

INFLUENCE DES PRATIQUES D'ALIMENTATION SUR L'OCCURRENCE DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 MOIS

Une analyse approfondie des résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2021





INFLUENCE DES PRATIQUES D'ALIMENTATION SUR L'OCCURRENCE DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 MOIS

Une analyse approfondie des résultats de l'Enquête
démographique et de santé (EDS) 2021 réalisée au
Burkina Faso



Février 2023

Tous droits réservés-INS-D-BP 374 Ouagadougou 01-2024

« Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayant droit ou ayant cause, est illicite et constitue une contrefaçon, aux termes des articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. »

AVANT-PROPOS

L'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), en collaboration avec l'Institut national de santé publique (INSP), a réalisé du 30 juillet au 30 novembre 2021, la collecte des données de la cinquième Enquête démographique et de santé du Burkina Faso (EDSBF-V). L'EDSBF-V a pour objectif de produire des informations nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes et projets en matière de développement économique et social en général et dans le domaine de la santé en particulier.

Elle fournit aux utilisateurs et aux décideurs une base de données et des informations actualisées détaillées sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé infantile et maternelle, la vaccination des enfants, la connaissance et les croyances sur le paludisme, la possession et l'utilisation des moustiquaires. L'EDSBF-V fournit également des informations sur l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant, les fistules obstétricales, les mutilations génitales féminines, les activités sexuelles des personnes de 15 ans ou plus, la connaissance et la prévalence du VIH/SIDA, les violences domestiques, le travail et la discipline des enfants, etc.

Après la publication du rapport des résultats définitifs en 2023, l'Institut national de la statistique et de la démographie poursuit la valorisation des données de l'EDSBF-V avec l'élaboration de dix rapports d'analyse approfondie visant à fournir aux utilisateurs, des résultats plus affinés. Ces rapports portent sur des thèmes d'intérêt que sont: Autonomie des femmes et réalisation de leur fécondité désirée, Analyse des facteurs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021 au Burkina Faso, Analyse de la dynamique de la fécondité des femmes au Burkina Faso de 1993 à 2021, Effets perçus du contexte sécuritaire et de la COVID-19 sur l'insécurité alimentaire au Burkina Faso, Influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois, Connaissances de la mère sur le paludisme, utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois au Burkina Faso, Violences conjugales: profil des couples à risque, Déterminants de la consommation d'alcool et de tabac, Discipline des enfants: analyse du recours aux sanctions violentes au Burkina Faso, Dynamique et déterminants de la pratique du mariage d'enfants et profil des victimes au Burkina Faso: cas des filles.

Ainsi, ces rapports constituent une source importante de données statistiques utiles pour les actions des décideurs nationaux et locaux, les partenaires techniques et financiers, la société civile et tout autre acteur du développement dans divers domaines de la vie des populations.

Nous renouvelons nos remerciements à tous les acteurs et partenaires dont les efforts conjugués ont abouti à la réalisation de l'EDSBF-V et aux résultats qui font l'objet des différentes publications.

L'INSD reste ouvert à toute suggestion ou contribution susceptible d'améliorer l'exploitation et la valorisation des résultats de l'EDSBF-V.

Le Directeur Général



Membres de l'équipe de rédaction :

SAVADOGO Noufou, savnoufou@gmail.com

COULIBALY Moussa, coulibalymoussa330@gmail.com

KAGONE Moubassira, kmoubache@yahoo.fr

**Membre de l'équipe d'application de la charte
graphique des publications de l'INSD :**

BOUDA Moussa, moussa_bouda@yahoo.com

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFCM	: Analyse factorielle des correspondances multiples
BF	: Burkina Faso
EDS	: Enquête démographique et de santé
ICF	: Inner city fund
IDH	: Indice de développement humain
INSD	: Institut national des statistiques et de la démographie
INSP	: Institut national de santé publique
ISF	: Indice synthétique de fécondité
MICS	: Multiple indicator cluster survey (Enquête par grappe à indicateurs multiples)
OMS/ WHO	: Organisation mondiale de la santé/ World health organization
OR	: Odds ratio
UNICEF	: United nations international children's emergency fund (Fonds des nations unies pour l'enfance)
ZD	: Zone de dénombrement

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	v
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	3
1.1 Contexte géographique	3
1.2 Contexte sociodémographie	3
1.3 Contexte socioéconomique	3
1.4 Contexte socioculturel	4
2 REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
2.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel	7
2.2 Les pratiques d'alimentation recommandées et leurs avantages	7
2.3 Les pratiques des mères en termes d'alimentation de l'enfant	8
2.4 L'influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée	10
3 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	13
3.1 Données de l'étude	13
3.2 Population cible de l'étude	14
3.3 Évaluation de la qualité des données	14
3.4 Variables d'analyse	15
3.5 Méthodes d'analyse des données	17
4 RÉSULTAT	19
4.1 État des lieux de l'occurrence de la diarrhée et des pratiques d'alimentation chez les enfants de moins de 6 mois au Burkina Faso	19
4.2 Prévalence de la diarrhée selon les pratiques alimentaires chez les enfants de moins de 6 mois	20
4.3 Profil des enfants selon l'occurrence de la diarrhée	28
4.4 Représentation graphique des enfants ayant eu de la diarrhée et non	28
4.5 Influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée	30
4.6 Discussion des résultats	35
4.7 Limites des données	36
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
ANNEXES	43

RÉSUMÉ

De plus en plus d'étude affirment que les pratiques alimentaires au cours de la petite enfance jouent un rôle majeur dans la survenue de diarrhée chez les enfants. Cependant, il y a peu d'études qui documentent ces pratiques alimentaires et leur relation avec l'occurrence de la diarrhée chez les enfants au Burkina Faso. Ainsi, la présente étude vise à évaluer l'influence des pratiques alimentaires sur l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois au Burkina Faso.

Les données de l'enquête démographique et de sante du Burkina Faso réalisée en 2021 ont été utilisées dans cette étude. La prévalence de la diarrhée selon les indicateurs de pratiques alimentaires a été estimée à l'aide de l'analyse bivariée. L'association de chaque pratique d'alimentation et la diarrhée a été testée selon les variables de confusions potentielles à travers l'analyse tri-variée et l'influence des pratiques alimentaires sur l'occurrence de la diarrhée des enfants a été examinée à l'aide d'analyses de régression logistique binomiale.

Les résultats obtenus à l'issue de l'analyse descriptive bivariée ont montré que la diarrhée est significativement associée à l'allaitement exclusif et l'utilisation du biberon chez les enfants de moins de 6 mois. L'analyse descriptive multivariée montre que les enfants qui ont eu la diarrhée se caractérisent par leurs mères qui n'ont aucun niveau d'instruction, âgées d'au moins 25 ans et de religion traditionnelle/animiste ou sans religion. Ces enfants viennent des ménages qui utilisent de l'eau de boisson provenant d'une source non améliorée ou l'eau de surface. Ils viennent des ménages qui n'utilisent pas de toilettes et pratiquent la défécation en plein air. Ils viennent des ménages pauvres et en milieu rural. Les selles de ces enfants sont jetées/rincées dans un égout ou une fosse/poubelle.

Les résultats au niveau de l'analyse explicative montrent que l'allaitement maternel exclusif protège contre la diarrhée tandis que l'alimentation au biberon est un facteur de risque de diarrhée. En effet, les enfants allaités exclusivement au lait maternel sont plus protégés au risque de diarrhée que ceux qui ne l'ont pas été. Par ailleurs, les enfants qui ont été nourris au biberon ont plus de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été nourris au biberon.

Au regard des résultats, le renforcement des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant contribuerait à améliorer les comportements alimentaires des femmes burkinabè chez les enfants et à réduire le fardeau de la diarrhée chez ces derniers.

INTRODUCTION

La mortalité des enfants demeure élevée malgré une tendance à la baisse. En 2021, plus de 5 millions d'enfants sont morts avant d'atteindre l'âge de 5 ans. La plupart de ces décès sont imputables à des maladies évitables (FAO et al. 2023) parmi lesquelles figurent les maladies diarrhéiques. La diarrhée est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité des enfants dans le monde. Elle représente la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (OMS, 2017). Chaque année, on dénombre 1,9 million d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent en moyenne de 3 épisodes diarrhéiques par an dans les pays en développement. Chacun de ces épisodes les prive des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance. Par conséquent, la diarrhée est l'une des causes majeures de la malnutrition (OMS, 2017 ; Cumming & Cairncross, 2016 ; Perez-Heydrich C et al. 2013). Ainsi, la fréquence des diarrhées peut entraver la croissance et le développement cognitif des enfants et accroître leur vulnérabilité à d'autres maladies infectieuses (CDC, 2016).

Ces dangers liés à la diarrhée et aux autres maladies infectieuses chez les enfants peuvent être évités à travers l'adoption de meilleures pratiques d'alimentation des enfants. En effet, les pratiques d'alimentation de l'enfant affectent directement sa santé, son développement et son état nutritionnel (OMS et UNICEF, 2021). L'adoption d'une alimentation optimale durant les deux premières années de vie engendre une réduction du taux de morbidité et de mortalité, ainsi que du risque de maladies chroniques et contribue à un meilleur développement général de l'enfant (OMS, 2021). Selon l'OMS et l'UNICEF (2021), les pratiques d'alimentation les plus bénéfiques pour la santé et le bien-être de l'enfant sont notamment la mise au sein du nouveau-né dans l'heure qui suit sa naissance, l'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de la vie et l'introduction, à l'âge de 6 mois, d'aliments de complément sains et appropriés, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.

En dépit des avantages avérés de ces pratiques recommandées, elles sont peu respectées dans les pays en développement. La pratique de l'allaitement exclusif est peu rependue et une part importante des enfants sont mis au sein tardivement (INSD & ICF, 2023 ; Diagana & Kane, 2016). Les nourrices ont souvent tendance à donner précocement des aliments autres que le lait à leurs nourrissons et à retarder l'initiation à l'allaitement maternel des enfants.

Au Burkina Faso, déjà dans le premier mois de vie, en plus du lait maternel, 16 % des enfants qui reçoivent de l'eau plate, 5 % reçoivent des liquides non lactés, 3 % reçoivent un lait maternisé et/ou du lait d'animal, 1 % sont déjà nourris avec des aliments de complément et 5 % ne sont pas allaités (INSD & ICF, 2023).

L'objectif général de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des effets des pratiques d'alimentation des nourrissons et du jeune enfant recommandé sur l'occurrence de la diarrhée. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- ✓ Analyser l'association de l'occurrence de la diarrhée chez les enfants au Burkina Faso et les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant ;
- ✓ Dégager le profil des enfants souffrant de la diarrhée selon les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant ;
- ✓ Analyser les pratiques alimentaires qui influencent l'occurrence de la diarrhée chez les enfants au Burkina Faso.

