <p>- Mise en place du Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition (CNAN) par décret n° 94-103 du 12 avril 1994.</p> <p>-Nette amélioration en 2006 des taux d'enfants exclusivement nourris au sein au cours des six premiers mois de vie et ceux des enfants ayant adéquatement bénéficié de leur alimentation de complément à partir de six mois.</p>
2007 à 2009	<p>-Importante place accordée à la Politique de Nutrition dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie¹⁴ de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2007-2009).</p> <p>-Depuis 2008, le Bénin a démarré la phase pilote de l'initiative école amie de la nutrition.</p>	<p>- Création par décret N° 2009~245 du 9 juin 2009 du Conseil d'Alimentation et de Nutrition (CAN) avec un Secrétariat Permanent. Le CAN est placé sous le haut patronage du Président de la République et a été installé officiellement le 29 novembre 2011.</p>
2011 à 2015	<p>- A travers la SCRП 2011-2015, le Gouvernement entend placer la nutrition au cœur du développement.</p> <p>-Mise en œuvre de neuf actions prioritaires dont la 3^e est la prise en charge intégrée de la malnutrition dans tous les programmes.</p>	

Source : Enquête (2012)

Avec la création en 1962 du Service dahoméen de l'alimentation et de la nutrition appliquée (SDANA), devenu la Direction de l'alimentation et de la

¹⁴ Se fondant sur les Orientations Stratégiques de Développement (OSD 2006-2011) qui prennent déjà en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 2000-2015) dont six des huit objectifs se fondent sur la nutrition, et les perspectives de développement à long terme du Bénin, la SCRП se veut être une traduction chiffrée des différentes stratégies sectorielles que le Gouvernement entend mettre en œuvre pour accélérer la croissance et réduire efficacement la pauvreté sur la période de 2007 à 2009.

nutrition appliquée (DANA) en 1974, plusieurs actions ont été entreprises. Leurs itinéraires montrent que l'investigation du lien entre nutrition et développement ou tout simplement l'insertion de la nutrition dans les politiques de développement ne s'est pas opérée du jour au lendemain. Elle s'est produite progressivement avec la contribution des Partenaires techniques et financiers (PTF), tant au niveau national que local et avec la participation du Bénin à des rencontres internationales sur la nutrition. Au nombre de ces rencontres, la Conférence internationale sur la nutrition (CIN) en 1992 a eu le mérite de mettre en exergue la multi-sectorialité de la nutrition avec la nécessité d'associer tous les acteurs tant du public, du privé que de la société civile à la résolution des problèmes nutritionnels. Les Sommets mondiaux de l'alimentation (SMA et SMA+5) en 1996 et 2001 et le Sommet du millénaire pour le développement en 2000 ont également été des creusets ayant permis d'amorcer de nouvelles phases décisives dans la prise en compte des problèmes nutritionnels dans les actions de développement au Bénin.

Ce long processus a été le lieu de mise en œuvre de nombreuses actions de grandes et de moyennes envergures ayant connu aussi bien des échecs que des succès (Agbota et al., 2010 : 5). Aujourd'hui, les plus récentes initiatives au niveau de l'Etat visent essentiellement l'insertion de la politique nutritionnelle au cœur du développement, et ce, à travers la troisième génération de la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP 2011-2015). Cette dernière, basée sur les Orientations stratégiques de développement (OSD 2006-2011), constitue essentiellement la déclinaison des documents fondamentaux de stratégies à moyen et à long termes du Bénin et des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD 2000-2015).

Face à l'ampleur des problèmes nutritionnels, marqués par la sous-alimentation et la malnutrition avec leurs conséquences, et vu l'impact certain des progrès sensibles au plan nutritionnel sur la performance du capital humain,

il a été défini dans la SCRP₃, de façon spécifique, la mise en œuvre de neuf principales actions prioritaires¹⁵ sur le plan de la nutrition.

Si malgré toutes ces actions, la situation de la malnutrition infantile au Bénin demeure préoccupante, il urge de s'interroger sur leurs limites, notamment les problèmes qui se posent au niveau des populations. Dans la présente étude, une description des services nutritionnels mis en œuvre par les centres de nutrition dans la commune de Toffo paraît nécessaire pour une meilleure compréhension des facteurs favorisant la persistance de la malnutrition chez les Ayíẓò de Toffo.

4.2- SERVICES NUTRITIONNELS DANS LA COMMUNE DE TOFFO

L'offre du service de nutrition dans la commune de Toffo relève essentiellement des centres de nutrition. Ces deux centres confessionnels, à travers leurs agents, mènent plusieurs types d'activités visant aussi bien la prévention que la prise en charge de la malnutrition. Ils bénéficient de l'appui technique et financier de certaines structures et Organisations non gouvernementales (ONG) comme les fondations Liliane et Regard d'Amour. Le personnel des deux centres est composé d'agents de santé (infirmiers, aides-soignants) et d'agents sociaux (assistants sociaux, socio-anthropologues), ayant bénéficié de formation en nutrition.

¹⁵ (i) la promotion d'une alimentation adéquate de la femme, du nourrisson et du jeune enfant ; (ii) le contrôle des carences en micronutriments (en particulier vitamine A, fer, iode et zinc) ; (iii) la prise en charge intégrée de la malnutrition dans tous les programmes ; (iv) la promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) (y compris l'allaitement maternel exclusif) ; (v) le renforcement de l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante ; (vi) la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère à base communautaire (PCMS) ; (vii) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication sur la nutrition ; (viii) la dynamisation du comité national pour l'alimentation et la nutrition et ses relais régionaux ; (ix) le renforcement du suivi du statut alimentaire et nutritionnel des populations et (x) le renforcement des capacités techniques et matérielles des communautés pour la promotion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables.

4.2.1- Services de prévention

4.2.1.1- Les séances de communication pour un changement de comportement

A titre préventif, plusieurs actions mises en œuvre se regroupent autour de ce que les agents de ces centres nomment les séances d'Information-éducation-communication (IEC) pour un changement de comportement. Les professionnels de santé et les agents nutritionnistes attribuent souvent la question de la malnutrition infantile à l'« ignorance des mères ».

« Les femmes d'ici n'aiment pas se gêner pour la nourriture de leurs enfants. La bouillie des enfants est faite à base de farine de maïs uniquement. Pourtant nous leur conseillons la composition des céréales (maïs, mil, sorgho, soja). Mais elles n'aiment pas faire ça et disent qu'elles n'ont pas du temps, ni de l'argent. Or ces céréales sont à leur portée et sur tous les marchés » (B.A., Aide-soignante et conseillère en nutrition, centre St Raphaël de Takon, le 27/04/12).

Ce discours est noté chez les autres agents des centres de nutrition et même des agents de santé rencontrés. Dans leurs représentations, les mères agissent ainsi par ignorance et par manque de volonté. Ces représentations des professionnels de la santé ont été également soulignées par Fournier (1972) cité par Desclaux (1996 : 77), qui faisait part du discours d'un médecin exerçant dans le département de Maradi au Niger :

« Nous savions que les malnutritions rencontrées dans la région résultent davantage de l'ignorance des mères que de l'absence de produits alimentaires locaux et que, d'autre part, le pouvoir d'achat des paysans est trop faible pour leur permettre de se procurer des aliments spéciaux pour les enfants ».

L'ignorance des mères selon les agents des centres de nutrition est liée à la méconnaissance des besoins alimentaires et énergétiques de l'enfant suivant son âge. C'est ce qui justifie de leur part l'initiation des activités de sensibilisation. Ces dernières se font à travers les informations et les messages d'éducation nutritionnelle. A ce titre, des séances socio-éducatives sont organisées à l'endroit des parents et notamment des mères à travers les

rencontres périodiques dans les villages ou dans les deux centres, les visites à domicile, les sensibilisations médiatiques (émission ou communiqué radiophoniques), et l'encouragement des mères à adopter les pratiques alimentaires à elles recommandées pour l'enfant. Les thèmes d'animation portent sur *la santé de la mère et de l'enfant, les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation de l'enfant, la malnutrition infantile, ses causes et conséquences sur la vie de l'enfant et de la communauté*. Certaines activités de sensibilisation 'grand public' sont menées ensemble par les deux centres de nutrition. L'un des problèmes évoqués est la persistance des communautés (notamment les mères) dans les pratiques alimentaires traditionnelles (registre local). Les séances d'IEC sont donc envisagées pour corriger leur ignorance quant à la maîtrise des besoins alimentaires des enfants. Aussi, les groupements de femmes créés par ces centres dans les villages issus des deux arrondissements où ils sont implantés, bénéficient-ils d'un appui en vue d'une autonomisation financière.

4.2.1.2- L'appui à l'autonomisation financière des femmes

L'autonomisation financière des femmes est recherchée par les centres de nutrition à travers la promotion des activités génératrices de revenus (AGR). Des groupements de mutuels de santé et des foyers de récupération nutritionnelle sont initiés par ces centres. L'idée qui sous-tend ces initiatives est qu'une fois l'autonomie financière acquise, les femmes pourront se conformer aux recommandations des centres de nutrition en matière de pratiques alimentaires chez l'enfant. Dans le cas d'espèce, des formations sont données aux femmes des groupements. Ces dernières servent de relais dans le milieu pour l'encadrement, l'accompagnement et le suivi d'autres femmes. Des crédits solidaires d'un montant variable entre deux milles et cinquante milles francs leur sont octroyés de façon périodique. Quant aux mutuelles de santé et de solidarité, elles constituent des organisations communautaires établies pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies, non seulement de l'enfant, mais aussi

des parents, et ce, sans qu'ils aient à se soucier des contraintes financières. Ces mutuelles¹⁶, initiées par le centre de Takon, sont gérées par les femmes elles-mêmes et suivies par l'équipe du centre. Elles leur permettent de faire face aux coûts des soins déjà largement réduits par le centre. Elles constituent également un creuset de vulgarisation des messages de bonnes pratiques en matière de santé maternelle et infantile, et par ricochet des pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition. L'offre de service de nutrition concerne également la prise en charge des cas de malnutrition infantile. Cette prise en charge passe d'abord par la lecture des indicateurs de l'état nutritionnel de l'enfant, ce qui conduit les agents des centres de nutrition à faire recours aux normes¹⁷ de croissance de l'OMS.

4.2.2- Normes du 'bien nourri' et du 'mal nourri' selon le registre biomédical de nutrition

En biomédecine, l'anthropométrie est la méthode (par excellence) d'évaluation de l'état général de nutrition, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. Elle consiste en la mesure des indices poids/âge ou poids/taille ou taille/âge. Le *poids en fonction de la taille* et la *taille en fonction de l'âge* sont les deux indices anthropométriques les plus utiles pour les jeunes enfants tandis que l'indice *poids en fonction de l'âge* est bien indiqué pour le suivi et la promotion de la croissance des nourrissons (OMS, 2010 : 14). C'est davantage l'allure de la courbe de gain de poids de l'enfant qui est d'intérêt dans ce dernier cas, plutôt que le poids en une seule occasion. Pour connaître l'état nutritionnel de l'enfant, ces indices sont comparés à des valeurs de référence. Les nouvelles normes de croissance établies par l'OMS et publiées en 2006 constituent des

16 Actuellement, dix-huit (18) groupements de mutuelle de santé et de solidarité répartis dans les six villages de l'Arrondissement d'Agué ont été mis en place par le centre Saint Raphaël de Takon. Ils sont chargés entre autres activités, de diffuser les messages de bonnes pratiques en matière de santé maternelle et infantile.

17 Voir les normes de croissance de l'OMS sur le site : <http://www.who.int/childgrowth/fr/index.html>

normes internationales de mesure de la croissance de l'enfant. Elles sont disponibles et utilisées dans les deux centres de nutrition de la commune de Toffo, comme indicateur du 'bien nourri' et du 'mal nourri' chez l'enfant de zéro à cinq ans. Selon ces indices :

- **Faible poids pour la taille:** signale la maigreur (ou émaciation) et suggère une malnutrition aiguë, modérée lorsque la cote-Z est inférieure à -2,0 et sévère si la cote-Z est <-3,0.

- **Faible taille pour l'âge:** correspond à un retard de croissance et suggère une malnutrition chronique ou de longue durée lorsque la cote-Z est inférieure à -2,0, sévère si <-3,0.

Ces chiffres sont des valeurs conventionnelles préétablies par l'OMS. Dans les deux centres de nutrition, les enfants dépistés malnutris sont pris en charge pour la récupération nutritionnelle.

4.2.3- Services de prise en charge nutritionnelle des enfants

Les activités dans ce cadre concernent la vérification de l'état vaccinal des enfants, les prises de constance (température) et des indices anthropométriques.

« Pour la récupération nutritionnelle, les enfants concernés et leurs mères sont internés selon les cas jusqu'à l'atteinte des résultats de récupération. Pour d'autres cas ne permettant pas l'internement de la mère et de l'enfant, la récupération se fait à domicile avec un suivi régulier de l'alimentation de l'enfant » (Sœur Flore H., coordonnatrice du CREN de Toffo-centre, le 4/5/12).

