

Incidence des facteurs socio-economiques sur les pratiques nutritionnelles des enfants de 6-23 mois a Kinshasa

MBELA KUSUMBULA DANA Raoul *
NZITA KIKHELA Paul Denis **

Résumé

La diversification des aliments consommés sur la croissance des enfants de 6 à 23 mois. En effet, lorsqu'elle est mal faite, elle les expose à un niveau de malnutrition qui favorise leur décès (Kennedy G.L., et al. 2007). Cela étant, une étude a été menée à Kinshasa en Elle a montré que 53 % des enfants de 6 – 8 mois n'y bénéficient pas d'un minimum de 2 repas par jour et qu'à la veille de l'enquête, 43 % d'entre eux n'avaient pas reçu les quatre groupes d'aliments requis. Il est également apparu que le non-respect des bonnes pratiques de nutrition dépend des caractéristiques socio-économiques des mères. En effet, les femmes ayant les caractéristiques suivantes sont celles dont les enfants ont un risque élevé de malnutrition, à savoir : les primipares âgées de moins de 25 ans, les divorcées et les séparées, les femmes vivant dans un ménage monoparental de plus de 7 personnes, dans un ménage à faible standing de vie et qui sont originaires du Kasai. En ce qui concerne le non-respect des groupes d'aliments obligatoires, il est apparu que ce problème concerne surtout les femmes vivant dans des ménages monoparentaux ou ayant plus de 7 personnes, qui sont d'un niveau de vie moyen et dont les dépenses quotidiennes varient de 5.000 à 10.000 FC. Ce sont donc ces groupes qui doivent être privilégiés dans une politique d'actions.

Mots clés : Diversification alimentaire, pratiques nutritionnelles, facteurs associés.

ABSTRACT

* Doctorant à l'Université de Kinshasa, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion du Département des Sciences de la Population et du Développement

** Professeur à l'Université de Kinshasa, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion du Département des Sciences de la Population et du Développement

I. INTRODUCTION

La RDC a signé la déclaration du Millénaire pour le Développement en l'an 2000 et a adhéré aux recommandations internationales sur la poursuite des Objectifs de développement durable en 2016. Sur cette base, elle a élaboré un Plan National Stratégique de Développement (PNSD) en 2016 en vue de se hisser au niveau des pays à revenu intermédiaire en 2025 et de devenir un pays émergent en 2030-2035.

Pour ce faire, elle compte sur l'atteinte des dividendes démographiques qui supposent, entre autres, la transition démographique (Bloom, D. E. and Williamson, J., 1998) en général et la baisse sensible de la mortalité des enfants en particulier. Cela étant, elle a retenu de poursuivre l'Objectif de Développement Durable (ODD) consistant à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Dans ce cadre, la RDC a besoin d'éliminer les décès évitables en améliorant les pratiques nutritionnelles infantiles de manière à ramener la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1000 naissances vivantes tout au plus (ODD 3.2.1 et ODD 3.2.2).

Les modèles élaborés pour guider la lutte contre la mortalité des enfants insistent sur la baisse de la malnutrition. C'est le cas de ceux élaborés par Meegama (1980) qui cible la synergie pauvreté et malnutrition, par Mosley et Chen (1984) qui porte sur la relation malnutrition et infection, par Akoto (1985) qui privilégie la prise en compte des variables culturelles et nutritionnelles et par Lalou et Legrand (1995) qui insistent sur la réduction des déficiences alimentaires.

Les récentes publications scientifiques ont montré que les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant, constituent la fenêtre d'opportunité à exploiter pour permettre d'initier un état de santé et de nutrition optimale (RDC/Ministère de la santé publique, 2015). Celle-ci correspond avec l'application des recommandations de l'Organi-

sation mondiale de la Santé (2000) sur les pratiques alimentaires des nourrissons.

Les nutriments de la mère et de l'enfant pendant les 1000 jours allant de la conception jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant déterminent le développement physique, psychique et intellectuel de la personne humaine durant toute sa vie (UNICEF, 2001 ; Zulfiqar, A. B. et al., 2013). Ainsi, la situation nutritionnelle des enfants et des nourrissons constitue un élément essentiel pour l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (Lancet série, 2013).

En effet, l'enfant a besoin tout au long de son développement d'une alimentation riche et équilibrée. Elle joue un rôle important dans sa croissance et contribue à sa bonne santé d'aujourd'hui et de demain (Rigal N.,2007). Les pratiques alimentaires adéquates font référence non seulement à la qualité et à la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction (Alphonse M., et Hankard R, 2005).

Des travaux bien que peu nombreux, semblent indiquer qu'un trop fort contrôle exercé sur les choix alimentaires participe à la dérégulation de la capacité d'ajustement calorique et que des pratiques éducatives associant la prescription des règles et l'ajustement aux demandes des enfants favorisant l'émergence de comportements alimentaires adaptés (Boggio V., et al, 1999 ; Simon C., et al, 2005).

En général, il est reconnu qu'un enfant de 6-8 mois doit bénéficier d'un minimum de 2 repas et d'au moins 4 groupes d'aliments par jour (OMS, 2000). Selon les données de l'enquête menée dans 6 quartiers de la ville de Kinshasa, seules 43% des mères aient introduit un minimum de 2 repas par jour et 57% eurent diversifié au moins 4 types d'aliments. Cependant, les recherches faites par M Garenne et al. (2000), attestent que la forte mortalité des enfants de 6 à 23 mois concorde avec la diversification

de l'alimentation. Pendant cette période, l'introduction d'une alimentation mixte non adaptée au nourrisson vers 6 mois jusqu'au sevrage complet vers 24 mois, peut conduire à la malnutrition protéino-énergétique sévère considérée comme la cause sous-jacente des décès des enfants de moins de 5 ans (The Lancet, 2015 ; Sanghvi, 2002 ; Piwoz et al, 2003).

L'introduction d'une alimentation inadéquate qui se conjugue avec des pratiques alimentaires inappropriées aux enfants de 6-23 mois pourtant soulèvent beaucoup de questions : Qui sont ces femmes ? Quelle est leur typologie ? Par quels facteurs leur choix a-t-il été influencé ? Telles sont les préoccupations que nous allons exploiter dans cette recherche.

Diagnostic des états et de la pratique nutritionnelle des enfants de moins de deux ans en RDC

Le niveau et la tendance nutritionnelle des enfants de moins de deux ans en RDC traduit leur état de précarité sanitaire notamment les états nutritionnels. La malnutrition multicarrentielle bien que légèrement en baisse est préoccupante. En effet, selon les données de Multiple Indicator Cluster Survey menée en RDC entre 2017 et 2018 (MICS-PALU, RDC2017-2018) près d'un enfant sur deux souffre du retard de croissance, 7% sont émaciés et 23% présentent une insuffisance de croissance. Comparativement aux données de MICS2 (2001), une légère baisse est observée entre 2001 et 2014. La prévalence de l'émaciation modérée est passée de 13% en 2001 à 10% en 2007 et 8% en 2014. Pour l'insuffisance pondérale, la prévalence qui était de 31% est passée de 25% en 2007, 24% en 2010 et 23% en 2014. Cependant le retard de croissance bien qu'ayant fléchi de 46% en 2007 à 43% en 2014, connaît une hausse de 5% car elle était à 38% en 2000. En 2018, les analyses faites révèlent une forte détérioration des états nutritionnels selon le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, l'éducation de la mère et le

sexe de l'enfant.

En effet, les enfants les plus touchés par la malnutrition chronique proviennent essentiellement des ménages plus pauvres (52%), des mères analphabètes (50%) pour les enfants du sexe masculin (46%), du milieu rural (50%) et résidant dans la province du Kwango (55%). L'émaciation est plus perceptible chez les enfants âgés de 6-11 mois (10%), des ménages pauvres (8%), du milieu rural (7%) de la province du Nord Ubangi (14%).

En rapport avec les pratiques nutritionnelles adoptées par les mères, l'on constate une légère amélioration de la mise au sein allant de 95% en 2001 à 96% en 2007 et 98% pour 2010 et 2014. La prévalence de l'initiation au sein varie de 48% en 2007 à 52% en 2014 et 47% actuellement bien qu'ayant connu une baisse en 2010 soit 43%.