1 CONTEXTE

1.1 Contexte géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et sans débouché sur la mer. Cet enclavement du pays a un impact négatif sur le plan sanitaire, car elle ne facilite pas l'accessibilité et n'assure pas la disponibilité permanente des médicaments (INSD & ICF, 2012).

Le pays fait partie de la zone soudanienne et bénéficie d'un climat tropical sec à deux saisons : une saison sèche de novembre à juin et une saison pluvieuse de juillet à octobre. Ce régime tropical sec favorise le développement des maladies infectieuses parasitaires. La prépondérance des décès dus à la diarrhée, méningite, pendant la saison sèche en est l'illustration (Somé, 2014).

La végétation est de type soudano-sahélien et environ trois quarts du territoire sont occupés par une vaste pénéplaine légèrement inclinée du Nord au Sud. Ce relief plat ne retient pas une grande quantité d'eau d'où l'insuffisance hydrique dans certaines régions (MEDD, 2014).

Les températures présentent une forte variation selon l'alternance des saisons. Elles se situent entre 32.4°C en avril et 24.3°C en décembre, avec des fluctuations diurnes allant de 15 à 40°C. Ces fortes températures accélèrent l'assèchement des plans d'eau qui servent à l'alimentation en eau de la population. L'effet de la déshydratation en diarrhée est assez marqué au cours de la période chaude de l'année (Kabré, 1994).

1.2 Contexte sociodémographie

Le Burkina Faso comptait 20 505 155 habitants en 2019, avec 51,7 % de femmes. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans), particulièrement concernées par les programmes de santé de la reproduction, représentent 46,7 % de la population féminine et 24,1 % de la population totale. Cette population connaît une forte croissance démographique, avec un taux de croissance démographique intercensitaire 2,94% par an. Cette forte croissance de la population est tributaire d'une fécondité et d'une mortalité élevées, bien qu'en baisse. En effet, le niveau de la fécondité, mesuré par l'ISF, est estimé à 4,4 enfants en moyenne par femme de 15–49 ans en 2021. De cette fécondité élevée, résulte un poids important des enfants de moins de 5 ans, soit 16,2% de la population totale du pays.

1.3 Contexte socioéconomique

Avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,449 en 2021, le pays figure parmi les plus pauvres du monde (184^e sur 191 pays classés). L'incidence de la pauvreté y est élevée et concerne 41,4% de la population en 2018, avec un seuil de pauvreté de 194 629 FCFA. L'agriculture est la principale branche d'activité. Elle occupe 67,7% de l'ensemble de la population

et 85,1% de la population rurale.

Ainsi, la faiblesse et l'inégale répartition dans le temps et dans l'espace de la pluviométrie que connaît le pays (la moyenne annuelle varie entre 300 mm au Nord et 1 200 mm au Sud) influencent énormément la disponibilité alimentaire et, par conséquent, l'état nutritionnel des populations (INSD & ICF, 2012). Ce climat capricieux accroît les risques de sécheresse et de maladies épidémiques ou saisonnières tels que la méningite, la rougeole, le choléra, le paludisme (MS, 2013). Aussi, la détérioration de la situation sécuritaire et humanitaire que connaît le pays ces dernières années du fait de la montée des attaques terroristes a entraîné un accroissement substantiel des déplacements internes et réduit l'accès déjà très limité aux services sociaux de base, y compris les services de santé, dans un contexte d'extrême pauvreté dans les localités concernées. (MS, 2020).

L'accès et l'utilisation d'une eau de boisson salubre, d'installations d'assainissement et d'hygiène ont de profondes répercussions sur la santé, la sécurité et le bien-être général des populations. En ce qui concerne ces questions d'hygiène et assainissement dans les ménages, selon EDS (2021), 84% des ménages ont accès à une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson et 60% de la population ont accès à un service élémentaire d'approvisionnement en eau de boisson. Environ trois ménages sur cinq (64 %) utilisent des installations sanitaires améliorées et près d'un tiers (32 %) n'utilisent aucun type de toilettes. En ce qui concerne l'évaluation des selles des enfants, pour 45 % d'enfants de moins de 2 ans, les matières fécales ont été évacuées de manière appropriée : ce pourcentage varie de 64 % pour les enfants vivant dans un ménage disposant d'installations sanitaires améliorées à 17 % pour ceux vivant dans un ménage ne disposant d'aucune installation sanitaire (INSD & ICF, 2023). Toujours selon l'EDS 2021 pour le lavage des mains, 12 % de la population disposent d'une installation élémentaire pour le lavage des mains et 71 % d'une installation limitée.

L'existence de toilettes adéquates contribue, en plus de la réduction des risques de maladies (diarrhée, helminthiases intestinales, de la schistosomiase, trachome, etc.), à la promotion de la dignité humaine et le renforcement de la sécurité, en particulier pour les femmes et les jeunes filles (OMS ,2023). Au Burkina Faso, 64 % des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées ; ce pourcentage varie de 49 % en milieu rural à 93 % en milieu urbain. Les fosses d'aisances avec dalles (56 %) sont les équipements sanitaires les plus fréquents (INSD & ICF, 2023).

1.4 Contexte socioculturel

Le Burkina Faso est un pays de plus de 60 ethnies aux mœurs et coutumes très diversifiées. Les plus grands groupes ethniques au Burkina Faso sont : les mossis (50,2%) ; les fulanis (9,4%) ; les bobos (5,9%) ; les gurmas (5,8%) ; les mandés (5,3%) ; les sénoufos (4,9%) ; les gurunsis

(4,8%) ; les lobis (4,7%) ; les touaregs (2,5%) et les autres groupes ethniques (6, 5%) (INSD, 2006).

Le Burkina Faso à l'instar des pays en développement, fait face au défi de l'analphabétisme de sa population qui constitue un obstacle à son développement économique et social. L'évaluation externe des données sur l'alphabétisation a mis en évidence une évolution nette du taux d'alphabétisation des 15 ans et plus, qui est passé de 7,5 % en 1975 à 29,7 % en 2019. (RGPH, 2019).

2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel

Le lait maternel, en plus de couvrir à lui seul les besoins alimentaires de l'enfant jusqu'à l'âge de six (6) mois, contribue à la prévention des infections chez le bébé, participe au développement psychoaffectif de l'enfant et préserve la santé de la mère (Kouassi & Ehui, 2018). Il contient de nombreuses substances et cellules qui participent efficacement, par leurs actions directes et indirectes, à la prévention des infections chez les nourrissons et jeune enfant (Turck et al., 2013). Ainsi, il protège l'enfant contre les maladies grâce aux immunoglobulines et aux cellules immunitaires et permet le développement d'une flore intestinale formant une barrière grâce aux bactéries lactiques (Clavel, 2006). En plus de ces propriétés du lait maternel, le transfert de l'immunité passive maternelle qui a lieu au sein contribue à la protection de l'enfant (Turck et al., 2013). Grâce à ces effets protecteurs de l'allaitement maternel, la morbidité et la mortalité infectieuses sont beaucoup plus faibles chez les nourrissons allaités, dans les pays en voie de développement où la mortalité causée par la diarrhée est 25 fois plus faible chez les nourrissons allaités par rapport à ceux qui ne sont pas allaités (Turck et al., 2013). Cette action préventive de l'allaitement maternel est plus importante quand l'allaitement est exclusif et dure plus de 3 mois.

2.2 Les pratiques d'alimentation recommandées et leurs avantages

Eu égard aux bienfaits de l'allaitement maternel et dans le souci de garantir un meilleur avenir à tous les enfants, la communauté internationale, à travers l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent les pratiques d'allaitement optimales, notamment que:

- les enfants commencent à être allaités pendant l'heure qui suit la naissance ;
- les enfants sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie, sans absorber aucun autres aliment ou liquide, pas même de l'eau ;
- à partir de l'âge de 6 mois, les enfants devraient commencer à consommer des aliments complémentaires sûrs et adéquats, tout en continuant d'être allaités au sein jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus (OMS, 2017 ; UNICEF et OMS, 2018 ; OMS et UNICEF, 2021).

L'initiation précoce à l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance présente de nombreux avantages aussi bien pour l'enfant que pour la mère. En effet, elle permet d'apporter au nouveau-né le colostrum qui aide à éviter des infections néonatales (pneumonie, diarrhée, etc.), réduisant ainsi le risque de mortalité néonatale (Hucker, 2023) car très riche en composants qui jouent un rôle essentiel, tant sur le plan immunologique que nutritionnel (Turck et al, 2013 ; UNICEF et OMS, 2018). Ainsi, l'étude réalisée par Smith et al (2017a) révèle que parmi les

nouveau-nés nourris au sein, le risque de décès est plus élevé de 33% chez ceux qui ont été mis au sein entre 2 et 23 heures après leur naissance, comparé à celui des nourrissons qui ont commencé à être allaités pendant l'heure qui a suivi leur naissance. Ce risque était plus de deux fois plus élevé chez les nouveau-nés qui ont commencé à être allaités 24 heures ou plus après leur naissance. Smith et al (2017b) ont également établi que comparé aux nouveau-nés mis au sein pendant la première heure suivant leur naissance, la mise au sein tardive était associée à un risque élevé de toux et de difficultés respiratoires au cours des six premiers mois de vie. Le contact peau à peau lors des premières mises au sein du nouveau-né à réguler la température corporelle du nouveau-né et permet à son organisme d'être peuplé de bactéries bénéfiques provenant de l'épiderme de la mère. Ces bactéries contribuent à la protection du nouveau-né contre les maladies infectieuses et au renforcement du système immunitaire de celui-ci (Rollins et al., 2016). Le contact peau à peau immédiatement après la naissance et jusqu'à la fin du premier allaitement contribue à prolonger la durée de l'allaitement tout en favorisant la pratique de l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois (Moore et al., 2016 ; OMS et UNICEF, 2021 ; Hucker, 2023).

Concernant l'allaitement maternel exclusif, il est considéré comme l'option la plus sûre et la plus saine, car il fournit au nourrisson une alimentation adaptée à ses besoins tout en étant sûre, saine et accessible (OMS et UNICEF, 2021). Il protège l'enfant contre les maladies comme la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, le surpoids, l'obésité infantile, etc (Victora et al., 2017 ; cité par OMS et UNICEF 2021).

La poursuite de l'allaitement après un an permet de couvrir une part substantielle des besoins énergétiques de l'enfant grâce au lait maternel présent dans son alimentation (OMS et UNICEF, 2021). En cas de maladie chez l'enfant, elle peut aider à prévenir la déshydratation tout en fournissant les nutriments nécessaires à sa guérison (Victora et al., 2017 ; cité par OMS et UNICEF 2021).

