



## MILIEU DE PROVENANCE DES MERES NOURRICES ET CHOIX DES MODES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS DANS LE DISTRICT D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

## ENVIRONMENT OF ORIGIN OF NURSE MOTHERS AND CHOICE OF INFANT FEEDING METHODS IN THE DISTRICT OF ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

<sup>1</sup>KONE Siatta, <sup>2</sup>ADIKO Adiko Francis et <sup>3</sup>AGNISSAN Assi Aubain

<sup>1</sup>Assistante en sociologie de la santé, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) - Université Félix Houphouët-Boigny - Abidjan, Côte d'Ivoire, [ksia85@yahoo.fr](mailto:ksia85@yahoo.fr).

<sup>2</sup>Chargé de recherche en sociologie de la santé, Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIREs), Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire ; Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, [adiko.francis2@gmail.com](mailto:adiko.francis2@gmail.com)

<sup>3</sup>Maitre de conférences en sociologie anthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) - Université Félix Houphouët-Boigny- Côte d'Ivoire, [agnissane@yahoo.fr](mailto:agnissane@yahoo.fr)

KONE Siatta, ADIKO Adiko Francis et AGNISSAN Assi Aubain, Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 169-185, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 20:43:59, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=140>

### Résumé

Dans les pays en développement, la dénutrition maternelle et infantile constitue un problème majeur de santé publique. En Côte d'Ivoire, les disparités géographiques observées sur les pratiques alimentaires des nourrissons sont fondées sur un système de pensées marquées par l'ignorance, les croyances familiales, idées

reçues et d'autres facteurs socioculturels. L'objectif de cette étude est de comprendre la relation entre le lieu de provenance des mères nourrices et les choix de mode d'alimentation des nourrissons reçus dans les formations sanitaires du district d'Abidjan. Pour cette étude quantitative, la collecte de données a été effectuée auprès de 1 028 mères nourrices reçues dans les formations sanitaires de différents niveaux de soins où les initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont implantées. Ces participantes ont été sélectionnées lors de consultations à l'intérieur et à l'extérieur du Centre de Santé Urbain à base Communautaire de Riviera Palmeraie, de la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire d'Abobo Sagbé Nord, de l'Hôpital Général de Bingerville et du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville. Les résultats ont révélé que les deux facteurs de la provenance des nourrices que sont le lieu de résidence et le type d'habitation, ont une relation certaine avec les choix du type d'alimentation et des premiers aliments donnés aux nourrissons. Ainsi, la prise en considération des représentations locales de l'alimentation du nourrisson dans la conception et la mise en œuvre de stratégies communautaires, reste un défi

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire) majeur à relever pour la santé maternelle et infantile.

**Mots clés:** Mode d'alimentation, premier aliment, mère nourrice, nourrisson, santé maternelle et infantile

---

## Abstract

---

In developing countries, maternal and child undernutrition is a major public health problem. In Côte d'Ivoire, the geographic disparities observed in infant feeding practices are based on a system of thoughts marked by ignorance, family beliefs, preconceived ideas and other socio-cultural factors. The objective of this study is to understand the relationship between the place of origin of nursing mothers and the choices of feeding method of infants received in health facilities in the district of Abidjan. For this quantitative study, data was collected from 1,028 nursing mothers received in health facilities of different levels of care where initiatives to promote infant and young child feeding (IYCF) are implemented. These participants were selected during consultations inside and outside the Community-based Urban Health Center of Riviera Palmeraie, of the Community-based Urban Health Training of Abobo Sagbé North, of the General Hospital of Bingerville and the Treichville Hospital and University Center. The results revealed that the two factors of the origin of the nannies - place of residence and type of dwelling, have a definite relationship with the choices of the type of food and the first foods given to infants. Thus, taking into account local representations of infant feeding in the design and implementation of community strategies remains a major challenge for maternal and child health.

**Keywords:** Feeding method, first food, nursing mother, infant, maternal and child health

---

## INTRODUCTION

---

Dans de nombreuses régions du monde, l'insécurité alimentaire sévit eu égard aux conditions environnementales et socioéconomiques qui limitent l'accès à une alimentation suffisante, saine et nutritive nécessaire à la satisfaction des besoins énergétiques et vitaux des populations (G. Courade et J. Peltre-Wurtz, 1991, p.3 ; FAO *et al*, 2018, p.64). Dans les pays en développement, la dénutrition maternelle et infantile constitue un problème majeur de santé publique dont les conséquences sur le développement des capacités humaines entravent la bonne contribution des populations aux efforts de développement économique et social. La sous-alimentation a causé environ 45 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (R. E. Black *et al*, 2013) et un facteur de risque de plus de 28% des décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique (M. Ezzati *et al*, 2002). Pour les nourrissons et jeunes enfants, un bon développement du phénomène de lactation et un allaitement maternel adapté, complétés si nécessaire par des aliments de supplémentation spécialement formulés, demeure la condition sinéquanon pour mieux répondre à la sécurité alimentaire et prévenir la malnutrition infantile (OMS, 2014, p.9).

Avant l'âge de six mois, le lait maternel est considéré comme le régime alimentaire optimal pour le nourrisson en ce sens qu'il réduit le retard de croissance et assure un développement physique et mental harmonieux (J. Akre, 1989, p. 44). Ainsi il est largement recommandé dans le monde entier dans la mesure où il protège les nouveaux-nés. Comme on l'a dit, les répercussions de l'allaitement sont nombreuses pour les nourrissons. L'allaitement exclusif au sein contribue à procurer aux nourrissons et jeunes enfants les nutriments, anticorps, hormones et anti-oxydants et autres facteurs que contient le lait maternel (UNICEF, 1998, p. 24). Par conséquent, la question de la fonction vitale de

l'allaitement maternel exclusif a été historiquement mise en évidence dans les débats sur le développement des nourrissons et jeunes enfants dans le monde.

A partir de six (6) mois, le mode d'alimentation de l'enfant est l'alimentation mixte. A cette période de la vie du nourrisson, il est introduit d'autres aliments que le lait maternel. L'alimentation mixte signifie donc qu'il reçoit à la fois du lait maternel et un autre aliment ou liquide, notamment de l'eau, du lait non humain ou une préparation pour nourrissons avant l'âge de 6 mois (UNHCR, 2015, p. 6 ; R. Forero et al, 2018, p. 613). Il est dit mixte, car l'enfant est tantôt allaité, tantôt alimenté avec des substituts du lait maternel (préparations commerciales pour nourrissons, les céréales et d'autres aliments). En réalité, l'apport d'aliments complémentaires au lait maternel contribue à fournir les quantités adéquates de nutriments (protéines, énergie et micronutriments) nécessaires pour combler le déficit nutritionnel d'un nourrisson (K. F. Michaelsen *et al.*, 2003, p. 50 ; WHO, 1998, p. 14).