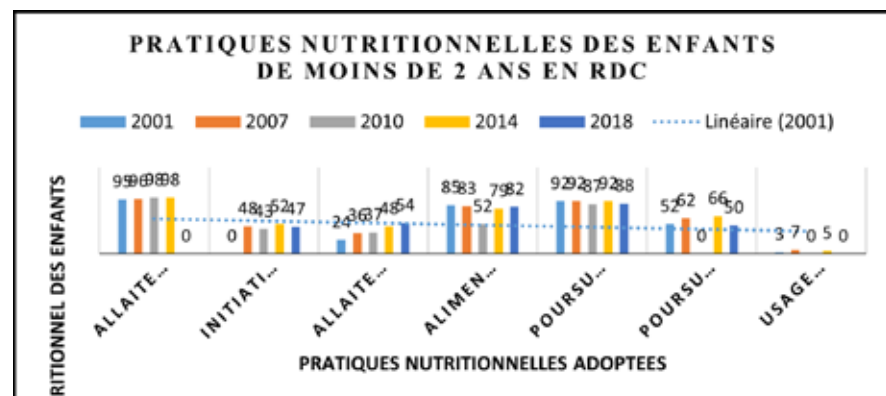
L'allaitement exclusif n'est pas une pratique courante, seuls 54 % des enfants de moins de 6 mois avait reçu exclusivement le lait maternel en 2018 (MICS-RDC, 2018) contre 48% en 2014 (EDS2-RDC, 2014) et 36% en 2007 (EDS-2007). La pratique de l'allaitement exclusif aurait augmenté puisqu'elle était estimée à 32 % en 1995 (MICS1, 1995) et à 24% en 2001 (MICS2,2001).

Le taux d'alimentation complémentaire en temps opportun entre 6 et 8 mois (en temps opportun) qui va de 85% en 2001 à 83% en 2007 est actuellement de 82% (MICS-PALU, RDC2017-2018). Ce taux bien que légèrement en baisse en 2018, connaît une légère amélioration car elle était à 79% en 2014 et 52% en 2010.

La situation semble être satisfaisante pour le taux de poursuite de l'allaitement maternel à un an, car il varie de 91% en 1995 à 92% en 2001 et en 2007. Actuellement cette prévalence connaît une légère détérioration allant de 92% (2014) à 88% (2018) bien qu'elle fut à 87% en 2010. En

revanche, le taux d'allaitement continu à deux ans, comme dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne, varie de 65% en 1995 à 66% en 2014, connaît une forte détérioration actuellement. Cette tendance en dents de scies est inquiétante car elle était de 62% en 2007 et 52% en 2001. Depuis 2018, 50% des enfants de 20 à 23 mois poursuivent leur allaitement jusqu'à 2 ans.

En ce qui concerne le taux d'alimentation au biberon, il se dégage une légère amélioration al-



Sources : Données des rapports MICS2(2001), EDS1(2007), MICS-2010, EDS2(2014), MICS-PALU, RDC2017-2018

II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. Sources des données

Les données de cette étude proviennent de l'enquête quantitative transversale menée auprès des mères et gardiennes des enfants de 6-23 mois dans 6 quartiers de la ville de Kinshasa notamment, Limete résidentiel (Limete), Kemi/Righini (Lemba), Wenze (Kintambo), Maman Yemo (Mont Ngafula), Equateur (Ndjili) et Abattoir (Masina). Une zone opérationnelle était choisie en tenant compte de la stratification des quartiers de la ville de Kinshasa telle qu'identifiée par l'enquête QUIBB1_RDC, 2016 représentatif par types de quartiers tel que défini par Houyoux (1972).

A l'aide du dénombrement des ménages des mères et gardiennes ayant au moins un enfant âgé de 6-23 mois, dans différents quartiers sous

lant de 7% en 2007 à 5% en 2014 alors qu'elle était à 3% en 2001. En effet, L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques (EDS-RDC, 2007).

Figure 1 : Evolution des Pratiques nutritionnelles des enfants en RDC de 2001-2018

étude, un échantillon aléatoire et probabiliste a été tiré sur base de certaines hypothèses, notamment le niveau de confiance des résultats à 95% avec $Z_c = 1,96$ et une marge d'erreur de 0,05. L'estimation de la taille de l'échantillon a été faite à l'aide de la formule suivante :

$$n = \mu^2 \cdot C_v^2 \cdot \frac{N}{N-1 \cdot Pr^2} + \mu^2 \cdot (C_v)^2$$

où

n : taille de l'échantillon

N : population des 6 quartiers à enquêter ; μ = le niveau de confiance soit 95% équivalent à 1,96 (lecture dans la table de Gauss) et Pr = la précision relative soit 5%

Au prorata du poids démographique de chaque quartier retenu, 1200 mères ont été échantillonnées et dont 1194 ont été interviewées, soit un taux de couverture de 99,4%.

2.2. Techniques d'analyse

Pour connaître les caractéristiques des ménages à risque qui expliquent mieux les défaillances nutritionnelles des enfants de 6-23 mois, l'arbre de décision notamment la segmentation a été utilisé. Le choix de ce modèle est dû essentiellement au fait qu'elle porte sur des variables catégorielles (qualitatives ou quantitatives à peu de classes), méthode construisant une arborescence mais qui divise successivement le tout en parties (méthode descendante) au lieu d'agréger

progressivement les éléments en classes (méthode ascendante).

L'arbre de décision crée un modèle d'arbre de segmentation. Elle classe les observations en groupes ou estime les valeurs d'une variable (cible) dépendante à partir des valeurs de variables (explicatives) indépendantes. Cette procédure fournit des outils de validation pour les analyses de segmentation exploratoires et prédictives. A travers la Segmentation, ce modèle identifie les personnes susceptibles d'appartenir à une catégorie ; il stratifie à travers l'attribution des observations à l'intérieur d'une des modalités telles que les groupes à risques élevé, moyen ou faible et prédit ainsi en élaborant des règles et les utilise pour prédire des événements futurs.

Cette méthode explique cependant, la typologie et le profil constaté et décrit par l'Analyse Factorielle en Composante Multiple (AFCM). Elle réduit les données et analyse des variables (Lebart L, et al, 2002 ; Escofier B et al, 1998); Sélectionne à partir d'un ensemble étendu de variables un sous-ensemble exploitable de variables explicatives utilisé pour construire un modèle paramétrique formel ; Identifie les relations relatives à certains sous-groupes particuliers et spécifie ces relations dans un modèle paramétrique formel. Et enfin, elle fusionne les modalités et discrédite les variables continues en établissant un nouveau code de regroupement des modalités de variable explicative et des variables continues avec une perte d'informations minimum.

Le choix des variables explicatives de la segmentation dépend ainsi des mesures dérivées du Khi^2 (V de Cramer, T de Tschuprow, Phi^2 , ...) et des indicateurs fondés sur les distributions de fréquences conditionnelles et, le plus souvent, des mesures dérivées de la théorie de l'information (entropie conditionnelle, redondance, perte d'entropie) bien adaptées aux variables catégorielles.

L'entropie d'une distribution de fréquences vaut :

$$\mathbf{H} = - \sum_{j=1}^k \mathbf{f}_j \cdot \log_e(\mathbf{f}_j)$$

L'entropie maximale possible vaut :

$$\mathbf{H}_{\max} = - \sum_{j=1}^k \frac{1}{k} \cdot \log_e\left(\frac{1}{k}\right)$$

Et donc, aux fins de comparaison, l'entropie relative vaut :

$$\mathbf{H}_{\max} = \frac{\mathbf{H}}{\mathbf{H}_{\max}}$$

Le processus de partitions successives garantit que les segments sont de plus en plus homogènes et de mieux en mieux explicatifs de la variable Y.