2.3 Les pratiques des mères en termes d'alimentation de l'enfant

Dans les pays en développement, plusieurs études ont montré que les recommandations en matière d'allaitement optimal sont peu respectées par les femmes. La pratique de l'allaitement exclusif est peu rependue et une part importante des enfants sont mis au sein tardivement (INSD & ICF, 2023 ; Diagana & Kane, 2016). Les nourrices ont tendance à donner précocement des aliments autres que le lait à leurs nourrissons, souvent même avant l'initiation à l'allaitement maternel. Au Burkina Faso, déjà dans le premier mois de vie, en plus du lait maternel, 16 % des enfants reçoivent de l'eau plate, 5 % reçoivent des liquides non lactés, 3 % reçoivent un lait maternisé et/ou du lait d'animal, 1 % sont déjà nourris avec des aliments de complément et 5 % ne sont pas allaités (INSD & ICF, 2023). À Nouakchott, plus de 46,4 % des mères affirment qu'il

est nécessaire de commencer à donner de l'eau à un nouveau-né dès le premier mois de vie (Diagana & Kane, 2016). Ainsi, le fait de donner de l'eau au nourrisson allaité est une pratique très répandue (Diagana & Kane, 2016; Kouassi & Ehui, 2018).

L'eau est une alternative au colostrum. Dans certaines communautés, l'on pensait que le colostrum était sale et potentiellement dangereux. Les nouveau-nés étaient nourris avec de l'eau plate, de l'eau sucrée, des tisanes ou d'autres liquides à la naissance et ce, jusqu'à ce que le « bon lait » arrive (Aboubacar, 2017 ; Gunnlaugsson et al., 1993 ; Diagana & Kane, 2016 et Faye, 2007)

L'eau et les décoctions à base de plantes protègent le bébé. Certaines études ont fait état de la croyance selon laquelle il était nécessaire de donner aux nouveau-nés de l'eau ou des décoctions à base de plantes pour les protéger du mal, de la malchance ou des mauvais esprits. Les guérisseurs traditionnels et d'autres membres de la communauté expérimentés dans les pratiques de guérison traditionnelles donnaient aux nouveau-nés des tisanes durant les premiers jours de leur vie. Ces décoctions étaient censées purger et protéger le nouveau-né des maladies ou des mauvais esprits, et favoriser la force et la bonne santé (Aboubacar, 2017 ; Agani et al., 2017 et Diagana & Kane, 2016). Une étude qualitative menée auprès de femmes rurales au Ghana a révélé que les nouveau-nés reçoivent un bain rituel après l'accouchement pour les empêcher de tomber malades. « Le bébé est baigné avec des décoctions et on lui en fait boire un peu ; si c'est un garçon, on lui en fait boire pendant trois jours et, si c'est une fille, elle est baignée avec les décoctions préparées et on lui en fait boire pendant quatre jours. »

Les décoctions semblent être mélangées avec du lait maternel ou de la bouillie, et on les fait boire au bébé pour qu'il devienne fort (Agani et al., 2017).

Ces produits sont aussi donnés aux nourrissons dans le but d'améliorer leurs systèmes immunitaires et d'augmenter leur résistance et leur solidité. À cet effet, beaucoup de grand-mères estiment que les enfants d'aujourd'hui sont plus « faibles » que ceux d'autrefois, car ils sont de moins en moins bien nourris (Kouassi & Ehui, 2018). Ces dernières recommandaient que les nourrissons reçoivent dès les premières semaines de vie, des aliments permettant une purge de son ventre et facilitant l'évacuation des selles, comme les dattes, le miel, la graisse animale, les décoctions de plantes, etc.

De l'eau bénite ou de l'eau ordinaire pour accueillir le nouveau-né. Des recherches menées dans certains pays ont montré que, lors des cérémonies traditionnelles, le nouveau-né recevait quelques gouttes d'eau bénite, d'eau ordinaire ou accompagnée d'une purée de dattes, pour accueillir l'enfant et lui assurer une vie heureuse et saine (Combassere et al., 2015 ; Aboubacar, 2017 ; Semega-Janneh et al., 2001 ; Keith, 2009 ; Oumarou et al, 2012 ; Faye, 2007 ; Ojofeitimi et al., 1999).

L'eau est donnée aux nourrissons dans l'optique d'éviter leur déshydrations sous l'effet du soleil et de la chaleur, surtout dans les zones à forte chaleur. En effet, beaucoup de personnes croient à tort qu'avec la chaleur, les nourrissons ont besoin d'eau additionnelle pour survivre (Combassere et al. 2015 ; Oumarou et al., 2012). Interrogées dans le cadre de l'étude de (Kouassi & Ehui, 2018), les mères et nourrices affirment qu'elles donnent l'eau à leurs bébés en réponse à la déshydratation et la soif causées par le soleil et la chaleur. La consommation d'eau favorise le développement et la digestion de l'enfant et est nécessaire dans un pays chaud comme la Mauritanie, témoignent des grands-mères (Diagana & Kane, 2016).

Les compléments alimentaires sont donnés aux bébés pour combler l'insuffisance réelle ou perçue du lait maternel. De nombreuses études ont montré que beaucoup de femmes doutaient que le lait maternel seul soit suffisant en quantité et/ou en qualité jusqu'à 6 mois, ce qui motivait l'ajout de l'eau ou des aliments complémentaires (Aboubacar, 2017 ; Agani et al, 2017 ; Akuse et Obinya, 2002 ; Chiabi et al, 2011 ; Diji et al, 2016 ; Hassan, 2014 ; Keith, 2007 ; Mogre et al, 2016 ; Otoo et al, 2009). Kouassi & Ehui, 2018 font remarquer que dans la plupart des groupes ethniques, le lait maternel est perçu comme ne contenant pas suffisamment de subsistance pour couvrir les besoins nutritionnels des nourrissons d'où la nécessité de le compléter par la consommation de liquides (l'eau, décoctions à base de plantes, tisane, bouillie de mil...) et d'aliments solides. Aussi, poursuivent ces auteurs, « La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est profondément enracinée et extrêmement répandue. » (p164). De l'étude de Zafar (2021), il ressort également que la première raison avancée par les mères primipares pour justifier l'introduction d'une alimentation pré-lactée avant l'âge de six mois est la production insuffisante de lait pour répondre aux besoins du bébé. Toujours selon cette étude, chez les mères multipares, c'est le fait que le bébé ait toujours faim après l'allaitement qui en est la principale raison.

Les autres préoccupations incluaient les défis d'allaiter pour les employées et/ou les élèves et étudiantes (Aboubacar, 2017 ; Aniebue et al, 2010 ; Danso, 2014 ; Ella, 2016 ; Mogre et al, 2016 ; Okolobiri et Peterside, 2013 ; Semega-Janneh, 2001 ; Ukegbu et al, 2002), 2011) ; et l'impact négatif potentiel sur le corps d'une femme en raison de la douleur ou d'autres problèmes ou du changement de sa silhouette (Aborigo et al, 2012 ; Ella, 2016 ; Kakute et al, 2005 ; Udoudou, IO, 2015).

2.4 L'influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée

Le lait maternel contient d'importantes substances et cellules qui contribuent efficacement à la prévention des infections dont la diarrhée chez les nourrissons et jeune enfant (Hucker, 2023 ; Turck et al, 2013 ; Kouassi & Ehui, 2018). Lamberti et al (2011) ont mis en évidence des effets

protecteurs de l'allaitement maternel contre l'incidence, la prévalence, les hospitalisations et la mortalité due à la diarrhée. Cette étude présente différents degrés de protection selon les niveaux d'exposition à l'allaitement, la plus grande protection étant conférée par l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 6 mois. L'étude de Camara et al (2023) a conduit aux résultats selon lesquels l'allaitement maternel exclusif fait partie des principaux facteurs protecteurs de l'enfant contre la diarrhée. Plusieurs autres études (Molbak et al, 1997 ; Dhami et al, 2020 ; Feleke et al, 2022) ont démontré que les enfants qui n'ont pas bénéficié de l'allaitement maternel exclusif durant leur 6 premiers mois de vie couraient un risque nettement plus élevé de souffrir de la diarrhée. De l'étude de Feleke et al (2022), il ressort que les enfants qui n'ont pas bénéficié de l'allaitement maternel exclusif durant leur 6 premiers mois de vie sont 4,7 fois plus susceptibles de souffrir de la diarrhée.

L'initiation précoce à l'allaitement maternel aussi s'est avérée déterminante dans l'explication de l'occurrence de la diarrhée dans plusieurs études. En Inde, la mise au sein de l'enfant diminue significativement le risque de diarrhée chez les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois dans toutes les régions du pays, à l'exception de la région de l'ouest (Dhami et al., 2020).

Toutefois, il convient de noter que l'influence des pratiques d'alimentation des enfants sur l'occurrence de la diarrhée dépend du contexte. Ces pratiques n'ont pas toujours effets significatifs sur la survenance de la diarrhée. Dans le district de Bereh en Éthiopie, Feleke et al (2022) ont montré que la mise au sein précoce de l'enfant n'a pas d'association statistiquement significative avec la diarrhée. En Inde, bien que l'association entre l'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'occurrence de la diarrhée soit statistiquement significative au niveau national et dans les cinq autres régions, elle n'est pas significative dans la région de l'Ouest (Dhami, 2020).

La durée de l'allaitement maternel aussi a une incidence sur l'occurrence de la diarrhée. En effet, des études de Molbak et al (1997) et Melo et al (2008), il ressort que l'arrêt précoce de l'allaitement expose les enfants à des risques élevés de diarrhée. L'étude de Lamberti et al (2011) montre que comparativement aux nourrissons et jeunes enfants de 6 à 23 mois toujours allaités, ceux qui ne sont pas allaités présentent 2,18 fois plus de risque de décéder de diarrhée.

3 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente les données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé (ESDBF-V) réalisée en 2021 au Burkina Faso, la population cible, l'évaluation de la qualité des données, les variables d'analyse et les méthodes d'analyse dans le cadre de cette recherche.