Par conséquent, l'insuffisance pondérale et les conséquences de maladies d'origine alimentaire chez les jeunes enfants sont d'autant plus réduits que l'allaitement maternel est pratiqué de manière exclusif au sein au cours des premiers de la vie. Dans les pays en développement où les nourrissons ont souvent un faible poids corporel ou un retard de croissance, les quantités d'énergie provenant d'aliments complémentaires, semblent importantes de 0,3 MJ (76 Kcal) / jour entre l'âge de 3 à 5 mois (K. F. Michaelsen *et al.*, 2003, p. 50 ; WHO, 1998, p. 14). Or dans les pays de la CEDEAO<sup>1</sup>, les taux d'allaitement exclusif ont enregistré une baisse significative de 33% à mesure que l'âge du nourrisson de moins de 6 mois augmentait, avec ceux du Nigéria et de la Côte d'Ivoire étant les plus faible, inférieurs à 20,0% (K. E. Agho *et al.*, 2019, p. 4). Pourtant les populations vulnérables, exposées aux crises successives que connaît cette sous-région,

souffrent de carences en micronutriments et ont de ce fait besoin d'un soutien préventif et curatif supplémentaire. Ainsi conscient de la menace que constitue la problématique de la dénutrition maternelle et infantile pour le développement économique et social des populations, les pouvoirs publics sont de plus en plus encouragés dans la mise en place des interventions globales visant à soutenir l'allaitement maternel exclusif et améliorer les pratiques d'alimentation complémentaire du nourrisson (A. Lartey, 2008, p. 107).

En Côte d'Ivoire, les travaux sur l'exploration des fondements socio-anthropologiques révèlent que des pratiques alimentaires « inappropriées » des mères dans le Nord-ouest du pays, seraient à l'origine de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans. En effet, les populations de ces localités perçoivent certaines préparations locales sous forme de bouillies de maïs comme étant porteuses de qualités nutritionnelles et thérapeutiques sous prétexte qu'assurent l'embonpoint chez les nourrissons. En fait, les femmes font savoir que la bouillie appelé *Anango-Baga* donne une belle forme aux bébés et les rend présentables à la communauté (T. R. Oulahi et M. Fofana, 2016, p. 22-23). Or, à l'Est du pays, par jour ces bouillies pauvres en micronutriments sont insuffisamment et irrégulièrement données aux enfants de moins de 5 ans (S. Arnaud, 2004, p. 48). Par ailleurs ayant identifiée la présence d'agents pathogènes sous forme de bactéries sur cet aliment traditionnel, il est recommandé une amélioration de sa production afin de garantir l'hygiène et la salubrité ainsi que la santé des enfants (S. Aka-Gbézo *et al.*, 2017, p. 2617).

Ainsi dans les régions ivoiriennes, les pratiques alimentaires des mères sont façonnées par un système de pensées marquées par l'ignorance, les croyances familiales, idées reçues et d'autres facteurs socioculturels. Par exemple, les disparités géographiques ont été observées sur la pratique de l'initiation précoce de l'allaitement

<sup>1</sup> CEDEAO (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest)

(RCI, 2015, p. 36). En effet, les nourrissons résidant dans les régions du Sud-Ouest (14%), du Nord-Est (16%), du Centre (17%), n'ont pas été immédiatement mis au sein dans l'heure qui suivait leur naissance. En revanche, les nourrissons vivant dans les régions du Centre-Ouest (55%) et du Centre-Nord (47%) ont été allaités de manière précoce. Pourtant cette situation d'inégalités géographiques semble être corrigée par l'intégration systématique de la promotion de l'allaitement maternel et de la lutte contre l'anémie et la carence en vitamine A, dans les activités des districts sanitaires dans la ville d'Abidjan et dans la grande partie des pôles de développement du pays (PNN, 2010, p. 24)

Nous nous sommes donc demandé en quoi le milieu d'habitation de la mère peut influencer le type d'alimentation offert à bébé. Quelles sont les implications sociologiques des lieux de résidence des mères sur les choix de premiers aliments et d'alimentation complémentaire des nourrissons ? Cette étude à visée descriptive et analytique, cherche à comprendre comment le lieu de provenance des mères nourrices influence les choix de mode d'alimentation des nourrissons reçus dans les formations sanitaires du district d'Abidjan. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les facteurs qui sous-tendent les choix alimentaires pour leurs nourrissons et d'analyser la nature de la relation de cette variable avec la provenance des mères nourrices.

---

## 1. Données et méthodes

---

### 1.1. Champs d'étude

Le district d'Abidjan représente le champ géographique de notre étude. C'est une ville cosmopolite de l'Afrique subsaharienne. L'agglomération d'Abidjan est située au Sud du

golfe de Guinée et est comprise entre les latitudes 5°00' et 5°30'N et les longitudes 3°50' et 4°10'W. En tant que capitale économique de la République de Côte d'Ivoire, le district d'Abidjan constitue un pôle de développement du pays et une source potentielle d'emplois pour les femmes et les jeunes. C'est un véritable poumon économique, car il abrite l'essentiel des entreprises de tous les secteurs d'activités. Le district d'Abidjan compte plus de cinq millions d'habitants et s'étend sur une superficie de 2 119 Km<sup>2</sup>, soit 0,6% du territoire national. Il regroupe treize (13) communes que sont : Abobo, Adjamé, Anyama, Attécoubé, Bingerville, Cocody, Koumassi, Marcory, Plateau, Port-Bouët, Treichville, Songon et Yopougon. C'est conformément à la loi N°2001-478 du 09 Août 2001 que l'ex-ville d'Abidjan a été érigée en district. C'est avec cette disposition législative que se sont ajoutées aux dix (10) communes, les trois (3) communes rurales, à savoir Anyama, Bingerville et Songon.

### 1.2. Choix des sites d'enquête

Le cadre de l'étude est composé par les localités du district d'Abidjan. L'étude visait les formations sanitaires où les initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont implantées. Par exemple, l'International Baby-Food action network. Côte d'Ivoire (IBFAN-CI) a formé et installé des « groupes de soutien » dans les communes du district d'Abidjan. Dans ce cadre, l'ONG<sup>2</sup> a envisagé l'instauration du label de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB)<sup>3</sup> en vue de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Ce critère a justifié le choix de quatre (4) centres de santé des communes d'Abobo, de Cocody, de Bingerville et de Treichville (Carte n°1).