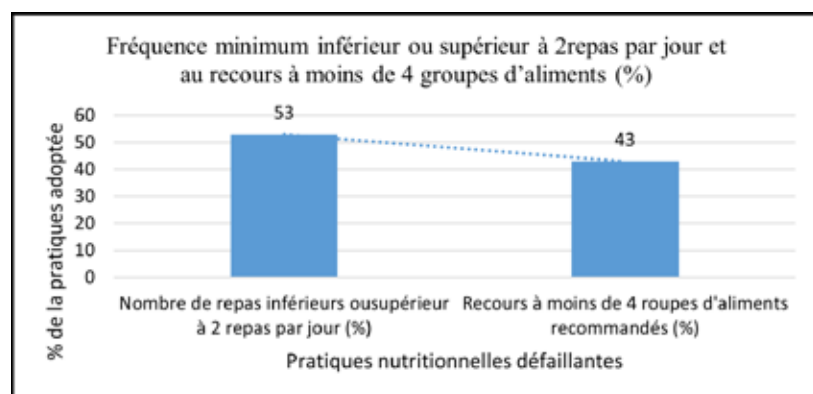
III. COMPORTEMENT NUTRITIONNEL À RISQUE

DES MÈRES

Le comportement nutritionnel à risque des mères pour les enfants de 6-23 mois est caractérisé par l'introduction précoce ou tardive des aliments solides, semi solides ou mous, la fréquence et la diversité alimentaire non requises à une bonne croissance des enfants. Dans le cadre de cette recherche, seules les pratiques nutritionnelles à risque liées à la fréquence minimum de repas et de la diversité alimentaire seront traitées. Cette limitation tient essentiellement compte de la qualité et de la quantité des aliments donnés à l'enfant la veille de l'enquête que de l'âge d'introduction des aliments complémentaires.

Les résultats de la présente recherche révèlent une détérioration de la fréquence minimum des repas et de la diversité des types d'aliments. Il se dégage que 53% d'enfants de 6 mois n'aient pas reçu un nombre de repas requis par jour et 43% n'eurent pas bénéficier d'au moins 4 groupes d'aliments tel que recommandé par l'OMS/ UNICEF (2000) comme le montre la figure 3 ci-après.

des mères à la diversité quantitative et qualitative des aliments



Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle menée dans la ville de

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif des Mères enquêtées	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 2 repas ou plus de 2 par jour	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 4 types d'aliments par jour
Age de la mère			
< 25 ans	152	71,0	40,0
25-35 ans	10	48,0	45,0
> 35 ans	330	56,0	41,0
Signification		p<0,000***	p=0,260
Parité de la mère			
1 enfant	336	60	42
2-3 enfants	588	49	45
4 enfants et plus	268	55	41
Signification		p<0,006**	p=0,452
Etat matrimonial			
Célibataire	106	67	45
Mariées/en union	1042	52	43
Divorcées/séparées	30	73	40
Veuves	14	14	43
Signification		p<0,000***	p=0,918
Taille du ménage			
Taille faible	152	55	49
Taille moyenne	846	51	45
Taille élevée	194	62	34
Signification		P<0,017*	P<0,010*
Sexe du chef du ménage			
Masculin	1104	53	44
Féminin	88	51	39
Signification		p=0,694	p=0,343
Présence des parents dans le ménage			
M. monoparental	150	63	44
M. biparental	1042	52	43
Signification		p<0,008**	p=0,886
Total	1192	53	43

Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle menée à Kinshasa, 2018.

***significatif à 99% **Significatif à 95% *Significatif à 90%

Structure d'âge jeune et primipare

Il ressort des analyses faites que l'âge de la mère explique à 99% ($X^2=27,945$; $p<0,000$) la fréquence des repas. Considéré comme une variable de base dans l'étude des comportements démographiques, l'âge de la mère apparaît comme étant corrélé positivement à la pratique nutritionnelle des nourrissons et jeunes enfants.

La structure d'âge des enquêtés montre que les femmes ayant moins de 25 ans ont 71% plus de risque d'introduire une fréquence minimum des repas inférieur ou supérieur à deux fois par jour que celles dont l'âge varie entre 25 et 35 ans (48%) et 35 ans et plus (56%). Les résultats font apparaître une dissension des âges extrêmes. En effet, les femmes moins âgées (moins de 25 ans) et celles ayant plus de 35 ans présentent plus de risque de ne pas nourrir leurs enfants selon le nombre approprié des repas pendant la journée. L'on constate également que plus l'âge de la mère augmente plus celle-ci, a tendance à améliorer la qualité nutritionnelle de l'enfant. Les femmes âgées de 15-24 ans souvent primipares semblent introduire moins de groupes d'aliments soit 56%. Leur entrée dans le marché matrimonial caractérisé par l'inexpérience et surtout par une détermination personnelle à mieux nourrir l'enfant sont souvent influencées par le milieu ambiant des membres de la famille. Les femmes âgées, de par leur expérience semblent souvent négliger les principes nutritionnels appropriés car se disant, expérimentées dans ce domaine. Dans cette catégorie, il y a lieu d'identifier les grands-mères et les gardiens des enfants.

En rapport avec la parité atteinte, l'on constate que celle-ci est statistiquement significative au seuil de 0,05 ($X^2=10,125$; $p<0,006$). Les analyses révèlent que les mères primipares et celles ayant 4 enfants et plus sont moins promptes à introduire le nombre des repas requis et conformes aux recommandations internationales. En d'autres termes, les femmes primipares ont 60% plus de risque, suivi de celles qui ont 4 enfants

ou plus (55%) que celles dont le nombre d'enfants varie entre 2 et 3 enfants. Cette situation est conforme à l'âge des mères.

Femmes seules de ménage monoparental

Comme pour les caractéristiques biodémographiques liées à la mère, l'état matrimoniale est une variable qui influe significativement les pratiques nutritionnelles complémentaires pour les enfants de 6-23 mois allaités ou non. Elle est associée 99% à la fréquence des repas au seuil de 0,01 ($X^2=29,348$; $p<0,000$). Les résultats en présence révèlent que les femmes divorcées (75%) et les célibataires sont moins promptes à nourrir leurs enfants selon le nombre approprié des repas pendant la journée que des femmes veuves (14%). Les femmes mariées ou en union présentent un risque de 52% au nombre des repas non appropriés aux nourrissons et jeunes enfants de 6-23 mois.

La structure du ménage caractérisée par le nombre des membres habituels, le sexe du chef du ménage et la présence d'un parent est considérée dans plusieurs recherches comme étant des facteurs sous-jacents très indispensables. La taille du ménage est associée au seuil de 0,01 ($X^2=8,206$; $p<0,017$) à la fréquence des repas et à la diversité alimentaire minimum des nourrissons et jeunes enfants.

La prise en compte de la composition familiale met en évidence une association au seuil de 0,05 ($X^2=7,077$, $p<0,008$) à l'explication de la fréquence minimum des repas. En effet, les ménages monoparentaux, présentent plus de risques dans les pratiques nutritionnelles des enfants de 6-23 mois dans les quartiers sous étude de la ville de Kinshasa. Les analyses faites révèlent que 63% des femmes résidant les ménages monoparentaux sont moins promptes à administrer le nombre approprié des repas par jour à leurs enfants. Il y a lieu de signaler que le sexe du chef du ménage bien qu'étant important dans l'explication des pratiques nutritionnelles com-

plémentaires des enfants de 6-23 mois, n'explique pas significativement les comportements nutritionnels des mères.

Ménages de taille élevée

Les données du tableau 1 ci-dessus révèlent que les mères vivant dans les ménages de 8 personnes et plus soit 62% semblent avoir plus de risque de ne pas introduire moins ou plus de 2 repas par jour aux enfants âgés de 6 mois dans les quartiers enquêtés que celles vivant dans les ménages de taille moyenne. Les données font aussi remarquer que les résidentes des ménages de taille faible, ont près de 50% plus de risque d'introduire moins de 4 groupes d'aliments,

suivies de celles de ménages de taille moyenne (45%) contre 34% pour les femmes des ménages de 8 personnes ou plus.

3.2. Précarité des conditions de vie du ménage

Diverses caractéristiques du ménage comme, le niveau de vie, le niveau d'instruction, le statut économique ou l'occupation des hommes et des femmes qui le composent et les dépenses quotidiennes engagées dans le ménage peuvent influencer l'alimentation de l'enfant comme le montre le tableau 2 ci-dessous.

Caractéristiques socioéconomiques	Effectif des Mères enquêtées	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 2 repas ou plus de 2 par jour	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 4 types d'aliments par jour
Catégorie économique			
Bas	566	67	58
Moyen	392	29	36
Elevé	234	61	36
Signification		P<0,000***	P<0,000***
Niveau d'instruction de la femme			
Primaire ou aucun	104	53	42
Niveau Secondaire ou plus	1088	53	44
Signification		P=0,517	P=0,444
Niveau d'instruction CM			
Primaire ou aucun	46	50	52
Niveau Secondaire ou plus	1146	53	43
Signification		P=0,385	P=0,144
Secteur d'activité de la mere			
Sans activité	232	49	47
Secteur formel	108	56	35
Secteur informel	852	54	43
Signification		P=0,382	P=0,106
Dépenses journalière du ménage			
< 5000 FC	166	57	31
5000 FC-10000 FC	446	53	46
> 10000 FC	580	52	45
Signification		P=0,584	p<0,003**
Total	1192	53	43

Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle menée à Kinshasa, 2018.