3.1 Données de l'étude

Les données proviennent de l'EDSBF-V réalisée en 2021 par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) en collaboration avec l'Institut national de santé publique (INSP) et avec l'appui technique de l'Inner city fund (ICF) International. Cette enquête avait pour objectif de présenter des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations comme celle des enfants de moins de cinq ans. Quatre questionnaires d'enquête, dont un questionnaire ménage, deux questionnaires individuels (femme et homme) et un questionnaire biomarqueur ont été utilisés pour la collecte des données. Le questionnaire femme, qui concerne cette recherche, a collecté, entre autres, des données sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes, la maladie diarrhéique, les pratiques d'allaitement, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Un échantillon national, stratifié de façon à fournir une représentativité adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 13 régions administratives du Burkina Faso, a été sélectionné pour l'enquête. L'échantillon a été tiré à deux degrés. Au premier degré, des grappes ou Zones de dénombrement (ZD) ont été tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des ZD établie lors du Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2019. Sur un total de 600 grappes (ZD) sélectionnées à l'aide d'un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille de la ZD (nombre de ménages), 514 grappes ont été enquêtées avec succès. Un dénombrement des ménages dans chaque ZD a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes dans le ménage la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées individuellement. Au total, 13 438 ménages ont été sélectionnés parmi lesquels 13 307 étaient occupés¹. Dans ces ménages occupés, 13 251 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,6 %. Dans ces ménages enquêtés, **17 957** femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et **17 659** d'entre elles ont été effectivement enquêtées, soit un taux de réponse de 98,3 %.

¹ Un *ménage occupé* est un ménage qui existe et dont l'emplacement a été identifié sur le terrain, que des membres soient présents ou non au moment du passage des agents enquêteurs.

3.2 Population cible de l'étude

La population cible de notre étude est constituée des plus jeunes enfants vivants avec leurs mères, âgés de moins de 6 mois de la population de droit. Ainsi, l'échantillon est constitué de 1 223 enfants avec 49 % de sexe masculin.

3.3 Évaluation de la qualité des données

La qualité des données est évaluée à partir des taux de non-réponse aux questions posées lors de l'enquête. Les taux de non-réponse représentent le pourcentage des personnes n'ayant pas répondu à des questions auxquelles elles étaient censées répondre. Elles permettent d'apprécier l'importance des valeurs manquantes pour chaque variable afin de décider de sa prise en compte ou non dans l'étude. Les non-réponses proviennent soit de l'enquêté(e) qui refuse de répondre à une question, soit de l'enquêteur par omission ou par erreur de remplissage du questionnaire, soit suite à une erreur de saisie. Le principal impact de la non-réponse sur la qualité des données est qu'elle peut induire une perte de précision dans les estimations si les caractéristiques des répondants et des non répondants diffèrent et que cette différence a un impact sur le phénomène étudié. Généralement, un taux de non-réponse est considéré comme acceptable quand il est en deçà de 10 % (Dussaix, 2009) ; en effet, avec 90 % de couverture de l'échantillon, on peut avoir des indicateurs statistiquement significatifs. Le tableau 3.1 donne les taux de non-réponse des différentes variables retenues dans l'étude. Il ressort du tableau que la plupart des variables ont des taux de non-réponse nuls ou proches de zéro. Ces résultats montrent que les variables mobilisées sont d'une bonne qualité. Par conséquent, on peut considérer que les données utilisées sont de bonne qualité.

Tableau 3.1 : Taux de non-réponse des variables d'analyse

Variables	Données valides	Données manquantes	Taux de non-réponse (%)
Enfant a eu la diarrhée	1223	0	0,0
Initiation précoce à l'allaitement	1223	0	0,0
Allaitement exclusif	1223	0	0,0
Utilisation du biberon	1223	0	0,0
Niveau d'instruction de la mère	1223	0	0,0
Religion	1223	0	0,0
Ordre de naissance	1223	0	0,0
Occupation de la femme	1223	0	0,0
Groupe d'âge de la mère	1223	0	0,0
Sexe de l'enfant	1223	0	0,0
Niveau de vie du ménage	1223	0	0,0
Milieu de résidence	1223	0	0,0

Variables	Données valides	Données manquantes	Taux de non-réponse (%)
Taille du ménage	1223	0	0,0
Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage	1223	0	0,0
Source d'eau de boisson	1223	0	0,0
Accès a un assainissement	1223	0	0,0
Installations de base pour le lavage des mains	1189	34	2,8
Évacuation des selles des enfants	1223	0	0,0
Évacuation des eaux usées	1223	0	0,0
Nombre de visite prénatale	1218	5	0,4
Naissances vivantes par lieu d'accouchement	1223	0	0,0

Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

3.4 Variables d'analyse

3.4.1 Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est l'occurrence de la diarrhée définie comme l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour. En effet, des informations sur la diarrhée ont été obtenues auprès des mères, pour savoir si chaque enfant de moins de 5 ans du ménage a eu de la diarrhée au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. À partir de ces informations l'occurrence de la diarrhée est classée comme oui et codée 1 pour les enfants qui ont eu la diarrhée, et non, codée 0 pour les enfants qui n'ont pas eu la diarrhée.

3.4.2 Variables explicatives

➤ Facteurs d'exposition

Les variables d'exposition dans cette recherche sont les indicateurs des pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par l'OMS. En effet, deux pratiques recommandées ont été retenues dans cette recherche. Il s'agit de l'initiation précoce à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance et de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois. L'utilisation du biberon chez l'enfant également a été mise à contribution. Ces pratiques ont été sélectionnées sur la base d'études antérieures réalisées qui ont montré que ces indicateurs étaient associés à la diarrhée, de leur disponibilité et également de leur cohérence dans la base de données. Il s'agit de :

- **L'initiation précoce à l'allaitement** : c'est le fait pour l'enfant d'avoir été mis au sein dans l'heure qui a suivi sa naissance. Dans l'EDSBF-V, cette variable concerne les enfants nés dans les 2 dernières années.

- **L'allaitement maternel exclusif** : c'est le fait pour l'enfant d'avoir été nourri exclusivement au lait maternel pendant les cinq premiers mois suivant sa naissance. Dans l'EDSBF-V, cette information a été collectée sur les enfants âgés de moins de 6 mois.
- **L'utilisation du biberon** : c'est le fait pour l'enfant d'avoir été nourri au biberon au cours la journée précédant l'enquête.

➤ Facteurs de confusion potentiels

Un certain nombre de facteurs de confusion potentiels (classés en des facteurs liés à l'enfant, à la mère, au ménage et aux services de santé) ont été pris en compte dans les analyses sur la base des études antérieures et en tenant compte des informations disponibles dans la base de données de l'EDSBF-V. Les facteurs liés à l'enfant comprennent le sexe et l'ordre de naissance. Les facteurs maternels pris en compte dans la présente étude sont le groupe d'âge, le niveau d'instruction, l'occupation, l'ethnie et la religion ont été pris en compte. L'indice de richesse du ménage, la taille du ménage, le nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage, la source d'eau de boisson, l'accès à l'assainissement, l'installation de base pour le lavage des mains, l'évacuation des selles des enfants, l'évacuation des eaux usées et le milieu de résidence ont été considérés comme des caractéristiques du ménage. Par ailleurs, la source d'eau de boisson et l'accès à l'assainissement ont été classés comme améliorés ou non améliorés. Les sources améliorées d'eau pour la boisson sont l'eau canalisée des robinets publics, des bornes-fontaines, des puits tubulaires, des forages, des puits creusés protégés et des sources protégées, de l'eau de pluie, de l'eau livrée par un camion-citerne ou un chariot avec un petit réservoir, et de l'eau en bouteille (INSD & ICF, 2023). Les installations sanitaires améliorées comprennent les toilettes avec chasse d'eau/chasse d'eau manuelle qui évacue l'eau et les déchets dans un système d'égout canalisé, une fosse septique, une latrine à fosse ou une destination inconnue ; une latrine à fosse améliorée ventilée ; une latrine à fosse avec dalle ou des toilettes à compostage (INSD & ICF, 2023). Les facteurs liés aux services de santé comprennent la fréquence des visites prénatales et le lieu d'accouchement.

3.5 Méthodes d'analyse des données

Plusieurs méthodes d'analyse des données quantitatives sont utilisées. Il s'agit aussi bien de méthodes d'analyse descriptives qu'explicatives.

3.5.1 Analyse descriptive

L'analyse descriptive univariée, bivariée et multivariée ont été utilisées dans cette recherche. Ainsi, l'analyse descriptive univariée a permis de vérifier la complétude des variables, de procéder, si nécessaire, à des recodifications de variables ou à la création de nouvelles variables et de décrire la population d'étude.

Quant à l'analyse descriptive bivariée, elle a permis de mettre en évidence l'ampleur de la diarrhée suivant les pratiques alimentaires retenues dans cette recherche. Ainsi, l'association entre différentes variables indépendantes et la variable dépendante (le fait pour un enfant d'avoir eu la diarrhée ou pas au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête) a été examinée à travers la statistique de Khi-deux. Par la suite, l'association de chaque variable d'exposition et la diarrhée a été testée selon les variables de confusion potentielle. Cette analyse appelée analyse tri-variée est le premier pas du contrôle et permet de vérifier si l'intervention d'une cause concurrente impacte ou non la relation premièrement observée. Toutefois, ce niveau n'est toujours pas suffisant pour ce qui est de l'analyse statistique. C'est pourquoi nous avons fait recours aux analyses multivariées qui sont utilisées pour contrôler l'effet de plusieurs causes concurrentes sur une variable dépendante.

S'agissant de l'analyse descriptive multivariée, elle a permis de dégager le profil des enfants ayant eu de la diarrhée selon les variables d'exposition ainsi que les facteurs de confusion potentiel. Les variables mobilisées dans cette recherche étant toutes catégorielles, il a été donc fait recours à l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

3.5.2 Analyse explicative

L'analyse explicative permet d'aller au-delà des analyses de nature descriptive, pour mieux apprécier l'effet net des différentes variables explicatives (ou facteurs) sur le risque d'occurrence de la diarrhée chez l'enfant. Le choix des méthodes d'analyse multivariée dépend de la nature de la variable dépendante. Étant donné que la variable dépendante est dichotomique (« avoir eu de la diarrhée ou pas »), une des méthodes adaptées est la régression logistique binomiale.

L'avantage de cette méthode est qu'elle permet d'évaluer l'effet de chacune des variables explicatives sur la variable dépendante (variable à expliquer), tout en tenant compte des autres variables explicatives. Pour chaque variable explicative, elle permet, de plus, d'estimer le risque relatif pour un groupe d'enfants d'avoir la diarrhée. La méthode de régression logistique nous permet de déterminer les facteurs explicatifs de la survenance de la diarrhée chez l'enfant. Elle

fournit en outre des informations statistiques importantes qui sont entre autres : le khi-deux (χ^2) du modèle et la probabilité (significativité) p qui lui est associé permettant d'évaluer la qualité du modèle. Dans le cas de cette étude, un modèle est jugé adéquat lorsque sa probabilité est inférieure au seuil de significativité qui est fixé à 5 %.

Pour mieux interpréter les résultats, on s'intéresse aux Odds Ratios ou rapport de chance (OR). Un OR inférieur à 1 dans un groupe signifie que les enfants de ce groupe ont $(1-OR)$ % moins de risque d'avoir de la diarrhée par rapport au groupe de référence. Lorsqu'il est supérieur à 1, les enfants de cette catégorie ont OR fois plus de risque d'avoir de la diarrhée que le groupe de référence.