Pour les enfants internés, les régimes alimentaires sont suivis par les agents des centres de nutrition. Cela est pareil pour les enfants récupérés à domicile. Toutes ces actions sont envisagées sous l'angle biomédical. Comme l'affirment les agents de nutrition :

« La malnutrition étant un état pathologique directement lié à l'alimentation et à la nutrition, c'est également par ces deux éléments que l'enfant malnutri recouvre un bon état nutritionnel » (K.J., agent TSANA du CeCPA, à la retraite; Houègbo, ce 8/5/12).

L'alimentation est donc déterminante dans la récupération nutritionnelle de l'enfant. Les mêmes indices constituent des indicateurs du degré de récupération nutritionnelle. Les photos III et IV présentent le cas d'un enfant atteint de malnutrition dit 'sévère' (marasme), avant et après sa récupération nutritionnelle dans le centre de Takon.

Photo III et IV : Vue d'un enfant malnutri sévère avant et après sa récupération au centre de Takon

Photo III : Vue à l'entrée au centre de Takon



Photo IV : Vue à la sortie du centre, 4 mois après.



Source : Cliché Centre Saint Raphaël de Takon (2011)

Ces photos sont issues des données du Centre Saint Raphaël de Takon. Cette récupération nutritionnelle a eu lieu bien avant la collecte des données. Sur la photo, l'enfant présentait, à son arrivée, selon les agents de nutrition du centre, les symptômes du marasme¹⁸. Les traitements¹⁹ envisagés pour la récupération sont essentiellement composés de régimes alimentaires caractérisés par la présence des produits riches en protéines comme le lait, l'œuf, le haricot, le poisson, la viande hachée, le sésame, l'arachide grillée pour ne citer que ceux-

¹⁸ Voir infra, p. 106

¹⁹ D'autres produits comme le lait thérapeutique F₇₅ ou F₁₀₀ interviennent également selon les cas. Ces deux derniers produits constituent des médicaments spécialement fabriqués en biomédecine et destinés au traitement chez l'enfant atteint d'une malnutrition grave, en vue d'une récupération nutritionnelle.

là. Dans ce sens, les pratiques alimentaires recommandées constituent un registre de nutrition établi au niveau international et utilisé surtout en Afrique où sévit la pathologie de la malnutrition (UNICEF, 1993 cité par Jaffré et al., 2003 : 81).

4.3- PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT RECOMMANDEES PAR LES CENTRES DE NUTRITION DE LA COMMUNE DE TOFFO

Ces pratiques renvoient aux types d'aliments recommandés pour l'enfant par les centres de nutrition, ainsi qu'aux normes définissant la qualité, la quantité de ces aliments et les manières de les consommer. S'inscrivant dans la perspective biomédicale, elles sont fonction des différentes étapes de la croissance de l'enfant entre zéro et cinq ans.

4.3.1- Typologie des aliments de l'enfant de zéro à cinq ans

4.3.1.1- Du jour de la naissance à six mois

Le jour de la naissance, il est recommandé de donner le colostrum (premier lait maternel après l'accouchement) au nouveau-né. Selon l'OMS²⁰ et l'UNICEF (2009 : 18), le colostrum contient plus de protéines, d'anticorps, et de globules blancs que le lait mature. Il aide à prévenir les infections bactériennes, fournit les premiers éléments de protection contre les maladies de l'enfance. Il possède un effet laxatif, doux, qui aide le bébé à éliminer le méconium (les premières selles noirâtres). Il contient également beaucoup de nutriments de croissance qui aident l'intestin immature du bébé à se développer et demeure riche en vitamine A, ce qui contribue à réduire la gravité de toutes les infections auxquelles sont exposés les bébés.

Du jour de la naissance jusqu'à six mois révolus, il est recommandé à l'enfant l'Allaitement maternel exclusif (AME). Cela constitue une exigence de l'Assemblée mondiale de la santé qui préconise que les bébés ne doivent être

²⁰ OMS, UNICEF, JICA, Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant, Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome I, 2009, p. 18 .

nourris qu'avec le lait maternel pendant les six premiers mois de leur vie. Cela signifie qu'il faut «*donner au bébé uniquement du lait maternel, sans aucun autre liquide ou solide, même pas de l'eau ou de la tisane*»²¹. Seuls sont autorisés des gouttes ou des sirops de vitamines, de compléments d'oligo-éléments ou de médicaments.

4.3.1.2- De sept à onze mois

Après les six mois révolus, commence pour l'enfant à partir du septième mois, la prise des aliments de complément. L'alimentation de complément²² signifie *donner un autre aliment à l'enfant en plus du lait maternel*. Le terme est employé pour signifier que ces aliments complètent le lait maternel plutôt que de le remplacer. Il s'agit des bouillies de farines enrichies, commercialisées ou fabriquées à base de produits locaux. Dans le dernier cas, les farines peuvent être fabriquées par les parents eux-mêmes avec les produits locaux. Le maïs, le mil et le sorgho sont séparément lavés, séchés et grillés, tandis que le soja est lavé, puis trempé dans l'eau chaude pendant dix minutes environ avant d'être séché et grillé. Le mélange de ces différentes céréales est écrasé au moulin (transformé en farine). La quantité de chaque élément composant le mélange est définie par les agents nutritionnistes selon la carence nutritionnelle, la santé et l'âge de l'enfant. Les bouillies sont sucrées ou enrichies avec les laits médicalisés (comme France lait, lait Nursie, etc.).

Il est aussi recommandé à l'enfant d'autres aliments de complément. C'est l'exemple des plats solides et des jus de fruits. Ces aliments sont souvent enrichis avec d'autres aliments riches en protéines animales ou végétales que sont le jaune d'œuf (écrasé), la viande (hachée), le poisson (en poudre), la pâte d'arachide ou de sésame. A titre d'exemple, les plats que voici sont souvent recommandés aux mères pour l'alimentation des enfants :

²¹ Op.cit, p. 15

²² OMS, UNICEF, JICA, Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant, Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome II, 2009, p. 5

- Purée de haricot assaisonné et écrasé plus de l'huile rouge (huile de palme);
- Purée de pâte alimentaire (Vermicelle) aux jaunes d'œufs de volaille;
- Purée de pomme de terre à la farine de poissons;
- Sauce de viande hachée à la pâte d'arachide grillée plus riz ou pâte alimentaire;
- Sauce de légume au sésame accompagnée de la pâte tendre de maïs.

Les agents des centres de nutrition soulignent la disponibilité de la plupart de ces aliments dans le milieu.

« Nous ne demandons pas pour les enfants des régimes alimentaires qui dépassent les femmes. Presque tous ces produits sont cultivés dans le milieu ou disponibles sur tous les marchés. Seuls les laits médicalisés sont importés, mais ils ne leur sont pas demandés autant que les autres produits » (A.M., aide-soignante et agent du centre de nutrition de Takon, le 30/4/12).

Les œufs proviennent en partie des élevages domestiques. C'est pareil pour les viandes aussi, qui proviennent des produits de la chasse. Tous ces éléments ont été observés sur les marchés de la commune de Toffo, et même sur les petits marchés, dont celui du village de Houèglè. Le tableau VI ci-après présente leurs coûts sur les marchés du milieu. Ces prix ont été relevés vers la fin du mois de mai 2012, notamment sur le marché de Houègbo (le plus grand) pendant la période de collecte.

Tableau VI : Prix de quelques produits sur le marché de Houègbo

N°	Produits	Quantité	Prix (FCFA)
01	Maïs	1 mesure	175 à 200 F
02	Mil	1 mesure	250 F
03	Haricot	1 mesure	300 F
04	Arachide (décortiquée)	1 mesure	600 F
05	Soja	1 mesure	300 F
06	Riz	1 mesure	400 à 600 F
07	Sésame	1 mesure	1150 F
08	Huile de palme	1L	550 F
09	Huile d'arachide	1L	850 F
10	Œuf de l'élevage domestique	unité	50 à 75 F
11	Œuf des pondeuses	unité	100 F
12	Poissons fretins fumés	1 mesure	1000 à 1400 F

Source : Enquête de terrain (2012)

L'unité de mesure nommé « *tohounglo* » dans la langue Ayíẓò est plus ou moins équivalente à un kilogramme. Les prix des produits varient suivant les saisons et donc par rapport au degré de disponibilité sur les marchés.

Selon les agents des centres de nutrition, les populations n'aiment pas dépenser pour l'alimentation des enfants.

« Les femmes n'aiment pas dépenser pour l'alimentation des enfants. Elles lui préfèrent les tontines pour l'achat des parures et les festivités. Quand nous insistons sur les risques liés à l'usage de certaines pratiques alimentaires sur la santé de l'enfant, certaines femmes nous disent que l'utérus qui garde l'enfant est toujours là pour en contenir d'autres » (B.A., aide-soignante et agent du centre de nutrition de Takon, le 28/4/12).

Ces discours des agents des centres de nutrition montrent les situations qui les opposent souvent aux populations locales en ce qui concerne leur registre de nutrition. La plupart des femmes ne sont pas prêtes à faire recours à ces

pratiques alimentaires à elles recommandées par les centres de nutrition²³. D'autres pratiques se poursuivent chez l'enfant après le onzième mois.

4.3.1.3- Du douzième au soixantième mois

La ration alimentaire de l'enfant entre douze et vingt-quatre mois demeure la même que précédemment. Mais il y a des nuances à préciser.

« Déjà à partir du douzième mois, les plats familiaux prennent de plus en plus place, tandis que se poursuit le lait maternel. La prise de bouillie se poursuit également, mais elle seule avec le lait maternel ne suffisent plus pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. C'est pour cette raison que l'accent est beaucoup plus mis sur les plats familiaux. Ces derniers sont souvent enrichis avec les aliments riches en protéine, comme l'œuf, le poisson, la viande, l'arachide, le sésame. Ainsi, après le sevrage l'enfant n'éprouve pas de problème de santé ou de croissance » (Sœur Flore H., coordonnatrice du CREN de Toffo-centre, le 4/5/12).

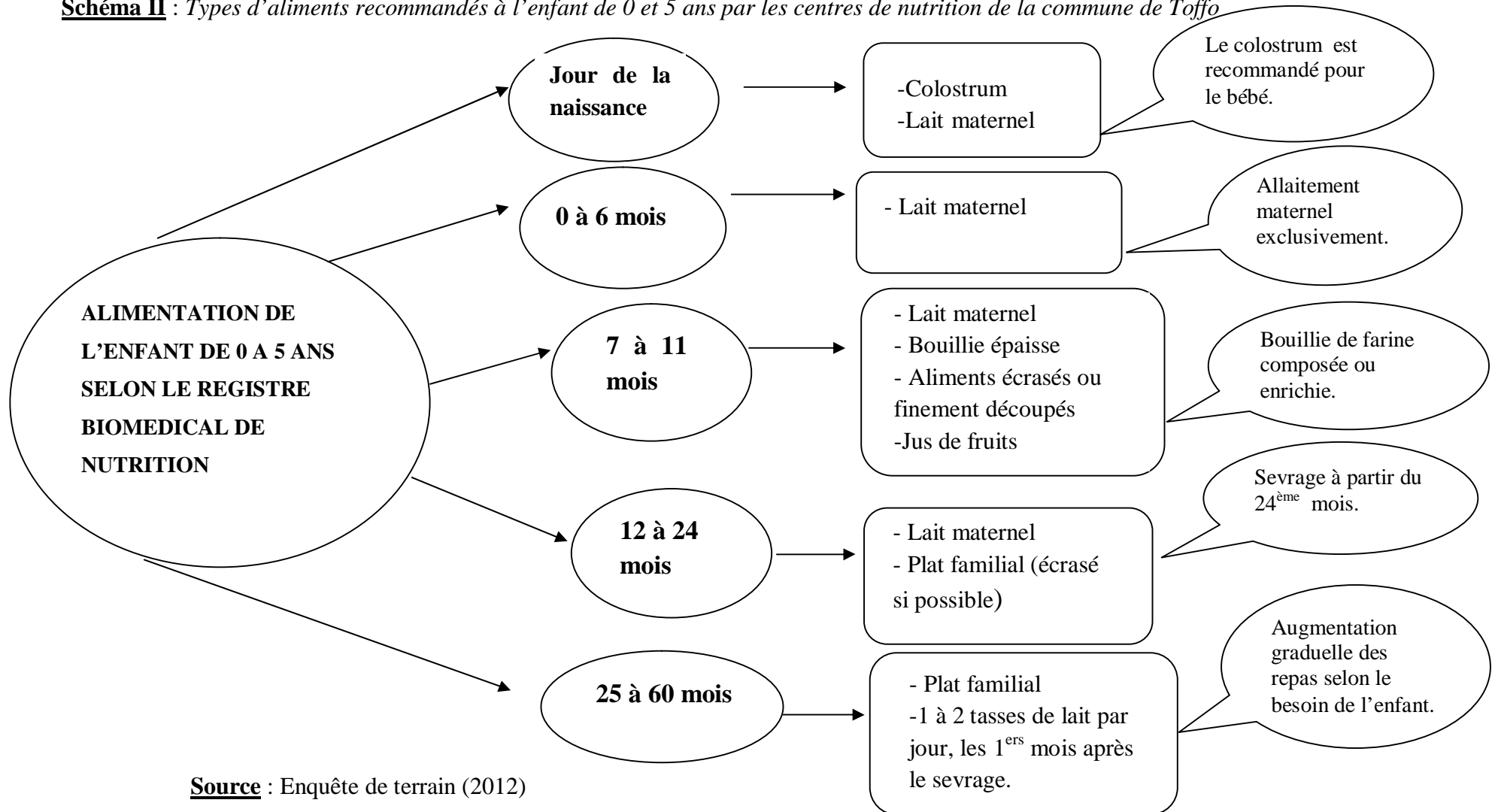
Les plats familiaux sont donc conseillés pour l'alimentation de l'enfant à partir du douzième mois. Cela le prépare progressivement pour le sevrage qui interviendra environ douze mois plus tard.