---

<sup>2</sup> ONG : Organisation Non Gouvernementale

<sup>3</sup> La désignation « Ami des bébés » est consignée par le Comité Canadien pour l'Allaitement à tout centre de santé qui respecte chacune des dix conditions prédéfinies pour le succès de

l'allaitement exclusif, mais aussi toutes les neuf dispositions visant à garantir l'allaitement artificiel, énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (C. M. Pound *et al*, 2012, p. 322-323).

Carte n°1 : Localisation des 13 communes du district d'Abidjan et de la zone d'étude



L'étude a donc concerné respectivement :

- le Centre de Santé Urbain à base Communautaire (CSUCOM) de Riviera Palmeraie,
- la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire (FSUCOM) d'Abobo Sagbé Nord,
- l'Hôpital Général (HG) de Bingerville et,
- le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville.

Ce critère de choix est croisé avec celui de la prise en compte des trois niveaux de services de soins de santé, traditionnellement distingués. Cela a permis de mieux cerner la problématique de l'alimentation des nourrissons chez les femmes qui reçoivent les premiers soins dans les centres de primaires, puis, sont orientées vers les centres de santé de soins secondaires et si nécessaire, dans un centre de santé de soins tertiaires.

### 1.3. Echantillonnage

Il s'agit des critères de choix des individus dans l'échantillon. Ainsi, nous nous sommes intéressées aux mères nourrices de bébés âgés de 6 mois maximum<sup>4</sup> pour faire la différence entre

l'allaitement exclusif et les autres types d'alimentation.

Cependant, concernant les nourrices qui n'arrivaient pas à donner l'âge exact de leurs bébés, nous avons eu accès aux carnets de santé de ces enfants pour regarder la date de naissance et par ce moyen, nous avons déterminé l'âge de ces enfants.

Comme critère, nous avons aussi les différents quartiers de provenance des mères nourrices.

Le concept variable indépendante « Milieu de provenance » sous-entendu « Milieu de vie » a pour variables dépendantes « Lieu de résidence » (Cocody, Treichville, Bingerville et Abobo) et « Type d'habitation » (Cour commune, Villa, Appartement) des nourrices.

Pour la détermination de l'échantillon, nous nous servons des populations féminines des différentes zones enquêtées que sont : 21 150 femmes à Abobo Sagbé Nord : 6 343 femmes à Bingerville quartier agriculture, 2 958 femmes à Treichville zone portuaire, 2 426 femmes à Cocody Riviera Palmeraie (INS, estimation 2012).

Notre étude concerne donc les nourrices, c'est-à-dire les femmes en âge de procréer qui ont un bébé dont l'âge est compris entre 0 et 6 mois. Aussi, nous nous sommes intéressées à la tranche

<sup>4</sup> L'allaitement exclusif pour les bébés de 0 à 6 mois est la norme de l'OMS.

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

d'âge des femmes comprise entre 25 et 29 ans, en excluant celles qui ne sont pas comprises dans cet intervalle. Nous avons fait ce choix parce que nous considérons qu'à cet âge de maturité, la femme plus apte à écouter les conseils sur ce qui concerne l'alimentation de son enfant et particulièrement, la pratique de l'allaitement exclusif. Le tableau n°1 montre que la population de cette tranche d'âge était plus importante par rapport aux autres tranches d'âge.

**Tableau n°1 : Population féminine âgée de 25 à 29 ans**

Commune	Effectif (N)	Pourcentage
Riviera Palmeraie	276	8,88
Abobo Sagbé Nord	2 058	66,20
Treichville (zone portuaire)	284	9,13
Bingerville	491	15,79
Total	3 109	100,00

Source : Institut National de Statistique (INS), estimation 2012

Pour déterminer le nombre d'individus à interroger dans l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Bernoulli. Le choix de cette formule se repose sur la disponibilité de données statistiques officielles sur la pratique de l'Allaitement Exclusif dans les différents centres de santé qui sont nos zones d'enquêtes.

La taille de notre échantillon est obtenue à partir de la formule suivante :

$$n = e^2 \times N / e^2 + d^2 (N-1),$$

où :  $e = 1,96$  ;  $d = 0,05$  et  $N = 3 109$ , donc  $n = 1 028,586448$ , soit  $n = 1 028$

Ainsi, l'échantillon est constitué de 1 028 mères nourrices. Ces participantes ont été sélectionnées lors des vaccinations, des pesées ou des consultations externes de leur bébé, mais aussi, dans les services de nutrition et de maternité des différents centres de santé indiqués ci-dessus. Cette sélection a été faite soit avant ou après ces services. L'enquête a commencé le 06 décembre 2012 et a pris fin le 30 mars 2013 et a duré environ quatre (4) mois.

Nous avons appliqué la méthode de quota pour déterminer le nombre de nourrices dans chaque commune. Ainsi dans l'utilisation de cette méthode, l'on fait une représentation de la

population mère dans l'échantillon. Ceci revient à déterminer le nombre de nourrices à enquêter dans chaque commune, comme suit :

- Riviera Palmeraie,  $1 028 \times 8,88\% = 91$
- Abobo Sagbé Nord,  $1 028 \times 66,20\% = 681$
- Treichville,  $1.028 \times 9,13\% = 94$
- Bingerville,  $1 028 \times 15,79\% = 162$

Le tableau n°2 donne l'effectif de mères nourrices enquêtées dans chaque zone.

**Tableau n°2 : Nombre de mères nourrices à enquêter**

Zones d'enquête	Nombre de nourrices
Riviera Palmeraie	91
Abobo Sagbé Nord	681
Treichville	94
Bingerville	162
Total	1028

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Dans notre étude, le questionnaire administré auprès de 1028 nourrices comportait des sections sur (i) les types d'habitation et le milieu de résidence et (ii) les types d'alimentation et le premier aliment donné au bébé.

#### 1.4. Méthode de collecte, de traitement et d'analyse des données

Le traitement des données issues du questionnaire administré auprès de 1028 nourrices a consisté en la codification, la saisie, et l'apurement des données. Après la vérification des données, celles-ci ont été transférées vers le logiciel d'analyse statistique Statistical Package for Social Science (SPSS, version 20.) pour la tabulation et l'analyse. L'analyse a porté sur les 588 ménages qui ont répondu à l'outil de collecte. Elle a été univariée et bivariée. La significativité des relations statistiques a été mesurée par le test de Khi2. Le degré de significativité des associations a été indiqué par la valeur du p de Pearson et l'appréciation des relations entre variables qualitatives a nécessité le calcul du V de cramer.