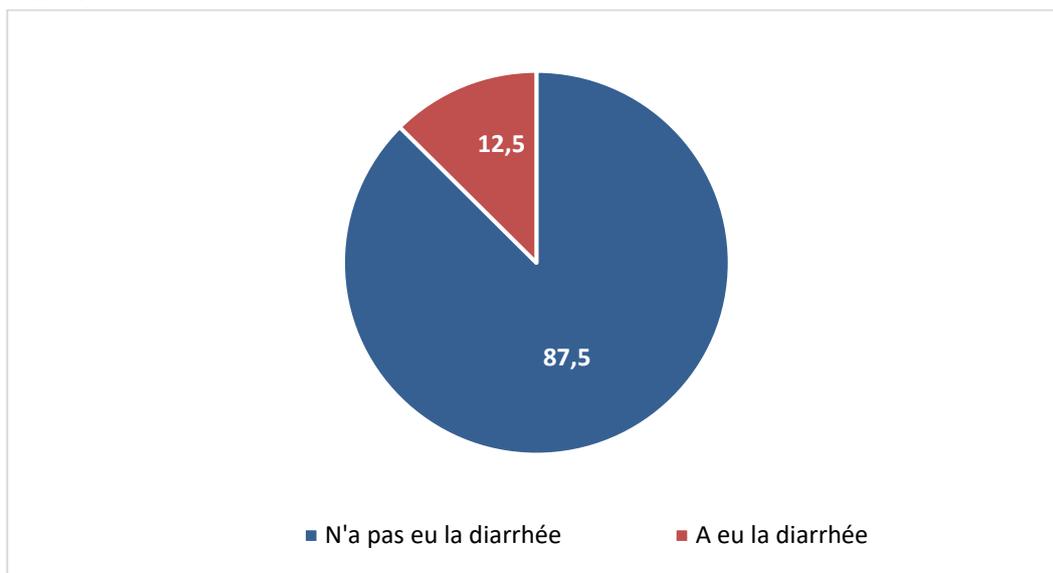
4 RÉSULTAT

4.1 État des lieux de l'occurrence de la diarrhée et des pratiques d'alimentation chez les enfants de moins de 6 mois au Burkina Faso

4.1.1. Niveau de l'occurrence de la diarrhée chez les moins de 6 mois au Burkina Faso en 2021

Le graphique 4.1 illustre la répartition des enfants de moins de 6 mois ayant eu ou non la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédés l'interview au Burkina Faso en 2021. Il ressort du graphique qu'un peu plus d'un enfant sur 10 (12,5 %) de moins de 6 mois a souffert de diarrhée (soit 153 sur 1 223 enfants). Cependant, le graphique révèle qu'environ 9 enfants sur 10 (87,5%) n'ont pas eu la diarrhée (soit 1 070 sur 1 249 enfants). Ces résultats montrent que la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois reste encore un phénomène préoccupant au Burkina Faso.

Graphique 4.1 : Répartition (%) des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée ou non

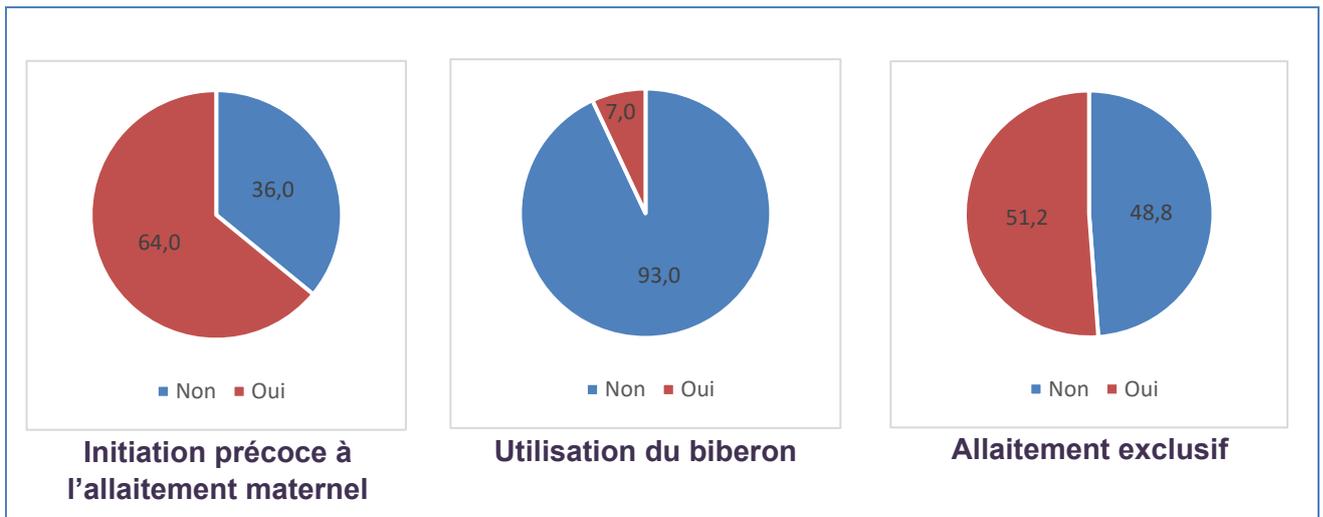


Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.1.2. Niveau des pratiques d'alimentation chez les enfants de moins de 6 mois au Burkina Faso en 2021

Le graphique 4.2 présente la répartition des enfants de moins de 6 mois selon les pratiques d'alimentation au Burkina Faso en 2021. Ainsi, il ressort du graphique que dans 64 % des cas, les enfants de moins de 6 mois ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. Il ressort également du graphique que 7 % des enfants de moins de 6 mois ont été nourris au biberon le jour avant l'interview. S'agissant de l'allaitement maternel exclusif, le graphique montre que 51,2 % des enfants de moins de 6 mois ont été nourri exclusivement au sein.

Graphique 4.2 : répartition (%) des enfants de moins de 6 mois par pratiques d'alimentation



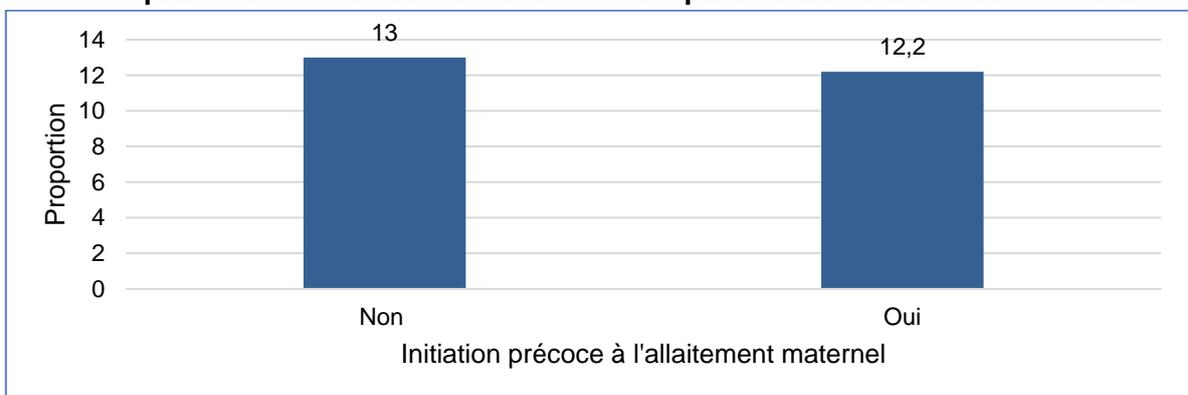
Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.2 Prévalence de la diarrhée selon les pratiques alimentaires chez les enfants de moins de 6 mois

4.2.1 Prévalence de la diarrhée selon l'initiation précoce à l'allaitement dans l'heure qui a suivi leur naissance chez les enfants de moins de 6 mois

Les données du graphique 4.3 présentent la prévalence de la diarrhée des enfants de moins de 6 mois selon qu'ils ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance ou non. Ainsi, il ressort que la prévalence de la diarrhée est légèrement plus faible chez les nourrissons qui ont été allaités dans la première heure de leur naissance (12,2 %) que chez ceux qui n'ont pas été allaités dans la première heure de leur naissance (13 %). L'analyse de la relation entre l'initiation précoce à l'allaitement et la diarrhée des enfants de moins de 6 mois montre que ces variables ne sont pas statistiquement associées (Tableau A1).

Graphique 4.3 : Proportion des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée selon qu'ils ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance ou non

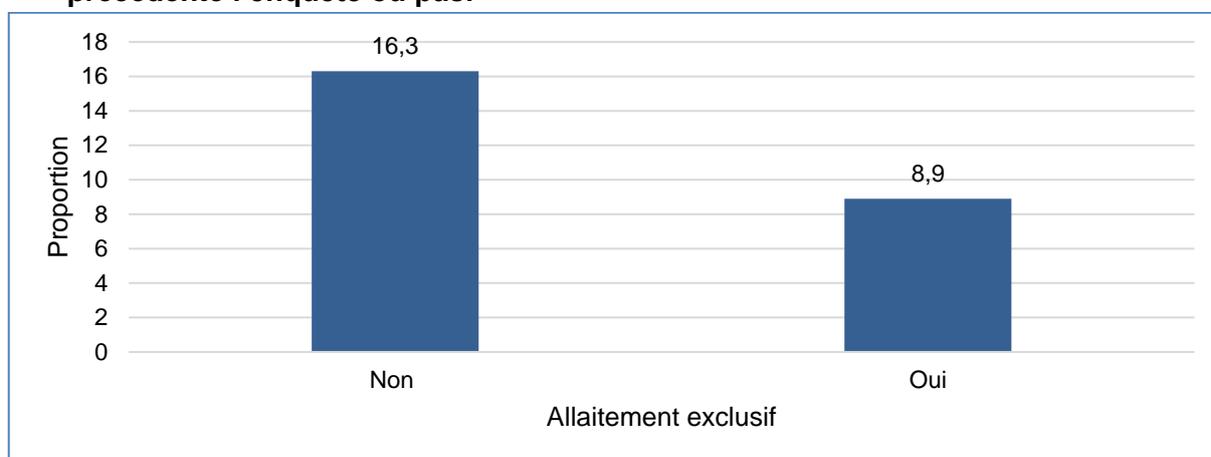


Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.2.2 Prévalence de la diarrhée selon l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois

Il ressort du graphique 4.4 que les enfants de moins de 6 mois qui ont été exclusivement nourris au sein avaient une prévalence plus faible de diarrhée que ceux qui n'ont pas été exclusivement nourris au sein. En effet, la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois qui ont été exclusivement nourris au sein est de 8,9 % contre 16,3 % chez les enfants qui n'ont pas été exclusivement nourris au sein. L'association statistique entre l'allaitement exclusif au sein et la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois est significative au seuil de 1‰ (Tableau A1). Ainsi, la faible prévalence de la diarrhée chez les enfants qui n'ont pas été exclusivement nourris au sein pourrait s'expliquer par le fait que l'allaitement exclusif joue un rôle de protection chez les enfants contre la diarrhée.