***significatif à 99% **Significatif à 95% *Significatif à 90%

Non-respect du nombre des repas des ménages à faible standing économique

Le niveau de vie du ménage qui touche particulièrement l'approvisionnement en aliments, les habitudes alimentaires, la préparation de la nourriture, les places de couchage et l'approvisionnement en eau à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif qui caractérise le ménage explique significativement à 99% respectivement pour la fréquence minimum des repas ($X^2=143,550$; $p<0,000$) et le respect des groupes alimentaires ($X^2=51,430$; $p<0,000$). Au-delà de la vulnérabilité qu'elle engendre, la pauvreté semble constituer un obstacle à la maîtrise des pratiques nutritionnelles.

Les données montrent que les mères résidant les ménages à faible quintile économique ne sont pas prédisposées à donner un minimum des repas requis et approprié par jour aux enfants de 6 mois. Leur prévalence à risque des repas est de 67%. Cependant, les mères vivant dans les ménages à niveau de vie moyen ont 29% de risque de donner un minimum de repas non recommandé par l'OMS.

Non-respect des types d'aliments des ménages à moyen standing économique

Contrairement aux deux pratiques sus évoquées, les défaillances à la diversité alimentaire minimum sont observables chez les femmes résidant les ménages à moyen standing économique. Elles ont une fois et demi plus de risque de donner moins de 4 groupes d'aliments que celles vivant dans des ménages pauvres ou de niveau de vie élevé (36%).

S'agissant du niveau d'instruction de la mère, celui-ci est un indicateur indéniable du changement social. Il constitue l'une des voies des diffusions des valeurs prônant l'introduction des aliments complémentaires à partir de 6 mois pour une meilleure croissance de l'enfant. Elle apparaît ainsi comme un indicateur indispensable dans l'explication de l'état sanitaire de

l'enfant et constitue un facteur crucial du processus de transition de la mortalité en RDC. Le recours des femmes à l'instruction, a pour effet induit la baisse de la malnutrition qui est responsable d'une multitude des décès des enfants de moins de 5 ans (the Lancet, 2013). Aussi, tout comme l'instruction de la femme, celle du chef du ménage semble déterminante en ce qui concerne la santé et la nutrition des nourrissons et jeunes enfants. Elle apparaît comme un facteur important d'adhésion du couple à la bonne croissance des enfants.

Cependant, les résultats de cette recherche montrent que cette variable n'impacte pas significativement dans l'explication des pratiques nutritionnelles complémentaires adoptées dans le ménage. Elle paraît indifférente que l'on ait introduit un certain nombre des repas non recommandés ($p=0,517$) et diversifier moins de 4 groupes d'aliments ($p=0,444$) ou pas car la plus-value statistique est supérieure à 0,05.

En rapport avec l'activité économique de la mère, les résultats en présence font observer que cette variable n'est pas applicable dans cette recherche car ne présentant aucune significativité statistique. Et ne peut ainsi expliquer le comportement nutritionnel des femmes enquêtées dans la ville de Kinshasa.

Dépense moyenne quotidienne variant entre 5000 FC et 10000 FC

Concernant, les dépenses quotidiennes effectuées dans le ménage, les analyses faites montrent que celles-ci constituent une caractéristique importante dans l'explication du comportement nutritionnel des mères à la diversité. En effet, les dépenses engagées dans le ménage impactent significativement l'acquisition des aliments donnés à l'enfant entre 6-23 mois au seuil de 0,05 ($X^2=11,867$, $p<0,003$). Comme on peut le constater, les mères dépensant quotidiennement la fourchette de 5000 FC à 10000 FC et celles dont la marge des dépenses est au-delà

Mbela K.D.R. & Nzita K. P. D., (2023,Septembre).

de 10000 FC, ont respectivement 46% et 45% plus de risque de nourrir leurs enfants moins de 4 groupes d'aliments contre 31% de celles qui dépensent moins de 5000 FC par jour.

3.3. Valeurs socio-culturelles liées à l'environnement social de la mère

Le processus de socialisation est celui grâce auquel la mère adopte la manière de nourrir son enfant selon les rites de la société dans laquelle elle vit. Elle constitue aussi un phénomène im-

portant dans l'explication des pratiques nutritionnelles complémentaires pour les enfants âgés de 6-8 mois. Le milieu de socialisation de la mère, la religion pratiquée et le groupe tribal du chef du ménage ont été identifiées dans cette recherche comme étant important dans l'explication du comportement de la mère à l'adoption des pratiques nutritionnelles complémentaires sous étude. Le tableau 3, ci-dessous présente les caractéristiques socioculturelles du ménage.

Tableau 3: Caractéristiques socioculturelles des mères

Caractéristiques socioculturelles	Effectif des Mères enquêtées	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 2 repas ou plus de 2 par jour	Pourcentage d'enfants ayant reçu moins de 4 types d'aliments par jour
Milieu de socialisation de la mère			
Kinshasa	958	58	42
Autre milieu	234	31	48
Signification		p<0,000***	p=0,075
Tribu de la mère			
Tribus Kongo Central	294	47	46
Tribus Kwilu Kwango	354	58	44
Tribus Cuvette centrale/Equateur	128	48	50
Tribus Maniema, N et S Kivu	100	46	44
Tribus Kasai	222	59	36
Autres tribus	94	53	40
Signification		p<0,009**	p=0,128
Types de quartiers			
Quartier Résidentiel	80	65	42
Anciennes cités	74	54	43
Nouvelles cités	318	23	62
Cités planifiées	156	57	32
Quartiers d'extension sud	276	63	35
Quartiers périphériques	288	71	37
Signification		p<0,000***	p<0,000***
Total	1192	53	43

Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle menée à Kinshasa, 2018.

***significatif à 99% **Significatif à 95% *Significatif à 90%

Femmes socialisées en majorité dans la ville de Kinshasa

Le milieu de socialisation ou le lieu de résidence pendant l'enfance est souvent identifié comme l'une des variables influençant les représentations, les perceptions, les attitudes et les comportements des individus en général et dans le domaine nutritionnel. Il est associé significativement au seuil de 0,01 à l'explication de la fréquence minimum des repas ($X^2=58,270$; $p<0,000$). En effet, l'on constate que les mères socialisées à Kinshasa et ayant résidé pendant des longues années dans la ville de Kinshasa, sont moins promptes à introduire une fréquence minimum de 2 repas par jour. Leur prévalence à risque est de 58% contre 31% pour celles ayant vécu et socialisées dans les autres villes et citées du pays.

Comportement nutritionnel calqué selon l'appartenance tribale des mères

Comme le milieu de socialisation, la tribu de la mère constitue un des éléments essentiels si pas nécessaire des caractéristiques socioculturelles dans l'explication des problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant. En effet, il se dégage des analyses faites que la tribu de la mère est associée au seuil de 0,001 ($X^2=15,421$; $p<0,009$) à la fréquence minimum des repas.

La prise en compte de la tribu de la mère dans l'analyse indique que la prévalence de la fréquence minimum autre que 2 repas par jour est plus élevée chez les femmes des tribus Kasai (59%), celles du Kwilu Kwango (58%) et les autres tribus (53%) que chez les mères du Maniema, Nord et sud Kivu (46%), celles des tribus du Kongo central (47%) et de la cuvette centrale (48%). Il sied à signaler que cette variable n'explique pas la diversité alimentaire minimum de par son manque de significativité statistique.

Risque nutritionnel lié à la strate résidentielle de la mère

Comme pour les phénomènes démographiques, la nutrition infantile s'exprime à travers les règles de la vie sociale qui organisent les relations sociales à travers la formation des couples et en modulent les résultats (Valin, 1992). Aussi, le milieu de vie constitue un des facteurs importants pour comprendre les logiques sous-tendant les décisions en matière de nutrition.

Dans le cadre de cette recherche, le milieu de vie est appréhendé à partir des types de quartiers tels que décrit par Houyoux (1972), Shapiro et Tambashe (2003) et De Broeck et Plisart (2005). Les types de quartiers bien que statistiquement significatifs à 99% pour toutes les pratiques complémentaires sous étude, présente des fortes disparités entre les différents quartiers.

