ARCHIV
MOSES
41728

IDRC-265f

Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe:

une technologie à la portée des ménages

Compte rendu d'un atelier
tenu à Nairobi, Kenya
du 12 au 16 octobre 1987

Actes

unicef

SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT AUTHORITY
SIDA
STYRELSEN FÖR INTERNATIONELL UTVECKLING

CRDI
CANADA

Le Centre de recherches pour le développement international, société publique créée en 1970 par une loi du Parlement canadien, a pour mission d'appuyer des recherches visant à adapter la science et la technologie aux besoins des pays en développement; il concentre son activité dans six secteurs: agriculture, alimentation et nutrition; information; santé; sciences sociales; sciences de la terre et du génie; communications. Le CRDI est financé entièrement par le Parlement canadien, mais c'est un Conseil des gouverneurs international qui en détermine l'orientation et les politiques. Établi à Ottawa (Canada), il a des bureaux régionaux en Afrique, en Asie, en Amérique latine et au Moyen-Orient.

This publication is also available in English.

41728

IDRC–265f

Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe:

une technologie à la portée des ménages

Compte rendu d'un atelier
tenu à Nairobi, Kenya
du 12 au 16 octobre 1987

Rédacteurs: D. Alnwick, S. Moses
et O.G. Schmidt

Sous les auspices du
Centre de recherches pour le développement international,
du Fonds des Nations-Unies pour l'enfance
et de l'Agence de développement international de Suède

ARCHIV
MOSE.
no. 1 F

BIBLIOTHÈQUE DU CRDI - IDRC LIBRARY
OTTAWA
16 III 1990
882293

Titre original de l'ouvrage: *Improving Young Child Feeding in Eastern and Southern Africa — Household-Level Food Technology. Proceedings of a workshop held in Nairobi, Kenya, 12–16 October 1987*
© International Development Research Centre 1988

© Centre de recherches pour le développement international 1989
Adresse postale: BP 8500, Ottawa (Ontario) Canada K1G 3H9

Alnwick, D.
Moses, S.
Schmidt, O.G.
CRDI. Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe Nairobi, KE
UNICEF, New York, NY US
Office suédois d'aide au développement international Stockholm, SE

IDRC-265f

Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe: une technologie à la portée des ménages; compte rendu d'un atelier tenu à Nairobi, Kenya, du 12 au 16 octobre 1987. Ottawa, Ont., CRDI, 1989. xxii + 430 p. : ill. (Actes / CRDI)

/Alimentation/, /aliments de sevrage/, /technologie alimentaire/, /ménage/, /Afrique orientale/, /Afrique australe/ — /régime alimentaire/, /valeur nutritive/, /malnutrition/, /préparation des aliments/, /hygiène alimentaire/, /allaitement naturel/, /fermentation/, /céréales/, /rapports de réunion/, /recommandations/.

CDU: 613.22(6) ISBN: 0-88936-518-0

Traduction: Bureau des traductions, Secrétariat d'État
Révision: Marie Saumure

Édition microfiche offerte sur demande

Les opinions émises dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des organismes commanditaires. La mention d'une marque déposée ne constitue pas une sanction du produit; elle ne sert qu'à informer le lecteur.

Résumé

Le sevrage, c'est-à-dire la période où l'on commence à donner des aliments solides à un jeune enfant en complément du lait maternel, présente de graves risques nutritionnels pour les enfants des pays en développement. Dès la fin de leur deuxième année, le tiers des enfants en Afrique orientale et australe souffrent de malnutrition chronique. Les facteurs suivants contribuent au retard de croissance que l'on observe couramment chez les enfants en âge d'être sevrés: carence nutritionnelle, forte prévalence des maladies diarrhéiques (qui s'expliquent souvent par la contamination des aliments de sevrage) et récente diminution de la durée et de l'intensité de l'allaitement maternel.

Des spécialistes des sciences de l'alimentation, des nutritionnistes et des planificateurs de la santé travaillant en Afrique et en Asie du Sud se sont réunis dans le cadre d'un atelier international afin d'examiner des techniques alimentaires applicables au niveau des ménages qui semblent prometteuses pour améliorer la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants. Après avoir examiné les connaissances actuelles en matière d'allaitement maternel et de pratiques de sevrage en Afrique orientale et australe, les participants ont discuté de l'utilisation, au cours du sevrage, d'aliments fermentés et de farine germée, tant pour améliorer l'apport nutritionnel chez les jeunes enfants que pour diminuer les risques de contamination des aliments. Ils ont également discuté des recherches qu'il y aurait lieu d'entreprendre sur l'efficacité des techniques alimentaires et sur leur diffusion dans la collectivité.

Cette publication fait le compte rendu des discussions de l'atelier et présente ses conclusions et recommandations. Elle s'adresse aux scientifiques et aux planificateurs de la santé qui participent à des recherches en matière de nutrition et à l'élaboration de programmes visant à améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les pays en développement.