Graphique 4.4 : Proportion des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée selon qu'ils soient nourris exclusivement au lait maternel au cours de la journée précédente l'enquête ou pas.

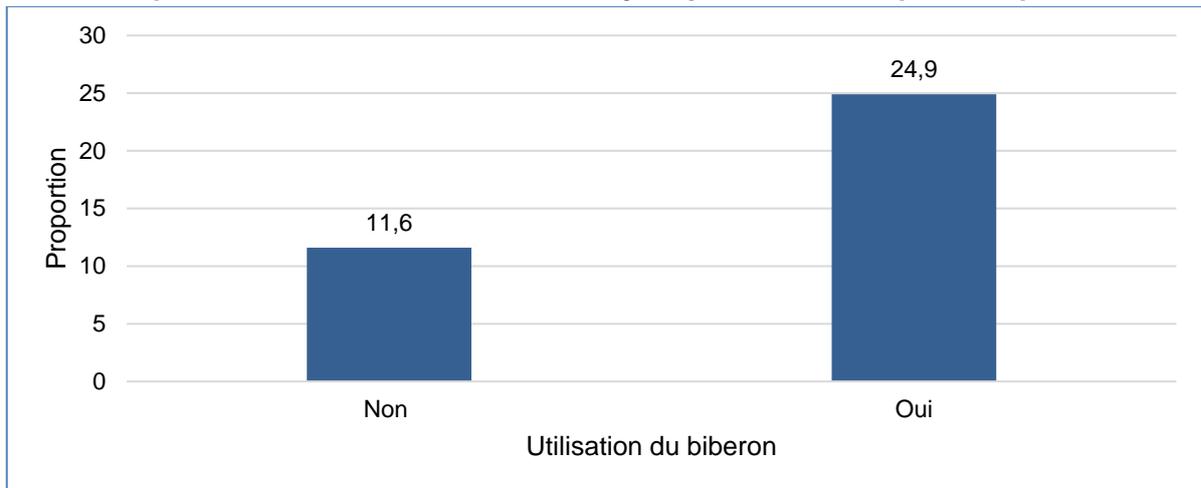


Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.2.3 Prévalence de la diarrhée selon l'utilisation du biberon chez les enfants de moins de 6 mois

Le graphique 4.5 indique que la prévalence de la diarrhée est plus élevée chez les enfants qui ont été nourris au biberon le jour précédent l'enquête que chez les enfants qui n'ont pas été nourris au biberon. En effet, environ un peu plus de 2 enfants sur 10 (24,9 %) qui ont été nourris au biberon ont eu la diarrhée contre environ 1 enfant sur 10 (11,6 %) qui n'ont pas été nourri au biberon. Ces résultats traduisent un risque élevé de maladie diarrhéique chez les enfants nourris au biberon. Cette situation pose le problème des bonnes pratiques sanitaires et hygiéniques dans l'entretien des bouteilles et la préparation des aliments. L'occurrence de la diarrhée est significativement associée à l'utilisation du biberon au seuil de 5 % (Tableau A1).

Graphique 4.5 : Proportion des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée selon qu'ils soient nourris au biberon le jour précédent l'enquête ou pas



Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.2.4 Diarrhée et allaitement exclusif selon les variables de contrôles

Le tableau 4.1 présente les proportions des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée pour chaque catégorie de la variable relative à la pratique de l'allaitement maternel exclusif selon les différentes variables de contrôles. Il ressort de ce tableau que l'allaitement maternel exclusif est associé à l'occurrence de la diarrhée dans au moins une des modalités des variables de contrôle utilisées.

En effet, concernant les caractéristiques de la mère, il ressort que l'allaitement exclusif est associé à l'occurrence de la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants dont les mères n'ont pas de niveau d'instruction, de religion musulmane et chrétienne, des mères âgées de moins de 25 ans et 25-34 ans et chez les enfants, quel que soit le type d'occupation de la mère. Dans tous ces groupes, les proportions des enfants qui ont été allaités exclusivement et ayant eu la diarrhée sont plus faibles que celles des enfants qui n'ont pas été allaités exclusivement et qui ont eu la diarrhée.

Quant aux caractéristiques liées aux enfants, l'allaitement exclusif est associé à la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants, quel que soit leur ordre de naissance et chez les enfants de sexe féminin. Il ressort que, quels que soient l'ordre de naissance des enfants et le sexe de l'enfant, les proportions des enfants allaités exclusivement et ayant eu la diarrhée sont plus faibles que celles des enfants qui n'ont pas été allaités exclusivement et qui ont eu la diarrhée.

Pour les caractéristiques liées au ménage, il ressort du tableau 4.1 que l'allaitement exclusif est associé à la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants issus des ménages de niveau de vie moyen et élevé et chez ceux milieu rural. Cette association entre l'allaitement exclusif et la survenue de la diarrhée est également significative dans toutes les catégories de la taille du ménage, chez les

enfants issus des ménages où il y a au moins deux enfants de moins de 5 ans, chez les enfants issus des ménages dont la source d'eau de boisson est améliorée ainsi que chez ceux dont le type d'aisance est amélioré. Elle est également significative chez les enfants vivant dans des ménages où il n'y a pas d'installation de base pour le lavage des mains et chez ceux des ménages dont les eaux usées sont évacuées dans la nature ou dans la rue. Il y a également une différence significative au seuil de 5 % entre la proportion des enfants allaités exclusivement ou non et ayant eu la diarrhée chez les enfants dont les selles sont mises/rincés dans les toilettes/latrines et chez ceux dont les selles sont jetés/rince dans un égout ou une fosse/poubelle et autre.

En ce qui concerne les variables relatives au service de santé mobilisées, il ressort que l'allaitement exclusif est associé à la diarrhée chez les enfants dont les mères ont fait plus de 4 visites prénatales lors de la grossesse et chez les enfants dont leur accouchement a eu lieu dans un établissement de santé.

Tableau 4.1 : Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités ou pas dans les catégories des variables de confusion

Variables/modalités	Allaitement maternel exclusif			Chi2	P-value
	Non	Oui	Total		
Caractéristiques de la mère					
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	16,1	8,4	12	13,3183	0,000
Primaire	22,4	13,8	18	2,0257	0,155
Secondaire ou plus	12,3	6,1	9,5	2,2405	0,134
Religion de la mère					
Musulman	14,2	7,4	10,6	10,8387	0,001
Chrétien	20	12,1	16,2	4,7849	0,029
Traditionnelle/animiste/sans religion	19,9	8,7	13,5	0,9627	0,326
Occupation de la mère					
Ne travaille pas	16	7,9	11,5	8,2745	0,004
Travail	16,5	9,8	13,3	8,0126	0,005
Groupe d'âge de la mère					
Moins de 25 ans	19,9	7,7	14,1	9,4887	0,002
25-34 ans	16,8	6	11	14,6172	0,000
35 ans ou plus	8,4	16,9	12,8	0,6745	0,412
Caractéristiques de l'enfant					
Rang de naissance de l'enfant					
1er rang	20,3	4,2	13,7	10,3679	0,001
Rang 2 ou plus	15,1	9,7	12,2	7,7269	0,005
Sexe de l'enfant					
Masculin	14,2	10,8	12,5	3,3299	0,068
Féminin	18,4	7,1	12,5	14,9363	0,000

Variables/modalités	Allaitement maternel exclusif			Chi2	P-value
	Non	Oui	Total		
Caractéristiques liées au ménage					
Niveau de vie du ménage					
Pauvre	16,2	7,9	11,6	3,4118	0,065
Moyen	19,1	10,4	14,7	10,5789	0,001
Riche	13,9	8,4	11,3	3,4068	0,065
Milieu de résidence					
Urbain	13,2	10,2	12	0,5651	0,452
Rural	17,5	8,6	12,7	18,8264	0,000
Taille du ménage					
Inférieur ou égal à 5	20,2	5,3	13,2	11,1786	0,001
Supérieur à 5	14,7	10	12,3	7,4136	0,006
Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage					
1 enfant	19,4	12,4	16,2	2,6685	0,102
2 enfants ou plus	15,2	8	11,4	13,4862	0,000
Source d'eau de boisson					
Eau non améliorée/eau de surface	12,7	11,2	11,8	1,0881	0,297
Eau améliorée	17	8	12,7	16,5577	0,000
Accès a un assainissement					
Assainissement amélioré	16,8	7,2	12,1	14,0009	0,000
Assainissement non amélioré	20,7	9,4	13,8	1,6957	0,193
Défécation à l'air libre	15,2	11	12,9	2,3392	0,126
Installations de base pour le lavage des mains					
Pas de présence d'installation de bas de lavage de main	16,7	9,1	12,7	14,5029	0,000
Présence d'installations de base pour le lavage des mains	12,2	9,8	11,3	0,5251	0,469
Évacuation des selles des enfants					
A utilise les toilettes/latrines	41,2	12,3	27,4	1,9578	0,162
Mis/rince dans les toilettes/latrines	16,1	8,7	12,4	5,5866	0,018
Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	14,8	10	12,3	4,5813	0,032
Laisse à l'air libre/non éliminé	17,5	4,2	11,3	3,3343	0,068
Autres	49,5	0	13,6	11,8105	0,001
Évacuation des eaux usées					
Trou non protégé	20,4	14,4	16,6	0,4400	0,507
Dans la nature	15,6	10,6	13,1	5,0083	0,025
Dans la cour	14,3	7,9	10,9	2,6589	0,103
Dans la rue	18,9	6,5	12,7	9,8190	0,002
Autres	4,1	1,6	2,6	0,0485	0,826

Variables/modalités	Allaitement maternel exclusif			Chi2	P-value
	Non	Oui	Total		
Caractéristiques liées aux soins de santé					
Nombre de visite prénatale					
Moins de 4 visites	13,5	8,1	10,8	1,5301	0,216
4 Visites	16,3	9,4	12,6	4,8277	0,028
5 visites	19,2	9,9	14,7	7,6956	0,006
6 visites ou plus	16,5	3,2	9,9	5,3184	0,021
Naissances vivantes par lieu d'accouchement					
Maison	0	3,8	2	0,8211	0,365
Établissement de santé	17	9,1	13	17,2983	0,000
Total	16,3	8,9	12,5	-	-

Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.2.5 Diarrhée et enfants de moins de 6 mois nourris au biberon selon les variables de contrôles

Le tableau 4.2 montre la proportion des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée pour chaque catégorie de la variable portant sur l'utilisation du biberon selon les variables de contrôles. Il ressort que l'utilisation du biberon chez l'enfant est associée à l'occurrence de la diarrhée dans au moins une des modalités de chacune des variables de contrôle utilisées.