« Au vingt-quatrième mois, il est recommandé de donner en supplément au plat familial une à deux tasses de lait (médicalisé) par jour, surtout les premiers mois suivant le sevrage » (K.J., agent TSANA du CeCPA, à la retraite; Houègbo, ce 8/5/12).

Après le sevrage, les plats familiaux constituent les seuls éléments composant le régime de l'enfant. De ce qui précède, il n'est plus à démontrer que les types d'aliments recommandés par les centres de nutrition constituent un registre de nutrition parallèle à celui des AyíZò. Le schéma II présente une récapitulation de cette typologie.

²³ Les raisons justifiant ces comportements sont davantage exposés au chapitre suivant.

Schéma II : Types d'aliments recommandés à l'enfant de 0 et 5 ans par les centres de nutrition de la commune de Toffo



Source : Enquête de terrain (2012)

Le lait maternel, la bouillie et les plats familiaux sont les principaux types d'aliments recommandés pour l'enfant de zéro à cinq ans par les centres de nutrition. Chacun de ces aliments a été développé plus haut. La typologie des aliments étant connue, il importe de s'intéresser à la qualité et à la quantité des aliments avec les normes qui les sous-tendent selon le registre biomédical de nutrition.

4.3.2- La qualité et la quantité des aliments

Les normes utilisées dans le registre biomédical de nutrition pour apprécier la qualité des aliments renvoient à l'hygiène et à la présence des trois catégories d'aliments dans les plats familiaux.

« Nous insistons sur l'hygiène qui doit entourer la préparation des aliments de l'enfant : la qualité de l'eau, le lavement des mains chez la mère, la propreté des assiettes, bols, gobelets et des linges de l'enfant. Nous recommandons aussi aux femmes de varier les plats familiaux et surtout de veiller à la présence obligatoire d'au-moins un aliment de chaque catégorie dans chaque repas de l'enfant (à partir du septième mois). Nous insistons également sur les aliments de croissance. Car leur absence provoque la malnutrition et leur présence est également obligatoire pour toute action de récupération nutritionnelle chez l'enfant » (Sœur Flore H., coordonnatrice du CREN de Toffo-centre, le 4/5/12).

Au nombre des trois catégories d'aliments, on distingue dans le registre biomédical, les aliments d'énergie ou de force (première catégorie), les aliments de croissance ou de construction (deuxième catégorie) et les aliments de protection (troisième catégorie). Les aliments d'énergie ou de force sont composés des céréales (maïs, blé, mil, sorgho, riz, fonio), des tubercules (patate, igname, taro, banane plantain, manioc, pomme de terre), des huiles (graisse, beurre) et du sucre. Ce sont des aliments qui apportent de l'énergie à l'organisme. Leur apport énergétique permet le développement psychomoteur de l'enfant (s'asseoir, tenir sa tête, tendre la main, aller à quatre pattes, marcher etc.). Quant aux aliments de croissance ou de construction, ils comprennent les

aliments riches en protéines animales (viandes, lait et dérivés du lait, poisson, œuf, crevettes, etc.) et en protéines végétales (légumineuses : arachide, haricot, soja, sésame, etc.). Ce sont eux qui assurent la croissance de l'organisme. Ils aident aussi à la cicatrisation des plaies. Leur absence chez l'enfant provoque la malnutrition. Enfin, les aliments de protection sont ceux extrêmement riches en vitamines et en sels minéraux. Il s'agit des légumes feuilles (choux, salades, crinclin, feuilles de manioc, de haricots, de baobab etc.), des légumes fruits (tomate, piment, carotte, betterave, gombo etc.) et des fruits mêmes (orange, banane, papaye etc.).

Quant à la quantité des aliments, elle augmente progressivement avec l'âge et varie selon le rythme de chaque enfant.

« Une quantité stable n'est pas exigée aux mères. Mais elles sont appelées à suivre l'augmentation de la quantité de repas consommé, afin de se rendre compte si l'enfant mange bien. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous recommandons aux mères de préparer spécialement pour les enfants et d'avoir des assiettes et bols à part pour leur alimentation » (D.S., conseillère maternelle au CREN de Toffo, le 5/5/12).

Les mères sont donc appelées à suivre à partir du septième mois où commencent les bouillies et les aliments solides, la quantité de départ afin de réaliser l'augmentation de cette dernière chez l'enfant suivant son âge. Les pratiques alimentaires renvoient également aux lieux de prise des repas et à la manière de les consommer.

4.3.3- Les manières et les lieux de consommation des aliments chez l'enfant selon le registre biomédical de nutrition

Dans le registre biomédical, la manière de nourrir l'enfant renvoie aux objets utilisés pour son alimentation.

« (...) Nous recommandons aux mères de préparer spécialement les aliments pour l'enfant, surtout du septième au vingt-quatrième mois, où commence le sevrage. Ainsi, elles peuvent enrichir ses repas et maîtriser la quantité d'aliments qu'il consomme et suivre son augmentation. Pour nourrir l'enfant, l'usage des tasses, gobelets, assiettes

et cuillères uniquement destinés aux enfants leur est également conseillé. Cela favorise l'hygiène et limite les risques d'infection chez l'enfant » (Sœur Flore H., coordonnatrice du CREN de Toffo-centre, le 4/5/12).

« (...) Ici à Toffo, beaucoup de femmes ont l'habitude d'utiliser la méthode de gavage traditionnel pour nourrir l'enfant. Mais nous les sensibilisons contre le recours à une telle méthode. Car cela engendre des conséquences immédiates (fatigue, fausses routes, mort subite par asphyxie, vomissements, ballonnement abdominal) ou tardives (broncho-pneumonie, effets psychologiques : enfant stressé à l'approche de l'heure du repas, l'enfant ne parvient pas à manger tout seul) » (Dr. S.R., médecin chef du CSC de Toffo, le 10/5/12).

Le registre biomédical a donc établi ses normes en matière d'alimentation de l'enfant. En ce qui concerne les espaces de prise des repas, l'accent est plutôt mis sur l'hygiène et la propreté de ces lieux.

La description des pratiques alimentaires de l'enfant recommandées par les centres de nutrition a permis de comprendre qu'elles constituent un registre relevant de l'approche biomédicale et parallèle à celui des Ayíẓò. Il est noté que ces pratiques, à la différence des laits médicalisés, sont essentiellement basées sur l'usage des produits alimentaires locaux et disponibles dans le milieu concerné. Cependant les mères éprouvent encore une grande réticence face à l'usage de ces produits. Aussi, le recours à ces pratiques alimentaires nécessite-t-il la fréquentation des centres de santé et particulièrement des centres de nutrition, puisqu'elles reposent sur des normes biomédicales précises, inconnues de la plupart de ces communautés à faible niveau d'instruction. Pour être compris et pratiqué, ce registre biomédical requiert donc beaucoup plus de séances de sensibilisation de la part des centres de nutrition. Toutefois, la connaissance à elle seule des ces pratiques ne suffit pas. Car, comme l'affirme Masse-Raimbault (1989) cité par Jaffré et al., (2003 : 81),

« Il ne suffit pas de connaître les besoins de manière théorique pour les satisfaire, car les hommes ne consomment pas des protéines, des lipides,

des glucides ou du calcium, mais des aliments dans un certain contexte socioculturel ».

Il demeure donc intéressant de chercher à comprendre les facteurs expliquant la réticence des Ayíẏ̀ de Toffo, face aux pratiques alimentaires du registre biomédical de nutrition. Et c'est bien l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 5 :
PRATIQUES ALIMENTAIRES DES CENTRES DE
NUTRITION DE TOFFO : ENTRE RESISTANCE ET
RESILIENCE

L'étude des représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant chez les Ayíẏ̀ de Toffo d'une part, et celle des pratiques alimentaires des centres de nutrition d'autre part, a permis de noter la présence de deux registres de nutrition dans ce milieu. Les pratiques alimentaires de l'enfant recommandées par les centres de nutrition de Toffo font souvent objet de résistance chez les Ayíẏ̀. L'acte alimentaire n'étant pas que biologique, mais aussi culturel et social, il est important de s'interroger sur les facteurs sociaux et culturels expliquant de tels comportements. Ainsi, dans ce cinquième et dernier chapitre, il s'agira d'analyser les contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition par ces communautés. Aussi, une comparaison paraît-elle utile pour distinguer les éléments communs et les éléments divergents entre les deux registres de nutrition.

5.1- ELEMENTS COMMUNS ET DIVERGENTS ENTRE LES DEUX REGISTRES DE NUTRITION

Les deux registres de nutrition s'inscrivent dans des schémas différents. Le tableau VII suivant présente une comparaison entre eux, suivant l'évolution de l'âge de l'enfant et les éléments qui les composent.

Tableau VII : Comparaison entre les deux registres de nutrition suivant les types d'aliments et l'âge de l'enfant

Age (0 à 5 ans)	TYPES D'ALIMENTS			
	REGISTRE DE NUTRITION DES AYIZÒ	Observations	REGISTRE DE NUTRITION DES CENTRES DE NUTRITION	Observations
Jour de la naissance	- Eau de bienvenue. - Tisane - Lait maternel	-Rejet du colostrum	- Colostrum - Lait maternel	-Préconisation du colostrum
Jour de la naissance à 3 mois	- Tisane - Lait maternel -Eau	-Tisanes perçues comme indispensables durant les trois mois et bien au-delà.		-Rejet de tout autre liquide ou solide, même pas de l'eau ou de la tisane. Seuls sont autorisés des gouttes ou des sirops de vitamines, de compléments d'oligo-éléments ou de médicaments.
4 à 6 mois	- Tisane - Lait maternel -Bouillie - Plat familial (au 4 ^e mois)	-Bouillie à base de farine de maïs uniquement. -Prélevés dans le plat familial, les aliments sont écrasés au bout des doigts de la mère ou de la nourrice.	- Lait maternel exclusivement	
7 à 24 mois	- Tisane - Lait maternel - Plat familial	-La bouillie laisse progressivement place au plat familial. -Sevrage à 24 mois.	- Lait maternel Aliments de complément : -Bouillie -Jus de fruits - Plat familial	-Bouillie épaisse de farine enrichie ou composée. -Les aliments sont spécialement préparés pour l'enfant et sont écrasés ou finement coupés. -Déjà à partir du 12 ^{ème} mois commence progressivement la ponction dans le plat familial. -Sevrage à partir du 24 ^{ème} mois.
25 à 60 mois	- Plat familial - Tisane	-Les tisanes continuent, mais se préparent plus au besoin.	- Plat familial -1 à 2 tasses de lait par jour	-Les tasses de lait compensent pour un moment le lait maternel.

Source : Enquête de terrain (2012)

Malgré les divergences observées entre ces deux registres de nutrition, les types d'aliments qui y sont contenus peuvent être lus ou considérés suivant les grands thèmes affiliés à la malnutrition que sont : allaitement maternel (durée et modalités), sevrage (modalités), aliments de compléments (modalités et âge),

plat familial. Ces thèmes permettent de distinguer les éléments communs et divergents.

5.1.1- Éléments communs aux deux registres de nutrition

La durée de l'allaitement maternel et du sevrage demeurent les seuls éléments où s'accordent les deux registres de nutrition. Cette durée est de vingt-quatre mois au moins pour le registre biomédical et varie entre le dix-neuvième et le vingt-quatrième mois pour le registre des Ayíẓò (local). Les discours des agents des centres de nutrition et de santé le soulignent aussi.

« Les femmes ont l'habitude d'accorder à l'allaitement maternel le temps qu'il faut, c'est-à-dire plus ou moins vingt-quatre mois; sauf les cas où intervient une grossesse inattendue. Pour le sevrage, rares sont celles qui donnent les tasses de lait que nous recommandons les premiers mois après le sevrage » (O.D., coordonnateur du centre de Takon, le 20/4/12).

Une importance prépondérante est donc autant accordée à l'allaitement maternel dans les deux registres de nutrition. Pour le cas du sevrage, les enfants, de par les pratiques alimentaires des Ayíẓò, sont déjà assez habitués aux plats familiaux bien avant le vingt-quatrième mois. Cela explique en partie la non utilisation du lait artificiel, les premiers mois après le sevrage. Aussi, leur représentation basée sur la consommation de ce dont ils disposent explique également ce comportement. En dehors de ces deux éléments (durée de l'allaitement maternel et du sevrage), plusieurs autres opposent les deux registres.