Abstract

The weaning period, that is the period in a young child's life when supplementary foods are introduced to complement breast milk, poses great nutritional risk to children in developing countries. By the end of the second year of life, one-third of children in eastern and southern Africa are chronically malnourished. The following factors contribute to the growth faltering commonly observed in weaning-age children: low nutrient intake, high incidence of diarrhoeal disease (often caused by contaminated weaning foods), and recent declines in duration and intensity of breastfeeding.

Food scientists, nutritionists, and health planners working in Africa and South Asia met in an international workshop to examine household-level food technologies that hold promise for improving nutrition of infants and young children. After reviewing current knowledge of breastfeeding and weaning practices in eastern and southern Africa, participants discussed the use in weaning diets of fermented foods and germinated flour, for both improved nutrient intake by young children and decreased risk of food contamination. Research that should be conducted into the effectiveness of the food technology was identified and its diffusion at the community level discussed.

This publication contains the proceedings, conclusions, and recommendations of the workshop. It is directed at scientists and health planners who are involved in nutrition research and developing programs to improve feeding of infants and young children in developing countries.

Resumen

El período de destete, es decir, aquel período en la vida de un niño en que se introducen en su dieta alimentos suplementarios para complementar la leche materna, representa un gran riesgo nutricional para los niños de países en vías de desarrollo. Hacia el final de su segundo año de vida, un tercio de los niños en Africa oriental y del sur muestran señales de malnutrición crónica. Los siguientes factores contribuyen al crecimiento vacilante que se observa comúnmente en los niños que se encuentran en edad de dejar la lactancia materna: baja ingestión de nutrientes, alta incidencia de diarrea (a menudo causada por alimentos para el destete contaminados), y nuevas disminuciones en la duración e intensidad de la alimentación proveniente del pecho de la madre.

Científicos del campo de los alimentos, especialistas en nutrición y planificadores de la salud que trabajan en Africa y en el Sur de Asia se reunieron en un taller internacional para examinar las tecnologías de alimentos que se utilizan en el hogar y que prometen bunos resultados en el mejoramiento de la nutrición de lactantes y niños pequeños. Después de analizar el conocimiento que existe actualmente sobre la alimentación recibida a través del pecho de la madre y las prácticas que se utilizan para el destete en el oriente y sur de Africa, los participantes discutieron el uso en dietas para el destete de alimentos fermentados y harina germinada para que los niños pudan ingerir nutrientes mejorados y haya una disminución en el riesgo causado por la contaminación de los alimentos. Se identificó la investigación que se debe realizar sobre la efectividad de las tecnologías de alimentos y se discutió su difusión en el seno de la comunidad.

Esta publicación contiene las actas, conclusiones y recomendaciones del taller. Está dirigida a científicos y planificadores de la salud que participan en la investigación nutricional y en programas de desarrollo para mejorar la alimentación de lactantes y niños en los países en desarrollo.

Table des matières

Préface viii

Avant-propos ix

Remerciements xi

Résumé des communications xii

Séance I — Comment améliorer l'alimentation de l'enfant 1

Avons-nous aujourd'hui des solutions véritables au problème de la malnutrition des jeunes enfants? **T. Greiner** 2

L'allaitement maternel, ressource alimentaire négligée pour le sevrage **J. Bradley, S. Baldwin et H. Armstrong** 8

Les problèmes associés aux suppléments alimentaires **T. Greiner** 39

Le sorgho et le millet en Afrique orientale et leur utilisation comme aliments de sevrage **M. Seenappa** 44

La prestation d'aliments de sevrage dans le cas des réfugiés **M.K. Serdula, N.J. Binkin, P. Nieburg et A. Berry** 62

Résumé des discussions 73

Séance II — Pratiques de sevrage et procédés de changement 77

Les pratiques traditionnelles de sevrage en Éthiopie **G. Abate et C. Yohannes** 78

Les aliments de sevrage au Kenya: traditions et tendances **R. Oniang'o et D.J. Alnwick** 85

Le conditionnement des denrées alimentaires en Ouganda en ce qui a trait à l'alimentation des nourrissons **L. Sserunjogi** 91

Les produits de sevrage au Rwanda et les possibilités du sorgho germé **M. Ramakavelo** 102

Observations sur la croissance et le sevrage des enfants au Zimbabwe **J.R. Mutamba** 110

L'usage des produits fermentés dans l'alimentation des enfants au Botswana **C. Mokwena** 115

Les modes de sevrage au Swaziland et le marketing social en vue du changement **J.M. Aphane et L.K. Nilsson** 119

Une méthode visant à améliorer les pratiques de sevrage au Mozambique **A. Lechtig et A. Srivastava** 129

Le marketing social pour la réintroduction des produits de sevrage traditionnels **L. Hendrata** 146

