

43900

NUT/85.1

ORIGINAL : ANGLAIS

WHODOG



RAPPORT DU GROUPE D'ETUDE SUR LE PROGRAMME DE RECHERCHE OMS
RELATIF AUX FACTEURS AYANT UNE INCIDENCE DIRECTE SUR L'ALIMENTATION
ET LES SOINS A PRODIGUER AU NOURRISSON ET AU JEUNE ENFANT

Padoue, Italie

29-31 octobre 1984



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



Sommaire

	<u>Pages</u>
Liste des participants	2
Préface	3
1. Introduction	4
2. Objectifs	5
3. Portée du programme	6
4. Perspectives de recherche	7
4.1 La collectivité et la famille	7
4.2 Politique	7
4.3 Sélection des questions à étudier	8
4.4 Principes directeurs	8
5. Thèmes éventuels de recherche	9
5.1 Situation économique de la famille	9
5.2 Tâches maternelles et temps consacré par la mère à son enfant	10
5.3 Composition de la famille	11
5.4 Les croyances en matière de santé et l'alimentation du nourrisson	12
5.5 Caractéristiques du nourrisson	13
5.6 Prise en charge de la maladie	14
5.7 Pratiques en matière d'alimentation	15
5.8 Résumé	17
6. Propositions de recherche	17
7. Renforcement des institutions	18
8. Conclusions et recommandations du groupe d'étude	19
Références bibliographiques	21

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Liste des participants

Dr Paolo Cosci
C.M.A.M. N
Via San Francesco 126
35100 Padoue
Italie

Dr Somchai Durondej
Faculté de Santé publique
Université de Mahidol
420/1 Rajvithi Road
Pyathai, Bangkok 1
Thaïlande

Dr E. P. Y. Muhondwa
Maître de conférences
Département des Sciences du Comportement
Centre médical de Muhimbili
Université de Dar-es-Salaam
Boîte postale de la Faculté 65015
Muhimbili, Dar es-Salaam
République-Unie de Tanzanie

Professeur B. Paccagnella
Directeur
Institut de l'Hygiène
Université de Padoue
Via 8 Febbraio 9
35100 Padoue
Italie

Dr J. Panatta
Directeur
Institut des Sciences de l'Alimentation
Université de Ferrare
Curso de la Giovecca
148-A 44100 Ferrare
Italie

Dr Gretel Pelto
Département des Sciences de la Nutrition
Ecole d'Agriculture et des Ressources
naturelles
Université du Connecticut
Storrs, P.O. Box 109
Connecticut 06268
Etats-Unis d'Amérique

Dr Luis Vargas
Instituto de Investigaciones
Antropológicas
Ciudad Universitaria UNAM
Del. Coyoacan
04510 Mexico D.F.

OMS

Dr P. L. Pazzi, Coordonnateur commun à l'OMS et à l'UNICEF, UNICEF, New York
Dr M. Carballo, Directeur de programme, Recherche JNSP, services de la Santé maternelle et
infantile et de la Nutrition
Mme C. Nishida, Fonctionnaire chargé des questions techniques, service de la Nutrition
Mme C. Greasley, Secrétaire, service de la Santé maternelle et infantile

FLSE

Dr Marian Zeitlin, Institut des Hautes Etudes de la Nutrition, Université de Tufts, Medford,
Massachusetts 02115, Etats-Unis d'Amérique

PREFACE

Dans le cadre du Programme mixte OMS/FISE de soutien pour la nutrition (JNSP), un programme mondial de recherche de l'OMS visant à promouvoir les programmes et les politiques de recherche est en voie d'élaboration. Ce programme est axé sur l'identification, la description et la mesure des facteurs déterminant les soins à donner au nourrisson et au jeune enfant et leur alimentation. Ce programme se fonde sur une prise de conscience croissante que la malnutrition n'est pas seulement un problème d'approvisionnement alimentaire, mais peut aussi être fonction de déterminants biosociaux et comportementaux plus complexes ayant une incidence sur l'éducation de l'enfant et susceptibles d'influencer la santé et le bien-être du jeune enfant. Les objectifs globaux du Programme sont les suivants :

- contribuer au développement à long terme des programmes sanitaires et nutritionnels destinés aux pays participant au JNSP en encourageant et appuyant, tant techniquement que financièrement, le développement des recherches entreprises sur le plan national pour étudier les facteurs biosociaux, écologiques et économiques influençant d'une part les pratiques en matière de soins aux enfants et d'alimentation juvéno-infantile et, d'autre part, la façon dont sont perçues et prises en charge les maladies infantiles;
- promouvoir et soutenir la constitution de groupes de recherche multidisciplinaires opérationnels dans le cadre de programmes sanitaires et nutritionnels nationaux et, grâce à l'expérience acquise lors de la mise en oeuvre des projets financés par le JNSP, prouver l'efficacité de ces recherches pour le développement sanitaire et les politiques programmatiques.

1. INTRODUCTION

Afin d'aider l'OMS à revoir le Programme proposé et la conseiller sur l'orientation et l'approche à suivre, un groupe d'experts de la santé publique s'est réuni à l'Université de Padoue (Italie) du 29 au 31 octobre 1984. Il s'était fixé les objectifs suivants :

- revoir la composante "recherche" du Programme mixte de soutien à la nutrition portant sur les facteurs qui influencent les pratiques en matière de soins aux enfants et de nutrition infantile, dans le cadre du Programme et d'autres programmes visant à promouvoir la santé sur le plan national et international, et conseiller l'OMS sur les moyens de mieux répondre aux besoins des pays qui participent au JNSP ou d'autres pays;
- revoir les méthodes de recherche et conseiller l'OMS à ce sujet en accordant une attention toute particulière à l'association de méthodes qualitatives et quantitatives, et examiner leurs incidences du point de vue des ressources nationales pour la recherche;
- revoir la stratégie globale de recherche du JNSP et conseiller l'OMS à ce sujet, en insistant sur l'identification et le choix d'institutions et de groupes de recherche nationaux, les besoins en matière d'assistance technique et financière, et sur la coordination des programmes de recherche nationaux en vue d'une action multinationale;
- aider l'OMS à trouver le moyen optimal de renforcer les institutions nationales à travers le Programme de recherche JNSP pour associer utilement les équipes de recherche multidisciplinaires à des projets de recherche ultérieurs.

Le rapport qui suit s'inspire du document d'information remis au groupe d'étude et reprend l'ensemble des observations, suggestions et recommandations qui y étaient formulées.

1.1 Les cinquante dernières années ont été le témoin de progrès considérables réalisés dans le développement des sciences de la santé ainsi que la capacité technique à maîtriser une série de maladies infectieuses et chroniques. Néanmoins, ces progrès ont été nettement plus modestes dans le domaine de la santé et de la nutrition infantiles, en particulier dans les pays en développement et parmi les groupes socio-économiques défavorisés où 50 à 60 % des cas de morbidité et de mortalité enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans sont imputables à la forte prévalence de la malnutrition et des maladies qui lui sont associées. La plupart des observateurs s'accordent à dire que le taux élevé de morbidité et de mortalité infantiles freine considérablement l'amélioration de la situation sociale et économique dans un grand nombre de pays en développement et continue d'exercer une ponction massive sur les ressources humaines et économiques.

1.2 Dans le cadre d'une politique visant à promouvoir la santé de la famille, les institutions, tant nationales qu'internationales, ont investi et continuent d'investir des ressources considérables dans les moyens d'aménagement et de contrôle de l'alimentation infantile, en particulier à travers les programmes éducatifs, l'aide alimentaire, les programmes de vulgarisation agricole, la planification familiale, les campagnes de vaccination et la lutte contre les maladies diarrhéiques. Toutes ces mesures visent, d'une manière ou d'une autre, à améliorer l'état de l'enfant et à réduire la fréquence et la gravité de la malnutrition.

1.3 Toutefois, des difficultés ont surgi dans certains domaines. Ainsi, dans certaines régions, les familles ont manifesté une réticence à l'égard de la planification familiale, malgré l'importance qui lui est accordée; dans d'autres régions, les programmes d'éducation nutritionnelle semblent n'avoir eu guère ou pas d'incidence notable sur les régimes alimentaires, bien qu'ils aient été menés dans le cadre de services prénatals, devant un large auditoire de mères; de même, les campagnes de vaccination entreprises dans certaines collectivités n'ont pu atteindre les familles comptant des nourrissons particulièrement vulnérables, et il s'est avéré impossible, dans de nombreuses régions, de faire comprendre aux familles la nécessité de revenir pour une vaccination de rappel.

1.4 Nombreux sont les motifs invoqués pour expliquer pourquoi ces programmes et d'autres actions nutritionnelles ne se sont pas révélés plus efficaces dans leur tentative pour atteindre les enfants et les mères à haut risque. L'une des principales raisons est le manque d'information sur les facteurs psychosociaux influençant les décisions des familles quant aux soins de

santé et au recours à des services sanitaires. De même, les planificateurs sanitaires disposent de données nettement insuffisantes sur les pratiques suivies en matière de soins aux enfants et d'alimentation infantile, sur les caractéristiques biosociales de la croissance et du développement des enfants en bas âge et sur le rôle déterminant que jouent les méthodes d'éducation de l'enfant sur sa santé physique. Ce manque d'information, les programmes de santé et de nutrition infantiles, ainsi que ceux relatifs à la planification familiale, ont eu tendance à prendre pour base l'universalité des problèmes et la non-spécificité des approches, quels que soient les situations ou problèmes. Ce n'est qu'occasionnellement que ces programmes ont reconnu la nécessité - ou se sont révélés en mesure - de faire une analyse détaillée de la situation et un examen systématique de la nature, de l'importance et de l'interdépendance des facteurs sociaux et comportementaux qui influencent ces pratiques.