## 1.5. Limites de l'étude

Les limites de l'étude sont en rapport avec l'échantillonnage, en ce sens que l'hôpital a été choisi comme lieu d'enquête. En effet, le calcul de l'échantillon sur la base des données de recensement de l'Institut National des Statistiques (INS, estimation 2012), peut être considéré comme une insuffisance méthodologique. Ceci a été dû à l'absence des données chiffrées concernant les effectifs de mères nourrices dans les différents centres de santé où l'enquête a eu lieu. Par ailleurs, la période de vaccination, de pesée et de consultation externe choisie pour mener l'enquête dans les centres de santé, a été comme un facteur limitant de l'approche méthodologique adoptée. En fait, la contrainte majeure a été la coïncidence du jour pour effectuer les actes médicaux, notamment la vaccination à faire les vendredis dans les différents centres de santé, à l'exception du CHU de Treichville. A ce niveau, la double option du centre de santé ou du ménage<sup>5</sup>, selon la

préférence de la mère nourrice pour mener l'enquête (F. A. Adiko, 2016, p. 60), aurait évité de se confronter à cette difficulté du terrain d'étude.

## 2. Résultats

### 2.1. Etude de la relation entre le milieu de vie des mères nourrices et le premier aliment donné au nourrisson

#### 2.1.1. Relation entre le lieu de résidence et le premier aliment donné au nourrisson

L'étude descriptive a consisté à mettre en relation le lieu de résidence et le premier aliment donné au nourrisson. Ainsi, elle a permis de calculer les fréquences et proportions des nourrices donnant de l'eau sous la forme diverse, du lait maternel et autres aliments liquides comme premiers aliments à leur nouveau né, selon que celles-ci vivent dans les quartiers à proximité des formations sanitaire ciblées dans l'étude (Tableau n°3).

**Tableau n°3 : Distribution des mères nourrices selon l'influence du lieu de résidence sur le premier aliment donné au nourrisson**

		Premier aliment donné à bébé			Total
		eau minérale, eau plate, eau tiède	Lait maternel	autres (sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruit, autre lait, miel, datte	
Lieu de résidence	Abobo	12 1,8%	242 35,5%	427 62,7%	681 100,0%
	Bingerville	2 1,2%	149 92,0%	11 6,8%	162 100,0%
	Treichville	5 5,3%	81 86,2%	8 8,5%	94 100,0%
	Riviera palmeraie	2 2,2%	70 76,9%	19 20,9%	91 100,0%
Total		21 2,0%	542 52,7%	465 45,2%	1028 100,0%

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse du tableau n°3 renseigne que :

- à Abobo, les nourrices enquêtées ont donné 1,8% d'eau minérale, plate ou tiède à leurs bébés, 35,5% de lait

maternel et 62,7% d'autres aliments tels que le sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruits, autre lait, miel et les dattes ;

<sup>5</sup> Au ménage, la mère nourrice est plus présente en chambre de réclusion (F. A. Adiko et al, 2018, p. 9)

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

- à Bingerville, les enquêtées ont donné 1,2% d'eau minérale, plate ou tiède aux bébés, 92% de lait maternel et 6,8% d'autres aliments liquides ;
  - à Treichville, les bébés ont reçu 5,3% d'eau minérale, plate ou tiède, 86,2% de lait maternel et 8,5% d'autres aliments liquides ;
  - à la Riviera Palmeraie, les bébés ont reçu 2,2% d'eau minérale, plate ou tiède, 76,9% de lait maternel et 20,9% d'autres aliments liquides.
- Le croisement des proportions de nourrices résidant dans les quartiers ciblés avec celles de ceux adoptant les différents types de premiers aliments du nourrisson, a donné les résultats ci-après (Tableau n°4).

**Tableau n°4 : Tests du Khi-deux (lieu de résidence / premier aliment donné au bébé)**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	260,107	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le tableau n°4 donne un effectif théorique de 25% concernant trois (3) cellules. Ce qui signifie que le test est significatif au seuil alpha égal à 5% à 6 degrés de liberté. Autrement dit, le lieu de résidence a une influence sur le premier aliment donné au bébé.

Mais la valeur de V de Cramer (0,356) montre que cette relation entre le lieu de résidence et le premier aliment donné au bébé est une relation faible.

### 2.1.2. Relation entre le type d'habitation et le premier aliment donné au nourrisson

Les données de l'étude ont permis d'approfondir les connaissances sur l'appréciation de la typologie de la relation entre les premiers aliments donnés au nourrisson et le style d'habitat des nourrices. Le tableau n°5 présente le récapitulatif des fréquences et proportions des nourrices donnant de l'eau sous la forme diverse, du lait maternel et autres aliments liquides comme premiers aliments à leur nouveau nés, selon que celles-ci vivent dans des cours communes, appartements ou villas.

**Tableau n°5 : Distribution des mères nourrices selon l'influence du type d'habitation sur le premier aliment donné au nourrisson**

		Premier aliment donné au nourrisson			Total
		Eau minérale, eau plate, eau tiède,	Lait maternel	autres (sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruit, autre lait, miel, datte)	
Type d'habitation	Villa	2	74	15	91
		2,2%	81,3%	16,5%	100,0%
	Cour commune	8	270	341	619
		1,3%	43,6%	55,1%	100,0%
	Appartement	11	198	109	318
		3,5%	62,3%	34,3%	100,0%
Total		21	542	465	1028
		2,0%	52,7%	45,2%	100,0%

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013



L'analyse du tableau n°5 montre que 2,2% des enquêtées habitant dans une villa ont donné de l'eau minérale, de l'eau plate et de l'eau tiède, tandis que 81,3% du lait maternel et 24,4% d'autres liquides comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes, à leurs bébés.

Par ailleurs, 1,3% des nourrices habitant dans une cour commune ont déclaré donner de l'eau, 43,6% du lait maternel et 55,1% les autres liquides, à leurs bébés.

Quant aux nourrices enquêtées vivant dans un appartement, 3,5% ont dit donner de l'eau, 62,3% du lait maternel et 34,3% les autres liquides, à leurs bébés.