Résumé des discussions 150

Séance III — Les produits fermentés dans l'alimentation de l'enfant 155

L'emploi des produits fermentés pour améliorer l'alimentation des enfants d'Afrique australe et orientale **A. Tomkins, D. Alnwick et P. Haggerty** 156

L'«uji» fermenté — un excellent aliment de sevrage **S.K. Mbugua** 193

La fermentation du «mahewu» à base de maïs **A.D. Ayebo et M.P. Mutasa** 200

La consommation de produits de sevrage à base de céréales fermentées dans l'État de Kwara, Nigeria **K.H. Brown, K.L. Dickin, M.E. Bentley, G.A. Oni, V.T. Obasaju, S.A. Esrey, S. Mebrahtu, I. Alade et R.Y. Stallings** 208

La fermentation des produits de sevrage à base de céréales et de légumineuses **M.M. Keregero et R.L.N. Kurwijila** 228

La réduction du volume des aliments de sevrage à base de manioc par la fermentation **N.L.V. Mlingi** 239

Les produits à base de manioc fermenté en Tanzanie **M. Hakimjee et S. Lindgren** 252

Résumé des discussions 261

Séance IV — Contamination des aliments et fermentation lactique 267

La salubrité des produits de sevrage à Kiambu, au Kenya **A.M. Pertet, E. Van Praag, S.N. Kinoti et P. Waiyaki** 268

La contamination fécale des aliments de sevrage au Zimbabwe **C. Simango** 275

La composition et la sécurité microbiologique des produits de sevrage à base de céréales **M.J.R. Nout, J.G.A.J. Hautvast, F. van der Haar, W.E.W. Marks et F.M. Rombouts** 280

Les propriétés bactériologiques des bouillies sures traditionnelles du Lesotho **A.L. Sakoane et A. Walsh** 298

Résumé des discussions 304

Séance V — Expériences de l'Afrique orientale et de l'Asie 309

Le gros volume alimentaire des produits de sevrage et son effet sur l'apport énergétique et nutritionnel **U. Svanberg** 310

Les produits de sevrage à forte teneur nutritive faits de céréales germées **A.C. Mosha et W.S.M. Lorri** 327

Les modes d'alimentation des enfants en Tanzanie: fréquence des repas et volume alimentaire **Zohra Lukmanji, Bjorn Ljungqvist, Fred Hedqvist et Charles Elisonguo** 341

L'effet de la consistance des aliments sur l'apport nutritif chez les jeunes enfants **R.P. Kingamkono** 354

La mise au point d'aliments de sevrage de haute valeur calorique et de faible volume en Zambie **F. Luhila et P. Chipulu** 365

La réduction du volume des gruaux de sevrage traditionnels en Inde **T. Gopaldas, P. Mehta et C. John** 375

Les produits de sevrage maltés en Inde **N.G. Malleshi et B.L. Amla** 386

Les aliments de sevrage au Népal **Y. Vaidya** 395

La teneur en cyanure des céréales germées et l'effet des techniques de conditionnement **L.O. Dada et D.A.V. Dendy** 407

L'absorption ferrique améliorée des produits de sevrage grâce à la germination et à la fermentation **U. Svanberg et A.S. Sandberg** 415

Résumé des discussions 424

Liste des participants 427

Les modes de sevrage au Swaziland et le marketing social en vue du changement

Juliet M. Aphane[1] et Lena K. Nilsson[2]

[1]Ministère de l'Agriculture et des Coopératives, BP 162, Mbabane, Swaziland; et [2]Fonds des Nations Unies pour l'enfance, BP 1859, Mbabane, Swaziland

Résumé *Un projet en voie de réalisation au Swaziland a pour objectif de concevoir des stratégies visant à améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des jeunes enfants. Ce projet comporte quatre étapes: l'évaluation, la conception et la formulation des stratégies, la mise en oeuvre, le contrôle et l'évaluation. En raison du fait que le travail en est à ses débuts, on ne présente ici qu'une seule des activités d'évaluation — l'étude du groupe cible. Il s'agit d'une exploration comportant des discussions spéciales tenues en petits groupes avec des bénéficiaires potentiels du programme. Les sujets qui ont été abordés sont les suivants: l'état de santé des enfants (selon la perception des parents), les indicateurs de santé, les maladies infantiles, les aspirations des parents, et l'alimentation et la façon d'élever les enfants, y compris l'accès à l'information sur les soins de santé. Les résultats de cette étude serviront à une autre étude plus en profondeur et à la planification des activités subséquentes, qui comprendront l'utilisation des techniques de « marketing social », la formation et les communications de masse.*