1.5 Il n'est donc pas surprenant que, durant la majeure partie des deux derniers siècles, la nutrition ait constitué le domaine réservé du physiologiste et du biologiste. C'est seulement au cours des 25 dernières années que l'on a pris conscience du fait que le problème était bien plus étendu et que sa solution faisait intervenir des disciplines autres. En effet, l'expérience acquise au cours des recherches et les résultats des programmes d'intervention donnent à penser que, dans le cas du jeune enfant, la nutrition et les maladies infectieuses peuvent, mieux que tout autre domaine de la santé, révéler la complexité et la fragilité des rapports entre l'homme et son milieu socio-écologique.

1.6 A la fin des années 1970, au moment où les bureaux régionaux de l'OMS évaluaient le rôle et la possibilité de mesures en matière de nutrition, une des demandes qui revenait le plus souvent concernait le renforcement des capacités nationales pour pouvoir entreprendre des recherches appliquées en ce domaine. L'OMS, malgré les ressources financières limitées dont elle disposait à l'époque, a répondu à cette demande et a été en mesure d'apporter son soutien, dans deux régions, à des enquêtes pilotes de petite envergure sur les facteurs influençant les pratiques de sevrage dans des communautés où la malnutrition sévissait. Cette action a coïncidé avec un intérêt croissant des organismes nationaux pour les recherches multidisciplinaires dans le domaine de la nutrition et de la santé, et à une sensibilisation croissante des planificateurs sanitaires au fait que les événements biosociaux et du comportement doivent être cernés et étudiés dès le début de la formulation des programmes. Plus que jamais auparavant, on reconnaît le rôle capital que peuvent jouer ces informations, qui favorisent un criblage plus précis et une élaboration plus poussée des interventions, accroissant par là même leurs chances d'adoption, leur efficacité et leur pertinence vis-à-vis des besoins des groupes à haut risque.

1.7 La focalisation des efforts du Gouvernement italien, de l'OMS et du FISE sur un programme mixte de soutien pour la nutrition nous permet de relever le défi que pose le problème de la nutrition dans les pays les moins avancés et offre une occasion supplémentaire de développer et d'institutionnaliser l'élément de recherche biosociale appliquée dans la planification sanitaire.

1.8 Le Programme de recherche JNSP/OMS sur les facteurs influençant les pratiques suivies en matière de soins aux enfants et d'alimentation infantile a pour but de promouvoir et d'encourager les activités de recherche nationales visant à élucider en partie cette question complexe, et ce faisant assurer l'élaboration sur le plan national de mesures efficaces pour améliorer la santé de l'enfant. Cette recherche est considérée comme un élément vital des actions nationales en vue de l'objectif envers lequel l'OMS et ses États Membres se sont fermement engagés : celui de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

2. OBJECTIFS

2.1 Le Programme repose sur la conviction que, si l'on n'encourage pas les études nationales sur les facteurs essentiels, les programmes d'intervention continueront d'avoir une efficacité réduite et ne pourront répondre vraiment aux besoins.

2.2 Dans le cadre du Programme mixte OMS/FISE de soutien pour la nutrition, qui travaille actuellement avec 15 autres programmes nationaux à améliorer la situation nutritionnelle et sanitaire grâce à l'adoption d'un éventail de stratégies d'intervention, l'élément Recherche a pour objectif immédiat d'intégrer les nouvelles connaissances acquises dans les programmes de pays du JNSP. Une fois élaborées, les stratégies de recherche seront peu à peu appliquées dans d'autres pays que ceux participant au JNSP, à l'aide d'autres sources de financement, tout en s'intégrant dans le réseau du JNSP.

2.3 Les objectifs globaux du Programme seront les suivants :

- a) contribuer au développement à long terme des programmes nutritionnels et sanitaires destinés aux pays participant au JNSP, en encourageant et appuyant, tant techniquement que financièrement, le développement de recherches nationales sur les facteurs biologiques, sociaux, écologiques et économiques qui influencent les pratiques en matière de soins aux enfants et d'alimentation juvéno-infantile, et la façon dont sont perçues et prises en charge les maladies infantiles;
- b) promouvoir et soutenir la constitution de groupes de recherche multidisciplinaires opérationnels dans le cadre de programmes sanitaires et nutritionnels nationaux et, grâce à l'expérience acquise lors de la mise en œuvre des projets financés par le JNSP, prouver l'efficacité de ces recherches dans le processus d'amélioration de la santé.

3. PORTEE DU PROGRAMME

3.1 La nécessité de garantir au nourrisson une "transition sans problème" de la naissance à l'âge où il pourra partager les repas familiaux et acquérir plus d'autonomie physique est un défi majeur pour toutes les sociétés humaines. Bien que l'allaitement maternel, qui a fait l'objet d'un grand nombre d'études et de programmes de promotion, soit vital pour le bien-être du nouveau-né, il ne suffit pas à lui seul à assurer une croissance et un développement sains de l'enfant. Il n'est qu'un aspect d'un processus plus large intégrant des soins nutritionnels, sociaux et affectifs qui sont d'une importance primordiale pour l'espèce humaine, à ce stade de l'existence. Toutefois, pour ce qui est du passage de l'allaitement au sein à d'autres aspects de la prise en charge de l'état nutritionnel du jeune enfant, on constate un manque d'information sur ces autres aspects que l'on peut comparer aux lacunes des connaissances sur l'allaitement dans le milieu des années 60.

3.2 La transition de la toute petite enfance, où le nourrisson est entièrement dépendant de l'allaitement au sein, au stade où l'enfant est capable de survivre grâce à la "nourriture familiale", n'est pas seulement une question de maturation physiologique. Au cours des 24 à 30 premiers mois de la croissance, une évolution anatomique et physiologique intervient au niveau du système gastro-intestinal et enzymatique (permettant à l'enfant d'absorber les aliments pour adulte) qui s'accompagne d'une transformation physique et d'une manifestation du développement. Les facultés motrices de l'enfant augmentent de façon spectaculaire : d'abord dans la capacité de ramper puis de marcher; les facultés de communication se développent rapidement; à la fin de cette période beaucoup de jeunes enfants sont capables de verbaliser, bien que de façon simple, un grand nombre de leurs besoins et de leurs sentiments.

3.3 La mobilité accrue de l'enfant l'expose aussi plus fréquemment aux dangers provenant de l'environnement - germes pathogènes et accidents. La consommation de nouveaux aliments implique un risque accru de maladies d'origine alimentaire. Il n'est donc pas surprenant que la période de transition vers l'enfance soit marquée par des épisodes fréquents de maladie. La prise en charge et le traitement de l'enfant durant la maladie et la période de stress deviennent une partie intégrante et vitale du processus de développement humain.

3.4 Etant donné que le passage de la première enfance à l'enfance est une période essentiellement axée sur la nutrition et les soins, l'expression "processus de sevrage" utilisée dans le présent rapport se réfère à la série de transformations intervenant au niveau de la nutrition et du comportement entre la naissance et le moment où le jeune enfant est capable d'adopter le régime alimentaire familial. Cette expression se réfère à la dynamique psychosociale dans le processus de maturation du développement, et à la réponse somatique de l'enfant exposé aux stimulus infectieux, de même qu'à l'évolution des besoins nutritionnels et du comportement.

3.5 Il est malheureusement difficile de parvenir à une définition du terme "sevrage" car on l'a traditionnellement employé en se référant à la nutrition seule. Même pris dans le cadre conceptuel plus restreint de la nutrition, le caractère et la durée du processus varient toutefois beaucoup suivant les sociétés et les groupes sociaux. La démarcation entre le début et la fin du sevrage n'est pas nette. Etant donné la complexité de la maturation psychosociale, le comportement en matière de soins aux enfants et de prise en charge de la maladie, on peut prévoir d'autres difficultés pour parvenir à une définition.

3.6 Néanmoins, pour rendre cette définition applicable, la période de sevrage dont il est fait état dans le présent rapport s'étend d'abord de la naissance à l'introduction d'une alimentation de complément au lait maternel, puis du sevrage complet (interruption totale de l'allaitement au sein) au point où, dans la phase postérieure au sevrage, l'enfant sera censé se nourrir et survivre grâce à l'alimentation quotidienne familiale.

3.7 Durant ce laps de temps, et vu la série d'événements biologiques et psychosociaux jalonnant le développement de l'enfant, un certain nombre de questions méritent une attention particulière. Qu'elles soient positives ou négatives, une série de forces s'exercent sur la relation dyadique mère-enfant et sur la famille dans son ensemble. Ces pressions contribuent à forger le caractère des individus qui les subissent, de même que les relations qui les unissent, leurs connaissances du monde extérieur et leur attitude à l'égard de ce dernier. La survie de la famille en tant qu'unité de reproduction biologique et celle de l'enfant en tant que produit et charge de cette unité dépendent en grande partie de l'agencement de ces forces sociales, biologiques et économiques en configurations particulières ou, inversement, de leur absence.

3.8 Le programme de recherche a pour but de faciliter l'identification de ces forces et de montrer comment, par réaction, les besoins de la famille, la mère et l'enfant se structurent. Ce n'est qu'en cernant bien ces éléments qu'il sera possible d'élaborer des systèmes sanitaires et des mesures les soutenant et travaillant pour eux plutôt que contre eux. A l'origine, on s'était proposé de désigner ces facteurs par le terme "déterminants". Il semble, néanmoins, que le terme et le concept revêtent quelque chose de trop définitif, laissant à penser que la présence ou l'absence de conditions données entraînent nécessairement une gradation dans la santé/ou la maladie de l'enfant. L'utilisation du terme "facteurs" offrira une plus grande souplesse et latitude dans l'analyse de la variabilité des caractéristiques ou des conditions en cause (voir l'annexe pour une étude plus approfondie).

4. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Il conviendra vraisemblablement de poursuivre les recherches sur la santé et la nutrition infantiles à deux principaux niveaux.

4.1 La collectivité et la famille

4.1.1 A un premier niveau, il faudra procéder à une analyse des caractéristiques communautaires et familiales régissant les pratiques d'alimentation et de soins aux enfants. Cette analyse portera sur les ressources familiales, les tâches maternelles, la composition de la famille, la garde des enfants et ses différents modes, les croyances et pratiques en matière d'étiologie et de connaissances pratiques des maladies, l'existence et l'utilisation de systèmes sanitaires formels et informels, le travail des femmes et leur statut social.

4.1.2 Pour mener les recherches qui s'imposent à ce niveau, on aura recours aux techniques d'observations, aux enquêtes communautaires, à la production de données provenant de sources informées et d'autres méthodes qui sont généralement utilisées dans un grand nombre de sciences du comportement.

4.2 Politique

4.2.1 A un second niveau de recherche, on étudiera les facteurs tels que les politiques nationales et internationales qui influent sur la nutrition, la santé, l'éducation, l'emploi, etc. des populations qui font l'objet de l'étude. Fort heureusement, il existe déjà beaucoup de données dans ces domaines et certaines institutions des Nations Unies ont réuni les résultats

d'enquêtes effectuées sur ces thèmes pour les présenter sous une forme qui permet de les retrouver facilement. Il conviendra de répertorier la littérature existante et de préparer des bibliographies commentées qui serviront aux chercheurs nationaux pour préparer leurs propositions et dresser une perspective générale dans le cadre de laquelle seront évaluées les études communautaires.

4.2.2 Il faudra également évaluer l'ampleur et la tendance que prennent les questions relatives à l'alimentation et aux soins à prodiguer aux enfants dans la publicité commerciale et la présentation qu'en font les médias, parallèlement à un examen des dispositions réglementaires prises, sur le plan national, en matière d'approvisionnement alimentaire, de distribution de nourriture, du travail des femmes et de la protection de la maternité. Il ne sera peut-être pas toujours possible de décrire et d'analyser les facteurs politiques du second niveau de recherche avec la même précision que ceux portant sur l'organisation communautaire et familiale, et le comportement, mais on s'efforcera d'étayer l'analyse avec suffisamment de détails pour pouvoir dégager les attitudes de la famille vis-à-vis de l'éducation des enfants.

4.3 Sélection des questions à étudier

4.3.1 L'étude des modes d'éducation de l'enfant, pris dans un sens global, nécessite le concours d'un plus grand nombre de disciplines que ne le ferait l'analyse de l'état purement nutritionnel et sanitaire de cet enfant. L'un des objectifs du programme étant d'encourager la mise sur pied d'équipes de recherche multidisciplinaire, il conviendra d'inciter tous les centres participant au programme à examiner la santé et la nutrition infantiles dans cette perspective élargie et, en particulier les facteurs susceptibles d'influencer la surveillance, la socialisation, la stimulation, de même que la réaction de la famille à l'apparition de la maladie et à son traitement, l'introduction d'aliments avant et pendant le sevrage et les pratiques alimentaires.

4.3.2 Il va sans dire que le choix des questions méritant d'être examinées et l'opportunité de recourir à une analyse des données du second niveau, mentionnées ci-dessus, incomberont en dernier ressort au pays concerné, et seront dictés par la nature des problèmes, l'existence d'informations en la matière, et l'accès immédiat à ces informations.

4.3.3 La sélection des facteurs à analyser sera aussi nécessairement dictée par la possibilité de mettre en application les informations recherchées. Pour ce qui est des activités du JNSP, on devra systématiquement mettre l'accent sur les recherches ayant une visée opérationnelle plutôt que théorique et sur la nécessité de pouvoir immédiatement traduire les données provenant des enquêtes en politiques de rechange pour les programmes. Les projets de recherche devront donc s'articuler autour de problèmes opérationnels dont l'étude est susceptible d'améliorer les systèmes sanitaires et nutritionnels locaux qui pourront ainsi mieux répondre aux besoins et problèmes des populations.

4.3.4 Les types de problèmes qui seront vraisemblablement examinés englobent une série de questions relatives aux pratiques alimentaires en soi, à savoir la situation économique de la famille, le travail des femmes, l'organisation des tâches domestiques dans l'optique des soins à prodiguer aux enfants, les croyances culturelles et les connaissances pratiques relatives à l'alimentation et aux maladies. Etant donné l'ampleur des mutations sociales et des changements démographiques qui se sont opérés dans les pays en développement, toute étude devra également être axée sur l'analyse des différences qu'affichent ces éléments en milieu rural/urbain. Le rôle du marketing social, l'acceptation et l'utilisation par les populations des solutions de réhydratation orale, et l'amélioration du rôle des services sanitaires devront également constituer des thèmes d'étude.

4.4 Principes directeurs

4.4.1 Vu la nature opérationnelle des recherches envisagées, et la nécessité pour les enquêtes de porter sur des priorités identifiées à l'échelon national, on peut s'attendre à d'énormes variations entre les pays. Toutefois, dans certains cas, il s'avérera opportun de fournir aux équipes de recherche nationales des directives quant aux thèmes de recherche éventuels. Celles-ci devront être élaborées sur la base des recherches antérieures et des facteurs essentiels

réputés avoir une incidence directe sur les pratiques en matière de soins aux enfants et d'alimentation infantile et sur la santé de l'enfant.

4.4.2 Bien que ces directives ne se veulent nullement exhaustives ni ne se posent comme conditions préalables à l'appui des recherches, il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'elles peuvent servir de base à une comparaison entre pays et, pour ce qui est du programme mondial JNSP, permettre de tirer des conclusions généralisables pouvant s'appliquer à d'autres pays et d'autres situations.

5. THEMES EVENTUELS DE RECHERCHE

La liste ci-après n'est ni exhaustive ni définitive pour ce qui est des recherches à faire dans le cadre des projets du JNSP. Elle fait appel à des données provenant d'études de cas et sert à illustrer le type de questions méritant de recevoir l'attention particulière des équipes multidisciplinaires travaillant en collaboration avec le personnel local du JNSP.

Ces questions ne constituent pas nécessairement, en elles-mêmes, les réponses au problème de l'amélioration des services de santé ou de l'état sanitaire et nutritionnel de certains groupes. En revanche, tout porte à croire que, si l'on ne s'attache pas à décrire de manière explicite et chiffrée la prévalence et le caractère des comportements et des éléments bio-sociaux tels que ceux-ci, la planification sanitaire continuera d'être un "ensemble de mesures" universelles et courantes pour des problèmes qui sont généralement eux-mêmes perçus comme généraux et unifactoriels.

5.1 Situation économique de la famille

5.1.1 L'épidémiologie nutritionnelle qui consiste à établir un rapport entre la situation économique de la famille et son état nutritionnel est un sujet largement et de plus en plus documenté. Une série de facteurs tels que le revenu en espèces, la disponibilité de terres, la possession d'un cheptel et d'autres biens productifs, l'accès aux marchés du travail, les débouchés pour la vente de produits et d'autres variables économiques qui y sont associées, ont été examinés.

5.1.2 Le revenu en espèces et le statut socio-économique

On a établi une corrélation entre, d'une part, le statut socio-économique et le revenu, et, d'autre part, l'introduction de compléments alimentaires, le sevrage et l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant; les résultats de certaines recherches semblent indiquer que, dans bien des cas, plus le revenu est élevé plus l'introduction de compléments alimentaires et le sevrage se font à un âge précoce (voir Datta Banik, 1975).

L'interruption précoce de l'allaitement au sein dans les familles à revenu élevé a fait l'objet de nombreux rapports, lors de l'étude menée dans neuf pays par l'OMS (1981). On observe que des conditions économiques favorables s'accompagnent d'un allaitement au sein d'une durée plus courte, dans pratiquement les neuf pays ayant fait l'objet de l'enquête.

5.1.3 Disponibilité de terres

On a souvent émis l'hypothèse que l'exploitation foncière totale, c'est-à-dire l'ensemble des terres destinées à la production alimentaire familiale et la caractéristique de la terre ont une incidence sur la disponibilité d'aliments adéquats pour répondre aux besoins des familles en milieu rural; en fait, plusieurs études ont montré qu'il y avait un rapport entre la malnutrition chez le jeune enfant et l'insuffisance des terres face aux besoins familiaux.

Dans une étude faite dans la région de Kosi Hill, au Népal, Nabarro (1984) a analysé le rapport existant entre la taille de l'exploitation et la production de céréales en quantité suffisante pour les besoins du ménage. Il constate que les ménages dont la production de céréales de base enregistre les plus gros déficits consacrent proportionnellement une plus grande partie de leur budget alimentaire à l'achat de céréales, au détriment de la viande, des matières grasses, des fruits et des légumes. Il s'ensuit une très faible consommation d'aliments à haute

valeur énergétique. Ce type de stratégie qui permet de pallier à des récoltes insuffisantes, à laquelle vient s'ajouter la participation de toute la famille (y compris la mère) à des activités rémunératrices, durant les périodes marquées par une pénurie de céréales de base, contribue peut-être à expliquer la dénutrition saisonnière dont souffrent les jeunes enfants.

5.2 Tâches maternelles et temps consacré par la mère à son enfant

5.2.1 La multiplicité des rôles et des responsabilités incombant aux femmes et leur impact sur les soins à prodiguer aux enfants est une caractéristique qui a généralement été négligée par les chercheurs. L'interaction entre les responsabilités domestiques et économiques et les connaissances pratiques en matière d'alimentation et de soins aux enfants n'a pas fait l'objet d'un examen suffisamment approfondi à ce jour.