5.1.2- Éléments divergents entre les deux registres de nutrition

5.1.2.1- L'eau de bienvenue et le colostrum

L'eau de bienvenue servie à l'enfant après l'accouchement et avant le premier allaitement est une pratique endogène chez les Ayíẓò. Elle est combattue par le registre biomédical, si bien que les parents du nouveau-né le

font à l'insu des agents de santé. De même, le colostrum recommandé par le registre biomédical est rejeté par le registre local. Ce rejet est expliqué par la représentation des AyíZò liée au contenu de ce liquide, considéré depuis les anciennes générations, comme sale et nuisible pour la santé de l'enfant. Cependant, comme les accouchements se font de plus en plus dans les hôpitaux, les femmes n'ont pas toujours la liberté d'évacuer ce liquide. Car, il arrive souvent que la sage-femme insiste pour qu'elle allaite l'enfant, les instants suivant l'accouchement. Toutefois, certaines femmes parviennent malgré tout à le faire à l'insu des agents de santé. Si elles reçoivent l'autorisation de rentrer assez tôt après l'accouchement (le même jour), elles trouvent l'occasion de rejeter ce liquide. Cette pratique culturellement acquise est donc menacée de disparition chez les AyíZò, encore que les femmes elles-mêmes ne reconnaissent pas une maladie qui lui soit liée.

5.1.2.2- Les tisanes et l'Allaitement maternel exclusif (AME)

Du jour de la naissance à l'âge de cinq ans, beaucoup de tisanes sont servies à l'enfant par les mères. Dans l'imaginaire populaire des AyíZò, elles jouent plusieurs rôles et maintiennent l'enfant en bonne santé : rôle alimentaire, rôle de prévention et de prise en charge des maladies. Toutefois, cette pratique qui occupe une place très importante dans leur registre de nutrition (local) est interdite par le registre biomédical qui soutient que les enfants ne doivent consommer aucun autre liquide ou solide, même pas de l'eau ou de la tisane en dehors du lait maternel, et ce, du jour de la naissance à six mois.

Plusieurs discours des femmes montrent que de telles recommandations liées à la défense des tisanes et à l'usage de l'allaitement maternel exclusif sont loin d'être accueillies par elles. Sur les vingt (20) mères des enfants suivis, seulement trois (3), soit 15% affirment en avoir fait au moins une fois l'expérience. Toutefois elles l'ont pratiqué sur quatre mois seulement et cela ne

leur a pas été facile. Elles ont dû subir de la part des aînés tant d'oppositions et de pressions, notamment à propos de l'abstention des tisanes chez l'enfant pendant cette période. Pire encore, elles-mêmes affirment leur déception, car elles ne sont pas satisfaites des résultats. Il est à reconnaître que les feuilles contiennent des nutriments importants et très nutritifs. Le seul problème lié à leur usage est la maîtrise du dosage des substances qui y sont contenues.

« J'ai suivi les conseils des sages-femmes pour ma fille aînée. J'ai pratiqué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à quatre mois parce que je ne pouvais pas aller à six mois. Pour la bouillie, j'ai également fait la farine composée (maïs-soja-mil-arachide), telle que me l'avait conseillée la sage-femme. Je vous assure que jusqu'à présent où elle a l'âge de sept ans, elle ne sait pas encore bien manger. Alors qu'elle est déjà en classe de CP (Cours Préparatoire). Et pire encore, elle n'est pas gaie. C'est pour cette raison que je n'ai plus répété ces pratiques pour les autres enfants qui lui ont succédé. Même le soja ne convient pas à tous les enfants. Ça donne la diarrhée à certains. Depuis ce moment, quand les agents de santé me parlent de ces pratiques, je les regarde seulement » (M.J., cultivatrice et mère de trois enfants, Kinzoun, le 17/04/12).

« Mes aînés sont des jumeaux (deux garçons). J'ai respecté les recommandations des agents de santé en les nourrissant au lait maternel jusqu'à l'âge de cinq mois sans prise d'eau et de tisane. Avec ça ils ont connu des problèmes de croissance et également des difficultés à bien manger. Pour l'enfant qui leur a succédé, j'ai respecté les pratiques de chez nous (tisane depuis les premiers mois après la naissance, bouillie à partir du quatrième mois avec plat familial déjà à quatre mois). Pourtant, contrairement aux jumeaux, il a connu une croissance normale, il est plus gai et mange bien sans que je ne me tracasse pour son repas. J'ai donc décidé de ne plus mettre en pratique ces recommandations des agents de santé et de nutrition. Nos enfants ne sont pas des 'yòvòvì' ('enfants des Blancs)' » (L.S., mère de sept enfants, Sèdji, le 26/04/12).

Les perceptions des Ayíẓò à propos des tisanes et de l'AME s'expliquent par plusieurs éléments lus dans les discours aussi bien des jeunes mères que des

personnes (hommes ou femmes) ayant plus de cinquante ans. D'abord, dans leur imaginaire populaire, sans tisane, quelque chose manque à l'épanouissement de l'enfant. Ce dernier manque de vigueur, de gaieté et est exposé aux maladies. Ensuite, il faut l'habituer très tôt aux mêmes régimes alimentaires que ses parents. Cela fait partie de son éducation et renvoie à ce qu'il doit devenir demain : un produit à l'image de ses parents, de sa communauté. Attendre d'abord six mois, c'est bien trop tard ! Aussi, les femmes ayant observé l'AME, ont dû subir de la part des aînés beaucoup de pression et même les résultats ne leur paraissent pas satisfaisants. Car, selon les enquêtés, les enfants dont les parents ont opté pour l'AME n'ont pas bénéficié d'une meilleure croissance que les autres. Mieux, certains ont connu des difficultés à s'habituer aux aliments de chez eux. Ces enfants qu'ils qualifient de 'yòvòvì' (c'est-à-dire '*enfants des Blancs*') traînent ces problèmes sur plusieurs années et ne parviennent pas à s'habituer aux régimes alimentaires de chez eux, même au-delà de cinq ans. Malgré les bienfaits de l'allaitement maternel évoqués par les enquêtés, ils ne sont donc pas prêts à l'accueillir exclusivement jusqu'à six mois. Toutes ces raisons expliquent la réticence des femmes Ayíẏ̀ par rapport à ces pratiques alimentaires des centres de nutrition.

5.1.2.3.- Les bouillies

Pour ce qui concerne l'usage de la bouillie chez l'enfant, les divergences entre les deux registres de nutrition se situent au niveau de l'âge de démarrage de la bouillie et de son contenu. Les bouillies commencent au début du quatrième mois dans le registre local et du septième selon le registre biomédical. Quant à leur contenu, le maïs en est le seul constituant chez les Ayíẏ̀, tandis que les farines enrichies (importées) ou composées à base des produits locaux (maïs, mil, soja, arachide...) sont recommandées par les centres de nutrition. En dépit de la disponibilité de ces produits dans le milieu, la plupart des femmes

manifestent une réticence à leur usage. Même chez celles militant dans les groupements ou foyers de récupération nutritionnelle des centres de nutrition, le changement observé n'est pas significatif.

« J'ai compris l'utilité des bouillies de farines composées pour l'enfant grâce aux sensibilisations et aux activités liées à la récupération nutritionnelle menées par les agents nutritionnistes dans notre groupement et dans le village. J'ai commencé à l'utiliser pour mes deux derniers enfants à partir du cinquième mois. Mais il arrive que la farine finisse sans que je ne trouve le temps de la refaire. Dès fois aussi, c'est par manque de moyens financiers. Quand c'est comme ça, je donne la bouillie de farine de maïs à l'enfant jusqu'au moment où je parviens à apprêter la farine composée » (G.S., femme membre de l'un des groupements du centre de Takon, et cultivatrice à Kinzoun, le 13/04/12).

Les femmes militant dans les groupements des centres de nutrition (enquêtées) affirment préparer et utiliser ces farines pour leurs enfants, mais il arrive souvent pour des raisons de temps ou de moyens financiers, qu'elles se retrouvent en rupture pour de nombreux jours, voire des semaines. Dans ces cas elles se contentent pendant la période de rupture, de la farine de maïs pour la bouillie des enfants. Il est important de préciser que la quantité recommandée par les centres de nutrition pour la composition des farines enrichies est d'une mesure (un kilo) par céréale. La moitié de la mesure par céréale est également possible. Il arrive qu'à défaut du mil et du sorgho, deux mesures de maïs soient mélangés avec une mesure de mil et/ou de soja.

Les facteurs temps et capacité financière sont ceux évoqués par les femmes face au non usage des farines composées à elles recommandées. Pour le premier, la forte mobilité des femmes et leur sollicitation pour les activités agricoles et le commerce constituent une raison importante. Pour le deuxième facteur également, il a été expliqué plus haut²⁴, la contribution des femmes à la survie alimentaire des ménages. Rappelons que dans la commune de Toffo,

²⁴ Infra, p. 40

l'indice de pauvreté monétaire en 2009 est de 53, 2 tandis que l'indice de pauvreté non monétaire est de 38,1 (EMICoV-Suivi, 2010 : 22 ; 27). Cependant, à en croire les agents des centres de nutrition, les femmes sont plus portées vers l'achat des pagnes et des parures qu'aux dépenses liées à leur propre alimentation et à celle de leurs enfants.

« Les femmes d'ici militent beaucoup dans des associations coopératives, des groupements de tontine. Tout cela leur demande beaucoup d'argent et elles n'aiment pas dépenser pour l'alimentation de leurs enfants » (B.A., aide-soignante et agent de nutrition, centre de Takon, le 7/5/12).

Ces discours ne font que confirmer ceux des enquêtés eux-mêmes selon lesquels, l'alimentation n'est pas le seul élément pour lequel il faut faire des dépenses. D'autres sollicitations comme l'acquisition ou le labour de la terre, les contributions aux cérémonies de festivité ou funèbres en cas de deuil, sont autant d'éléments qui occupent une place dans la vie de l'homme et nécessitent des dépenses.

5.1.2.4- Les autres aliments de complément et les plats familiaux

Dans le registre local, aliments de complément et plats familiaux se confondent. L'initiation au plat familial suit la bouillie à la fin du quatrième mois ou au début du cinquième. Elle est précédée d'une préparation psychologique de l'enfant. Cela se fait par la mère à travers l'application sur sa langue, pendant les repas, d'une minime portion, afin de lui faire ressentir l'odeur, la saveur et le goût du plat familial. Rappelons que la représentation qui sous-tend cette pratique est qu'il faut le préparer à s'habituer aux mêmes régimes que ses parents.

Dans le registre biomédical par contre, il est recommandé, après six mois révolus, et en dehors de la bouillie, de préparer spécialement pour l'enfant les plats solides que sont les purées et ragoûts avec les sauces. Ces plats sont assaisonnés de certains aliments riches en protéine comme le poisson en farine

ou écrasé, le jaune d'œuf, la viande hachée, les pâtes d'arachide grillée ou de sésame. C'est après ces plats spéciaux que suivront progressivement les plats familiaux à partir du douzième mois et ils visent à les remplacer progressivement.

De ce qui précède, il est important de souligner que les deux registres de nutrition sont sous-tendus chacun par différentes représentations ou logiques. Mis à part les divergences entre eux, plusieurs facteurs constituent également des contraintes pour les communautés (Ayíẓò), dans l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition (ou du registre biomédical).

5.2- CONTRAINTES LIÉES A L'APPROPRIATION DES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES CENTRES DE NUTRITION

5.2.1- Les représentations populaires relatives à l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẓò

Les représentations relatives à l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẓò sont fondées sur certains principes qui organisent les pratiques alimentaires. Ce constat n'est pas spécifique aux Ayíẓò de Toffo, mais il est également fait de façon générale dans les groupes socioculturels. C'est ce que souligne Buttarelli (2010) quand il affirme que : « *Les représentations relatives à l'alimentation et aux aliments (proscriptions/ prescriptions alimentaires, croyances, traditions culinaires) ont toujours un impact important sur les pratiques alimentaires et par conséquent sur la persistance de déséquilibres* » (p. 59).

Au nombre de ces principes, ceux qui suivent sont importants pour la compréhension du registre de nutrition des Ayíẓò.

- Il faut habituer très tôt l'enfant aux mêmes régimes alimentaires que sa famille (mais comme base de l'alimentation) afin qu'il devienne un produit à l'image de sa communauté;

- Il faut également soumettre l'enfant à des tisanes depuis les premiers jours de naissance pour prévenir et guérir chez lui les maladies, et le rendre plus gai, plus vigoureux et plus éveillé;
- Éviter chez l'enfant, la consommation fréquente d'œuf, de viande et de poisson (éléments riches en protéine) le protégera des comportements de déviance demain, dont le vol;
- Il faut aussi s'abstenir de séparer ses assiettes de celles de la famille (contrairement à ce que recommande le registre biomédical), afin de ne pas le gêner. Autrement, cela constituerait pour lui un danger, dans la mesure où il recherchera plus tard, plus de soins de la part de ses parents et ne pourra pas facilement se prendre en charge, c'est-à-dire devenir autonome.

Toutes ces représentations orientées vers des pratiques alimentaires bien déterminées, constituent des facteurs qui ne peuvent favoriser l'accueil des pratiques alimentaires du registre biomédical. Elles s'opposent ainsi aux pratiques alimentaires des centres de nutrition et constituent un frein à leur recours. D'autres facteurs comme la divergence entre les normes du « bien nourri » et du « mal nourri », les perceptions liées à la qualité des aliments de l'enfant, constituent également des facteurs favorisant cette opposition.