Un projet est en voie de réalisation au Swaziland dont l'objectif est d'améliorer les modes d'alimentation des enfants grâce à un programme de formation et de communication de masse. Ce projet est parrainé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le Conseil national de nutrition (NNC) est responsable de la mise en oeuvre du projet et de la coordination des opérations des divers ministères en cause. Du personnel gouvernemental a été affecté à plein temps à ce projet. Ledit projet résulte des constatations faites lors de l'enquête nationale de 1983 sur l'état de la nutrition — l'enquête la plus étendue de toutes les études portant sur la nutrition qui ont été effectuées au cours des cinq dernières années au Swaziland. L'enquête a vérifié les problèmes de nutrition des jeunes enfants et indiqué les facteurs associés à la malnutrition chronique, qui ressortent constamment d'étude en étude. Ces facteurs comprennent:

- le retard de croissance sévit au plus haut degré dans les régions rurales chez les enfants de 18 à 23 mois (42%);

- la période d'allaitement au sein exclusivement est extrêmement courte ou inexistante; du lait d'origine animale est introduit dès les premières semaines de vie;

- l'introduction d'aliments demi-solides se produit trop tôt; bien que les études indiquent que le premier aliment offert est généralement une bouillie de maïs claire, elles donnent bien peu d'information sur la manière dont cette bouillie est préparée et sur la quantité donnée;

- les jeunes enfants sont nourris selon un régime relativement restreint quant au nombre d'aliments offerts et aucune information détaillée n'est disponible quant au régime des enfants de moins de deux ans;

- en règle générale, les enfants mangent ensemble à partir d'un plat commun; ce qui rend difficile le calcul de la quantité d'aliments consommés par un seul enfant;

- peu d'information est disponible quant au genre de collation donnée aux enfants de moins de deux ans;

- il est probable que les habitudes varient moins selon la zone agro-écologique que selon le milieu socio-économique;

- les modes d'alimentation des enfants exigent une attention particulière dans les familles où les parents ont reçu peu ou pas d'éducation scolaire et dont les revenus sont faibles.

Description du projet

Le projet aura recours aux communications pour atteindre ses objectifs. Si les tentatives faites dans de nombreux pays en vue d'améliorer la nutrition au moyen d'éducation et de communication ont échoué, c'est par faute d'attention à l'étape de la conception du programme, à la praticabilité des messages et à l'identification des groupes visés par des moyens de communication appropriés. Ce projet essaiera d'éviter ces pièges en accordant une attention minutieuse à la conception des messages et aux diverses phases d'essais préalables. Comme résultat, la diffusion réelle des messages n'aura pas lieu tant que le projet ne sera pas relativement avancé.

Le projet utilisera les techniques de «marketing social» afin de connaître les problèmes de nutrition précis, les groupes cibles et les changements souhaités relatifs au comportement. Il est nécessaire que les chercheurs obtiennent des réponses aux questions fondamentales suivantes: pourquoi les mères nourrissent-elles leurs enfants comme elles le font; quelles ressources ces mères seraient-elles prêtes à mobiliser afin d'améliorer l'alimentation des jeunes enfants; et quel serait le moyen le plus efficace de promouvoir et d'encourager le changement.

Le projet est entrepris en quatre étapes, chacune découlant de la précédente:

- Phase I — Évaluation: revue des ouvrages publiés, enquête auprès des groupes cibles, entretiens avec certaines familles et essais d'intervention.

- Phase II — Conception et formulation des stratégies: formulation de stratégies, mise au point de prototypes de messages et d'autres éléments d'information et essais préalables, révision et production des messages et éléments d'information, mise au point des méthodes de formation, enquête de base, et établissement des cadres d'évaluation et de contrôle.

- Phase III — Mise en oeuvre: ateliers sur les techniques de communication et sur l'orientation du programme, programme de communication de masse, et études de contrôle et d'évaluation.

- Phase IV — Contrôle et évaluation: reprise de l'enquête de base et analyse des autres données pertinentes.

Le but ultime tend à concevoir des stratégies de projet susceptibles d'améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des jeunes enfants. En ce qui concerne l'état actuel du projet, l'enquête auprès du groupe cible est terminée et l'étude en profondeur effectuée dans les familles est en voie de conception.

Phase I — Évaluation

La phase d'évaluation a pour objet d'en arriver à une certaine compréhension de l'ensemble des méthodes courantes d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants — de ce qui motive leur emploi et des conditions qui peuvent les influencer. Au cours de cette phase, trois techniques de recherche (revue des ouvrages publiés, enquête auprès de groupes cibles et entretiens en profondeur dans les familles) seront utilisées pour recueillir les informations voulues.

Enquête auprès de groupes cibles

Une séance chez un groupe cible est une discussion informelle avec un petit nombre de personnes (environ huit) qui sont des bénéficiaires potentiels du programme. Cette forme de discussion permet d'obtenir directement des futurs «clients» les raisons qui les incitent à choisir certains produits ou à maintenir certaines coutumes. Il est essentiel que chaque groupe soit aussi homogène que possible: car plus les membres ont de choses en commun, moins les discussions seront influencées par des variables socio-économiques et démographiques. Il faut souligner qu'une discussion engagée dans un groupe cible n'est par nature qu'une exploration et, en conséquence, elle devrait être tenue avec le moins de formalités possible.