5.2.2 L'alimentation du nourrisson et le travail des femmes dans les sociétés traditionnelles

La majorité des recherches dans ce domaine ont porté sur l'allaitement maternel. Par le passé, on avait tendance à considérer l'allaitement au sein, dans les sociétés de type traditionnel, comme une activité ayant un caractère si universel et vital qu'il n'était soumis à l'influence d'aucun facteur, si ce n'est la santé de la mère. Ceci s'est avéré être loin de la vérité.

Les femmes Keneba, en Gambie (Mc Gregor et al., 1961) ont un large éventail de responsabilités qui varient en fonction des saisons de l'année. Les responsabilités domestiques journalières incombant aux femmes comprennent des tâches telles que la préparation des aliments, le ramassage du bois de feu, le portage de l'eau, et d'autres travaux quotidiens nécessaires à l'entretien du ménage. Durant la saison sèche, il est rare de trouver le nourrisson éloigné de sa mère, si bien qu'il reçoit le sein à la demande; les activités de la mère, à cette époque de l'année, semblent être compatibles avec l'allaitement à la demande.

Cependant, avec l'arrivée de la saison des pluies, les modes d'activités des femmes se modifient sous la pression des travaux agricoles. Les terres agricoles sont sarclées en mai et début juin pour pouvoir être semées en juin et début juillet. Du mois d'août aux premiers jours d'octobre, les femmes repiquent le riz dans les terres humides souvent immergées par les eaux du fleuve Gambie, situé à environ 6 à 8 miles. La récolte, qui débute en octobre, est décrite comme un travail long et pénible.

La durée pendant laquelle le nourrisson peut espérer recevoir l'attention constante et totale de sa mère dépend du moment de sa naissance par rapport à la saison agricole. Les enfants nés vers la fin de l'année seront probablement âgés de 6 mois, lorsque leur mère commencera la culture du riz l'année suivante, et ont de fortes chances d'être laissés au village pendant que la mère vaquera aux travaux des champs. Par contre, l'enfant né quelques mois plus tôt sera emporté par sa mère sur les plantations de riz, durant la première saison des pluies, restant ainsi en contact étroit avec elle pendant toute la saison sèche suivante. Il recevra donc la tétée à chaque fois qu'il la demande durant une plus longue période de temps, au lieu d'être nourri à la convenance et de recevoir une supplémentation plus rapide. La situation qui prévaut chez les femmes Keneba est d'une grande importance sur le plan d'une stratégie nutritionnelle et semblerait plus fréquente qu'on n'aurait pu le supposer précédemment.

5.2.3. L'alimentation du nourrisson et le travail des femmes dans les collectivités ne pratiquant pas l'autosubsistance

Dans une étude menée aux Philippines, Popkin (1978) a signalé que, si le travail de la mère avait des effets bénéfiques pour le bien-être de l'ensemble de la famille, il avait des effets néfastes pour le bien-être du nourrisson. Ce qui différenciait le plus la ration alimentaire des nourrissons dont la mère travaillait ou non, était l'apport en vitamine A dont la plus grande partie provenait de potage nécessitant une longue préparation; les effets négatifs du facteur temps semblent être moins importants que les effets positifs du facteur revenu, en ce sens que l'augmentation du revenu entraîne un régime alimentaire plus riche en protéines et en calories. Dans l'ensemble, si le travail de la mère semble avoir eu des répercussions plus néfastes pour les enfants issus de familles à revenu modeste, il s'est avéré bénéfique pour les enfants issus de familles à revenu supérieur.

Des rapports relatifs à l'Afrique ont montré la difficulté d'allaiter au sein pour les mères qui travaillent au dehors, même si elles bénéficient d'horaires flexibles. Les problèmes d'encombrement du trafic qui allonge considérablement le trajet entre le domicile et le lieu de travail font de l'allaitement au sein et des soins à prodiguer aux enfants une activité stressante.

5.3 Composition de la famille

5.3.1 La structure familiale, de même que les responsabilités économiques incombant aux femmes, exercent vraisemblablement une influence considérable sur les soins aux jeunes enfants et leur alimentation. La décision de la mère qui, poussée par les nécessités économiques, peut choisir d'utiliser son temps libre à des travaux économiquement productifs ou d'autres tâches domestiques comme la garde des enfants, sera déterminée par la présence d'autres membres de la famille pouvant se charger de la garde des enfants.

5.3.2 Les soins aux enfants et l'alimentation du nourrisson

Misra (1979) signale qu'en Inde, lorsqu'une mère laissait un enfant en bas âge à la maison pour aller travailler au dehors, la belle-mère jouait souvent le rôle de la doula sevrant l'enfant, et le nourrissait. Cependant, si la femme n'avait pas de belle-mère, elle laissait l'enfant sous la garde d'une soeur plus âgée, dont l'âge variait entre 8 et 14 ans; lorsqu'elle était un peu plus âgée, la soeur prenait habituellement, elle aussi, un emploi salarié.

5.3.3 Les gardes d'enfants et l'alimentation du nourrisson

Le recours à une bonne d'enfants est une pratique courante dans de nombreuses sociétés. Par exemple, au Kenya, les femmes Gusii, à qui incombent la culture du maïs et du millet, se voient obligées de déléguer la garde des nourrissons et des jeunes enfants à une bonne d'enfants. Celles-ci ont pour responsabilités de nourrir l'enfant, de le laver et de le porter durant de longues heures.

Lorsque l'enfant est confié à d'autres personnes, en particulier des enfants plus âgés, la quantité et la qualité des aliments donnés au nourrisson peut en souffrir. La quantité de nourriture absorbée dépend aussi de la qualité des soins prodigués. En Gambie, lorsque la mère Keneba travaillait aux champs, elle confiait ses enfants à quelqu'un d'autre chargé de les nourrir et de leur donner de l'eau à boire (Mc Gregor et al., 1961).

Une autre étude portant sur deux groupes d'enfants ghanéens, un groupe issu d'un village et l'autre d'un orphelinat, faisait ressortir que les fortes variations dans les rations alimentaires absorbées par les deux groupes d'enfants étaient imputables, en grande partie, au comportement des adultes chargés de les nourrir. Le personnel de l'orphelinat jouait un rôle actif dans l'alimentation des enfants. Il surveillait la prise des repas, aidant les plus petits à se nourrir et encourageant les enfants à manger en leur présentant les plats une seconde fois. Au contraire, les mères du village adoptaient une attitude plus indifférente : les enfants en bas âge ne recevaient pas de deuxième portion; quant aux autres enfants, ils devaient se nourrir d'un plat de nourriture déposé à côté d'eux, à même le sol (Woolfe et al., 1977).

5.3.4 La composition du foyer et l'alimentation du nourrisson

Butz et Davanzo (1981) ont constaté que les femmes qui avaient des parents, des grands-parents ou d'autres personnes adultes de la famille vivant sous leur toit étaient plus enclines à allaiter leurs enfants au sein, mais pendant moins longtemps que les femmes vivant dans une famille nucléaire. Ils avancent que cela est probablement dû à l'aide prodiguée par les membres du foyer pour nourrir l'enfant, ce qui permettrait à la mère de sevrer l'enfant plus rapidement qu'elle ne l'aurait fait dans d'autres circonstances. Le fait qu'on ne signale pas pareilles associations avant 1960 laisse supposer qu'en l'absence d'aliments de sevrage modernes, la mère considérerait probablement les adultes à qui elle confie ses enfants comme des substituts nourriciers peu compétents. La présence de domestiques semblent avoir la même influence sur l'allaitement maternel, bien que les statistiques laissent à penser qu'elles sont relativement faibles. La corrélation existant entre la possibilité de recourir à d'autres personnes pour la

garde des enfants et la durée de l'allaitement varie suivant les groupes ethniques, se révélant la plus forte chez les Chinois. Les mères malaises ne montrent pas de tendance marquée à modifier leur comportement en matière d'allaitement.

5.3.5 Les schémas matrimoniaux et l'alimentation du nourrisson

Le divorce ou la séparation, phénomène fréquent dans certaines sociétés, peut affecter l'alimentation du nourrisson. Par exemple, Jelliffe et al. (1963) constatent que chez les populations urbaines Acholi la séparation des parents entraîne un sevrage précoce. Au Cameroun, une femme retourne dans sa maison natale, accompagnée de son nourrisson. Par contre, un enfant qui a été sevré à un âge précoce peut rester vivre dans la concession du père. On a aussi avancé que cette pratique avait un impact sur la nutrition infantile, soit par une modification des ressources économiques et alimentaires ou par le changement de personne ayant charge d'élever l'enfant (Price, communication personnelle, 1983).

Un certain nombre de chercheurs ont avancé que le déclin de la polygamie dans les sociétés africaine avait également une incidence sur l'alimentation infantile. Traditionnellement, la période de continence observée après l'accouchement se poursuivait pendant toute la durée de l'allaitement. Dans les ménages où cohabitent plusieurs épouses, il peut y avoir moins de hâte à reprendre les rapports sexuels. Cette hypothèse est corroborée par une observation faite par Meldrum et Didomenico à propos des femmes d'Oje Market; ces dernières, qui allaitent au sein moins longtemps qu'elles n'avaient coutume de le faire, se désignent souvent comme "l'unique épouse de leur mari".