Le croisement des proportions de nourrices résidant dans les types d'habitation spécifiés avec celles de ceux adoptant les différents types de premiers aliments du nourrisson, a donné les résultats ci-après (Tableau N°6).

**Tableau n°6 : Tests du Khi-deux (type d'habitation / premier aliment donné au bébé)**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	72,535	4	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

*Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013*

D'après le tableau n°6, la valeur de Khi-deux calculée est égale à 72,535. Cependant, la valeur de Khi-deux lue dans la table à 4 degrés de liberté est égale à 9,488. Cette dernière valeur étant inférieure à celle calculée, l'on peut affirmer que le test est significatif au seuil de 5% à 4 degrés de liberté. Cela veut dire qu'il existe un lien entre le type d'habitation et le type de premiers aliments du nourrisson.

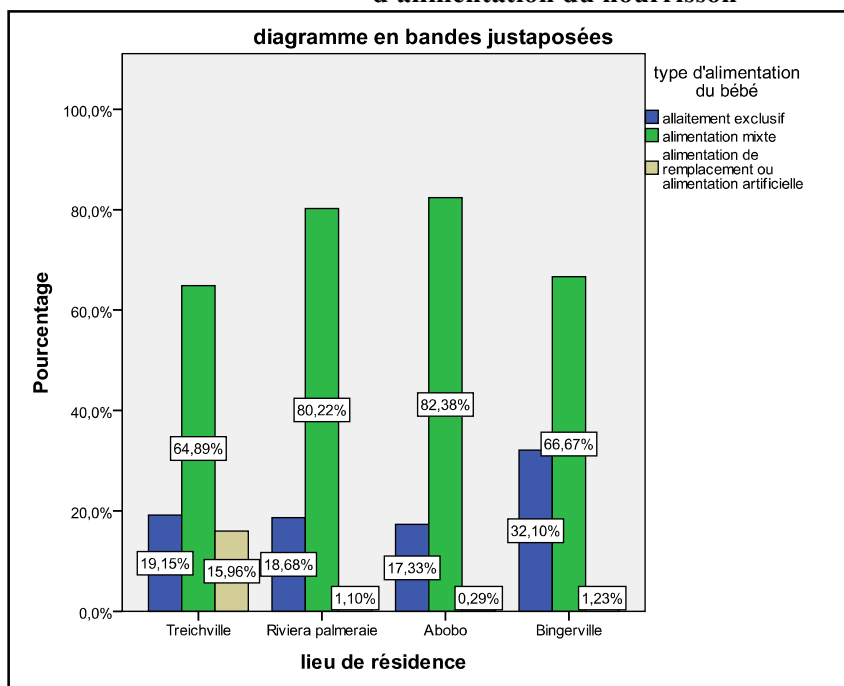
La valeur du V de Cramer est 0,188. Celle-ci indique que la relation entre les deux variables est faible.

L'étude de la relation entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson a été effectuée à partir des tris croisés entre ces deux modalités. Comme indiqué dans la méthodologie, le lieu de résidence est déterminé à partir des proportions de mères nourrices formées par l'ONG IBFAN-CI et habitant les localités d'Abobo, Bingerville, Treichville et Riviera Palmeraie. Quant aux types d'alimentation du nourrisson, ils résultent des proportions des nourrices qui adoptent l'allaitement exclusif, l'alimentation mixte et l'alimentation de remplacement ou l'alimentation artificielle. Le graphique n°1 indique les proportions de nourrices selon le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson.

## **2.2. Etude de la relation entre le milieu de vie des mères nourrices et le mode d'alimentation du nourrisson**

### **2.2.1. Relation entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson**

**Graphique n°1 : Répartition des mères nourrices par lieu de résidence et type d'alimentation du nourrisson**



Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse des résultats présentés par le diagramme en bandes justaposées a fait ressortir que :

- parmi les nourrices, 17,3% des enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 82,4% pour l'alimentation mixte et 0,3% pour l'alimentation de remplacement, à Abobo.
- 32,1% des nourrices enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 66,7% pour l'alimentation mixte et 1,2% pour l'alimentation de remplacement, à Bingerville.
- 19,1% des enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 64,9% pour l'alimentation mixte et 16% pour l'alimentation de remplacement, à Treichville.

- 18,7% des nourrices enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 80,2% pour l'alimentation mixte et 1,1% pour l'alimentation de remplacement, à la Riviera Palmeraie.

L'on remarque les différences au niveau des pourcentages entre les différents groupes. Il est important de signaler que ces tris croisés ne peuvent pas permettre de conclure à des relations significatives entre ces groupes, encore moins aux sens de ces relations. Le test khi-deux sera alors utilisé pour vérifier si cette différence est significative. Les résultats des tests croisés entre les proportions de nourrices résidant dans les quartiers ciblés avec celles de ceux adoptant les différents modes d'alimentation du nourrisson, sont présentés dans le tableau n°7 qui suit.

**Tableau n°7 : Tests du Khi-deux (lieu de résidence / type d'alimentation du nourrisson)**

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	126,069	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

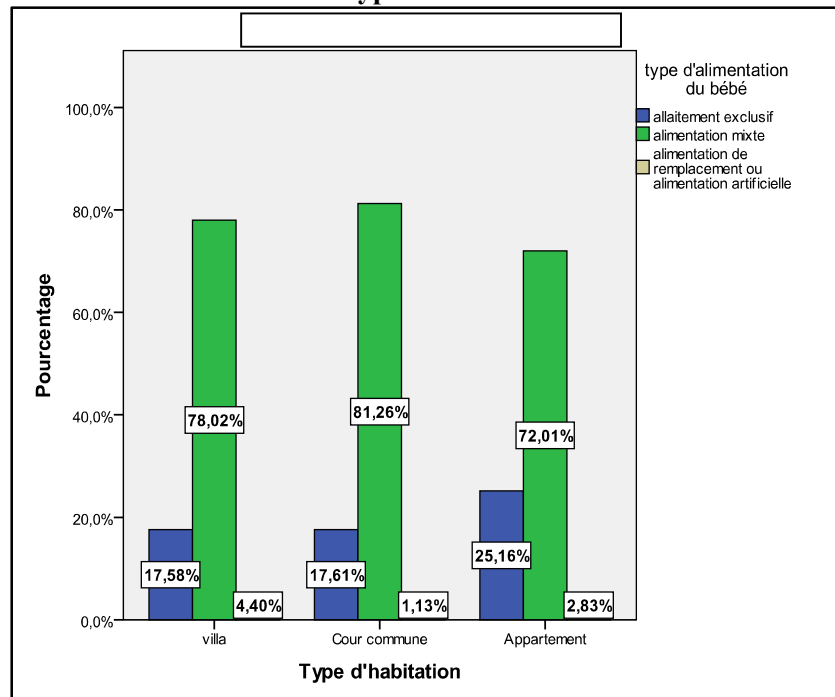
Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