Étant donné que les échantillons de groupes cibles sont petits, les données recueillies par ce type d'étude ne peuvent pas être utilisées pour quantifier un

problème ou pour faire des projections permettant de généraliser les constatations faites dans d'autres populations. Les données recueillies au cours de ces discussions seront utiles de diverses manières:

- elles constitueront un fonds de documentation sur l'alimentation des nourrissons et des enfants, la façon d'élever les enfants et sur les enfants de façon générale;

- elles aideront à faire naître des idées ou des hypothèses qui seront utilisées lors d'études en profondeur, qui auront lieu sous forme d'entretiens dans des familles;

- elles aideront dans la segmentation des populations cibles et, de la sorte, dans la conception de messages adaptés à ces populations.

Dans la présente étude, cinq groupes cibles différents ont été interviewés. La sélection de ces groupes était fondée sur les résultats de l'enquête nationale de 1983 sur l'état de la nutrition, celle-ci ayant montré que l'arrêt de croissance prématuré était associé au peu de scolarité des parents et que l'incidence était la plus élevée chez les enfants en sevrage. Les cinq groupes de population sont les suivants:

- «les mères en général» — les mères qui ont moins de trois ans de scolarité secondaire (sans certificat du premier cycle secondaire) et qui s'occupent principalement des enfants de moins de 24 mois; ce groupe comprend des gardiennes de la même génération que les mères biologiques;

- «les jeunes mères» — les mères qui ont trois ans de scolarité secondaire ou moins (environ trois ans ou moins de premier cycle secondaire) et un seul enfant de moins de 24 mois;

- «les mères qui travaillent» — les mères qui ont trois ans de scolarité secondaire ou moins, qui travaillent à l'extérieur du foyer pendant plus de six heures par jour et doivent laisser à la maison des enfants de moins de 24 mois;

- «les pères» — les pères qui ont trois ans de scolarité secondaire ou moins et qui prennent soin d'enfants de moins de 60 mois;

- «les grand-mères» — les grand-mères (ou les gardiennes d'une génération de plus que les mères biologiques) qui s'occupent principalement des enfants de moins de 24 mois.

L'enquête nationale de 1983 sur l'état de la nutrition a montré que l'arrêt de croissance prématuré ne varie pas selon la zone agro-écologique ou la région administrative. Toutefois, on suppose généralement que les modes d'alimentation des enfants varient selon le degré d'urbanisation; les localisations de terrain ont donc été choisies sur cette base: rurale, éloignée (Hhelehhele, Hhohho); rurale, accessible (Mbekelweni); périurbaine, faibles

revenus (Kakhoza); périurbaine, revenus moyens (Mobeni, Matsapha); et ville patronale (Ubombo).

Pour comprendre les idées des participants sur l'alimentation des enfants et la façon de les élever, les sujets suivants ont été discutés: comment les parents perçoivent-ils l'état de santé de l'enfant étudié; les indicateurs de santé (pour les enfants seulement); les maladies infantiles; les changements d'attitudes entre les générations; les aspirations (des parents pour leurs jeunes enfants et pour eux-mêmes); et l'accès à l'information. Au total 20 séances furent tenues avec les groupes cibles; les discussions ont été enregistrées sur bande et transcrites textuellement.

Le processus d'analyse comprenait les trois étapes suivantes: les résumés des discussions de chaque groupe cible par sujet traité; les descriptions de chaque sujet par population cible et par région; et la description de chaque sujet, avec tous les groupes en association, c'est-à-dire un profil national. Le travail sur le terrain a duré environ quatre mois de même que la période d'analyse.

Résumé des résultats

Le résumé des résultats présenté dans le présent document ne donne qu'un aperçu des constatations; toutefois, cela suffira peut-être pour donner au lecteur une idée du genre d'information que l'on peut obtenir à partir de discussions avec des groupes cibles.

La perception de l'état de santé

Les parents à qui l'on a demandé s'ils pensaient que leurs enfants étaient en bonne santé ont répondu pour la plupart de façon affirmative. Selon eux, un enfant est en bonne santé lorsque les circonstances suivantes sont établies: lorsque l'enfant est bien nourri; lorsqu'il a été immunisé, à la fois selon les méthodes traditionnelles et modernes; lorsque le gain de poids est évident; et lorsque l'enfant est à l'aise, heureux, et plein d'entrain. Les enfants étaient jugés en mauvaise santé lorsqu'ils souffrent de diarrhée et de vomissements, de vers intestinaux ou de rhumes.