5.4 Les croyances en matière de santé et l'alimentation du nourrisson

5.4.1 Le lait maternel : un aliment nocif

Tenir une série d'événements ou de conditions responsables, ou les citer comme cause de la production de "mauvais lait" est une tendance qui se retrouve dans différentes cultures. Les aliments absorbés par la mère allaitante sont souvent considérés comme nocifs pour le nourrisson. Les restrictions alimentaires d'origine culturelle qui sont imposées à la mère allaitante sont destinées à sauvegarder la qualité du lait. Parfois, la sorcellerie est tenue responsable de la détérioration du lait maternel et de la maladie du nourrisson. D'après une étude effectuée par Misra dans un village situé près de Mysori en Inde (1979), une femme peut dire avoir des serpents dans son sein, entraînant la mort du nourrisson qui tète le sein maternel. Deux lignes d'actions sont préconisées en pareil cas : a) éviter la tétée en ayant recours au lait artificiel; ou b) extraire les serpents du sein de la mère, qui peut alors allaiter son enfant en toute sécurité - mais c'est une opération délicate. La croyance selon laquelle une nouvelle grossesse dégrade fortement le lait maternel se retrouve dans un grand nombre de cultures. Dans la majeure partie de l'Afrique de l'Ouest, la mère, s'apercevant qu'elle est à nouveau enceinte, sèvre brusquement son enfant.

5.4.2 Aliments nocifs durant la période de transition vers le régime alimentaire familial

Outre la nécessité d'éviter une dégradation du lait maternel, nombre de sociétés imposent certaines restrictions alimentaires aux nourrissons et aux jeunes enfants durant la période de transition vers le régime alimentaire familial. Il est fréquent que les aliments riches en protéines soient interdits aux enfants en bas âge. Chopra & Gist (1966) signalent que les aliments à haute valeur protéinique ne sont consommés qu'occasionnellement, et encore en petites quantités. Les nourrissons et les jeunes enfants ne reçoivent, la plupart du temps, qu'un bouillon à base de légumes mais sans viande. Ils signalent la croyance chez certaines femmes que la viande, le poisson et les oeufs provoquent des troubles digestifs chez les nourrissons. On soupçonne parfois ces mêmes aliments de provoquer l'apparition de parasites; c'est pourquoi on en donne rarement aux enfants. Au Mexique, les aliments à haute valeur protéinique, en particulier la viande, sont éliminés de l'alimentation des enfants âgés de moins de 2 ans qui présentent des symptômes censés être dus à la présence de "vers". Dans certaines régions d'Afrique, la viande de certains animaux est exclue de l'alimentation des enfants de peur que ceux-ci ne prennent les traits des animaux en question. On craint souvent qu'un enfant qui mange des oeufs ne soit prédisposé à devenir un voleur.

Il arrive que soient aussi interdits certains aliments sans valeur protéinique disponibles sur place, pour une série de raisons liées à la santé. Par exemple, Sanjur et al. (1970) font observer qu'au Mexique les fruits, les avocats, les haricots et la viande de porc sont les aliments les plus souvent éliminés de l'alimentation des enfants, même bien portants. Il est également déconseillé aux enfants de manger des piments ou trop de tortillas épaisses de crainte qu'ils ne provoquent des coliques.

La crainte de symptômes intestinaux - indigestion, vomissements et douleurs abdominales - sont les motifs les plus souvent invoqués pour éviter certains aliments. Cruz et al. (1970) cite plusieurs interdits alimentaires aux Philippines : les patates douces qui risquent de provoquer des flatulences, le maïs censé provoquer des douleurs abdominales, les fruits acides présumés responsables de vomissements et de douleurs abdominales.

5.4.3 Reconnaissance par la mère des besoins nutritionnels de son enfant

La capacité qu'a la mère d'apprécier l'état de santé de son enfant et de connaître ses besoins particuliers lorsqu'il est souffrant influera sur l'aménagement de son régime alimentaire. Les signes indiquant une santé déficiente de l'enfant peuvent passer inaperçus ou être mal interprétés; Moodie (1982) fait remarquer que l'apathie peut passer pour un comportement normal. "Ce n'est pas un enfant fatigant" ... "Il reste bien en place". Sebrell & King (1970) laissent entendre que nombreux sont les pays où l'apathie et l'oedème sont tout simplement considérés comme des phases normales du développement de l'enfant. Dans d'autres régions, les symptômes que les Occidentaux associent à la malnutrition sont attribués à d'autres facteurs. Par exemple, Gerlach (1964) fait observer que les populations de la côte nord-est de l'Afrique bantoue interprètent ces symptômes comme la preuve que les parents ont transgressé l'interdit pesant sur les rapports sexuels durant la lactation. Une autre interprétation courante veut que l'enfant soit jaloux. Un retard dans le développement de l'enfant peut être considéré par certaines cultures comme une préférence personnelle plutôt qu'un état préoccupant.

5.5 Caractéristiques du nourrisson

5.5.1 Nombre de psychologues du développement soutiennent que le comportement de l'enfant et, dans une grande mesure, son développement physique sont le résultat d'une interaction entre l'enfant et la personne chargée de veiller sur lui, chacun des deux ayant une influence sur l'autre. Le nourrisson ne se contente pas de recevoir passivement l'attention de celui qui s'occupe de lui.

5.5.2 Age de l'enfant et caractéristiques du développement : facteurs déterminant les pratiques alimentaires

Certaines cultures se fondent sur l'âge de l'enfant plutôt que sur son développement physique et ses besoins pour décider du moment où il convient d'introduire les compléments alimentaires. Par exemple, au Népal, le "premier aliment solide" (le riz) est censé être donné aux filles âgées de 5 mois et aux garçons âgés de 6 mois (G. Pfau, communication personnelle). Dans la culture népalaise, l'introduction des premiers aliments solides constitue un "rite initiatique" et donne lieu à une cérémonie religieuse indiquant que l'enfant a atteint une nouvelle phase de son développement.

Les sociétés industrialisées ont aussi tendance à se fonder sur l'âge pour décider s'il convient d'introduire les aliments solides; ceci est illustré par les manuels traitant de la façon d'élever les enfants, qui donnent des avis quant aux différents âges auxquels il convient d'introduire certains types d'aliments. Il est difficile de savoir dans quelle mesure les directives sur l'âge auquel il convient d'introduire une alimentation complémentaire se retrouvent dans d'autres cultures, de même qu'on ne dispose pas de données susceptibles d'indiquer dans quelle mesure les pédiatres et les parents, dans les sociétés industrialisées, se fondent sur l'âge (par opposition aux indicateurs que constituent le développement et le comportement) pour décider d'introduire les aliments solides.

5.5.3 Le sexe de l'enfant et les pratiques alimentaires

Il n'est pas rare que les recommandations sur les régimes alimentaires diffèrent pour les garçons et les filles. Dans l'étude relative à Arsi (Knutsson & Mellbin, 1969), le motif invoqué

par les informateurs éthiopiens pour expliquer les variations observées dans la durée de l'allaitement résidant dans le fait que les garçons doivent être nourris au sein plus longtemps parce qu'ils doivent être "plus forts". Les données provenant de l'étude d'Arsi montrent que les garçons sont sevrés plus tardivement; 79 % des garçons âgés de 5 mois étaient toujours allaités, contre 59 % de filles du même âge. Cependant, dans une autre collectivité éthiopienne (Sidama), l'âge de sevrage était indépendant du sexe de l'enfant, malgré les recommandations culturelles faites à cet égard. Les auteurs n'émettent aucune hypothèse permettant d'expliquer la raison pour laquelle des prescriptions culturelles étaient observées par une collectivité et non par l'autre.

Le problème des différences dans les pratiques d'alimentation infantile en fonction du sexe de l'enfant mérite une étude plus approfondie. Si un grand nombre de sociétés ne soulignent pas explicitement que le sexe de l'enfant constitue le facteur qui détermine les pratiques alimentaires, la mortalité différentielle entre garçons et filles en bas âge fait largement ressortir des différences de facto (cf. Chen et al., 1981, Pelto, 1983). Il en est ainsi même si les données disponibles ne semblent pas révéler de différence sexuelle pour ce qui est de l'âge auquel l'enfant est sevré ou l'âge auquel on introduit les premiers aliments solides. Quant à savoir si le sexe de l'enfant influe sur la qualité et le type d'aliments donnés pendant le sevrage, les données actuelles ne permettent quasiment pas de le déterminer, mais ceci mériterait aussi d'être étudié.

5.6 Prise en charge de la maladie

5.6.1 La malnutrition du nourrisson et du jeune enfant est souvent due à une alimentation insuffisante, à un apport alimentaire à faible valeur énergétique ou encore à la mauvaise qualité de l'alimentation. Elle peut aussi être imputable à une maladie infectieuse et à l'affaiblissement qu'elle engendre. Par exemple, des épisodes répétés de maladie diarrhéique chez le jeune enfant peuvent effectivement entraîner la malnutrition s'ils ne sont pas traités avec les moyens appropriés. La façon de traiter un enfant malade dépend en grande partie des connaissances, des attitudes et des croyances de la famille, des pratiques locales en matière de soins de santé et des services sanitaires.

5.6.2 Des études faites à Cali, en Colombie, font ressortir que la prise de conscience par la mère de la malnutrition et ses connaissances générales sur l'étiologie des maladies diarrhéiques constituent les principaux éléments permettant de prédire de graves épisodes de diarrhée chez l'enfant (Bertrand et Walms, 1983). Des études effectuées au Pérou sur le même thème laissent supposer que la diarrhée n'est pas considérée comme une maladie infectieuse, mais est plutôt expliquée dans le cadre d'une dichotomie plus large entre le chaud et le froid; étant donné la croyance selon laquelle l'allaitement est le produit d'aliments "froids", il est interrompu au moment où la crise de diarrhée se déclare (Escobar et al., 1983). Par contre, au Zimbabwe, De Zoysa et al. (1984) ont constaté que, malgré le fait qu'on imputait la diarrhée à des facteurs sociaux et spirituels, la majorité des mères visées par l'enquête considéraient cette maladie comme un problème de contamination et s'efforçaient donc de la traiter en ayant effectivement recours à une combinaison de remèdes prescrits par le centre sanitaire et la famille. Suivant que la mère classait la maladie dans la catégorie "physique" ou "sociale", on pouvait prédire si l'enfant serait amené ou non à la consultation du centre sanitaire.