De l'analyse du tableau précédent, il ressort que la valeur de khi-deux calculée est égale à 126,069. Cependant, la valeur de khi-deux lue dans la table à 6 degré de liberté est égale à 12,592. Cette dernière valeur étant inférieure à celle calculée, nous pouvons affirmer que le test est significatif au seuil de 5% à 6 degré de liberté. Cela veut dire qu'il existe un lien entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson. En d'autres termes, l'environnement dans lequel vit la nourrice a donc une influence sur le type d'alimentation que la nourrice offre à son bébé. La valeur du V de Cramer est 0,248. Celle-ci indique que la relation entre les deux variables est faible.

### 2.2.2. Relation entre le type d'habitation et le type d'alimentation du nourrisson

Dans l'étude, le type d'habitation (villa, cour commune, appartement) a été mis en relation avec le type d'alimentation (allaitement exclusif, l'alimentation mixte et l'alimentation de remplacement ou l'alimentation artificielle). Les fréquences et proportions de nourrices vivant dans les types d'habitation et adoptant ces différences modes d'alimentation pour leur nourrisson sont résumées dans le graphique n°2.

**Graphique n°2 : Répartition des mères nourrices par type de d'habitation et type d'alimentation du nourrisson**



Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le graphique n°2 relatif au diagramme en bandes type de d'habitation et type d'alimentation du juxtaposées des fréquences des nourrices par nourrisson révèle que :

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

- parmi les enquêtées qui habitent dans des villas, 17,58% ont pratiqué l'Allaitement Exclusif, 78,02% ont opté pour l'alimentation mixte et 4,40% ont utilisé le lait artificiel ou de remplacement ;
- concernant les enquêtées qui habitent dans des cours communes, 17,61% affirment avoir pratiqué l'Allaitement Exclusif, 81,26% ont opté pour l'alimentation mixte et 1,13% ont utilisé le lait artificiel ;
- pour celles qui habitent dans des appartements, 25,16% pratiquent l'Allaitement Exclusif, 72,01% l'alimentation mixte et 2,83% ont utilisé le lait de remplacement.

L'on remarque des différences entre les pourcentages entre les différents groupes. Nous allons vérifier si ces différences sont significatives au seuil alpha égal à 0,05 avec un test Khi-deux.

**Tableau n°8 : Tests du Khi-deux (type d'habitation / type d'alimentation du nourrisson)**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	14,779	4	0,005
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le tableau n°8 indique que la valeur de Khi-deux calculée est égale à 14,779. Celle qui est lue à 4 degrés de liberté au seuil de 5% reste égale à 9,488. L'on constate que la valeur de Khi-deux calculée est supérieure à celle lue dans la table. Cela amène à dire que le test est significatif au seuil alpha égal à 5%. En d'autres termes, le type d'habitation a une influence sur le type d'alimentation du bébé.

La valeur V de Cramer (0,085) indique que la relation entre les deux variables est très forte.

### 3. Discussion

#### 3.1. L'importance de l'allaitement maternel exclusif comme premier aliment donnés aux nourrissons dans les milieux de vie des mères

Il ressort de l'analyse des données de l'étude que le lieu de résidence et le type d'habitation des mères nourrices détermine le premier aliment donné au nourrisson. En effet, une relation statistiquement significative existe entre ces deux variables et le premier aliment. Mais le lieu de résidence et le type d'habitation ne sont pas forcément liés au choix du premier aliment du

nourrisson, si l'on se réfère aux valeurs du V de Cramer. Toutefois à l'exception des milieux populaires, notamment à Abobo<sup>6</sup> et dans les cours communes, où les mères donnent les aliments liquides à base d'eau et de décoctions aux nourrissons, le lait maternel (52,7%) apparaît comme le premier aliment sur lequel l'étude s'est globalement focalisée. Ce résultat corrobore avec l'étude de A. Coulibaly *et al* (2014, p. 559) qui a mis en évidence que la pratique de l'allaitement exclusif est influencé par le lieu d'origine et d'habitation de la mère. Les travaux de A. K. J. Mouroufié *et al* (2019, p. 3) réalisés dans les centres de santé à Abidjan ont montré que l'allaitement maternel exclusif est le plus couramment pratiqué avec plus de 54% des mères. En réalité, cette vision est largement partagée dans les débats sur le développement des nourrissons et jeunes enfants dans le monde. En effet, le lait maternel est reconnue comme le régime alimentaire optimal pour le nourrisson de moins de six mois en ce sens qu'il réduit le retard de croissance et assure un développement physique et mental harmonieux (OMS, 1989, p. 42). Ainsi il est largement recommandé dans le monde entier en ce sens qu'il protège les nouveaux-nés. Comme on l'a dit, les

<sup>6</sup> Les études réalisées sur l'urbanisation accélérée et l'environnement socio-économique dans la ville d'Abidjan révèlent que les 53 quartiers d'Abobo abritent des cours

communes tramées dont la majorité (76%) se retrouve à Abobo Sagbé (A. P. R. KOUACOU, 2014, p. 39 ; K. M. DIBY, 2018, p. 33).

répercussions de l'allaitement sont nombreuses pour les nourrissons. L'allaitement exclusif au sein contribue à procurer aux nourrissons et jeunes enfants les nutriments, anticorps, hormones et anti-oxydants et autres facteurs que contient le lait maternel (UNICEF, 1998, p. 24). Il a donc des effets positifs qui concernent la nutrition, la croissance et le développement, et aussi la protection contre les infections, les allergies et certaines maladies chroniques chez les nourrissons et jeunes enfants. Mais, dans la mesure où nombre de facteurs comme l'indisponibilité des mères (47,24%) et le problème de satiété des nourrissons (25,41%) influence négativement sa pratique par les femmes de niveau primaire et analphabètes, beaucoup reste à faire dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition d'ici 2025 (A. K. J. Mouroufié *et al.*, 2019, p. 3). Dans les pays africains, des interventions visant à améliorer l'état nutritionnel des mères et les taux d'allaitement maternel sont nécessaires afin d'optimiser les résultats de santé pour les nourrissons (A. Prentice *et al.*, 1987, p. 487 ; K. G. Ericksen, 2017, p. 263 ; OMS, 2019, p. 10). En somme, les changements dans le mode de vie associés à de faibles mesures réglementaires pour la protection de l'allaitement, constituent un risque pour l'atteinte et le maintien du taux minimum ciblé de 50 % (OMS, 2019, p. xi).