Ainsi, concernant les caractéristiques de la mère, il ressort que l'utilisation du biberon est associée à l'occurrence de la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants dont les mères n'ont pas de niveau d'instruction, chez ceux de religion musulmane, chez ceux dont les mères sont âgées de moins de 25 ans et 25-34 ans, de même que chez les enfants dont les mères ne travaillent pas. Dans tous ces groupes, les proportions des enfants qui ont été nourris au biberon et ayant eu la diarrhée sont plus élevées que celles des enfants qui n'ont pas été nourris au biberon et qui ont eu la diarrhée.

Quant aux caractéristiques liées aux enfants, l'utilisation du biberon est associée à la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants de deuxième rang de naissance ou plus et chez les enfants de sexe féminin.

Pour les caractéristiques liées au ménage, l'utilisation du biberon est associée à la diarrhée au seuil de 5 % chez les enfants issus des ménages de niveau de vie moyen et élevé, du milieu rural, chez les enfants issus des ménages de taille supérieure ou égal à 5 personnes, chez les enfants issus des ménages où il y a 2 enfants ou plus âgés d'au plus 5ans , chez les enfants issus des ménages dont la source d'eau de boisson est améliorée, l'assainissement est amélioré, chez les enfants où il n'y a pas d'installation de base pour le lavage des mains, et chez les enfants issus des ménages où les eaux usées sont évacuées dans la rue. Il y a également une différence

significative au seuil de 5 % entre la proportion des enfants nourris au biberon ou non et ayant eu la diarrhée chez les enfants dont les selles sont jetées/rince dans un égout ou une fosse/poubelle.

En ce qui concerne les variables relatives au service de santé mobilisées, il ressort que l'utilisation du biberon est associée à la diarrhée chez les enfants dont les mères ont fait 5 visites prénatales et chez les enfants dont leur accouchement a eu lieu dans un établissement de santé.

Tableau 4.2 : Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois nourris au biberon ou pas dans les catégories des variables de confusion

Variables/modalités	Utilisation de biberon			Chi2	P-value
	Non	Oui	Total		
Caractéristiques de la mère					
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	11,5	21,6	12	4,3662	0,037
Primaire	15,9	47,3	18	3,1878	0,074
Secondaire ou plus	7,7	19,8	9,5	0,8886	0,346
Religion de la mère					
Musulman	9,7	23,5	10,6	8,2951	0,004
Chrétien	15,1	27,9	16,2	0,6891	0,406
Traditionnelle/animiste/sans religion	13,7	0	13,5	0,2795	0,597
Occupation de la mère					
Ne travaille pas	10,2	31,1	11,5	10,2645	0,001
Travail	12,7	21	13,3	0,8523	0,356
Groupe d'âge de la mère					
Moins de 25 ans	12,6	33	14,1	4,1897	0,041
25-34 ans	10	26,6	11	4,7826	0,029
35 ans ou plus	13,1	9,4	12,8	0,0028	0,958
Caractéristiques de l'enfant					
Ordre de naissance de l'enfant					
1er rang	11,5	34,3	13,7	1,7915	0,181
Rang 2 ou plus	11,6	21,5	12,2	4,8857	0,027
Sexe de l'enfant					
Masculin	11,6	23,4	12,5	1,9629	0,161
Féminin	11,5	26,5	12,5	5,672	0,017
Caractéristiques liées au ménage					
Niveau de vie du ménage					
Pauvre	11,9	7,4	11,6	1,0894	0,297
Moyen	13,6	45,9	14,7	8,2529	0,004
Riche	9,2	29,2	11,3	8,0379	0,005
Milieu de résidence					
Urbain	11,4	16,6	12	0,0416	0,838
Rural	11,6	30,2	12,7	12,3736	0,000
Taille du ménage					
Inférieur ou égal à 5	14,3	0	13,2	3,553	0,059

Variables/modalités	Utilisation de biberon			Chi2	P-value
	Non	Oui	Total		
Supérieur à 5	10,6	35,6	12,3	20,1815	0,000
Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage					
1 enfant	15,7	20,8	16,2	0,0087	0,926
2 enfants ou plus	10,4	27	11,4	9,818	0,002
Source d'eau de boisson					
Eau non améliorée/eau de surface	11,8	11	11,8	0,4818	0,488
Eau améliorée	11,5	27,1	12,7	6,7643	0,009
Accès a un assainissement					
Assainissement amélioré	10,6	29,3	12,1	11,5156	0,001
Assainissement non amélioré	13,9	0	13,8	0,1573	0,692
Défécation à l'air libre	12,7	16,2	12,9	0,0001	0,99
Installations de base pour le lavage des mains					
Pas de présence d'installation de base de lavage de main	11,7	27,1	12,7	8,4988	0,004
Présence d'installations de base pour le lavage des mains	10,7	16,7	11,3	0,0034	0,953
Evacuation des selles des enfants					
A utilise les toilettes/latrines	22,5	65,2	27,4	1,6212	0,203
Mis/rince dans les toilettes/latrines	11,2	23,4	12,4	2,5781	0,108
Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	11,4	28,5	12,3	4,7723	0,029
Laissé à l'air libre/non éliminé	11,9	0	11,3	0,4008	0,527
Autres	13,6	-	13,6		-
Évacuation des eaux usées					
Trou non protégé	15,2	52,7	16,6	2,4352	0,119
Dans la nature	12,3	27,9	13,1	1,7121	0,191
Dans la cour	10,1	19,1	10,9	2,049	0,152
Dans la rue	11,3	28,2	12,7	4,2927	0,038
Autres	3,1	0	2,6	0,3008	0,583
Caractéristiques liées aux soins de santé					
Nombre de visite prénatale					
Moins de 4 visites	10,5	14,9	10,8	0,1743	0,676
4 Visites	11,7	27,2	12,6	1,4508	0,228
5 visites	12,7	39,6	14,7	11,6496	0,001
6 visites ou plus	10,1	8,4	9,9	0,1736	0,677
Naissances vivantes par lieu d'accouchement					
Maison	2,1	0	2	0,0377	0,846
Établissement de santé	12	25,4	13	6,8141	0,009
Total	11,6	24,9	12,5		

Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.3 Profil des enfants selon l'occurrence de la diarrhée

Le profilage permet de mettre en évidence la corrélation qui existe entre l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois ou non, les différentes modalités des pratiques alimentaires et des variables de contrôle en les regroupant et en les positionnant sur les différentes parties des axes selon leur rapprochement et leur corrélation avec ces axes. Les modalités qui contribuent le plus au positionnement d'un axe sont celles qui permettent de caractériser cet axe. Étant donné que toutes les variables mobilisées sont qualitatives, il a été fait recours à l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

Le graphique A1 en annexe présente les contributions de chaque axe à l'explication de l'inertie totale. Ainsi, il ressort que le premier axe factoriel a un pouvoir explicatif de 55,58 % et le second 11,66 % soit un pouvoir explicatif total de 67,24 %. Nous allons choisir ces deux premiers axes parce qu'ils regorgent beaucoup d'informations et les utiliser pour effectuer la projection des modalités afin de dresser le profil des enfants.

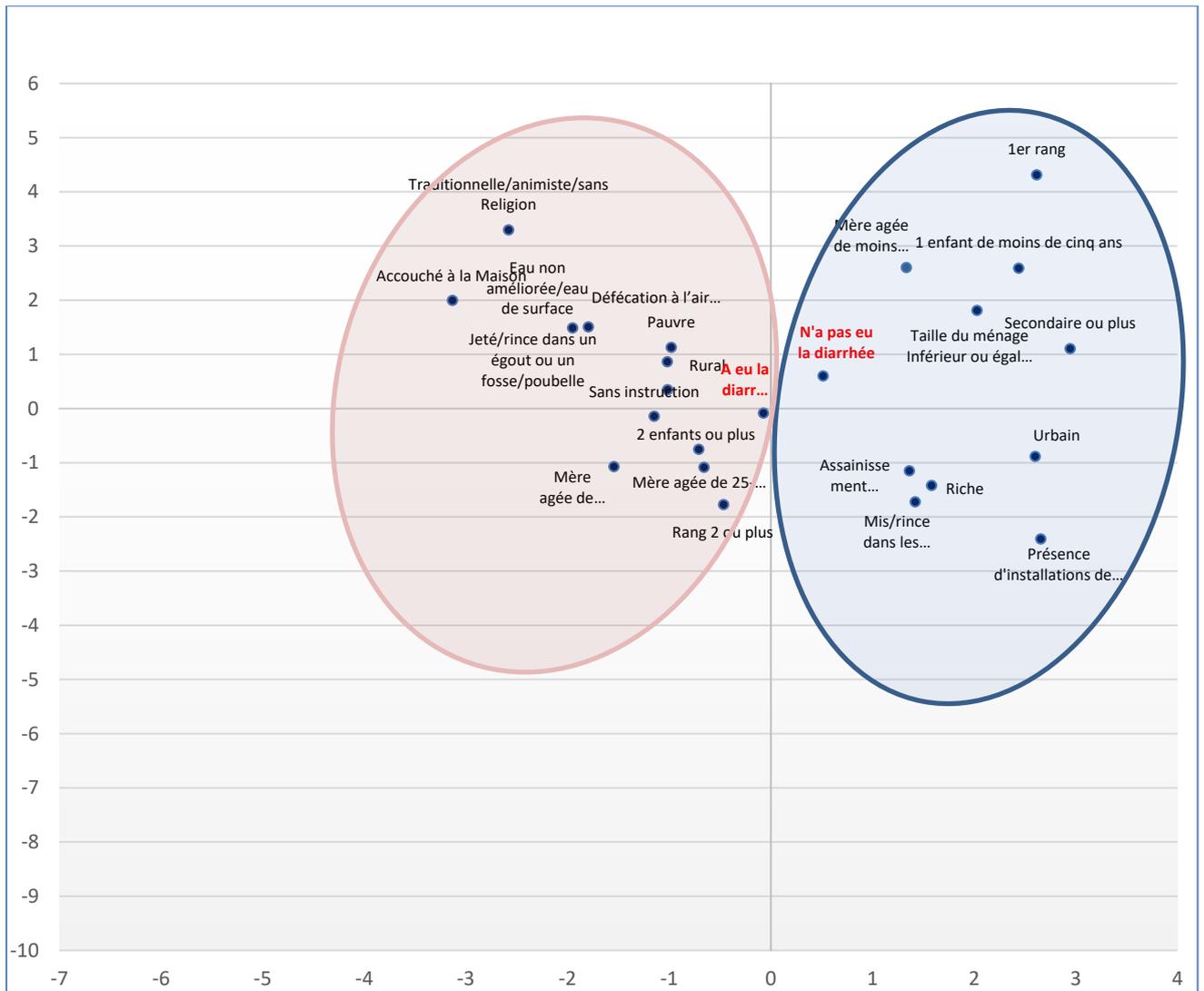
4.4 Représentation graphique des enfants ayant eu de la diarrhée et non

La combinaison des informations recueillies nous permet de représenter les modalités retenues sur le plan factoriel regroupant les deux axes retenus (graphique 4.6). Cette opération nous permet d'identifier les deux principaux groupes cibles des enfants :

– Le premier groupe est celui des enfants qui ont eu la diarrhée. Les enfants de ce groupe ont des mères qui n'ont aucun niveau d'instruction, âgées d'au moins 25 ans et de religion traditionnelle/animiste ou sans religion. Ces enfants viennent des ménages qui utilisent de l'eau de boisson provenant d'une source non améliorée ou l'eau de surface. Ils viennent des ménages qui n'utilisent pas de toilettes et pratiquent la défécation en plein air. Ils viennent des ménages pauvres et en milieu rural. Les selles de ces enfants sont jeté/rincé dans un égout ou une fosse/poubelle. Ces enfants sont du deuxième rang de naissance ou plus et viennent des ménages qui ont au moins deux enfants de moins de cinq ans.