Les recherches faites montrent que le risque de donner une fréquence minimum autre que 2 repas par jour est plus observable chez les femmes résidant le quartier périphérique (71%) suivi du quartier résidentiel (65%), du quartier d'extension sud (63%), des cités planifiées (57%) et les anciennes cités (54%) que chez celles qui habitent les nouvelles cités où seules 23% ont donné un nombre minimum des repas non appropriés. Prenant en compte, la diversité alimentaire minimum, l'on note que les pratiques non appropriées aux groupes d'aliments sont plus remarquables chez les femmes résidant les nouvelles cités (62%) que dans tous les autres quartiers sous étude. Ce taux varie ainsi de 43% pour les anciennes cités, 42% pour le quartier résidentiel à 32% pour les cités planifiées, 35% pour les quartiers d'extension sud et 37% pour le quartier périphérique.

IV. FACTEURS DE RISQUE AUX PRATIQUES NUTRITIONNELLES

4.1. A la fréquence minimum des repas

La fréquence ou le rythme d'introduction des

repas comme dit précédemment constitue un indicateur nutritionnel indispensable dans l'amélioration des conditions sanitaires des nourrissons et des jeunes enfants. L'arbre des décisions a segmenté le modèle en 12 nœuds d'une profondeur à 3 niveaux. Le risque d'estimation est de 0,328 pour une erreur standard de 0,014. Le modèle statistique, à l'issue de la segmentation, a sélectionné cinq variables explicatives discriminantes sur la fréquence minimum des repas des enfants de 6 mois. Il s'agit notamment de la composition du ménage, la tribu de la mère, la catégorie socioéconomique du ménage, le milieu de socialisation et la parité atteinte.

Les analyses faites font remarquer que la composition du ménage apparaît comme la variable qui prédit mieux le comportement nutritionnel. Elle est statistiquement significative à 95% ($X^2=7,077$; $p<0,008$) à la fréquence d'introduction des aliments complémentaires des enfants de 6 mois et est répartie en deux groupes.

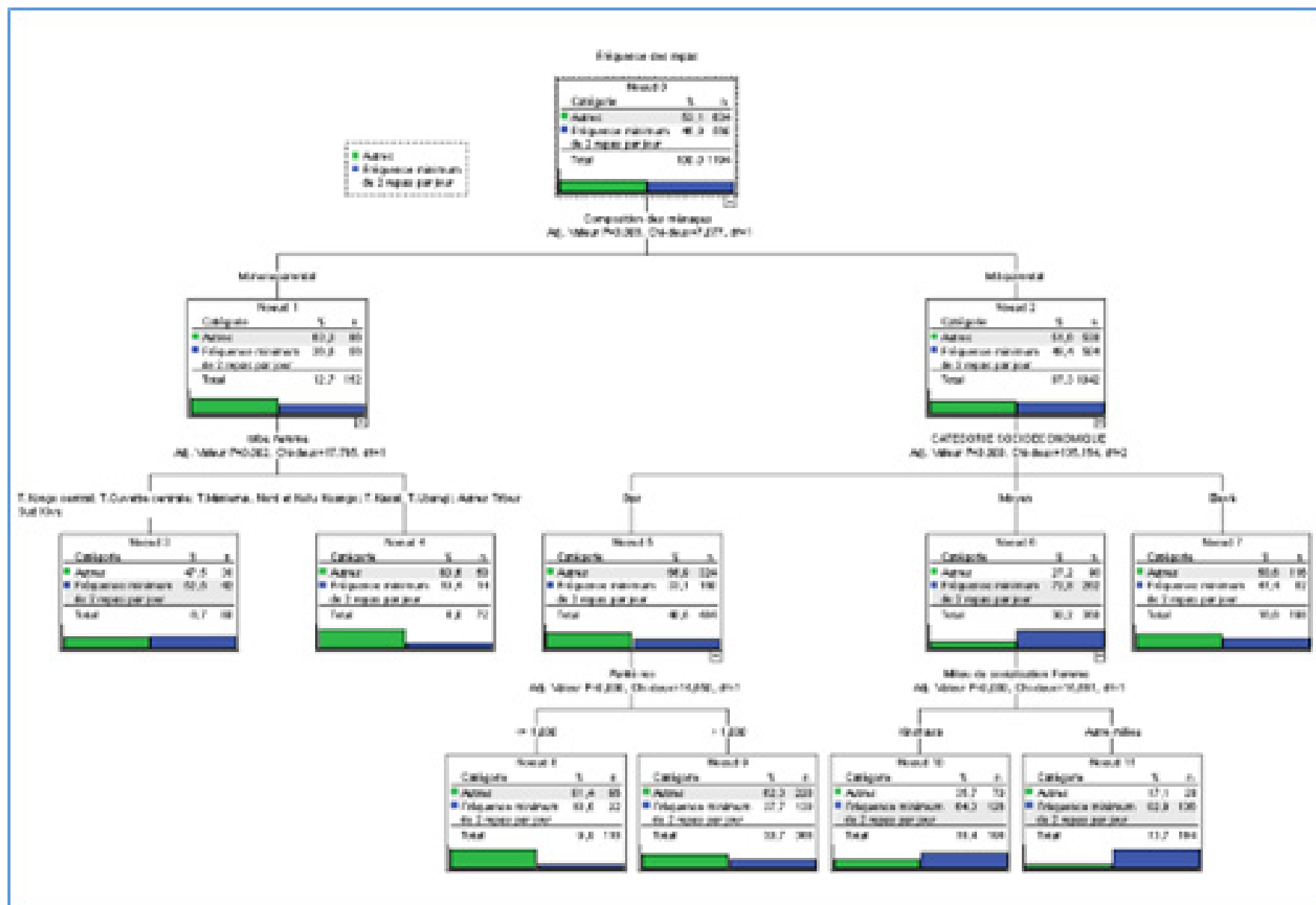
Le premier groupe, constitué des mères résidentes dans les ménages du type monoparental, compte 13% de la population féminine sous étude. Il apparaît des données en présence que ces femmes ont 63% plus de risque d'introduire moins de 2 repas ou 3 repas aux enfants de 6-8 mois contre 37% de celles qui ont utilisé le nombre des repas requis. Ces femmes sont caractérisées par leur appartenance tribal ($p<0,001$; $X^2=17,795$). Les analyses révèlent que la proportion de femmes appartenant aux groupes

Kwilu et Kwango, Kasai et autres tribus non élucidés (7%), ont 81% plus de risque de ne pas introduire un minimum de repas requis à leurs enfants que celles constituées des du Kongo central, de la cuvette centrale et de l'Equateur, du Maniema, du nord et du sud Kivu, soit 48%.

Le deuxième groupe des femmes qui compte 87% des femmes, est constitué des mères vivant dans le ménage biparental et dont 52% d'entre elles ne respectent pas la fréquence des repas recommandés aux enfants de 6-8 mois. Leur catégorie socioéconomique est structurée en 3 classes ($p<0,000$, $X^2=135,154$). Les données attestent que les mères ayant un faible standing économique ont 67% plus de risque d'introduire moins de 2 repas ou 3 repas et plus que celles à niveau de vie moyen (soit 27%) et 59% pour les femmes ayant un standing économique élevé.

La classe des femmes vivant dans le ménage biparental à niveau de vie pauvre et primipare, ont 81% plus de risque d'introduire moins de 2 repas que celles ayant plus d'un enfant, soit 62% ($p<0,000$; $X^2=14,690$). Cependant les femmes à moyen standing économique et socialisées dans la ville de Kinshasa ont 36% plus de risque de ne pas respecté les recommandations liées à la fréquence minimum des repas par jour que celles qui étaient socialisées dans d'autres villes, cités et milieux ruraux de la RDC ($p<0,000$; $X^2=15,661$) comme le montre la figure 4 ci-après.

Figure 4 : Classification suivant le nombre minimum des repas



Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle à Kinshasa, 2018.

Les femmes à risque qui représentent 53,1% de la population enquêtée, s'identifient à travers 6 groupes à risque des mères.

Parmi les 6 groupes identifiées seules 3 méritent une attention soutenue de par leur exposition au risque et représente ainsi 48,4% des femmes sous étude, il s'agit de :

- Femmes vivant dans un ménage biparental d'un bas niveau socio-économique et ayant

une parité égale ou inférieure à 1 ;

- Femmes vivant dans un ménage monoparental et appartenant aux tribus du Kwango, du Kwilu et du Kasai ;
- Femmes vivant dans un ménage biparental d'un bas niveau socio-économique et ayant une parité supérieure à 1.