5.2.2- L'opposition entre les deux registres de nutrition à propos du « bien nourri » et du « mal nourri » chez l'enfant

Dans les représentations et pratiques alimentaires des Ayíẏ̀, le lien est fait entre alimentation et croissance chez l'enfant. Cependant, les logiques qui sous-tendent la qualité des aliments sont tout à fait différentes de celles du registre biomédical. Le tableau VIII présente une comparaison entre les deux registres, suivant la qualité des aliments et les normes ou indicateurs du « bien nourri » et du « mal nourri ».

Tableau VIII : Qualité des aliments et normes du «bien nourri» et du «mal nourri» selon les deux registres de nutrition

Registres ➔	Registre biomédical de nutrition	Registre de nutrition des Ayizò (local)
Qualité des aliments et indicateurs ↓		
Qualité des aliments	-Hygiène. -Présence dans chaque repas des trois catégories ²⁵ d'aliments. -Accent particulier sur les aliments riches en protéine.	-Hygiène. -Qualité gustative. -Pas d'excès de sucre, de sel ou de piment.
Valeurs nutritives des aliments	-Connaissance des valeurs nutritives des aliments.	-Ignorance des valeurs nutritives des aliments.
Indicateurs du «bien nourri» et du «mal nourri»	-Prise des indices anthropométriques : poids/taille, taille/âge ou poids/âge selon les Nouvelles normes de croissance de l'OMS ²⁶ .	-Appréciation du poids de l'enfant sans instrument de mesure : * Poids léger = bonne santé nutritionnelle. * Poids lourd (édózin) = mauvaise santé nutritionnelle. - « Bien nourri » = Peau lisse, corps potelé, enfant jovial et gai ; enfant pas trop mince, pas trop gros.

Source : enquête de terrain (2012)

La notion d'hygiène est évoquée dans les deux registres. Dans le registre local, l'enfant peut consommer les mêmes aliments que l'adulte. L'excès de sucre, de sel et de piment sont les seuls éléments cités comme nuisibles pour sa santé (et même chez l'adulte). Les valeurs nutritives des produits agricoles comme le soja, le mil, le sorgho, l'arachide et le sésame sont ignorées. Cette méconnaissance des valeurs nutritives des aliments chez les enquêtés, notamment les femmes, acteurs importants dans l'alimentation des enfants, explique aussi leur persistance dans l'usage de la bouillie de farine de maïs. Aussi, en dehors de l'hygiène, la qualité des aliments est liée à leur qualité gustative.

²⁵ Infra, page 87

²⁶ Infra, pp. 79

Au sein du registre biomédical, la qualité de l'alimentation est liée à la présence des trois catégories d'aliments dans les repas. Rappelons que les pratiques alimentaires des centres de nutrition s'appuient sur des normes conçues par la biomédecine. Etant donné qu'elles reposent essentiellement sur l'usage des produits alimentaires locaux, elles nécessitent chez les femmes une information, mieux une formation leur permettant de mieux les comprendre. Cela constitue certainement des aspects sur lesquels doivent insister les agents des centres de nutrition dans leur sensibilisation.

Quant aux indicateurs du « bien nourri » et du « mal nourri », une observation du corps de l'enfant est faite dans le registre local. Les deux extrêmes servent de barrière. L'enfant « bien nourri » ne doit être ni trop gros, ni trop mince²⁷. Une appréciation de son poids est également faite, sans relation avec son âge et sans une mesure en kilo. Dans le second registre, ce sont les indices anthropométriques qui servent d'indicateurs pour l'appréciation du « bien nourri » et du « mal nourri », avec l'usage des normes internationales de croissance de l'OMS.

Les ressemblances et dissemblances entre les deux registres laissent à penser à une complémentarité entre eux. Cependant, un problème se pose quant aux représentations liées à la qualité de l'alimentation des enfants selon le registre local. Une comparaison entre les normes définissant la qualité des aliments selon les deux registres amène à affirmer que les régimes alimentaires des enfants, dans le registre local souffrent d'un manque d'aliments riches en protéine comme le poisson, l'œuf et la viande. Les autres produits comme le soja, l'arachide, le sésame, l'haricot, bien que contenant de la protéine, sont méconnus comme tels par les enquêtés. Ainsi, les enfants sont continuellement exposés à la malnutrition, les degrés pouvant varier. Cette situation demeure préoccupante dans la mesure où la malnutrition infantile persiste chez les Ayíẏ̀,

²⁷ Infra, pp. 66-68

malgré la présence de deux centres de nutrition dans leur milieu. En dehors de ces facteurs, le rôle des femmes dans la survie alimentaire des ménages ne constituent-elle pas aussi une contrainte face à l'usage des pratiques alimentaires des centres de nutrition?

5.2.3- Rôles des femmes dans la survie alimentaire des ménages

Les femmes, face à leur responsabilité²⁸ quant à la survie alimentaire des ménages, développent des stratégies s'appuyant sur les travaux agricoles et le commerce. Ainsi, elles évoquent les difficultés liées à l'exercice de ces activités, gage de leur auto-prise en charge. Toutes celles enquêtées pratiquent l'agriculture ou le commerce. Alors, les longues marches (les jours de marché) et tracasseries liées à ces activités engendrent chez elles une forte mobilité, rendant difficile un bon accueil des pratiques alimentaires des centres de nutrition. Dans les vingt ménages où les rations alimentaires des enfants ont été suivies, plus de la moitié des femmes ont offert plusieurs fois, le théâtre de trente minutes à une heure de repos, une fois rentrées des champs vers vingt heures, voire vingt-et-une heures du soir, avant de se mettre à la cuisine pour la préparation du repas du soir. La somnolence a été observée chez les enfants, pendant les heures de dîner. En effet, eux tous ne parviennent pas à manger correctement en ces moments de la nuit, où déjà le sommeil les prend. Mais les femmes ne reconnaissent pas l'influence de cette situation sur la santé nutritionnelle des enfants, surtout ceux ayant atteint l'âge des plats familiaux. Cette situation est davantage observée pendant les moments d'intenses activités agricoles. La forte mobilité des femmes explique aussi leur réticence à recourir aux pratiques alimentaires du registre biomédical de nutrition, qui, pour la plupart nécessitent du temps.

²⁸ Infra pp. 40-41

5.2.4- Nosologie et étiologie de la malnutrition infantile chez les Ayíẓò

Les discours des enquêtés révèlent que ce sont plutôt les symptômes de la malnutrition qui attirent l'attention des parents : amaigrissement de l'enfant, ballonnement du ventre, cheveux roux et cassants.

« *La maladie de la malnutrition, nous la nommons 'flɔflɔzɔn' ou 'titezɔn' ou 'azézɔn'. Elle se manifeste par le ballonnement du ventre de l'enfant. Son corps s'enfle, ses cheveux deviennent roux et des fois, on pense que l'enfant grossit, alors que c'est la maladie. Les causes sont souvent liées à la sorcellerie. Mais les agents des centres de nutrition disent que c'est causé par une mauvaise alimentation* ». (A.A., mère de huit enfants à Houèglè, le 27/4/12).

« (...) *La malnutrition est une maladie qui fait honte aux parents, parce que même quand l'enfant mange, cela n'a pas d'influence sur sa croissance. Je connais des femmes dont les enfants en ont souffert. Bien souvent, ce sont les sorciers qui en sont à l'origine. Ils prennent les aliments que consomme l'enfant et celui-ci ne fait que maigrir. Mais cela arrive aussi aux enfants dont les mères sont des jeunes filles de moins de seize, dix-sept ans, qui conçoivent précocement. Elles ne savent pas entretenir les enfants, ni bien les nourrir, ce qui provoque cette maladie chez l'enfant* » (A.F., père de sept enfants à Sèdji, le 26/4/12).

Les expressions 'flɔflɔzɔn', 'titezɔn' et 'azézɔn' utilisés pour nommer cette maladie sont révélatrices des symptômes, voir de l'étiologie de cette dernière. 'Flɔflɔzɔn' et 'titezɔn' désignent la maladie qui fait enfler ('flɔflɔ ou tite = gonflement, enflement; 'zɔn' = azɔn = maladie). Quant à l'expression 'azézɔn' ('azé' = sorcier ; zɔn = azɔn = maladie), elle signifie 'maladie provoquée par la sorcellerie'. Dans cette expression, les envoûtements sont également signifiés. Les symptômes d'enflement, de gonflement renvoient au kwashiorkor, tel que défini par la biomédecine²⁹, et représente l'une des formes graves de la

²⁹ Infra, page 105

malnutrition. Quant à ceux liés à l'amaigrissement, ils renvoient au marasme. Toutefois, les expressions employées par les enquêtés renvoient plus aux symptômes du kwashiorkor. Une des étiologies imputées à la malnutrition par les enquêtés concerne un mauvais entretien de l'enfant par la mère ou la nourrice, ou un mauvais suivi alimentaire. Une autre l'attribue à la sorcellerie ou à l'envoûtement.

« Il y a des feuilles qui servent à guérir la malnutrition chez nous. Ceux qui y sont initiés le savent. Nous ne pouvons pas vous les révéler comme ça » (A.S., cultivatrice et mère de six enfants, Houèglè, le 19/4/12).

Dans ce dernier cas, les parents font plus recours à des guérisseurs ou des tradi-thérapeutes. Car, comme le soulignent Jaffré et *al.* (2003 : 91), « À étiologie 'magico-religieuse', remède idoine ». Cette situation confirme les résultats des recherches effectuées par Sessou (2012) sur les représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de zéro à cinq ans dans la commune d'Athiémé, où il affirme :

« Une analyse minutieuse faite de la situation permet de comprendre que la malnutrition chez les enfants dans la commune d'Athiémé, n'est pas uniquement vue comme une maladie biologique, mais l'action maléfique de l'homme jaloux qui nuit; les envoûtements, la sorcellerie ou autres pratiques culturelles néfastes sont incriminés » (p. 63).

Les discours révèlent que ce sont les signes visibles de la malnutrition qui amènent les parents à la reconnaître. Or, tels que décrits par la biomédecine, les symptômes visibles de cette pathologie apparaissent à un stade où le degré de la malnutrition est déjà avancé. Ceci représente donc un facteur de risque, dans la mesure où les mères qui ne font pas peser leurs enfants par les agents des centres de nutrition ne pourront pas discerner les débuts de cette pathologie, c'est-à-dire la forme légère. Dans ce sens, une étude réalisée par Testa J. et *al.* (2008) dans dix-neuf centres (privés, publics, médicaux et sociaux) à Cotonou montrent

également que chez les mères, la malnutrition n'était jamais le motif de consultation initiale. Le tableau IX suivant présente une récapitulation des éléments entrant en compte dans la nosologie et l'étiologie de la malnutrition selon les deux registres.

Tableau IX : *Quelques éléments liés à la nosologie et à l'étiologie de la malnutrition selon les deux registres de nutrition*

Registre de nutrition	Nosologie	Symptômes	Etiologie
Biomédical	Malnutrition légère	Déficit sévère de poids et retard de croissance.	-Déséquilibre de l'apport alimentaire et énergétique, surtout en protéine. -Manque d'hygiène alimentaire. - Manque de soins et d'affection maternelle.
	Kwashiorkor	-Présence d'œdèmes. -Déficit staturo-pondéral variable. -Cheveux pouvant être dépigmentés et cassants. -Troubles du comportement: enfant triste, craintif, replié sur lui-même.	-Sevrage brusque sans apport. -Déséquilibre de l'apport alimentaire et énergétique, surtout en protéine. -Infections ou autres pathologies -Manque d'hygiène alimentaire. -Manque de soins et d'affection maternelle. -Diarrhée. -Perte d'appétit
	Marasme	-Amaigrissement extrême -Déficit sévère de poids et retard de taille -Cheveux souvent clairsemés et secs. -Peau fine, flasque, plissée et flétrie. - Troubles du comportement.	-Déséquilibre de l'apport alimentaire et énergétique, surtout en protéine. -Manque d'hygiène alimentaire. -Manque de soins et d'affection maternelle. -Infection ou autres pathologies.
Local (des Ayizò)	- 'Flɔflɔzɔn', - 'Titezɔn', - 'Azézɔn'	-Amaigrissement ou bien enflément. -Cheveux roux et cassant. -Enfant pleurnichard, triste.	-Mauvais entretien de l'enfant : alimentation, soins. -Sorcellerie. -Envoûtement.

Source : enquête de terrain (2012)

Au vu de tout ce qui précède, c'est-à-dire des divergences observées entre les pratiques alimentaires des deux registres de nutrition et les entités nosologiques et étiologiques liées à la malnutrition selon ces deux registres, il importe de s'interroger sur l'utilité d'un dialogue continu entre acteurs institutionnels (agents des centres de nutrition) et locaux (populations).

5.2.5- Nécessité de dialogue entre agents des centres de nutrition et population à propos des deux registres de nutrition

L'opposition entre les deux registres de nutrition suscite des conflits entre agents des centres de santé et de nutrition et communautés locales. Cette situation représente également une contrainte dans le recours aux pratiques alimentaires du registre biomédical. Tandis que les agents de nutrition manifestent une opposition farouche vis-à-vis des pratiques alimentaires du registre local, les enquêtés (communautés locales) s'efforcent de se soumettre quand ils se retrouvent dans ces centres. Cependant, il s'agit d'une soumission apparente, car comme ils l'ont souligné eux-mêmes, ils continuent de demeurer convaincus de leurs propres pratiques qui ont d'ailleurs, fait ses preuves (selon eux), de génération en génération. Ainsi, après l'accouchement, l'eau de bienvenue est souvent utilisée par les mères, à l'insu des agents de santé. Cela est pareil pour les tisanes quand elles se retrouvent dans ces centres pour les soins.