### **3.2. Le choix des modes d'alimentation des nourrissons : la prédominance de l'influence des réseaux de sociabilité des mères**

Les résultats de l'étude a montré que le choix du type d'alimentation du nourrisson est liée au statut de l'habitation des enquêtées. Cette association était statistiquement significative, mais avec la valeur du V de Cramer qui indiquait que la relation entre les deux variables étaient très fortes. Le taux de l'allaitement mixte était plus élevé chez les enquêtées vivant dans les

cours communes que celles vivant dans les villas ou les appartements. Ceci s'expliquerait par la présence des différentes personnes de la mère nourrice auprès d'elle. De plus avec les différentes interventions des autres membres de la cour commune, la nouvelle mère est amenée à intégrer le lait maternel (43,6%) aux aliments liquides comme l'eau, le jus de fruits et de feuilles de tisane (55,1%) dans l'alimentation du nourrisson. La prédominance de l'influence des réseaux de sociabilité des mères a été relevée par nombre de travaux de recherche effectués notamment en milieu populaire urbain. Selon G. A. W. Kanteng *et al.* (2014, p. 3), ces réseaux composés de la mère de l'allaitante, de la belle-mère, d'une tante, d'une sœur, ayant l'expérience de plusieurs maternités, expliquent le choix inoportun au moment de la diversification alimentaire des nourrissons vivant dans la zone urbaine congolaise. Mais dans ce domaine, nombre de facteurs liés au contexte local peuvent influencer les comportements des mères. Dans son étude à Bamako, K. Sanogo (2011, p. 46) a montré que la majorité des mères ayant reçu des conseils sur l'alimentation appropriée de la petite enfance (90,48%) donnent de l'eau de datte ou de l'eau pure au nouveau-né avant le début de l'allaitement et des tisanes en plus du lait maternel avant 6 mois pour des raisons coutumières. Outre les raisons d'ordre socio-culturel (le respect des us et coutumes, des croyances, traditions ...), certains comportements de ces mères peuvent être expliqués par la méconnaissance des pratiques de l'alimentation complémentaire au lait maternel, ainsi que les préjugés. L'étude de A. K. J. Mouroufié *et al.* (2019, p.4) a mis en évidence qu'à Abidjan, le recours aux aliments complémentaires autres que le lait maternel justifie que la majorité des mères (54%) utilisent de l'eau dans l'alimentation des nourrissons. Toutefois, les femmes en situation de précarité peuvent avoir l'habitude de pratiquer des actes déviants provoquant la diarrhée chez leurs enfants malnutris. Ainsi à en croire les recherches menées sur les perceptions de causes de maladies infantiles, ces pratiques répandues

dans beaucoup de pays, peuvent comporter un risque pour la santé du nourrisson parce qu'elles augmentent le risque de diarrhées et d'autres maladies infectieuses (C. M. Monte et E. R. Giugliani, 2004, p. S136 ; O. B. Ogunba, 2010, p. 334 ; Muhimbula et Issa-Zacharia, 2010, p. 680).

## Conclusion

L'étude s'est attelée à rechercher comment le lieu de provenance des mères nourrices influence les choix alimentaires pour les nourrissons. Les résultats ont conclu que les deux facteurs de la provenance des nourrices que sont le lieu de résidence et le type d'habitation, ont une relation certaine avec les choix du type d'alimentation et des premiers aliments donnés aux nourrissons. L'analyse plus approfondie permet d'établir que seulement le type d'habitation est fortement lié au type d'alimentation, tous les autres tests statistiques relevant des relations faibles. Cependant, on peut retenir que le premier aliment du nourrisson de moins de 5 ans semble être le lait maternel. Au-delà de 5 ans, l'alimentation mixte reste pratiquée par la plupart des mères nourrices de la zone d'étude. En réalité, ces données probantes peuvent être vues comme une preuve de réussite des initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Dans ce domaine, les actions menées dans la zone d'étude par l'International Baby-Food action network Côte d'Ivoire (IBFAN-CI) en faveur de la promotion de l'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de 5 ans, ont été d'un apport considérable. Ensuite, les programmes nationaux de nutrition et de santé mère-enfant mènent des actions visant à encourager l'intégration des aliments du régime complémentaire comprenant des plats à base de mélanges variés de céréales, de tubercules féculents, de légumineuses et de légumes. Etant

donné que les composants du lait maternel sont généralement insuffisants chez les femmes en milieux pauvres, la conception et la mise en œuvre de stratégies communautaires intégrées restent des défis à relever pour le renforcement de la santé maternelle et infantile.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADIKO Francis Adiko, YAO Léopold Yao et GRONGNET Jean-François, 2016, Étude anthropologique de l'alimentation lors du *Tambrya* à Abidjan (Côte d'Ivoire), In Vassas Claudine (sous-direction), Les Mangeurs du XXI<sup>e</sup> siècle, Nourriture et identité, éd. électronique, Éd. du Comité des travaux historiques et scientifiques (Actes des congrès nationaux des sociétés historiques et scientifiques), Paris, 57-68

ADIKO Francis Adiko, NINDJIN Charlemagne et YAO Léopold Yao, 2018, Normes alimentaires et sanitaires appliquées aux nouvelles accouchées chez les Akan en milieu rural ivoirien, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, [Mis en ligne le 19 Janvier 2019], consulté le 2020-07-21, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=32>

AGHO Kingsley Emwinyore, EZEH Osita Kingsley, GHIMIRE Pramesh Raj, UCHECHUKWU Osuagwu Levi, STEVENS Garry John, TANNOUS Wadad Kathy, FLEMING Catharine, OGBO Felix Akpojene et GLOMACH, 2019, Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in 13 "Economic Community of West African States" (ECOWAS) Countries, *Nutrients*, 11, 3007, doi:10.3390/nu11123007

AKA-GBEZO Solange, KONAN Amino Georgette, N'CHO Mathias, ACHI Patricia, KOFFI-NEVRY Rose, KOUSSEMON-CAMARA Marina et BONFOH Bassirou, 2017.