Le tableau 4 ci-dessous présente le profil des femmes à risque tel qu'identifié par la segmentation des mères.

Tableau n° 4: Caractéristiques des groupes de femmes identifiés

Groupes des femmes à risque	Caractéristiques des femmes concernées	Nombre de femmes enquêtées	% de femmes appliquant un nombre minimum de repas inférieur ou supérieur à 2
Groupe 1	Femmes vivant dans un ménage biparental d'un bas niveau socio-économique et ayant une parité égale ou inférieure à 1	118	81,4(*)
Groupe 2	Femmes vivant dans un ménage monoparental et appartenant aux tribus du Kwango, du Kwilu et du Kasai	72	80,6(*)
Groupe 3	Femmes vivant dans un ménage biparental d'un bas niveau socio-économique et ayant une parité supérieure à 1	388	62,8(*)
Groupe 4	Femmes vivant dans un ménage biparental d'un niveau économique élevé	198	58,6
Groupe 5	Femmes vivant dans un ménage monoparental et appartenant aux tribus du Kongo Central, de l'Equateur, du Maniema, du Nord et Sud-Kivu	80	47,5
Groupe 6	Femmes celles vivant dans un ménage biparental d'un niveau économique moyen et dont le milieu de socialisation est Kinshasa	196	36,7
Groupe 7	Femmes celles vivant dans un ménage biparental d'un niveau économique moyen et dont le milieu de socialisation est en dehors de Kinshasa	164	17,1

Source : Etabli à partir des données de la présente étude

() Groupes plus à risque*

4.2. Aux types d'aliments

Le respect des groupes alimentaires est un indice important dans la diversification nutritionnelle des enfants entre 6-23 mois. Elle recadre la qualité des repas que l'enfant reçoit compte tenu de son âge mais aussi de son développement physiologique. En effet, il est reconnu que chaque enfant de 6 mois allaité au sein a droit au moins à 4 groupes d'aliments pour son développement. L'arbre de décision effectuée pour cette étude a segmenté les caractéristiques sélectionnées en 13 nœuds d'une profondeur à 3 niveaux avec un risque d'estimation de 0,366 et une erreur standard de 0,014. Cinq variables

explicatives sélectionnées par le modèle statistique discriminant significativement le comportement nutritionnel des mères liées au respect de la qualité et du nombre des groupes d'aliments donnés aux enfants la veille de l'enquête ; il s'agit notamment : de la catégorie socioéconomique du ménage, la consommation journalière du ménage, l'âge de la mère, la composition du ménage et le milieu de socialisation de la mère.

Des analyses faites, l'on constate que la catégorie socioéconomique semble mieux prédire les comportements nutritionnels adoptés par les mères. Elle est statistiquement significative à 99% ($X^2=36,825$; $p<0,000$) et est répartie en

deux catégories.

La première catégorie englobe toutes les mères résidentes dans les ménages à niveau de vie moyen et compte à son sein 33% du total des femmes sous étude. En effet, les données de l'étude révèlent que 58% des mères ont introduit moins de 4 groupes d'aliments contre 42% de celles qui ont introduit au moins quatre groupes d'aliments dans l'alimentation de leurs enfants. Ce groupe des mères est défini par leur âge.

Les répondantes à niveau de vie moyen ayant 25-34 ans ont une prévalence d'introduction de moins de 4 groupes d'aliments de 63% contre 37% pour celles qui ont introduit au moins 4 groupes d'aliments. Cependant, les mères âgées de moins de 25 ans et celles de plus de 35 ans ont 49% plus de risque d'introduire moins de 4 groupes d'aliments contre 51% de celles qui ont introduit au moins 4 groupes d'aliments dans la nutrition de leurs enfants la veille de l'enquête. Comme on peut le constater, l'âge de la mère explique significativement le quintile économique moyen des mères au seuil de 0,01 ($X^2=8,511$; $p<0,011$).

Les deux groupes des mères tels qu'identifiés par leur âge sont définies par le milieu de socialisation du chef du ménage. Il ressort des analyses faites que les mères de niveau de vie moyen, ayant 25-35 ans et dont le chef du ménage a été socialisé à Kinshasa, ont 71% plus de risque d'introduire moins de 4 groupes d'aliments pour les enfants de 6-8 mois contre 29 % de celles qui ont donné au moins 4 groupes d'aliments. Cependant, les mères socialisées dans d'autres

ville, cités ou milieu rural du pays, ont 49 % plus de risque de donner moins de 4 groupes d'aliments contre 51% de celles qui ont introduit au moins 4 groupes d'aliments, tel que recommandé par l'OMS ($p<0,000$; $X^2=13,575$). En outre, les femmes âgées de moins de 25 ans et plus de 35 ans, dont le chef du ménage était socialisé dans d'autres villes du pays ont 61% plus de risque de diversifier moins de 4 groupes d'aliments contre 39% celles pour qui le chef du ménage était socialisé à Kinshasa ($p<0,001$; $X^2=11,138$).

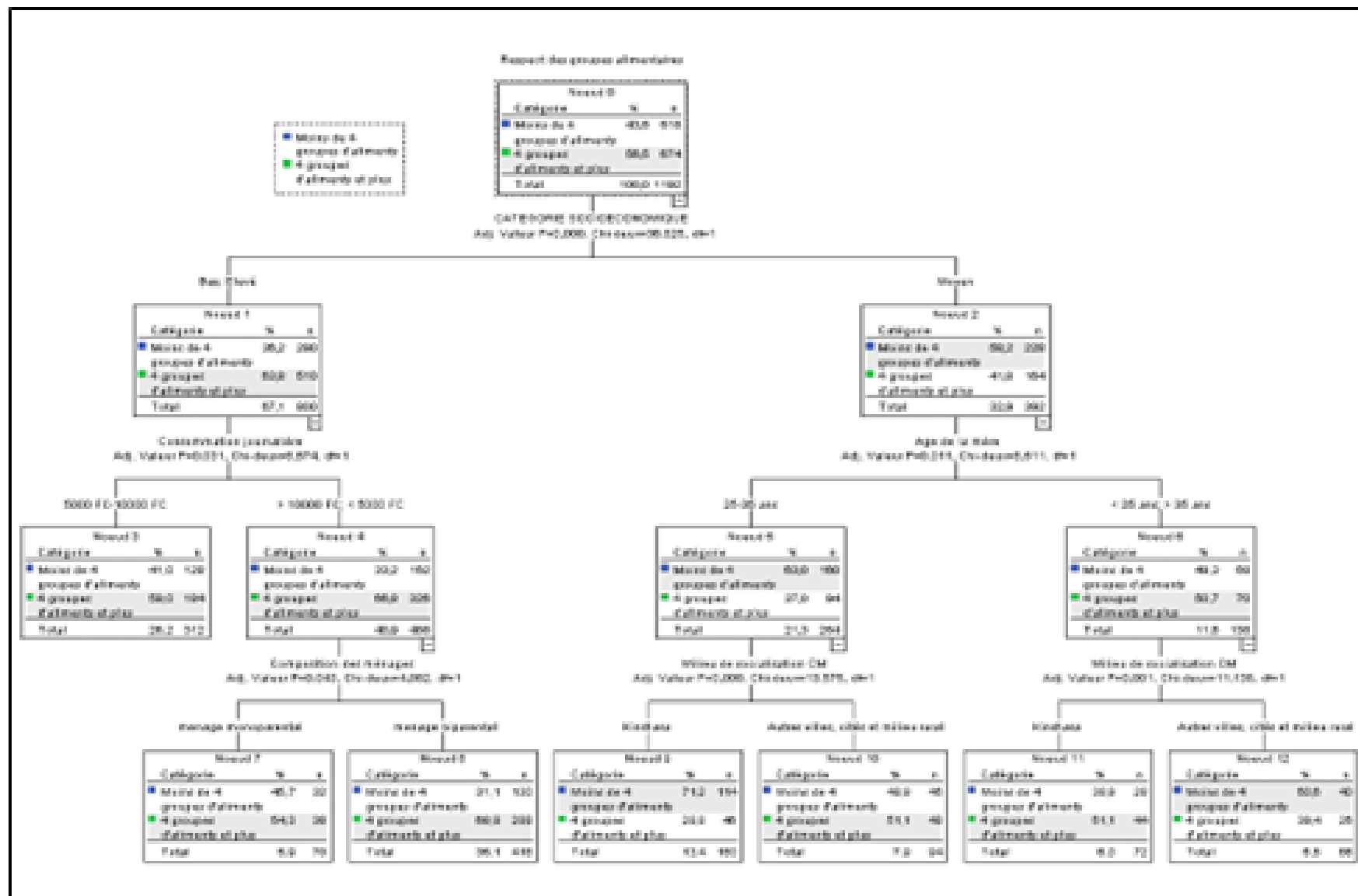
La deuxième catégorie regroupe à son sein toutes les mères résidentes dans les ménages à niveau de vie pauvre et celle du quintile économique riche. Il représente 67% de la population concernée et dont 36% donnent moins de 4 groupes d'aliments contre celles dont la prévalence d'introduction d'au moins 4 groupes est de 64%. Cette catégorie s'identifie par la consommation journalière du ménage.