A l'instar de la nécessité d'instaurer un dialogue entre soignants et soignés (Kpatchavi, 2011 : 332), un dialogue compréhensif est également nécessaire entre agents des centres de nutrition et acteurs locaux (communautés), face à aux pratiques alimentaires. Comme le soulignent Lefèvre et al., (2002 : 3), il s'agit de parvenir à la compréhension «de l'intérieur» des représentations, attitudes, motivations et pratiques du groupe social concerné. Car, « *D'un ménage aisé à une famille pauvre, les habitudes alimentaires fondamentales ne varient guère, pas plus que les comportements éducatifs ou les soins apportés au jeune enfant (sevrage, maternage)* » Raynaut (1987) cité par Jaffré et al., (2003 : 82). Ainsi, les agents des centres de nutrition comprendront-ils davantage les rationalités qui sous-tendent les pratiques alimentaires du registre local, au lieu d'adopter une attitude de rejet systématique en face d'elles. Un tel dialogue est également nécessaire dans les séances de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle initiés

par les centres de nutrition. Car, comme l'affirme Fournier (2009) à propos des pratiques alimentaires :

« Manger ne consiste pas seulement à se nourrir mais implique de respecter les normes socioculturelles dans un contexte donné (milieu, époque). (...). Il faut prendre en compte le risque d'entrer en interférence avec ces mécanismes lorsque l'on tente de modifier les pratiques alimentaires d'un individu » (pp. 7-8).

De ce qui précède, de nombreuses contraintes influencent les AyíẸ̀ de Toffo dans l'appropriation des pratiques alimentaires recommandées par les centres de nutrition. Mais au-delà de ces contraintes, la nécessité de dialogue s'impose entre les différents acteurs de ces deux registres de nutrition. Ce dialogue existe déjà sous une certaine forme à travers les activités des deux centres de nutrition, notamment les foyers de récupération nutritionnelle initiés par le centre de Takon. Mais il requiert plus d'attention et de considération de la part des agents des centres de nutrition et de santé. Car, aussi divergents qu'ils soient, les deux registres visent plutôt une complémentarité en matière de nutrition infantile.

CONCLUSION

Cette étude intitulée « Fondements socioculturels de la malnutrition infantile chez les AyíẸ̀ de Toffo » a permis d'apprécier les pratiques alimentaires de l'enfant, les représentations qui les sous-tendent et leur lien avec la malnutrition infantile dans ce groupe socioculturel. Deux registres de nutrition coexistent dans ce milieu rural : le registre local, propre aux communautés AyíẸ̀ et le registre des centres de nutrition relevant de la perspective biomédicale.

Dans le premier (local), les pratiques alimentaires de l'enfant sont influencées par les représentations de l'enfant. Préparé très tôt à devenir un produit à l'image de sa famille ou de sa communauté, l'enfant est progressivement initié, à partir du quatrième mois, aux pratiques alimentaires familiales. Comme le disait Fischler (1990) cité par Tristan (2009 : 11), « *Toutes les cultures humaines possèdent leurs codes, concernant ce qu'il faut manger, quand et comment* ». Ces habitus alimentaires (pour reprendre l'expression de Bourdieu) chez les AyíẸ̀, mieux, les représentations populaires qui les sous-tendent renseignent sur la vision de ces communautés quant à la qualité des aliments et aux normes du « bien nourri » et du « mal nourri » chez l'enfant. Avant tout, les régimes alimentaires sont basés sur la consommation de ce que produisent les parents ou de ce dont ils disposent. Cela explique la place importante accordée à la bouillie de farine de maïs et à la pâte de maïs dans l'alimentation de l'enfant, le maïs étant largement cultivé dans le milieu. Les tisanes occupent également une place de choix, avec les rôles de prévention et de prise en charge des maladies qui les définissent. Quant à la qualité des aliments, elle renvoie à l'hygiène devant entourer la préparation des repas de l'enfant et à sa qualité gustative; l'excès de sucre, de sel ou de piment étant

considéré comme nuisible pour sa santé. Aussi, les interdits alimentaires dont l'enfant est l'objet entre zéro et cinq ans concernent des aliments riches en protéine comme l'œuf, le poisson et la viande, ces produits étant considérés comme susceptibles de l'amener à ne pas aimer les aliments en usage dans sa famille ou sa communauté. Dans les représentations populaires des AyíZò de Toffo, la consommation fréquente de ces aliments est déconseillée chez l'enfant afin de le socialiser dans les pratiques alimentaires de chez lui, et de prévenir chez ce dernier des comportements de déviance comme le vol. Mis à part l'allaitement maternel (qui prend fin entre le dix-neuvième et le vingt-quatrième mois), l'alimentation de l'enfant est composée des mêmes rations que ses parents, le maïs étant la base de ces plats familiaux. Les représentations relatives aux pratiques alimentaires de l'enfant et à leur qualité, posent un problème en ce qu'elles exposent l'état nutritionnel de l'enfant à des risques de malnutrition, le degré pouvant être léger ou sévère. Cette situation amène à se demander si ces représentations ne constituent pas un facteur de risque pour l'enfant?

Quant au second registre (biomédical), il prône des pratiques alimentaires s'appuyant sur des normes biomédicales. Les centres de nutrition constituent leurs lieux spécialisés de transmission. En dehors des laits médicalisés, les aliments qui y sont recommandés pour l'enfant renvoient quand même pour la plupart, à des produits locaux disponibles sur les marchés, comme le maïs, le mil, le sorgho, le soja, l'arachide, le haricot, l'igname, la patate, le poisson (le poisson fretin fumé), l'œuf (surtout domestique), la viande, les fruits et légumes. La notion de qualité, telle que définie par le registre biomédical, requiert un équilibre alimentaire basé sur la présence dans chaque repas de l'enfant, à partir du septième mois, des trois catégories d'aliments que sont les aliments de construction, de croissance et de protection. Un accent particulier est mis sur les aliments de croissance, car ce sont eux qui assurent la croissance de l'enfant et le protègent contre la malnutrition.

En effet, la résistance des Ayíẓò face aux pratiques alimentaires du registre biomédical, malgré la présence de deux centres de nutrition dans le milieu, s'explique par les nombreux facteurs constituant des contraintes pour leur appropriation. Au nombre de ces contraintes, il est noté que les pratiques alimentaires du registre biomédical reposent sur des normes (biomédicales) précises, inconnues de cette population à faible niveau d'instruction³⁰. Aussi, les représentations relatives à l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẓò, la méconnaissance des mères par rapport aux besoins alimentaires et énergétiques des enfants suivant l'âge, le rôle des femmes dans la survie alimentaire des ménages, les représentations populaires étiologiques relatives à la malnutrition, sont autant de facteurs qui limitent le recours de ces populations aux pratiques alimentaires des centres de nutrition.

En définitive, l'étude des pratiques alimentaires de l'enfant et de leurs représentations a permis de saisir un certain nombre de facteurs expliquant la persistance de la malnutrition infantile dans ce milieu, pourtant très actif en production agricole et doté de deux centres de nutrition. Une reconsidération du registre local de nutrition par les agents de centres de nutrition et un dialogue compréhensif entre ces agents et les communautés locales sont nécessaires, voire indispensables pour pallier ces contraintes. Ceci pourrait dans une certaine mesure contribuer à l'amélioration des politiques des centres de nutrition. Car, une complémentarité s'impose entre ces deux registres. D'autres études sur les itinéraires thérapeutiques et la prise en charge traditionnelle de la malnutrition, au-delà des pratiques alimentaires, permettront de mieux cerner l'étiologie de cette maladie à origine multifactorielle.

³⁰ Le niveau d'instruction dans la commune de Toffo est de 38,6% pour le primaire; 8,1% pour le secondaire 1^{er} degré; 1,5% pour le secondaire 2^{ème} degré et 0,4% pour le supérieur (EMICoV-Suivi, 2010 : 37).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABRIC, J-C., (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.
2. AGBOTA, A. et al., (2010). *Mettre la politique nutritionnelle au cœur du développement - comprendre les facteurs institutionnels et politiques du changement politique: Etude de cas du Benin*, Washington, Banque Mondiale, 112 p.
3. AGUENOU, G., (1999). *Etude du statut social des enfants malnutris graves récupérés à Sèdovicon II (Bohicon) au Bénin de 1986 à 1995*, Mémoire de Maîtrise en Santé Publique, Cotonou, IRSP, 58p.
4. AHOU, A. A. E., (2008). *Déterminants sociaux des pratiques alimentaires des travailleurs de la commune du Plateau*, mémoire de DEA en sociologie, Université de Cocody, Abidjan.
5. AKOUN, A. et ANSART, P. (Sd), (1999). *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Le Robert/Seuil, 587 p.
6. ANGERS, M., (1996). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Québec, les éditions CEC, 381 p.
7. ASSABA, C., (1997). *Méthodologie ou méthodique*, Paris, GREC, 48 p.
8. AUGE, M. et HERZLICH, C., (1984). *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 278 p.
9. BARTHELEMY, C., (2005). 'Les savoirs locaux: entre connaissances et reconnaissance', in « *Sciences de l'environnement* », Volume 6, N° 1 : Dossier 'Les savoirs locaux dans la gestion de l'environnement', Mai 2005
10. BEAUD, M., (1998). *L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de D.E.A. ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire*, Paris, La Découverte, col. 'Guides Repères', 175p.

11. BENOIST, J., (1996). *Soigner au pluriel, Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 520 p.
12. BONNET, D., (1996). Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant; in *Sciences sociales et Santé*, Vol. 14, N°1, Mars 1996, pp 5-16
13. BOURDIEU, P., (1979). Chapitre 3 : « L'habitus et l'espace des styles de vie », in *La distinction. Critique sociale du jugement*, éd. de Minuit, coll. Le sens commun, 672 p.
14. BUTTARRELLI, E. et al., (2010). Etude des pratiques alimentaires et de la croissance du jeune enfant (0-3 ans), en milieu urbain et périurbain à Dakar, Sénégal, in *l'Anthropologie du vivant : objets et méthodes*, pp. 58-62
15. CALANDRE, N., (2002). *Alimentation, Nutrition et Sciences sociales : concepts, méthodes pour l'analyse des représentations et pratiques nutritionnelles des consommateurs*, Mémoire de DEA en "Économie du Développement Agricole, Agro-alimentaire et Rural", Paris, Université Montpellier I, 103 p.
16. CeRPA Atlantique-CeCPA de Toffo, (2010). *Plan de campagne agricole 2010-2011*, RCPA, 64 p.
17. CORRADI, S., (2008). *Intérêt de la démographie dans les programmes de développement. Application à la planification santé dans le domaine de la malnutrition infantile aigüe de la Fondation Terre des hommes. Le cas du Burkina Faso*, Mémoire de maitrise, Faculté des Sciences Economiques et Sociales, Laboratoire de démographie et d'Etudes familiales, Université de Genève, 89 p.
18. COSTER (de) M. et al., (2006). «Chapitre 1 : La perspective sociologique» (pp. 11-110), in *Introduction à la sociologie*, Paris, de Boeck, 267 p.
19. CRENN, C. et DELAVIGNE, A-E. (2010). «Les méthodes de l'anthropologie sociale dans les études sur l'alimentation», in *L'anthropologie du vivant : objets et méthodes*, pp. 63-67
20. DABO, K. et al., (2008). *Analyse des causes de la malnutrition dans trois pays du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad*, Rapport de Recherche, INSAH, 74 p.

21. DEGUENON, A., (1997). *Environnement & problèmes nutritionnels en milieu fon du plateau d'Abomey : ampleur & déterminants socio-anthropologiques*, Mémoire de Maîtrise en Sociologie-Anthropologie, Abomey-Calavi, UAC, 129 p.
22. DESCLAUX, A. (1996). 'Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida', in *Sciences sociales et santé*, Volume 14, N° 1, pp. 73-101
23. DIONGOTO DOMAYA, E. et al., (2005). Connaissances, perceptions, attitudes et pratiques alimentaires dans le département du Guéra, N'Djaména, MSP, Centre National de Nutrition et de technologie alimentaire-Volet Education nutritionnelle, Convention N° 10/PSANG II / 2003, 57 p.
24. DJENOU, S., (1999). *Etude de la qualité de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition infantile au Centre d'Education Nutritionnelle d'Azowlissè (sous-préfecture d'Adjohoun)*, Mémoire de Maîtrise en Santé Publique, Cotonou, IRSP, 55 p.
25. ECLOU, D., (2003). *Représentation sociale de l'efficacité thérapeutique chez les Kotafon au Sud-Bénin : une approche sociale de la qualité des soins*, Mémoire de Maîtrise en Sociologie-Anthropologie, Abomey-Calavi, UAC, 69 p.
26. ETIEVANT, P. et al., (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Expertise scientifique collective, rapport, INRA (France), M. Romon-Rousseaux (éditeurs), 277 p.
27. FAINZANG, S., (1986). *L'intérieur des choses, Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, l'Harmattan, 204 p.
28. FAINZANG, S., (1999). 'La construction culturelle de la norme et de la pathologie', in *Confrontation entre science et vivant*, Numéro spécial intitulé : "Normal et Pathologique: où se trouve la frontière aujourd'hui?" (Publication du Pôle Universitaire Européen, Montpellier et Languedoc-Roussillon), n°1, pp. 9-12.
29. FAINZANG, S., (2000). 'La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale', in *Ethnologies comparées*, Revue électronique semestrielle, N°1, Université de Montpellier 3, pp 3-18.