Lorsqu'on a demandé aux parents si leurs enfants grandissaient, la plupart ont répondu aussi par l'affirmative; dans ce cas, leur évaluation était fondée sur la capacité des enfants de s'asseoir, de parler, de se tenir debout, etc., et sur le fait qu'ils étaient agréables à regarder et étaient toujours heureux. Toutefois, les grand-mères qui ont répondu que leurs petits-enfants ne grandissaient pas très bien, voulaient dire que ces enfants n'étaient pas agréables à regarder et n'étaient pas bien nourris.

Les indicateurs de santé

Afin de faciliter la discussion sur les indicateurs de santé, deux images ont été utilisées. L'une montrait un bébé bien nourri, en bonne santé; l'autre, un bébé mal nourri. Les participants ont décrit le bébé en bonne santé en termes qui laissaient supposer le bonheur, la santé, la force et l'activité. Ils ont dit que le bébé avait une mère aimante. La maison du bébé en bonne santé a été décrite comme une maison pleine de joie, de vie, et de soins attentifs; plusieurs groupes étaient aussi d'avis que la propreté était un facteur important.

De l'avis des participants, le bébé chétif n'était pas bien nourri, il n'avait pas reçu les aliments des trois groupes recommandés; il avait un trop gros ventre et devait souffrir de diarrhée. Certains ont aussi mentionné que l'air malheureux de l'enfant témoignait de sa mauvaise santé. Sa mère a été décrite par les autres mères comme étant irresponsable, «agitée», désordonnée et paresseuse. Les pères ont décrit la mère comme une personne qui boit beaucoup même lorsqu'elle est enceinte et qui nourrit son enfant uniquement de bouillie. La maison du bébé mal nourri a été décrite comme étant sale et pauvre. Certains ont déclaré que la maison pouvait appartenir à des gens riches, mais que les parents étaient sûrement négligents: pour que l'enfant devienne si chétif, dirent-ils, les parents n'avaient pas pratiqué la planification familiale; la femme était redevenue enceinte trop tôt, et en conséquence, la venue de cet enfant n'avait pas provoqué d'enthousiasme dans ce foyer.

La façon d'élever les enfants

Afin de s'assurer qu'un enfant demeurera en bonne santé, plusieurs méthodes ont été recommandées: bien nourrir l'enfant, lui donner des aliments qui enrichissent le sang; lui donner une préparation lactée ou du lait de vache; et maintenir un état de propreté général. On a aussi recommandé l'allaitement au sein et d'emmener l'enfant malade à la clinique ou chez le guérisseur traditionnel. Les habitudes de la mère en ce qui concerne la santé ont également été notées comme étant relativement importantes. La plupart des mères ont affirmé qu'il est important de fréquenter les cliniques prénatales. Les pères et les grand-mères ont soutenu que la femme enceinte devrait être bien nourrie et s'abstenir des mauvaises habitudes, notamment celle de boire de l'alcool.

La plupart des groupes ont décrit un certain nombre de rituels auxquels un enfant devrait être soumis. Il a été recommandé de donner à l'enfant à sa naissance de l'eau bouillie avec un peu de sucre et de sel, ou de l'eau bouillie avec un gruau clair de féculents. Les rituels traditionnels et l'immunisation par le vaccin BCG étaient, dirent-ils, importants pour le jeune enfant.

Lorsque l'enfant est un peu plus âgé, il est jugé important de l'introduire à la culture swazie en le laissant manger à partir du même plat que les autres enfants. On croit que cette habitude stimule l'appétit et économise les condiments. Cependant, étant donné que les enfants plus âgés consomment la plus grande partie des aliments et parce que les enfants se battent parfois, certains participants ont désapprouvé cet usage de plats communs.

L'alimentation de l'enfant

La plupart des mères donnent à leur enfant immédiatement après sa naissance de l'eau bouillie avec du sucre et du sel. Cet usage, dit-on, nettoie l'estomac et satisfait la faim du nourrisson jusqu'à ce que le lait maternel commence à couler. De nombreuses mères ont avoué qu'elles l'avaient fait sans raison particulière, sauf parce qu'il s'agit d'une coutume qui leur a été léguée par les générations précédentes. Les biberons d'eau se continuent parfois pendant deux ou trois mois. Celles qui avaient accouché à l'hôpital ont déclaré qu'on leur avait conseillé de donner le sein immédiatement (une pratique qu'on adopte lentement dans les hôpitaux). Quelques mères ont signalé qu'elles donnent encore le premier repas traditionnel (un gruau de féculents clair) pour éprouver l'appareil digestif et introduire l'enfant au foyer.