En effet, les femmes dont les dépenses sont comprises entre 5000 FC et 10000 FC ont une prévalence d'introduction de moins de 4 groupes d'aliments de 41% contre 59% de celles qui adoptent un comportement nutritionnel conforme à la diversification alimentaire. Cependant, les mères qui dépensent moins de 5000 FC et celles de plus de 10000 FC, ont 33% de risque de diversifier moins de 4 groupes d'aliments contre 67% de celles qui ont adopté un comportement nutritionnel conforme ($X^2=6,574$; $p<0,031$).

Les résultats de cette analyse montrent aussi que les femmes qui dépensent moins de 5000

FC et ou plus de 10000 FC, s'identifient par la composition de leur ménage (p<0,043 ; X²=4,082) comme le montre la figure 5 ci-après.

Figure 5 : Classification suivant la diversité alimentaire minimum



Source : Etabli à partir des données de l'enquête nutritionnelle à Kinshasa, 2018.

Comme pour les autres composantes nutritionnelles des enfants de moins de 2 ans, il appert que près de 19% des mères semblent plus exposées au risque d'admission de moins de 4 groupes d'aliments que d'autres. Il s'agit de :

Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de 25-35 ans et dont le milieu de socialisation est Kinshasa ;

Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de moins de 25 ans ou plus de 35 ans et socialisées dans d'autres milieux que Kinshasa.

Les groupes à risque représentent dans ce cas

39,3% de la population totale concernée repris dans le tableau n°5 ci-après.

Tableau n°5 : Caractéristiques des groupes de femmes identifiés

Groupes des femmes à risque	Caractéristiques des femmes concernées	Nombre de femmes enquêtées	% de femmes appliquant moins de 4 types d'aliments complémentaires
Groupe 1	Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de 25-35 ans et dont le milieu de socialisation est Kinshasa	160	71,2(*)
Groupe 2	Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de moins de 25 ans ou plus de 35 ans et socialisées dans d'autres milieux que Kinshasa	66	60,6(*)
Groupe 3	Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de 25-35 ans et socialisées dans d'autres milieux que Kinshasa	94	48,9
Groupe 4	Femmes d'un niveau de vie bas et dont les dépenses quotidiennes varient entre 5000 FC et 10000 FC	312	41
Groupe 5	Femmes d'un niveau de vie moyen, âgées de moins de 25 ans ou plus de 35 ans et dont le milieu de socialisation est Kinshasa	72	38,9
Groupe 6	Femmes d'un niveau de vie bas ou élevé, dépensant moins de 5000 FC ou plus de 10000FC par jour et vivant dans un ménage monoparental	70	45,7
Groupe 7	Femmes d'un niveau de vie bas ou élevé, dépensant moins de 5000 FC ou plus de 10000FC par jour et vivant dans un ménage biparental	418	31,1

Source : Etabli à partir des données de la présente étude

(*) Groupes plus à risque

En observant les 2 scalogrammes ci-dessus, il apparaît que la composition du ménage paraisse une variable déterminante dans l'explication du comportement nutritionnel à risque adopté par les mères. Elle est statistiquement associée à 95% à l'explication de la fréquence minimum des repas ($p < 0,008$) et au seuil de 0,5 ($p < 0,043$) à la diversité alimentaire minimum des enfants de 6-23 mois.

Au-delà de son importance statistique, la composition du ménage semble associée au milieu

de socialisation de la mère et à la catégorie socioéconomique. Les données reprises dans la figure 4 ont montré que la classe des mères vivant dans le ménage monoparental ($p < 0,008$; 60%), appartenant au groupe tribal Kwilu Kwango et Kasai ($p < 0,001$; 81%) était moins outillée, à adopter un comportement nutritionnel favorable à l'introduction du nombre des repas requis par rapport à la catégorie de mères des ménages biparentaux ($p < 0,008$; 52%) ayant un statut socioéconomique bas ($p < 0,000$; 67%) et dont la parité atteinte est d'un enfant ($p < 0,000$; 81%).

Enfin, les femmes vivant dans le ménage à faible quintile économique comme celles ayant un standing économique élevé ($p < 0,000$; 36%) dont les dépenses quotidiennes sont évaluées à plus de 10000 FC ou moins de 5000 FC ($p < 0,031$; 33%) et vivant dans un ménage du type monoparental ont 46% ($p < 0,043$) plus de risque de

diversifier moins de 4 groupes d'aliments que celles vivant dans le ménage biparental soit 31% ($p < 0,043$).

V. DISCUSSION

Au regard des analyses faites, il a été établi un tableau récapitulatif des résultats qui se présentent comme suit :

Analyse	Fréquences minimum des repas par jour	Respect des Groupes d'aliments introduits par jour
Indicateurs individuels du risque	Les fréquences minimums à un repas ou à plus de 2 repas ont été constatées chez : Chez les mères primipares (60%, $p < 0,006$), âgées de moins de 25 ans (71%, $p < 0,000$), divorcées ou séparées (73%, $p < 0,000$), de ménage de taille (...), vivant dans le ménage monoparental (63% ; $p < 0,008$), de niveau de vie bas (67% ; $p < 0,000$), sans instruction ou ayant atteint le niveau primaire (...), œuvrant dans les activités champêtres (89% ; $p < 0,000$) et dont le conjoint s'active à l'artisanat (71% ; $p < 0,000$). les mères qui prient ensemble avec leurs conjoints dans les églises de réveil (57%, $p < 0,000$), socialisées à Kinshasa (59% ; $p < 0,000$), originaires de l'Ubangi (64% ; $p < 0,011$) les mères qui prient ensemble avec leurs conjoints dans les églises de réveil (57%, $p < 0,000$), socialisées à Kinshasa (59% ; $p < 0,000$), originaires de l'Ubangi (64% ; $p < 0,011$)	Les défaillances liées à l'introduction de moins de 4 groupes d'aliments ont été constatées : - Chez les mères vivant dans un ménage de faible taille (49% ; $p < 0,010$), de niveau de vie moyen (58% ; $p < 0,000$), et dont le CM a atteint le niveau primaire (60% ; $p < 0,001$) et qui n'exerce aucune activité économique (83% ; $p < 0,000$) et dépensant quotidiennement 5000 FC-10000 FC (46% ; $p < 0,003$). - les mères catholiques (51% ; $p < 0,029$) ayant le conjoint protestant (49% ; $p < 0,045$), socialisés dans d'autres milieux que Kinshasa (51% ; $p < 0,012$) et originaire du Kongo Central. - les mères catholiques (51% ; $p < 0,029$) ayant le conjoint protestant (49% ; $p < 0,045$), socialisés dans d'autres milieux que Kinshasa (51% ; $p < 0,012$) et originaire du Kongo Central.
	Les défaillances ont été constatées chez :	Les défaillances ont été constatées :
Caractéristiques des familles à risque	- Les femmes de ménage monoparental (60% ; $p < 0,008$), originaires des tribus du Kongo Central, de la cuvette centrale, du Maniema, du Nord et du Sud Kivu (47% ; $p < 0,001$) ;	- Les femmes vivant dans des ménages à niveau de vie moyen (58% ; $p < 0,000$), âgées de 25-35 ans (63% ; $p < 0,011$) et dont le CM était socialisé dans d'autres milieux (71% ; $p < 0,000$).

Source : Etabli à partir des données de la présente enquête.

Les données en présence présentent l'image d'une inadéquation des pratiques nutritionnelles adoptées par les femmes enquêtées. Kinshasa, comme étant la capitale et ville cosmopolite de la RDC, présente une image quelque peu négative dans l'alimentation des enfants de 6-23 mois.