5.6.3 Des études portant sur des familles chinoises de Hong Kong donnent des résultats similaires quant au moment de la consultation et au type de remède recherché pour les nourrissons malades; on soutenait qu'une combinaison de propriétés "chaud"/"froid", "humide"/"sec" avait un effet sur "l'énergie corporelle" ainsi que sur les besoins et l'état nutritionnels (Koo, 1984).

5.6.4 Dans une étude portant sur une collectivité rurale du Pakistan, Shahid et al. (1983) montrent combien les croyances populaires peuvent entraver l'efficacité d'une médication; en effet, les mères étaient convaincues qu'une crise de diarrhée survenant pendant et avant la rougeole, avait un effet bénéfique en purgeant le corps, etc. En conséquence, elles refusaient d'administrer des solutions de réhydratation orale, persuadées que celles-ci arrêteraient la diarrhée et produiraient une accumulation de liquides toxiques.

5.7 Pratiques en matière d'alimentation

5.7.1 Les effets de la première alimentation avant la mise au sein et de l'élimination du colostrum

La pratique largement répandue, qui consiste à éliminer le colostrum, constitue une gageure importante pour les recherches en santé publique. Tout comme les effets sur la santé de l'enfant des premiers aliments avant la mise au sein, le rejet du colostrum, qui a également une incidence sur la santé, n'a pas fait l'objet d'un examen suffisamment approfondi. D'ailleurs, on n'a pas suffisamment insisté sur l'impact biologique et social qu'ont ces pratiques d'alimentation précoce. Les effets bénéfiques du colostrum sont si bien connus qu'il est difficile de comprendre pourquoi des cultures ont développé et maintenu une pratique qui semble si peu fonctionnelle.

Par exemple, dans les collectivités rurales du Pérou, on donne aux nouveau-nés, durant les trois jours suivant la naissance, une huile douce, telle que l'huile d'amande douce, pour les aider à évacuer le méconium (Wellin, 1955); Huenemann (1954) et Collazos signalent qu'en zones tropicales, certains nouveau-nés reçoivent de l'huile à salade en guise de laxatif. Flores (1984) rapporte qu'au Guatemala, il est fréquent de donner aux enfants des collectivités rurales de l'huile ou un sirop médicinal pour "nettoyer l'enfant intérieurement". Une étude portant sur deux collectivités rurales métisses du sud du Guatemala a montré que 35 % des mères administraient des purgatifs à leurs nouveau-nés, persuadées que l'estomac de l'enfant devait être "nettoyé et fortifié". De l'eau sucrée, de l'huile comestible ou d'autres substances étaient utilisées à cet effet.

En Asie du Sud, il est fréquent d'utiliser les premiers aliments donnés au nourrisson avant la mise au sein pour leurs effets laxatifs, l'utilisation traditionnelle de l'opium faisant progressivement place à des biberons de préparations commerciales. En Inde, des préparations à base de plante de la médecine ayurvédique mélangées à du miel sont données aux nourrissons pour évacuer le méconium et en guise de fortifiant; Datta Banik (1975) signale la croyance largement répandue selon laquelle le "Janam Ghutti", une préparation commerciale consistant en un mélange de miel et de plantes du pays avait des propriétés laxatives et fortifiantes. Aux Philippines, Cruz et al. (1970) ont constaté que la majorité des mères donnaient aux nourrissons, immédiatement après la naissance, un extrait de vitamine B et de l'huile de ricin pour faciliter le transit des matières indigestes qu'ils avaient pu absorber durant la vie intra-utérine. Nombre de femmes, sur les conseils de leurs aînées ou de sages-femmes, donnaient du jus de balsamine au nourrisson, immédiatement après la naissance, pour que ce dernier régurgite le liquide amniotique qu'il avait pu avaler au moment de l'accouchement.

L'idée que le colostrum est une substance nocive est assez répandue. C'est ainsi que certaines tribus de Papouasie-Nouvelle-Guinée l'éliminent sans recourir, de toute évidence, à une autre alimentation durant les trois premiers jours qui suivent la naissance. En Inde, où le colostrum est considéré comme une substance inadéquate pour l'alimentation humaine, il est fréquent de laisser le colostrum suinter du sein de la mère, sans chercher à le récupérer. Harfouche (1981) observe que, dans les régions de la Méditerranée orientale (par exemple, Oman), le nourrisson n'est pas mis au sein immédiatement après la naissance, car tout le monde s'accorde à croire que le colostrum est nocif. Au Pakistan, le colostrum est considéré comme un aliment "tabou" et, avant la montée du vrai lait, le nourrisson reçoit un mélange de lait de bufflonne écrémé ou de lait de vache dilué avec du ghy, du sucre et du miel. Des rapports relatifs à l'Afrique montrent de grandes variations dans l'utilisation du colostrum. Jelliffe (1982) rapporte la croyance parmi les Nyanwezi, en Tanzanie, selon laquelle le colostrum "colle aux côtes de l'enfant", provoquant la pneumonie; le nourrisson reçoit donc une alimentation à base de millet et d'eau jusqu'à la montée du lait maternel.

5.7.2 Méthodes d'alimentation

La transition qui consiste à passer du lait maternel comme seule source d'alimentation à un régime mixte destiné à accoutumer l'enfant à la nourriture des adultes constitue une période critique. Durant cette période où le système immunitaire du nourrisson n'est pas encore parfaitement développé, l'introduction de nouveaux aliments peut accroître le risque de contamination et d'infection. Les méthodes utilisées pour faire absorber les aliments de complément aux

nourrissons peuvent donc avoir une incidence tant sur la quantité de nourriture absorbée par l'enfant que sur les germes pathogènes auxquels il peut se trouver exposé.

"Nourrir l'enfant à la main" est caractéristique de certaines régions d'Afrique. Osunor (1980) signale que la "méthode consistant à s'aider de la main pour forcer le nourrisson à absorber les aliments" est une pratique encore largement répandue chez les Haoussas (dans le nord du Nigéria). Le nourrisson est immobilisé sur les genoux de sa mère, la tête maintenue en en arrière. La mère verse avec sa main l'eau, la bouillie de gruau d'avoine et les autres liquides dans la bouche de l'enfant. A l'aide de l'autre main, elle pince les narines de l'enfant, le forçant à avaler les aliments pour pouvoir respirer. L'étouffement est un phénomène fréquent; il y a parfois aspiration de particules alimentaires dans les voies respiratoires, d'où risque de pneumonie ou d'abcès du poumon pour l'enfant.

Dans d'autres pays, la mère se sert de ses doigts pour introduire dans la bouche du nourrisson les premiers aliments avant que celui-ci ne soit mis au sein, trois ou quatre jours après la naissance. Des études effectuées par Misra (1969) parmi des collectivités paysannes en Inde montrent que la mère ou la grand-mère s'aident de leurs doigts pour faire absorber, petit à petit la bouillie d'avoine et le riz. Robson (1972) signale que chez les Ngoni, en Tanzanie, où les nourrissons sont alimentés à la main au début du sevrage, la personne s'occupant de l'enfant ne se lavait généralement pas les mains avant de l'alimenter.

5.7.3 La mastication préalable des aliments

Dans certaines régions de l'Asie du Sud-Est (Thaïlande, Birmanie), de Nouvelle-Guinée et d'Afrique de l'Est, la mastication préalable des aliments est une pratique courante. Malgré le risque de transmission des germes pathogènes au nourrisson, Jelliffe et al. (1962b) ont laissé entendre que "la pâte finement mastiquée et imprégnée de Ptyaline qui, apparemment est peut-être peu appétissante et présentable, peut s'avérer moins dangereuse, du point de vue bactériologique, que les aliments préparés et servis dans des ustensiles malpropres dans un bidonville". Intengan (1976), dans une étude portant sur des familles à faible revenu de 10 villages situés dans le nord-est de la Thaïlande, signale que les nourrissons âgés de moins d'un an reçoivent pour alimentation un riz gluant, qui a été préalablement mastiqué par la mère avant d'être grillé. L'alimentation par la langue est une variante de la "prémastication"; on la dit pratiquée par les familles les plus traditionnelles du Nigéria. La mère mâche les aliments jusqu'à ce qu'ils soient réduits en bouillie et les introduit dans la bouche du nourrisson avec sa langue.

5.7.4 Le sevrage

La période durant laquelle l'enfant est définitivement retiré du sein maternel peut constituer une prolongation naturelle de la croissance et de nouveaux besoins, ou un comportement imposé par la société qui n'est pas "prévu" par l'enfant. Le processus de sevrage peut s'avérer néfaste et traumatisant, du point de vue psycho-affectif et nutritionnel. Dans de nombreux pays, il s'effectue habituellement de façon progressive par l'adjonction d'aliments autres que le lait maternel, une ou deux fois par jour, la mère continuant à allaiter dans la soirée et pendant la nuit. Ceci donne à la mère une plus grande disponibilité, qui lui permet de travailler, de se rendre au marché, ou de vaquer à d'autres occupations, et habitue l'enfant à la consommation d'aliments semi-solides. En prenant petit à petit goût à ces aliments, l'enfant renoncera à têter le sein de lui-même.

5.7.5 Le sevrage brusque

Néanmoins, le sevrage ne s'opère pas toujours de façon progressive, et la littérature fait souvent état de pratiques de sevrage brusque, ce qui est en partie explicable par le caractère spectaculaire du phénomène qui attire l'attention sur lui. Dans de nombreuses cultures, la principale raison invoquée par la mère qui sevré brusquement son enfant est la découverte d'une nouvelle grossesse. Harfouche (1981) indique que, dans la Méditerranée orientale, un sevrage tardif brusque est généralement lié à une nouvelle grossesse, alors qu'un sevrage précoce brusque est imputable au tarissement du lait maternel.