La plupart des mères estiment qu'il est nécessaire de compléter le lait maternel dès le bas âge. Certaines commencent à le faire dès la première semaine de vie tandis que d'autres attendent un ou deux mois. Elles choisissent le moment d'initiation au complément selon la tendance que manifeste le bébé, par exemple s'il pleure même après avoir été nourri au sein; un autre moyen de choisir le moment opportun, c'est lorsque le bébé commence à regarder sa mère en tétant. Certaines mères sont conseillées par leurs propres mères ou par le personnel de la clinique quant au moment qu'il convient de choisir. Les mères qui travaillent disent qu'elles doivent commencer la complémentation dès qu'elles retournent au travail — entre deux semaines et deux mois, selon la durée du congé de maternité permis.

Les suppléments les plus populaires sont les préparations lactées et les laits en poudre. Le choix se fait généralement par tâtonnements: si le bébé n'aime pas une certaine marque, une autre sera substituée. De plus, les préparations lactées et les laits en poudre sont utilisés de façon interchangeable. Il est courant que les mères soient conseillées par un membre du personnel de leur clinique quant au choix du supplément, surtout si elles ont connu des problèmes d'allaitement au sein. Certaines ont déclaré qu'elles avaient été conseillées par des parentes ou des voisines; d'autres ont dit que le père de l'enfant apportait le lait. Les jeunes mères ont avoué que même si elles avaient assez de lait, il était excitant de nourrir le bébé au biberon.

Lorsque l'enfant a entre deux et quatre mois, on commence souvent à lui donner une bouillie de maïs claire. Cette bouillie est composée de maïs finement moulu auquel on ajoute généralement du lait, du sucre et un oeuf cru. On la donne dans un biberon ou à la tasse avec une cuiller. Du fait que le maïs utilisé est très raffiné, la bouillie de l'enfant est toujours cuite séparément de la bouillie familiale. Si la mère est présente, elle la fait cuire elle-même et la donne au bébé; autrement, la grand-mère ou une autre personne donnera la bouillie au bébé. Entre trois et six mois, l'enfant commence à recevoir les aliments servis à la famille et lorsqu'il est assez grand pour ramper ou pour exprimer sa volonté, il rejoint les autres enfants autour du plat commun. Du fait que certains pensent que la bouillie aigre fermentée provoque des brûlures d'estomac et des vomissements, on dit qu'elle ne convient

pas aux jeunes enfants; pour la même raison, on donne rarement du lait aigre aux enfants. Lorsqu'on a demandé quels aliments sont jugés particulièrement bons pour les enfants, les groupes ont établi une liste comprenant le lait, la bouillie claire, les fruits, et les «aliments bons pour prendre du poids». On a exprimé l'avis qu'il est temps de mettre fin à l'allaitement au sein lorsque l'enfant est capable de suivre des instructions simples, ou de réclamer le sein.

Un problème majeur qui se pose dans l'alimentation de l'enfant est le manque d'appétit. Si un enfant n'a pas un bon appétit, on lui donne un «médicament pour l'appétit» et un lavement, ou on le nourrit de force. Les mères qui travaillent disent qu'elles ont des problèmes avec les gardiennes d'enfants parce qu'elles ne nourrissent pas bien les enfants. De nombreuses grand-mères affirment que les enfants sont simplement «planqués» dans leurs bras et qu'elles ne reçoivent aucun appui financier de la part des parents, en particulier des pères.

Les maladies infantiles

Les maladies infantiles reconnues comme étant les plus courantes, par tous les groupes, sont la diarrhée et les vomissements (la diarrhée est traitée au moyen d'une solution de sel et de sucre préparée à la maison; on a aussi mentionné le lavement comme un traitement important). D'autres maladies reconnues comme étant très courantes sont: la rougeole, la toux, les éruptions cutanées et le mal de gorge. Tous les parents affirment qu'ils emmènent leurs enfants malades à l'hôpital ou à la clinique. La plupart des groupes de population ont signalé que même s'ils utilisent à la fois les remèdes traditionnels et modernes, ils connaissent des gens qui utilisent uniquement les remèdes traditionnels. La plupart des mères ne modifient pas le régime alimentaire de leurs enfants malades, alors que de nombreux pères ont exprimé leur approbation d'un changement de régime, mais disent qu'il s'agit d'une responsabilité qui incombe à la mère. Les propositions visant le changement de régime comprenaient l'élimination de l'aliment responsable de la maladie; la continuation de l'allaitement au sein; l'apport d'aliments que l'enfant aime; et l'apport d'aliments légers.

Les aspirations

Le voeu formulé le plus souvent par les parents était que leurs enfants soient en bonne santé et qu'ils vivent jusqu'à l'âge adulte. L'instruction et l'indépendance économique figuraient aussi sur la liste des priorités les plus élevées, de même que la stimulation du comportement social des enfants. La plupart des parents ont déclaré qu'ils aimeraient que leurs enfants vivent dans des régions rurales; à leurs yeux, ces régions offrent de meilleures chances d'atteindre à l'indépendance économique et de garder les familles plus unies; ils ont aussi le sentiment que les enfants finiront par développer les richesses de ces régions. La seule opposition à ce point de vue a été exprimée par les pères de la région périurbaine, qui préféraient voir leurs enfants vivre dans les villes.