En effet, au-delà de 6 mois, les enfants qui ne reçoivent plus une quantité suffisante du lait maternel, doivent bénéficier des repas complémentaires en temps opportun, en qualité et en quantité selon les recommandations de l'OMS. Lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition [WHO/Unicef, 1991] faite à Genève en

1991, il a été recommandé un allaitement exclusif au sein avant 6 mois et au-delà de cet âge, l'allaitement au sein devait être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui garantir la meilleure croissance possible. En RDC, les pratiques d'alimentation complémentaires sont souvent loin d'être optimales, les aliments étant souvent d'une qualité inférieure et peu variés (OMS, 2010).

Se rapportant aux pratiques nutritionnelles adoptées par les mères, l'on constate que celles-ci sont mieux expliquées par les caractéristiques de la mère et du ménage. La prise en compte de la cartographie de la recherche met en évidence une disparité des pratiques nutritionnelles com-

plémentaires allant d'un quartier à un autre.

Aussi, la diversité alimentaire minimum qualitative et quantitative est inadaptée et inadéquate car 57% des mères ne donnent pas un nombre requis des repas par jour à leurs enfants de 6 mois et 43% reçoivent moins de 4 groupes d'aliments par jour. Selon certaines recherches faites, les influences extérieures liées aux habitudes alimentaires (Skinner, 2002), aux expériences de la fécondité (Owen, 2008), aux contraintes socioéconomiques (Kannan, 1999) et à l'accessibilité aux produits (Mela, 1999), sont associés à une alimentation complémentaire inadéquate.

Il appert des résultats en présence que les mères seules vivant dans un ménage monoparental, primipares et âgées de moins de 25ans, ayant un faible niveau d'instruction faible et de bas standing économique, s'exerçant dans les activités champêtres, socialisées dans la ville de Kinshasa et appartenant dans une des tribus de l'Ubangi s'écartent des principes nutritionnels sur la fréquence des repas au quotidien chez les enfants de 6 mois. De par la manière de diversifier les types d'aliments minimum par jour, l'on note que les femmes vivant dans des ménages de moins de 3 personnes, avec un quintile économique moyen, de religion catholique, socialisées dans d'autres milieux de la RDC et appartenant à une des tribus du Kongo central, aient donné moins de 4 types d'aliments la veille de l'enquête.

Les résultats des analyses multivariées corroborent avec ceux des études bi variées et où la monoparentalité apparaît comme un obstacle aux bonnes pratiques d'alimentation complémentaire. En effet, le modèle statistique révèle que les femmes seules, âgées de moins de 25 ans semblent plus exposées d'introduire précocement les aliments complémentaires.

L'on note également que cette catégorie de mères ressortissantes des tribus du Kongo central, de la cuvette centrale, du Maniema, du Nord et du

sud Kivu adhère négativement à l'admission de l'enfant à la fréquence minimum des repas. De par leur faible niveau d'instruction et leur âge variant entre 25-35 ans, le taux d'exposition au risque de diversifier moins de 4 types d'aliments est remarquable.

VI. CONCLUSION

Les analyses faites ont montré que les caractéristiques sociodémographiques et culturelles concourraient significativement à l'explication du comportement des femmes enquêtées à la non-adoption des pratiques nutritionnelles requises pour les enfants de 6-23 mois telles que recommandées par l'OMS/Unicef (2000). Les résultats en présence ont montré que le niveau de vie du ménage, le statut matrimonial qui se conjugue avec le milieu de socialisation, la religion pratique et l'appartenance à une tribu donnée discriminait négativement aux bonnes pratiques nutritionnelles du point de vue qualitatif et quantitatif.

Il a été remarqué que les femmes socialisées à Kinshasa, bien que vivant en milieu urbain étaient moins enclines à adopter les bonnes pratiques nutritionnelles pour les nourrissons et jeunes enfants, bien que bénéficiant des meilleures conditions sanitaires et mieux exposées aux informations médiatiques. Etant donné que cette étude ne s'est focalisée que sur les analyses quantitatives liées aux caractéristiques du ménage, la prise en compte des sources d'informations nutritionnelles permettraient ainsi dans les recherches ultérieures à mieux comprendre le fondement du comportement nutritionnel à risque adopté par les femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Akoto, E. M. (1985). Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux, caractéristiques, causes et déterminants. Louvain-La-Neuve : Éditions CIACO.
2. Amoussa-Hounkpatin, W. (2011). Évalua-

- tion du potentiel de couverture des besoins en vitamines A des jeunes enfants à partir des sauces accompagnant les aliments de base consommés au Bénin (Thèse de doctorat, Université Montpellier 2).
3. Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., Burnett, R., Casey, D., Coates, M. M., Cohen, A., & Delwiche, K. (2015). A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2287–2323.
 4. Garenne, M., et al. (2000). Risque de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge scolaire : Étude réalisée à Niakhar (Sénégal), 1983-1986. Paris : CEPED.
 5. Houyoux, J. (1972). Budgets ménagers et mode de vie à Kinshasa (Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain, Faculté des sciences économiques, sociales et politiques).
 6. Kannan, S., Carruth, B. R., & Skinner, J. (1999). Cultural influences on infant feeding beliefs of mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(1), 88–90.
 7. Kennedy, G. L., Pedro, M. R., Seghieri, C., Nantel, G., & Brouwer, I. (2007). Dietary diversity score is a useful indicator of micronutrient intake in non-breast-feeding Filipino children. *The Journal of Nutrition*, 137(2), 472–477.
 8. Lalou, R., & Legrand, T. (1995). Mortalité des enfants en ville et au dagé. *Cahiers du CERDÉ*, 30(95), 34 p.
 9. Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (2002). *Statistique exploratoire multidimensionnelle* (4e éd.). Paris : Dunod.
 10. Meegama, A. S. (1986). The mortality transition in Sri Lanka. In United Nations (Ed.), *Determinants of mortality change and differentials in developing countries* (pp. 123–142). New York : United Nations.
 11. Mela, D. J. (1999). Food choice and intake: The human factor. *Proceedings of the Nutrition Society*, 58, 513–521.
 12. Ministère du Plan & Macro International. (2008). *Enquête Démographique et de Santé, RDC 2007*. Calverton, MD : Ministère du Plan & Macro International.
 13. Ministère du Plan & Macro International. (2014). *Enquête Démographique et de Santé, RDC 2014*. Calverton, MD : Ministère du Plan & Macro International.
 14. Ministère de la Santé Publique & UNICEF. (2001). *Rapport MICS2-RDC 2001*. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique.
 15. Ministère de la Santé Publique & UNICEF. (2010). *Rapport MICS-RDC 2010*. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique.
 16. Ministère de la Santé Publique & UNICEF. (2018). *Rapport MICS-PALU RDC 2017–2018*. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique.
 17. Ministère de la Santé Publique. (2015). *États nutritionnels des enfants en RDC. PRO-NANUT*.
 18. Mosley, W. H., & Chen, L. C. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review*, 10(Supplement), 25–49.
 19. Owen, C. G., Whincup, P. H., Kaye, S. J., Martin, R. M., Davey Smith, G., Cook, D. G., et al. (2008). Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 305–314.
 20. Rigal, N. (2007). *Comportements alimen-*

- taires de l'enfant et attitudes parentales : Le point de vue de la psychologie expérimentale. *Archives de Pédiatrie*, 14(3), 271–272.
21. Skinner, J. D., Carruth, B. R., Bounds, W., Ziegler, P., & Reidy, K. (2002). Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 310–316.
 22. Trèche, S. (2002). Complementary foods in developing countries: Importance, required characteristics, constraints and potential strategies for improvement. In P. Kols-teren, T. Hoérée & P. Perez-Cueto (Eds.), *Proceedings of the International Colloquium Promoting Growth and Development of Under-fives* (pp. 132–148). Antwerpen : ITG Press.
 23. Vallin, J. (1992). *La démographie*. Paris : Éditions La Découverte.
 24. Zannou Tchoko, J., Bouaffou, K. G., Kouamé, K. G., & Konan, B. A. (2011). Étude de la valeur nutritive de farines infantiles à base de manioc et de soja pour enfant en âge de sevrage. *Bulletin de la Société Royale des Sciences de Liège*, 80, 748–758.
 25. Zulfiqar A. Bhutta, et al. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost. *The Lancet*, 382(9890), 452–477.