Un certain nombre de méthodes sont employées pour parvenir à un sevrage brusque de l'enfant. Au Nigéria, DiDomenico signale que le sein est enduit de piment rouge en poudre, ou

de jus d'une feuille amère. Gumedé (1978) signale les pratiques suivies par les Zoulous qui vivent de façon traditionnelle en Afrique du Sud : on décourage l'enfant qui continue à réclamer la tétée en frottant le sein de la mère avec une feuille d'aloès. Guthrie (1967) cite un certain nombre de substances utilisées aux Philippines, telles que le gingembre, le melon amer ou les pommades. Jelliffe et al. (1962a) fait observer que l'application de substances telles que le tabac, la quinine, l'ail, le gingembre, le piment ou la suie permettent de retirer l'enfant du sein plus rapidement. Harfouche (1981) signale le recours à la quinine, au piment, à l'huile de ricin, etc. pour repousser l'enfant au point de lui faire rejeter le sein. Shostak (1981) fait également état de l'utilisation de racines amères, ou plus récemment, de résine de tabac chez les Kung San. Le jus de cactus, le henné ou les épices forts (Egypte), le jus de citron (Tonga) et les décoctions de plantes amères (Tanzanie, Nigéria) sont d'autres substances désagréables utilisées pour décourager l'allaitement.

5.8 Résumé

Les données ci-dessus correspondent en grande partie aux résultats d'enquêtes récentes sur les pratiques suivies pour nourrir et élever les enfants. Suivant les pays, il y aura bien sûr d'autres aspects qui mériteront de retenir l'attention. Les thèmes présentés ici n'ont rien d'exhaustif; il s'agit plutôt de donner une idée des questions qui peuvent et doivent être envisagées dans les enquêtes.

6. PROPOSITIONS DE RECHERCHE

6.1 Comme on l'a vu plus haut, le recensement des problèmes nécessitant une analyse et la préparation de propositions à soumettre au Programme de recherche JNSP/OMS dépendront des priorités fixées à l'échelon national, des formulations de programmes de pays et de la capacité de recherche disponible sur place.

6.2 Toutefois, de manière à tirer le meilleur parti de l'occasion offerte par le Programme, les chercheurs nationaux devront toujours viser, dans leur perspective de recherche, à répondre aux questions qui sont d'une utilité primordiale pour les programmes locaux du JNSP. Le personnel de recherche devra donc s'efforcer de rester en contact permanent avec les administrateurs des services d'hygiène chargés des formulations du programme commun pour l'amélioration de la nutrition à l'échelon national, et les propositions de recherche devront refléter ce contact dans la sélection des "problèmes", qu'il s'agisse de questions relatives aux facteurs déterminant l'alimentation et la façon d'élever les enfants. On pourra pour ce faire inciter les administrateurs du JNSP à participer à l'élaboration des priorités et des hypothèses de recherche.

6.3 Toutes les propositions de recherche devront être systématiquement examinées et approuvées par les ministères concernés et les "autorités" du JNSP, avant d'être présentées à l'OMS. Le dépôt des propositions s'effectuera par les voies régulières, c'est-à-dire à travers le Coordonnateur des Programmes OMS, le Bureau régional et enfin à Genève. Le Bureau de Genève fera alors parvenir copies des propositions au Groupe de Direction de la Gestion du JNSP, pour information.

6.4 On rendra visite aux chercheurs nationaux avant qu'ils ne préparent les propositions et, là où cela s'avérera possible, les fonctionnaires et consultants de l'OMS étudieront conjointement avec les équipes de recherche prospective les besoins et les problèmes locaux. On fournira des directives pour la préparation et la présentation des propositions ainsi qu'une aide pour la rédaction de ces dernières.

6.5 En étudiant les propositions en vue de leur financement, la préférence devra être donnée aux propositions présentant :

- a) une pertinence par rapport aux besoins des systèmes de soins de santé primaires et à leurs objectifs opérationnels;
- b) une pertinence pour les projets du JNSP à l'échelon national (projets communautaires du programme de soins de santé publique);

- c) une application pratique aux besoins et plans nationaux;
- d) des thèmes multidisciplinaires et intersectoriels;
- e) une indication de l'aptitude des équipes à entreprendre des recherches avec le soutien voulu;
- f) un plan de recherche valable;
- g) un plan pour le suivi des recherches comprenant des réunions de travail dans les pays où cela s'avérera nécessaire, afin d'examiner les résultats et les incidences politiques;
- h) une période d'application n'excédant pas 5 ans;
- i) une possibilité d'application à des situations similaires, sur le plan écologique, dans d'autres régions du monde.

6.6 Les propositions seront examinées par un groupe d'étude externe choisi par l'OMS compte tenu de l'éventail des disciplines représentées, de l'expérience des membres en matière d'études sur l'alimentation et la façon d'élever les enfants, et de leur connaissance des besoins et ressources des pays en développement. Le groupe d'étude devra se réunir une fois par an au moins pour évaluer l'état d'avancement des programmes, et tenir sa réunion dans un ou plusieurs des pays participant au JNSP.

6.7 Les membres du groupe d'étude seront aussi amenés à fournir leur assistance à l'OMS et aux chercheurs pour l'élaboration finale des propositions et leur appui technique dans l'exécution des enquêtes dans les régions où elles sont nécessaires. Dans ce cadre, ils agiront comme consultants auprès des pays concernés.

7. RENFORCEMENT DES INSTITUTIONS

7.1 L'un des obstacles qui freinent les recherches biosociales en matière de nutrition et de santé infantile a toujours été le manque d'institutions disposant d'une expérience adéquate en matière de recherche et d'un effectif de chercheurs suffisant. Le principal objectif du Programme de recherche du JNSP sera donc de renforcer les capacités, à l'échelon national, pour mener le type de recherche interdisciplinaire susceptible de promouvoir le développement de l'ensemble des programmes nationaux du JNSP et d'autres activités sanitaires nationales.

7.2 En travaillant avec les pays, il se peut que le Programme ait besoin de recenser les institutions possédant déjà une certaine expérience en matière de recherche interdisciplinaire. Chaque fois que possible, on devra renforcer la capacité des institutions d'entreprendre des travaux axés sur les buts visés par les activités nationale JNSP et qui leur permettent, en dernier ressort, de renforcer, à leur tour, le potentiel des autres centres nationaux et régionaux.

7.3 Dans les grands pays où il est possible de mobiliser un certain nombre d'institutions, il se peut que l'une d'elles soit amenée à jouer un rôle de coordination dans les programmes de recherche.

7.4 Dans les pays où il n'existe pas d'institutions possédant une certaine expérience en matière de recherche interdisciplinaire, on s'efforcera de trouver des chercheurs qui puissent unir leurs efforts à travers un cadre institutionnel en vue d'entreprendre les activités du JNSP.

7.5 Tous les centres sélectionnés recevront au départ un appui de l'OMS pour la formation du personnel de recherche, la fourniture d'équipements, l'organisation de réunions et de séminaires et l'assistance technique. Il incombera, pour une certaine part, à l'OMS de rechercher un appui supplémentaire provenant de sources nationales ou internationales pour continuer à renforcer ce processus.

7.6 Etant donné que le domaine général de recherche envisagé est relativement jeune, surtout sous son angle interdisciplinaire, une attention toute particulière devra être accordée à la question de la formation en matière d'élaboration et de gestion de la recherche. Le choix des

lieux où sera organisée cette formation dépendra des compétences disponibles dans les centres éventuels de formation, de l'expérience des participants internationaux en matière de programmes de formation et du rôle indirect que les cours de formation peuvent avoir dans le renforcement des organismes de formation eux-mêmes.

7.7 A ce dernier égard, deux centres ont été recensés provisoirement. A l'Université de Dar-es-Salaam, en Tanzanie, l'un des pays participant au JNSP, on a mis sur pied des programmes de formation et on dispose d'une équipe interdisciplinaire valable de chercheurs et d'enseignants. L'Université de Padoue, conjointement avec le C.U.A.A.M.M. (un organisme non gouvernemental subventionné par le Ministère italien des Affaires étrangères pour la formation des agents de soins de santé primaires dans les pays en développement), jouit aussi d'une expérience considérable en matière de programmes de formation en santé publique dans les situations qui sont celles de pays en développement. L'Université de Padoue et le C.U.A.A.M.M. ont déjà lancé un programme de collaboration avec l'Université de Dar es-Salaam.

7.8 Il est proposé que l'OMS, en collaboration avec le groupe de direction du JNSP, envisage la possibilité de se servir des programmes de coopération déjà existants entre l'Université de Padoue et l'Université de Dar-es-Salaam pour promouvoir la formation de chercheurs nationaux potentiels appartenant à différentes disciplines, en les familiarisant avec les méthodes d'élaboration et de gestion opérationnelle requises pour une recherche multidisciplinaire. La sélection des participants qui bénéficieront de cette formation sera effectuée par l'OMS, avec le concours des autorités des pays participant au JNSP, mais le choix se portera d'abord sur les candidats ayant une expérience adaptée aux programmes de recherche nationaux. Il est envisagé que le FISE se joigne à cet effort afin de rendre cette activité de formation aussi rentable et efficace que possible.

La durée du soutien à la recherche apporté par l'OMS et le JNSP dans chacun des pays sélectionnés dépendra des besoins de chaque institution. Toutefois, d'une manière générale, l'appui se limitera à des périodes n'excédant pas cinq ans. Il est à espérer que les institutions seront alors en mesure d'obtenir le soutien d'autres programmes de l'OMS, par le biais de la participation à des projets de recherche, en coordonnant des études multi-terrains, en prêtant les services de consultants à d'autres institutions nationales ou régionales, et en proposant des séminaires de formation portant sur des domaines intéressant d'autres programmes tels que la lutte contre les maladies diarrhéiques, la reproduction humaine, et la recherche sur les maladies tropicales.