À l'exception des mères qui travaillent, la plupart des parents ont exprimé le voeu de voir leurs enfants suivre la culture et la tradition swazie. Les mères qui travaillent pensent qu'il est plus réaliste de s'attendre à ce que leurs enfants mélangent la culture moderne et la culture swazie. Là encore, à l'exception des mères qui travaillent, la plupart souhaitaient connaître l'indépendance économique; elles n'aiment pas être à la charge soit de leurs parents soit de leurs partenaires. De même, les pères et les mères qui travaillent aspiraient à l'indépendance: ils ne voulaient pas dépendre d'un emploi extérieur comme source de leur revenu. Les jeunes mères ont exprimé de façon précise leur désir de se marier. En raison du fait que les pères souhaitaient être enterrés chez eux plutôt que dans un cimetière, leur désir de posséder une maison était très clair.

On a aussi demandé aux participants comment ils dépenseraient une grosse somme d'argent inattendue. Les groupes de femmes ont exprimé un vif désir d'avoir des activités génératrices de revenus. Les pères n'avaient pas d'idée précise là-dessus, ils ont indiqué qu'ils apporteraient l'argent à la maison et qu'ils prendraient une décision de concert avec leurs épouses.

L'écart des générations

On a demandé aux participants si leurs opinions concernant l'alimentation et la façon d'élever les enfants différaient de celles de leurs parents. Les jeunes mères ont répondu qu'elles prennent conseil de leurs parents et, par conséquent, partagent leurs opinions. Toutefois, la plupart des participants ont déclaré que leurs opinions sur ces questions diffèrent considérablement de celles de leurs parents.

Ce point de vue a été exprimé de la manière la plus catégorique par les mères en général: elles ont fait remarquer que tandis que la génération précédente avait nourri les enfants de lait de vache, de gruau de féculents, de lait aigre et d'autres aliments utilisés dans la famille, la jeune génération donne aux enfants des préparations lactées, du lait en conserve et des aliments pour nourrissons «instantanés». Les participants ont mentionné d'autres changements: aujourd'hui, disent-ils, les parents courent à l'hôpital lorsque leurs enfants sont malades, alors que la génération précédente avait recours en premier lieu aux guérisseurs traditionnels; il y a de nouvelles maladies infantiles, comme la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite; or, comme les pères l'ont signalé, la génération précédente était économiquement indépendante, elle avait un mode de vie différent et le coût de la vie était plus bas qu'aujourd'hui.

L'accès à l'information relative à l'alimentation et à la façon d'élever les enfants

La source d'information la plus courante semble être la clinique ou l'hôpital. Les aînés constituent une autre source importante, notamment les femmes pour ce qui est des questions financières. Tous les groupes, sauf celui des jeunes mères qui travaillent, ont mentionné les économistes ménagères.

D'autres sources sont les voisins et les guérisseurs traditionnels. Seuls les pères ont mentionné la radio comme source d'information. Fait intéressant, tous les groupes, sauf les mères qui travaillent et les grand-mères, ont admis qu'ils écoutent la radio. D'après certains participants, bien qu'ils considèrent comme fiables les messages provenant de la clinique et de la radio, certains conseils qu'on y donne ne sont pas pratiques, par exemple, faire bouillir l'eau potable.

Si la plupart des participantes connaissaient l'existence d'organisations comme les groupes de femmes, la Croix-Rouge, Sebenta, dans leurs régions, seules les grand-mères ont déclaré en être membres. La plupart des pères ont dit qu'ils étaient membres des organismes existant dans leurs régions. Lorsqu'on a demandé aux parents s'ils emmènent leurs enfants aux cliniques, toutes les mères, sauf celles qui travaillent, ont répondu qu'elles emmènent leurs enfants pour les faire peser et les faire vacciner. Toutefois, la plupart ont avoué qu'elles ne pouvaient pas interpréter la fiche de santé. Les quelques mères qui ont prétendu qu'elles pouvaient le faire étaient capables de lire seulement les dates du prochain vaccin. Les pères ont répondu que s'ils n'emmènent pas leurs enfants aux cliniques, ils encouragent leurs femmes à le faire.

Les données recueillies lors de ces séances donnent une idée générale de la façon de penser des participants. Les données plus détaillées, qui ne figurent pas dans ce document, exposent les constatations se rapportant précisément à des régions ou des groupes particuliers. Ces données plus détaillées contenant des propos choisis seront utilisées dans le projet destiné à faire naître des idées et des hypothèses, lesquelles pourront être mises au point, tout d'abord pendant l'étude en profondeur effectuée dans les familles, et plus tard, lors de la programmation des activités.