- Screening of antimicrobial activity of lactic acid bacteria isolated from anango baca slurry, a spontaneously fermented maize product used in Côte d'Ivoire, *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 11(6): 2616-2629.
- AKRE James (sous dir.), 1989, L'alimentation infantile. Bases physiologiques, *Bulletin WHO : Supplément* Vol. 67, Genève, OMS.
- ARNAUD Stéphane, 2004, Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de Damé (Côte d'Ivoire) : Caractérisation et essai d'identification des déterminants de la malnutrition protéino-énergétique et des pratiques alimentaires, Mémoire de DESS, Académie de Montpellier, Université de Montpellier II.
- BLACK Robert E., VICTORA Cesar Gomes, WALKER Susan P., BHUTTA Zulfiqar A., CHRISTIAN Parul, DE ONIS Mercedes, EZZATI Majid, GRANTHAM-MCGREGOR Sally, KATZ Joanne, MARTORELL Reynaldo, UAUY Ricardo et the Maternal and Child Nutrition Study Group, 2013, Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 382: 427–51.
- COULIBALY Amed, TANO Aké Odile, VROH BI Bénie Joseph, TRAORE Youssouf et DAGNAN Simplicie N'Cho, 2014, Facteurs socioprofessionnels et pratique de l'allaitement exclusif par les primipares à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Santé publique*, 4(26) : 555-562.
- COURADE Georges et PELTRE-WURTZ Jacqueline, 1991, « La sécurité alimentaire à l'heure du néolibéralisme », ORSTOM, Cahiers de sciences humaines, Paris, vol. 27, n° 1-2.
- DIBY Kouakou Martin, 2018, Pauvreté urbaine et émergence d'initiatives économiques informelles de survie à Abobo, une commune de l'espace périphérique nord d'Abidjan en côte d'Ivoire, *Revue Canadienne de Géographie* / *Tropical Canadian Journal of Tropical geography*, 5(1) : 30-38.
- ERIKSEN Kamilla Gehrt, 2017, Maternal nutrition, breast milk micronutrients and infant growth in rural Gambia, Doctoral thesis, University of Cambridge.  
<https://doi.org/10.17863/CAM.18805>
- EZZATI Majid, LOPEZ Alan D., RODGERS Anthony, VANDER Hoorn Stephen et MURRAY Christopher J. L., 2002, *Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease*, *The Lancet*, vol. 360 no9343 pp.1–14.
- FONDS DES NATIONS-UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1998, La situation des enfants dans le monde 1998, New York, UNICEF.
- FORERO Roberto, NAHIDI Shizar, DE COSTA Josephine, MOHSIN Mohammed, FITZGERALD Gerry, GIBSON Nick, MCCARTHY Sally et ABOAGYE-SARFO Patrick, 2018, Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine, *BMC Health Serv Res*, 18(1):120.
- Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (UNHCR), 2015, Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés, Genève, UNHCR.
- KANTENG Gray A. Wakamb, LUBALA Toni Kasole, MUTOMBO Augustin Mulangu et al., 2014, Perception de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire dans une zone urbaine congolaise, *The Pan African Medical Journal*, 19: 336.

KOUACOU Aya Pascale Rega, 2014, Caractéristiques physiques et sociologiques des zones criminogènes dans la commune d'Abobo, Mémoire de master en géographie, Bouaké, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

LARTEY Anna, 2008, Maternal and child nutrition in Sub-Saharan Africa: challenges and interventions. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 105–108.

MICHAELSEN Kim Fleischer, WEAVER Lawrence, BRANCA Francesco et ROBERTSON Aileen, 2000, Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional Publications, European Series, No. 87. Copenhagen.

MOUROUFIE A. K. J., KOUAKOU Egnon K. V., KOUAKOU Firmin Kouassi, TANO F. Ebou, KOUAKOU AC, et al., 2019, Evaluation of Factors Influencing Breastfeeding in Children Aged 0 to 24 Months Received in an Urban Community Health Center in Abidjan Cocody (Côte d'Ivoire). *J Palliat Care Med* 9: 348. doi:DOI: 10.4172/2165-7386.1000348

MUHIMBULA Happiness S. et ISSA-ZACHARIA Abdulsudi, 2010, Persistent child malnutrition in Tanzania: Risks associated with traditional complementary foods (A review). *African Journal of Food Science* Vol. 4 (11), pp 679-692.

<http://www.academicjournals.org/ajfs/pdf/pdf2010/Nov/Muhimbula%20and%20%20Issa-Zacharia.pdf>

OGUNBA Olubukola Beatrice, 2010, Diet Diversity in Complementary Feeding and Nutritional Status of Children Aged 0 to 24 Months in Osun State, Nigeria. A Comparison of the Urban and Rural Communities, ICAN:

*Infant, Child, & Adolescent Nutrition*. vol. 2 • no. 6, DOI: 10.1177/1941406410385451

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO), International Fund for Agricultural Development (IFAD), Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF), United Nations World Food Programme (WFP) et World Health Organization (WHO), 2018, The State of Food Security and Nutrition in the World. In: Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2014, Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, Genève, Organisation Mondiale de la Santé. [https://www.who.int/nutrition/publications/CIP\\_document/fr/](https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/fr/)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2019, Nutrition dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.

OULAH I Taté Roger et FOFANA Memon, 2016, Observation of a corrélation between eating habits of mothers and malnutrition of children 0 à 5 years during an anthropological exploration in the Department of Seguela (CÔTE D'IVOIRE), *European Journal of Research in Social Sciences*, Vol. 4 No. 8.

POUND Catherine M., UNGER Sharon L. et Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie hospitalière, comité de nutrition et de gastroentérologie, 2012, L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 17(6), 322–327.

PRENTICE Ann, JARJOU Landing M. A., DRURY Patrick J., DEWIT Odile et



CRAWFORD Michael A., 1989, Breast-milk fatty acids of rural Gambian mothers: effects of diet and maternal parity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 8:486–90.

Programme National de Nutrition (PNN), 2010, Rapport du landscape analysis côte d’ivoire, MHSP, Abidjan, Côte d’Ivoire.

REPUBLIQUE DE COTE D’IVOIRE (RCI), 2015, Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d’Ivoire, Rapport juillet 2015, Abidjan, Côte d’Ivoire.

SANOGO Korotimi, 2011, Connaissances et pratiques des mères en matière d’alimentation de la petite enfance au village du Point G en commune III du District de Bamako, Thèse de doctorat unique, Faculté de médecine, de pharmacie et d’odonto-stomatologie, université de Bamako.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1998, Complementary feeding of young children in developing countries : a review of current knowledge. World Health Organization, Geneva (document WHO/NUT/98.1)