7.10 A travers ce processus, on drainera l'appui technique d'universités du monde entier afin de fournir le plus large éventail possible d'expérience et d'approches. Les consultants seront recrutés sur une base ad hoc; il est souhaitable que les réunions d'un groupe central de consultants se déroulent au même moment que les réunions du groupe d'étude pour :

- a) suivre l'évolution des recherches;
- b) mettre à jour les informations relatives aux méthodes de recherche et les données provenant d'autres pays et les communiquer aux pays participant au JNSP;
- c) aider à "transposer" les résultats des recherches du JNSP en variantes politiques et thèmes qui puissent être repris dans le programme du pays.

7.11 Là où cela s'avérera nécessaire, on organisera des conférences-ateliers multisectorielles, à l'échelon national et/ou régional, une fois terminées les activités de recherche, afin de fournir au personnel des différents secteurs l'occasion d'examiner les données et de déterminer les incidences et les priorités pour l'application du programme.

7.12 Dans toutes les activités ci-dessus, il est proposé que le groupe de direction du JNSP coordonne les activités de l'OMS et du FISE afin de trouver, là encore, la méthode la plus rentable et la plus efficace au regard du programme.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'ETUDE

8.1 Le groupe d'étude considère que la méthode de recherche envisagée pour l'étude des "Facteurs ayant une incidence directe sur l'alimentation et les soins à prodiguer au nourrisson

et au jeune enfant" repose sur des bases scientifiques solides et est très prometteuse. Les méthodologies proposées sont empreintes de souplesse, ce qui donne aux pays beaucoup de latitude pour pouvoir les adapter aux ressources et besoins locaux. On pense que le rapport sur la réunion de décembre 1983 traitant des facteurs déterminant l'alimentation et les soins à prodiguer au nourrisson et au jeune enfant, qui était aussi un document de base soumis au groupe d'étude, fournit un cadre commun dans lequel les activités de recherche nationales pourront être élaborées.

8.2 Le groupe d'étude recommande d'autre part ce qui suit :

- a) Le choix des projets devra assurer une représentation géographique, culturelle et écologique aussi large que possible afin de permettre l'application des résultats à d'autres cadres que les pays du JNSP - caractéristique qui doit se refléter dans la décision d'accorder un appui financier et dans les priorités indiquées au paragraphe 6.5;
- b) les ressources disponibles pour mettre en oeuvre le programme de recherche s'accroîtront certes dès que 8 à 10 projets auront été subventionnés, mais une attention toute particulière devra être accordée à l'impact virtuellement considérable que ces recherches auront pour les pays entreprenant de telles activités et, par conséquent, on devra étudier avec le plus grand soin les moyens d'étendre ce programme à d'autres pays du JNSP;
- c) dans l'élaboration de toutes les propositions, on devra accorder une attention particulière au processus d'urbanisation et à l'évolution des pratiques en matière de soins aux enfants et d'alimentation infantile;
- d) dans le cadre du renforcement des institutions assuré par le programme de recherche, il faudrait créer un réseau de communications entre pays participant au JNSP et s'efforcer de mettre à la disposition de tous les pays participants des sources bibliographiques et des manuels;
- e) la coopération technique entre les groupes de recherche institués dans les pays participant au JNSP devra être fortement encouragée par tous les moyens appropriés tels que des réunions d'étude communes, envoi de consultants d'un pays à l'autre, et l'élaboration de rapports communs;
- f) les membres du groupe d'étude devraient toujours être associés à l'évaluation des besoins des pays et au renforcement des activités de recherche nationale et participer aux visites nationales effectuées sur le terrain, quand et où cela s'avérera nécessaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERTRAND, W.E. & WALMUS, B.F. (1983) Maternal knowledge, attitudes and practice as predictors of diarrhoeal disease in young children. International Journal of Epidemiology, 12(2): 205-210.
- BUTZ, W. & DAVANZO, J. (1981) Determinants of Breastfeeding and Weaning Patterns in Malaysia. Santa Monica, Rand Corporation.
- CHEN, L. et al. (1981) Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. Population and Development Review, 7: 55-70.
- CHOPRA, J.C. & GIST, C.A. (1966) Food practices among Trinidadian children. Journal of the American Dietetic Association, 49: 497-501.
- CRUZ, P.S. et al. (1970) Maternal and infant nutritional practices in the rural areas. Journal of the Philippine Medical Association, 46: 668-680.
- DATA BANIK, N.D. (1975) Breast feeding and weaning practices of pre-school children in urban community in Delhi. Indian Pediatrics, 12(7): 569-574.
- DE ZOYSA, I. et al. (1984) Perceptions of childhood diarrhoea and its treatment in rural Zimbabwe. Social Science and Medicine, 19(7): 727-734.
- ESCOBAR, G.E. et al. (1983) Beliefs regarding the etiology and treatment of infantile diarrhoea in Lima, Peru. Social Science and Medicine, 17(17): 1257-1269.
- FLORES, M. et al. (1964) Annual patterns of family and children's diet in three Guatemalan communities. British Journal of Nutrition, 18: 281-293.
- GERLACH, L.P. (1964) Socio-cultural factors affecting the diet of the Northeast Coastal Bantu. Journal of the American Dietetic Association, 45: 420-424.
- GUMEDE, M.V. (1978) Traditional Zulu practitioners and obstetric medicine. South African Medical Journal, 53(21): 823-825.
- GUTHRIE, H.A. (1967) Infant feeding practices in a corn-eating area of the Philippines. Tropical and Geographical Medicine, 19: 48-55.
- GUTHRIE, G.M. et al. (1976) Behavior, malnutrition and mental development. Journal of Cross-Cultural Psychology, 7(2): 169-180.
- HARFOUCHE, J.K. (1981) The present state of infant and child feeding in the Eastern Mediterranean Region. Journal of Tropical Pediatrics, 27(6): 299-303.
- HUENEMANN, R.L. & COLLAZOS, C. (1954a) Nutrition and care of young children in Peru. II. San Nicolas, a cotton hacienda, and Carquin, a fishing village in the coastal plain. Journal of the American Dietetic Association, 30: 559-569.
- HUENEMANN, R.L. & COLLAZOS, C. (1954b) Nutrition and care of young children in Peru. III. Yurimaguas, a jungle town. Journal of the American Dietetic Association, 30: 1101-1109.
- JELIFFE, D.B. (1962) Cultural, social change and infant feeding: current trends in tropical regions. American Journal of Clinical Nutrition, 10: 19-45.
- JELIFFE, D.B. et al. (1962a) The children of the Hadza hunters. Journal of Pediatrics, 60(6): 907-913.
- JELIFFE, D.B. et al. (1962b) The children of the Lugbara: a study in the techniques of paediatric field survey in tropical Africa. Tropical and Geographical Medicine, 14: 33-50.
- JELIFFE, D.B. et al. (1963) The health of Acholi children. Tropical and Geographical Medicine, 15: 411-421.

- KNUTSSON, K.E. & MELLBIN, T. (1969) Breast feeding habits and cultural context (A study of three Ethiopian communities). Journal of Tropical Pediatrics, 15: 40-49.
- KOO, L. (1984) The use of food to treat and prevent disease in Chinese culture. Social Science and Medicine, 18(9): 757-766.
- MCGREGOR, I.A. et al. (1961) Growth and mortality in children in an African village. British Medical Journal, 2: 1661-1666.
- MELDRUM, B. & DIDOMENICO, C. (1982) Production and breastfeeding: Some Nigerian examples. Social Science and Medicine, 16(13): 1247-1251.
- MISRA, R. (1979) Breastfeeding and weaning in two Indian villages. In: Raphael, D., ed. Breastfeeding and Food Policy in a Hungry World. New York: Academic Press, pp. 37-44.
- MOODIE, A. (1982) The social background of child nutrition. In: McLaren, D.S. & BURMAN, D., ed. Textbook of Pediatric Nutrition. Edinburgh, Churchill Livingstone, pp. 385-400.
- NABARRO, D. (1984) Social, economic, health, and environmental determinants of nutritional status. Food and Nutrition Bulletin, 6(1): 18-32.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1981) Les modes actuels de l'allaitement maternel : rapport d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement maternel. Genève, OMS.
- OSUHOR, P.C. (1980) Weaning practices amongst the Hausas. Journal of Human Nutrition, 34(4):273-280.
- PELTO, G.H. (1983) Document non publié.
- PFAU, G. (1983) Communication personnelle.
- POPKIN, B.M. (1978) Economic determinants of breast-feeding behaviour: the case of rural households in Laguna, Philippines. In: Masley, M.H., ed. Nutrition and Human Reproduction. New York, Plenum Press, pp. 461-497.
- PRICE, T. (1983) Communication personnelle.
- ROBSON, J.R.K. (1972) Malnutrition: its causation and control. New York, Gordon and Breach.
- SANJUR, D.M. et al. (1970) Infant feeding and weaning practices in a rural preindustrial setting. Acta Paediatrica Scandinavica. Supplementa, 200: 3-45.
- SEBRELL, W.H. & KING, K.W. (1970) The role of community mothercraft centers in combatting malnutrition. Bibliotheca Nutritio et Dieta, 14: 34-42.
- SHAHID, N.S. et al. (1981) Beliefs and treatment related to diarrhoeal episodes reported in association with measles. Tropical and Geographical Medicine, 35(2): 151-156.
- SHOSTAK, M. (1981) Nisa: The Life and Words of a !Kung Woman. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- WELLIN, E. (1955) Maternal and infant feeding practices in Peruvian village. Journal of the American Dietetic Association, 31:889-894
- WOOLFE, J.A. et al. (1977) The value of the Ghanaian traditional diet in relation to the energy needs of young children. Ecology of Food and Nutrition, 6:175.181.