30. FASSIN, D., (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 359 p.
31. FOURNIER, T., (2009). *Approche socio-anthropologique de l'alimentation*, Paris, université de Toulouse, 31 p.
32. GRAWITZ, M., (1999). *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 424 p.
33. GRUÉNAIS, M-E. et DELPEUCH, F., (1992). 'Du risque au développement. Anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête' in *Cahiers Sciences Humaines*, N°28, pp 37-55
34. HÉAM-ANTOINE, S., (2003). *La malnutrition de l'enfant au Burkina Faso : Une vie entre parenthèses, la mort entre parentèle*, Mémoire de DEA en Anthropologie Sociale, Ethnologie et Ethnographie, EHESS, Paris, 113 p.
35. HERZLICH, C., (1969). *Santé et maladie : étude d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.
36. ILBOUDO, N., *Les déterminants de la malnutrition infantile au Burkina Faso*, Mémoire de fin de formation pour l'obtention du Master en Economie publique et Statistiques appliquée, IREEP, 79 p.
37. INSAE, (2006). 'Enquête Démographique et de Santé', in *Rapport spécial 2010 d'évaluation de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Bénin*, 197 p.
38. INSAE, (2011). *EMICoV-Suivi 2010, principaux indicateurs*, Cotonou, MCA Bénin, PNUD, UNICEF, 123 p.
39. JAFFRE, Y. et al., (2003). '*Représentations populaires Hausa et Songhay-Zarma de quelques maladies (entités nosologiques populaires)*'. Etudes et Travaux N° 17, Niamey, LASDEL, Janv. 2003, 111 p.
40. JODELET, D., (1989), 'Les représentations sociales', in SECA, J-M., (2001). *Les représentations sociales*, Paris, Armand Colin, 192 p.

41. KONE, M., (2006). *La crise alimentaire de 2005 au Niger dans la région de Madarounfa et ses effets sur la malnutrition infantile : approche socio-anthropologique*, Niamey, LASDEL, Etudes et Travaux n° 53, 72p.
42. KPATCHAVI, A., (2010). *Décentralisation, reddition des comptes et services sociaux de base : expériences des communes de Ouinhi, Dogbo et Sinendé*. Cotonou, Editions Ablodé. 184 p.
43. KPATCHAVI, A., (2011). *Savoirs, maladies et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin*, Cotonou, Editions Ablodé/UAC, 355 p.
44. LACOURSE M-T., (2002). *Sociologie de la santé*, Montréal, Chenelière /McGraw-Hill, 256 p.
45. LEFEVRE, P. et SUREMAIN, C-E. (de), (2002). 'Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ?' in *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. Volume 12, Numéro 1, Janvier - Février, Approches multiples, pp.77-85
46. MASSÉ, R., (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, xxiv + 499 p.
47. MELIHO, P., (2010). *Usages de l'eau et comportements à risque chez les AyíẸ̀ du Bénin : matériaux pour une socio-anthropologie des maladies de l'eau*, mémoire de DEA en sociologie du développement, Abomey-Calavi, UAC, 138 p.
48. Ministère de la Prospective, du Développement, de l'évaluation des Politiques publiques et de la Coordination de l'action gouvernementale, (2010). *Rapport spécial 2010 d'évaluation de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Bénin*, 197 p.
49. OLIVIER de SARDAN, J-P., (2001). *Anthropologie et Développement. Essai en Socio-Anthropologie du changement social*, Marseille-Paris, APAD-KARTHALA, Col. 'Hommes et Sociétés', 221 p.

50. OLIVIER de SARDAN, J-P., (2003). *L'Enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à l'usage des étudiants*, Niamey, LASDEL, Etudes et Travaux n° 13, 58 p.
51. OMS, (2010). *Les Nouvelles Normes de Croissance de l'OMS*, Ouagadougou, OMS, 26 diapositives.
52. OMS, UNICEF, JICA, (2009). *Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant. Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome I*, 133 p.
53. OMS, UNICEF, JICA, (2009). *Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant. Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome I (Suite)*, pp 130-154.
54. OMS, UNICEF, JICA, (2009). *Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant. Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome II*, 108 p.
55. OMS, UNICEF, JICA, (2009). *Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant. Manuel du prestataire socio sanitaire, Tome III*, 51 p.
56. *Plan de Développement Communal (PDC 2005-2009)*, (2005). Commune de Toffo, 130 p.
57. *Plan de Développement Communal (PDC 2012-2016)*, (2012). Commune de Toffo, 121 p.
58. PLIYA TEVOEDJRE D., (2012). *Santé et longévité par l'alimentation. Au regard de la Bible. Les aliments dangereux. Les aliments remèdes*, Cotonou, Pomme cannelle, 2012, 128 p
59. Programme Alimentaire Mondial (PAM), (2009). *Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN)*, UNICEF, PAM, Gouvernement du Bénin, 152 p.

60. QUIVY, R. et VAN CAMPENHOUDT, L., (1988). *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod, 287 p.
61. ROGER-PETITJEAN, M., (1996). 'Les représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso', in *Sciences sociales et santé*, Vol. 14, N°1, Mars 1996, pp. 17-41
62. SALEMI, M.O., (2008). *Comportements et pratiques alimentaires des diabétiques. Essai d'analyse socio-anthropologique*, Université d'Oran, 2èmes journées de recherches en sciences sociales, 11 & 12 décembre, 12 p.
63. SEHOUETO, L., (2006). «Savoirs agricoles localisés et production vivrière en Afrique subsaharienne», in *ERES/Revue internationale des sciences sociales*, N° 187, pp 127-134
64. SESSOU E. K., (2012). *Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune d'Athiémé*, Abomey-Calavi, UAC, 82 p.
65. SOSSOUMIHEN, P., (2012). *Prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère et de ses complications*, Support de la formation du 14 Janvier 2012, Davougon (Abomey), document inédit en PowerPoint, 47 diapositives.
66. *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015)*, (2010), 204 p.
67. SUREMAIN, C-E. (de) et al., (2001). 'Les implications d'un rituel ordinaire. Réflexions sur les conséquences opérationnelles d'une recherche sur la croissance et le développement de l'enfant en Bolivie', in *Ethnologies comparées*, N°3, Santé et maladie : questions contemporaines, 15p.
68. TESTA, J. et al., (2008). 'Evaluation de la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition infantile à Cotonou, Bénin', in *Médecine Tropicale*, N° 68, pp 45-50.
69. UNICEF, (1998). La malnutrition : causes, conséquences et solutions (Résumé), in *La situation des enfants dans le monde*, 16 p.

70. UNICEF, *La malnutrition des enfants. Pour chaque enfant, Santé, Education, Egalité, Protection. Faisons avancer l'Humanité, Civisme et Démocratie*, CDEM, Fiche Ressource Alimentation N°4, 8 p.
71. VINACHES, P., (1998). 'l'habitus : concept médiateur', in *Sociologie*, DESS 113/Octobre 1998, pp 35-37

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

1. ADRIEN, M., (1994). *Les interventions dans la communication sociale en nutrition*, Liège, CERES, 13 p. URL : (www.greenstone.org/greenstone3/nzdl), consulté le 18 Janvier 2012
2. BONNET, M., (2009). «Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique», *Bulletin Amades* [En ligne], 79 | 2009, mis en ligne le 15 décembre 2010, Consulté le 11 août 2012. URL : <http://amades.revues.org/index1080.html>
3. COHEN-SCALI V. et MOLINER P., (2008). «Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples», *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 37/4 | 2008, mis en ligne le 15 décembre 2011, Consulté le 02 octobre 2012. URL : <http://osp.revues.org/index1770.html>
4. DESCLAUX, A. (2002). 'Nutrition et Développement au temps de la mondialisation : de nouveaux enjeux pour la santé publique', in *Cahiers Santé* 12 (1), Bulletin Amades, [En ligne], 50/2002, mis en ligne le 15 Jul 2009, consulté le 25 Mars 2012. URL : <http://amades.revues.org/index904.html>
5. GRUENAIIS M-E., (1994). *Appliquer l'anthropologie au domaine de la santé. Entre recherche et expertise*, in *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 8 | 1994, mis en ligne le 23 novembre 2007, Consulté le 09 mars 2012. URL : <http://apad.revues.org/1932>

6. *L'Anthropologie médicale : au carrefour de la culture et de la médecine*, (2012). Article tiré de www.lemedicaldelareunion.com/anthropologie%20medicale.doc) consulté le 13/03/2012
7. MASSE R., (1995), cité par *l'Anthropologie médicale : au carrefour de la culture et de la médecine*, p. 2 (Article tiré de www.lemedicaldelareunion.com/anthropologie%20medicale.doc)
8. OLIVIER de SARDAN, J-P., (1999). *Les représentations populaires des maladies*, consulté le 3 octobre 2012, site : [www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/base-referance/HUM/HUM-ST-LOUIS/Cours-06_Partie1_A_DIARRA/Les 20%repr%C3%A9sentations%29populaires%20des%20Partie%201_A_DIARRA.pptx](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/base-referance/HUM/HUM-ST-LOUIS/Cours-06_Partie1_A_DIARRA/Les%20repr%C3%A9sentations%29populaires%20des%20Partie%201_A_DIARRA.pptx).
9. TAJFEL, H. et al., (1999). Social catégorisation and intergroup behaviour, *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178 cité et traduit par Geneviève Vinsonneau, *Inégalités sociales et procédés identitaires*, Armand colin, Paris, 1999.
10. <http://www.fao.org/docrep/003/X6958F/X6958F00.htm>
11. <http://www.mere.enfant.org>
12. <http://www.who.int/childgrowth/fr/index.html>

ANNEXES

Grille d'observation utilisée dans le milieu en général

1. Où se passe la scène ? (décrire l'espace).
2. Qui sont les acteurs sociaux ? (différentes catégories d'acteurs).
3. Que font-ils ? (actions posées, rôles, discours, autres).
4. Quand ? (préciser les moments, les fréquences, les contextes...).
5. Comment le font-ils ? (les mimiques, les stratégies...).
6. Pourquoi ? (les motifs, les raisons, les facteurs conjoncturels...).
7. Pourquoi le font-ils ? (enjeux, buts, objectifs, finalité...).
8. Quels en sont les résultats ? (effets à divers niveaux).

Grille d'observation utilisée dans les ménages

1. Quels sont les types d'aliments donnés à l'enfant entre 0 et 5 ans (liquides et solides) ?
2. Quel est le mode de cuisson des aliments (bois, charbon, ...) ?
3. Quels sont les comportements des mères pendant l'alimentation des enfants (chanson...) ?
4. Quel rôle joue l'entourage par rapport à l'alimentation de l'enfant (parents, voisins) ?
5. Quel est le mode de service et les objets utilisés pour l'alimentation de l'enfant (gavage, cuillère ou autres).
6. Comment la quantité est-elle mesurée ?
7. À quels moments de la journée l'aliment est-il donné à l'enfant (pendant ou en dehors des repas des adultes, avec d'autres enfants) ?
8. Comment les préparent-elles ?
9. Les mères préparent-elles un aliment spécifique pour l'enfant (ou s'agit-il d'une portion dans le plat familial) ?
10. Quelles sont les pratiques (propreté, hygiène, manières) transmises à l'occasion de la distribution de l'aliment de complément ?
11. D'autres personnes (parents, voisins, autres enfants) interviennent-ils lors de la prise alimentaire (justifications, remontrances, incitations) ?
12. Les ustensiles et assiettes utilisés pour l'enfant sont-ils spécifiques ? et mis à part ou en commun avec ceux de la famille ?

Guide d'entretien

(Administré aux ménages)

Identification

Nom :	Prénoms :
Sexe :	Ethnie :
Niveau d'instruction :	Situation matrimoniale :
Profession :	Nombre d'enfants :
Religion :	Age et sexe de l'enfant observé:

I- Représentations populaires de l'enfant chez les Ayíẓò

- Ce que représente l'enfant dans la culture Ayíẓò.
- Indicateurs qui le montrent.

II- Représentations populaires et pratiques alimentaires de l'enfant de zéro à cinq ans chez les Ayíẓò

- Expressions locales pour nommer les aliments de l'enfant.
- Sens et significations de ces expressions.
- Différentes catégories d'aliments chez l'enfant (liquides et solides).
- Nom de chaque aliment.
- Rôle de chaque aliment (pourquoi tel aliment ?).
- Apport de chaque aliment à la santé de l'enfant.
- Interdits alimentaires chez l'enfant.
- Sens et significations de chaque interdit.
- Mise en pratique de ces interdits par les parents
- Rôle de la femme dans les pratiques alimentaires de l'enfant (décisions, choix).
- Durée de l'allaitement maternel chez l'enfant.
- Sevrage (à quel âge?).
- Introduction d'aliments de complément (âge et modalités).
- Consommation du plat familial.
- Rythmes et modalités des prises alimentaires.
- Qualité et quantité des aliments ;
- Lieux et manières de consommation.

III- Contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition

- Pratiques alimentaires de l'enfant selon les centres de nutrition (perception, description...).

- Appréciation du rôle des centres de nutrition et des services qu'ils offrent.
- Fréquentation de ces centres.
- Conseils nutritionnels donnés dans les centres de santé et surtout les centres de nutrition.
- Représentations liées aux aliments recommandés par ces centres de nutrition.
- Malnutrition infantile (définition, symptômes, causes, conséquences).
- Stratégies développées et comportements face à la malnutrition.
- Registre de nutrition le plus utilisé (local ou biomédical).
- Lien entre alimentation et santé.
- Lien entre alimentation et malnutrition.
- Caractéristiques d'un aliment de qualité pour l'enfant.
- Contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition.

Guide d'entretien

(Administré aux acteurs institutionnels)

Identification

Nom :	Prénoms :
Sexe :	Ethnie :
Niveau d'instruction :	Situation matrimoniale :
Profession :	Nombre d'enfants :
Lieu d'exercice :	Religion :

I- Connaissances liées aux pratiques alimentaires de l'enfant utilisées par les Ayíẓò

- Inventaire des aliments recommandés.
- Appréciation de chaque aliment.

II- Pratiques alimentaires de l'enfant recommandées par les centres de nutrition

- Types d'aliments recommandés pour l'enfant de la naissance à cinq ans (liquides et solides)
- Nom de chaque aliment.
- Rôle de chaque aliment (pourquoi tel aliment ?).
- Qualité et quantité des aliments (définition...)
- Méthode, objets utilisés et pratiques recommandées pour le service des repas à l'enfant.
- L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) : cause, durée...
- Sevrage (âge, modalités...).
- Lien entre alimentation et santé.
- Lien entre alimentation et malnutrition.

- Malnutrition infantile (définition, symptômes, causes, conséquences, prévention par votre centre).
- Prise en charge par votre centre.
- Rôle de la femme dans les pratiques alimentaires de l'enfant.
- Introduction des aliments de complément (âge et modalités).
- Consommation du plat familial.
- Rythmes et modalités des prises alimentaires.
- Qualité et quantité des aliments définition...).
- Lieux et manières de consommation.

III- Contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition

- Services offerts par votre centre.
- Appréciation du rôle des centres de nutrition dans le maintien de la santé des enfants.
- Représentations des AyíẸ̀ liées aux pratiques alimentaires des centres de nutrition.
- Appréciation des pratiques alimentaires de l'enfant utilisées par les AyíẸ̀.
- Conseils nutritionnels donnés par votre centre.
- Fréquentation des centres de nutrition (taux, lieux de provenance des femmes).
- Registre de nutrition le plus utilisé (local ou biomédical).
- Contraintes liées à l'appropriation des pratiques alimentaires des centres de nutrition par les AyíẸ̀.

Fiche de suivi de l'alimentation des enfants de zéro à cinq ans dans les ménages chez les Ayizò de Toffo

Fiche N°

Village :	Nom de la mère :	Age de la mère :
Arrondissement :	Nom de l'enfant :	Age de l'enfant :
Semaine :	Rang : de l'enfant :	Sexe :

Lait maternel		Tisanes	Bouillie			Autres Aliments					Observations	
Date Jour N°	Nbre de tétée	Heure de prise	Rôle/ Constituants	Constituants	Nbre de prise	Qté	Nom	Constituants	Catégories d'aliments représentées			Heures
									Energie	Croissance	Protection	

LISTE DE QUELQUES ENQUETES

(Ménages)

N°	Nom et Prénoms	Profession	Nbre d'enfants	Localités
01	KPADONOU Clémentine	Cultivatrice	03	Kinzoun
02	HOUNVLESSI Albertine	Vendeuse	05	-
03	DOHOU Sylvie	Couturière	03	-
04	AFFOSSOGBE Cécile	Vendeuse et cultivatrice	04	-
05	SADOLE Sèloké	Extractrice d'huile de palme	04	-
06	ADANGNINHOUE Ahouandékon	Cultivatrice	06	-
07	BOSSOU Marie	Ménagère	05	Houèglè
08	NOUKPO Romaine	Cultivatrice	01	-
09	ASSOGBA Anagonou	Cultivatrice	04	-
10	ASSOGBA Albertine	Cultivatrice	04	-
11	GBELOLA Jeanne	Cultivatrice	02	-
12	MEDEBAWE Madeleine	Cultivatrice	04	-
13	ASSOGBA Rose	Vendeuse	01	-
14	LOKOSSI Germaine	Cultivatrice	02	Sèdji
15	GUEDEZOUNME Clémence	Coiffeuse	03	-
16	AZIBLE Florentine	Vendeuse/Cultivatrice	03	-
17	SEKPEDENOU Pierrette	Cultivatrice	06	-
18	AGBOGBE Constance	Cultivatrice	06	-
19	HESSOU Agathe	Cultivatrice	03	-
20	AMOUSSOU Julienne	Cultivatrice	03	-

Autres acteurs sociaux

N°	Nom et Prénoms	Profession	Localités
01	AGBONON Gaston	Cultivateur/Chef d'Arrondissement	Toffo-centre
02	LOKOSSI Bertin	-	Agué
03	AMOUSSOU Henri	Chef Village	Takon

Acteurs institutionnels

N°	Nom et Prénoms	Profession	Structures
01	SOGLO Romuald D.	Médecin chef	CSC Toffo
02	KOUKPOLIYI Jean-Paul	Infirmier	-
03	MEKPO Juliette	Infirmière	-
04	AGUESSY-AGBAN Pauline	Aide-soignante	-
05	CAKPO Judith	Infirmière	-
06	BAKARY Christelle	Infirmière	CSA Djanglanmè

07	AKIYEMI Marie	Aide-soignante	Centre Saint Raphaël de Takon
08	ODOUNTAN Damien	Socio-anthropologue/Coordonnateur du centre de santé de Takon	-
09	BABA Amélie	Aide-soignante	-
10	KENNEDY Bridget	Volontaire Corps de la Paix	
11	DJOMANTIN Sylvie	Socio-anthropologue/Animatrice nutritionniste	CREN de Toffo
12	AGOUEDEJI Georges	Agroéconomiste	CeCPA de Toffo
13	KOUTONDE Jeanne	Agent TSANA (à la retraite)	-
14	AHOUANSE Armel	Assistant social (niveau supérieur)	CPS de Toffo

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES SCHEMAS	6
LISTE DES PHOTOS	6
RESUME	7
SUMMARY	8
INTRODUCTION	9
1.1.- PROBLEMATIQUE	11
1.1.1- Problème.....	11
Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE	11
1.1.2- Hypothèses.....	12
1.1.3- Objectifs	13
1.1.3.1- Objectif général	13
1.1.3.2- Objectifs spécifiques	13
1.1.4- Revue de littérature	13
1.1.5- Clarification conceptuelle.....	21
1.2- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET.....	25
1.2.1- Raisons subjectives	25
1.2.2- Raisons objectives.....	25
1.3- MODELE THEORIQUE D'ANALYSE.....	26
2.1- FONDEMENTS METHODOLOGIQUES.....	28
2.1.1- Nature de l'étude	28
2.1.2- Sources de l'enquête	28
2.1.2.1- Sources documentaires.....	28
Chapitre 2 : FONDEMENTS METHODOLOGIQUES ET MONOGRAPHIE DES AYÍẏ̀	
DE TOFFO	28
2.1.2.2- Sources orales	29
2.1.3- Groupes cibles et échantillonnage.....	30
2.1.3.1- Groupes cibles	30
2.1.3.2- Echantillonnage	30

2.1.4- Techniques de collecte des données.....	31
2.1.5- Collecte des données	33
2.1.6- Traitement et analyse des données.....	33
2.1.7- Chronogramme de recherche	34
2.1.8- Aspects éthiques du travail.....	34
2.1.9- Difficultés rencontrées et limites du travail.....	35
2.2.1- Origine culturelle des Ayíẏ̀.....	36
2.2.2- Caractéristiques du cadre de la recherche	37
2.2.2.1- Activités socio-économiques et alimentation des enfants à Agué et Toffo-centre	38
2.2.2.1.1- Activités socio-économiques	38
2.2.2.1.2- Accès à l'eau dans les villages de Kinzoun, Houèglè et Sèdji...39	
2.2.2.1.3- Rôle des parents dans l'alimentation des enfants.....	40
2.2.2.2- Dimension sanitaire de la commune et centres de nutrition à Agué et Toffo-centre	41
2.2.2.2.1- Dimension sanitaire de la commune de Toffo	41
2.2.2.2.2- Le Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de l'arrondissement de Toffo-centre.....	42
2.2.2.2.3- Le Centre de santé Saint Raphaël de l'arrondissement d'Agué.43	
2.2.2.2.3- L'appui du CeCPA et du CPS en matière de nutrition dans la commune de Toffo	45
2.2.2.2.3.1- L'appui du CeCPA	45
2.2.2.2.3.2- L'appui du CPS	46
3.1- PERCEPTIONS DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ̀ DE TOFFO	48
Chapitre 3 : REPRESENTATIONS POPULAIRES ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ̀ DE TOFFO	48
3.2- REPRESENTATIONS POPULAIRES ET PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT CHEZ LES AYÍẏ̀ DE TOFFO	50
3.2.1- Représentations populaires liées à l'alimentation de l'enfant chez les Ayíẏ̀ de Toffo	50
3.2.2- Typologie des aliments de l'enfant de zéro à cinq ans chez les Ayíẏ̀ de Toffo.....	53
3.2.2.1- De la naissance à l'âge de trois mois	53
3.2.2.1.1- L'eau de bienvenue.....	53
3.2.2.1.2- L'évacuation du colostrum	54

3.2.2.1.3- La tisane servie à l'enfant	55
3.2.2.1.4- Le lait maternel	58
3.2.2.2- De quatre à six mois.....	58
3.2.2.2.1- La bouillie de farine de maïs.....	58
3.2.2.2.2- La pâte de maïs à la sauce 'dékun'	60
3.2.2.2.3- Autres aliments.....	62
3.2.2.3- De sept à vingt-quatre mois.....	62
3.2.3- Qualité et quantité des aliments de l'enfant.....	64
3.2.4- Normes du 'bien nourri' et du 'mal nourri' ou données locales sur la croissance de l'enfant chez les Ayíẏ̀ de Toffo	66
3.2.5- Lieux et manières de consommation des aliments chez l'enfant.....	68
4.1- APERÇU DES POLITIQUES DE NUTRITION AU BENIN DE 1962 à 2015.....	71
Chapitre 4 : PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT RECOMMANDEES PAR LES CENTRES DE NUTRITION DE LA COMMUNE DE TOFFO.....	71
4.2- SERVICES NUTRITIONNELS DANS LA COMMUNE DE TOFFO	75
4.2.1- Services de prévention.....	76
4.2.1.1- Les séances de communication pour un changement de comportement	76
4.2.1.2- L'appui à l'autonomisation financière des femmes.....	77
4.2.2- Normes du 'bien nourri' et du 'mal nourri' selon le registre biomédical de nutrition.....	78
4.2.3- Services de prise en charge nutritionnelle des enfants.....	79
4.3- PRATIQUES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT RECOMMANDEES PAR LES CENTRES DE NUTRITION DE LA COMMUNE DE TOFFO	81
4.3.1- Typologie des aliments de l'enfant de zéro à cinq ans.....	81
4.3.1.1- Du jour de la naissance à six mois	81
4.3.1.3- Du douzième au soixantième mois	85
4.3.2- La qualité et la quantité des aliments	87
4.3.3- Les manières et les lieux de consommation des aliments chez l'enfant selon le registre biomédical de nutrition.....	88
5.1- ELEMENTS COMMUNS ET DIVERGENTS ENTRE LES DEUX REGISTRES DE NUTRITION.....	91
Chapitre 5 : PRATIQUES ALIMENTAIRES DES CENTRES DE NUTRITION DE TOFFO : ENTRE RESISTANCE ET RESILIENCE.....	91
5.1.1- Eléments communs aux deux registres de nutrition.....	93
5.1.2- Eléments divergents entre les deux registres de nutrition	93
5.1.2.1- L'eau de bienvenue et le colostrum	93

5.1.2.2- Les tisanes et l'Allaitement maternel exclusif (AME)	94
5.1.2.3.- Les bouillies.....	96
5.1.2.4- Les autres aliments de complément et les plats familiaux	98
5.2- CONTRAINTES LIEES A L'APPROPRIATION DES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES CENTRES DE NUTRITION.....	99
5.2.1- Les représentations populaires relatives à l'alimentation de l'enfant chez les Ayízá.....	99
5.2.2- L'opposition entre les deux registres de nutrition à propos du « bien nourri » et du « mal nourri » chez l'enfant.....	100
5.2.3- Rôles des femmes dans la survie alimentaire des ménages.....	103
5.2.4- Nosologie et étiologie de la malnutrition infantile chez les Ayízá.....	104
5.2.5- Nécessité de dialogue entre agents des centres de nutrition et population à propos des deux registres de nutrition	107
CONCLUSION	109
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	112
ANNEXES	121