– Le deuxième groupe est celui des enfants qui n'ont pas eu la diarrhée. Les enfants de ce groupe ont des mères qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et âgées de moins de 25 ans. Ces enfants viennent des ménages qui ont un accès à un assainissement amélioré et qui ont une installation de base pour le lavage des mains. Ils viennent des ménages riches et en milieu urbain. Les selles de ces enfants sont mises/rincé dans des toilettes/latrines. Ils sont issus des ménages de taille inférieure ou égale à 5 personnes, des ménages qui ont 1 enfant de moins de cinq ans.

Graphique 4.6 : Profil des enfants ayant eu de la diarrhée et non selon les pratiques alimentaires et les variables de contrôle



Source : Exploitation des données de l'EDSBF-V 2021

4.5 Influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée

La recherche des facteurs qui influencent l'occurrence de la diarrhée met en évidence les pratiques alimentaires, les caractéristiques de la mère de l'enfant du ménage et celles liées aux services de santé. Ainsi, l'influence des pratiques alimentaires est en revue dans les lignes qui suivent.

Quatre modèles ont été estimés pour déterminer l'influence des pratiques alimentaires sur l'occurrence de la diarrhée. Ainsi, les effets nets de l'initiation précoce à l'allaitement sur l'occurrence de la diarrhée ont été estimés au premier modèle (M1). Le deuxième modèle (M2) fait ressortir les effets nets de l'allaitement exclusif sur l'occurrence de la diarrhée. Quant au troisième modèle (M3), estime les effets nets de l'utilisation du biberon sur l'occurrence de la diarrhée. Enfin, le quatrième modèle (M4) estime les effets nets de l'initiation précoce à l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'utilisation du biberon sur l'occurrence de la diarrhée.

L'analyse des effets nets de l'initiation précoce à l'allaitement sur l'occurrence de la diarrhée montre que l'initiation précoce à l'allaitement n'influence pas statistiquement l'occurrence de la diarrhée chez les enfants. En effet, les enfants qui ont été initiés précocement à l'allaitement dans l'heure qui a suivi la naissance ont statistiquement le même risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été initiés précocement à l'allaitement dans l'heure qui a suivi la naissance (M1). Ce résultat non significatif au modèle M1 demeure non significatif même en présence des autres pratiques d'alimentation et des variables contrôle (modèle M4).

En ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif, l'analyse des effets nets montre que les enfants allaités exclusivement au lait maternel sont plus protégés au risque de diarrhée que ceux qui ne l'ont pas été. Ainsi, les enfants qui ont été allaités exclusivement au lait maternel ont 46 % moins de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été exclusivement allaités (M2). Ce résultat significatif au seuil de 1 % au modèle M1 demeure significatif au seuil de 5 % même en présence des autres pratiques d'alimentation et des variables contrôles au modèle M4. Ainsi, il ressort du modèle 4 que les enfants allaités exclusivement ont 40 % moins de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été exclusivement allaités au lait maternel. L'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'utilisation du biberon semble jouer légèrement un rôle intermédiaire à l'allaitement maternel exclusif parce que leurs introductions ont fait passer la significativité de l'allaitement exclusif de 1 % à 5 %.

L'utilisation du biberon chez l'enfant a aussi un effet significatif sur son risque d'avoir la diarrhée. Toutes choses égales par ailleurs, les enfants qui ont été nourris au biberon ont 3,17 fois plus de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été nourris au biberon au seuil de

1 % (M3). L'effet net de l'utilisation du biberon demeure significatif au seuil de 1 %, mais a légèrement baissé avec la prise en compte des autres pratiques d'alimentation et les variables de contrôle. Ainsi, les enfants qui ont été nourris au biberon ont 2,7 fois plus de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été nourris au biberon (modèle M4).

Tableaux 4.3 : Facteurs associés au risque d'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois : résultats des régressions logistiques

M1 : Effets nets de l'initiation précoce à l'allaitement sur l'occurrence de la diarrhée		M2 : Effets nets de l'allaitement exclusif sur l'occurrence de la diarrhée		M3 : Effets nets de l'utilisation du biberon sur l'occurrence de la diarrhée		M4 : Effets nets de l'initiation précoce à l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'utilisation du biberon sur l'occurrence de la diarrhée	
Variables / modalités	Initiation précoce à l'allaitement	Variables / modalités	Allaitement exclusif	Variables / modalités	Utilisation du biberon	Variables / modalités	Ensemble
Initiation précoce à l'allaitement		Allaitement exclusif		Utilisation du biberon		Initiation précoce à l'allaitement	
Non	réf.	Non	réf.	Non	réf.	Non	réf.
Oui	0,978	Oui	0,543***	Oui	3,165***	Oui	1,035
Niveau d'instruction de la mère		Niveau d'instruction de la mère		Niveau d'instruction de la mère		Allaitement exclusif	
Sans instruction	1,639	Sans instruction	1,634	Sans instruction	1,832*	Non	réf.
Primaire	2,062**	Primaire	2,121**	Primaire	2,276*	Oui	0,602**
Secondaire ou plus	réf.	Secondaire ou plus	réf.	Secondaire ou plus	réf.	Utilisation du biberon	
Religion		Religion		Religion		Non	réf.
Musulman	0,650**	Musulman	0,676	Musulman	0,625*	Oui	2,704***
Chrétien	réf.	Chrétien	réf.	Chrétien	réf.	Niveau d'instruction de la mère	
Traditionnelle/animiste/sans Religion	0,928	Traditionnelle/animiste/sans Religion	0,969	Traditionnelle/animiste/sans religion	0,958	Sans instruction	1,789
Ordre de naissance		Ordre de naissance		Ordre de naissance		Primaire	2,278**
1er rang	réf.	1er rang	réf.	1er rang	réf.	Secondaire ou plus	réf.
Rang 2 ou plus	1,186	Rang 2 ou plus	1,234	Rang 2 ou plus	1,251	Religion	
Occupation de la femme		Occupation de la femme		Occupation de la femme		Musulman	0,646**
Ne travaille pas	réf.	Ne travaille pas	réf.	Ne travaille pas	réf.	Chrétien	réf.
Travail	0,973	Travail	0,904	Travail	0,954	Traditionnelle/animiste/sans Religion	0,986
Groupe d'âge de la mère		Groupe d'âge de la mère		Groupe d'âge de la mère		Ordre de naissance	
Moins de 25 ans	1,394	Moins de 25 ans	1,334	Moins de 25 ans	1,451	1er rang	réf.
25-34 ans	0,97	25-34 ans	0,98	25-34 ans	1,014	Rang 2 ou plus	1,296
35 ans ou plus	réf.	35 ans ou plus	réf.	35 ans ou plus	réf.	Occupation de la femme	
Sexe de l'enfant		Sexe de l'enfant		Sexe de l'enfant		Ne travaille pas	réf.
Masculin	réf.	Masculin	réf.	Masculin	réf.	Travail	0,902

Féminin	0,9	Féminin	0,913	Féminin	0,911	Groupe d'âge de la mère	
Niveau de vie du ménage		Niveau de vie du ménage		Niveau de vie du ménage		Moins de 25 ans	1,392
Pauvre	0,877	Pauvre	0,911	Pauvre	0,897	25-34 ans	1,014
Moyen	1,156	Moyen	1,176	Moyen	1,241	35 ans ou plus	réf.
Riche	réf.	Riche	réf.	Riche	réf.	Sexe de l'enfant	
Milieu de résidence		Milieu de résidence		Milieu de résidence		Masculin	réf.
Urbain	réf.	Urbain	réf.	Urbain	réf.	Féminin	0,919
Rural	1,264	Rural	1,337	Rural	1,322	Niveau de vie du ménage	
Taille du ménage		Taille du ménage		Taille du ménage		Pauvre	0,928
Inférieur ou égal à 5	réf.	Inférieur ou égal à 5	réf.	Inférieur ou égal à 5	réf.	Moyen	1,253
Supérieur à 5	1,295	Supérieur à 5	1,305	Supérieur à 5	1,241	Riche	réf.
Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage		Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage		Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage		Milieu de résidence	
1 enfant	réf.	1 enfant	réf.	1 enfant	réf.	Urbain	réf.
2 enfants ou plus	0,560**	2 enfants ou plus	0,555**	2 enfants ou plus	0,565*	Rural	1,378
Source d'eau de boisson		Source d'eau de boisson		Source d'eau de boisson		Taille du ménage	
Eau non améliorée/eau de surface	0,974	Eau non améliorée/eau de surface	1,067	Eau non améliorée/eau de surface	0,972	Inférieur ou égal à 5	réf.
Eau améliorée	réf.	Eau améliorée	réf.	Eau améliorée	réf.	Supérieur à 5	1,254
Accès a un assainissement		Accès a un assainissement		Accès a un assainissement		Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage	
Assainissement améliore	réf.	Assainissement améliore	réf.	Assainissement améliore	réf.	1 enfant	réf.
Assainissement non amélioré	1,528	Assainissement non amélioré	1,616	Assainissement non amélioré	1,686	2 enfants ou plus	0,558**
Défécation à l'air libre	1,223	Défécation à l'air libre	1,235	Défécation à l'air libre	1,181	Source d'eau de boisson	
Installations de base pour le lavage des mains		Installations de base pour le lavage des mains		Installations de base pour le lavage des mains		Eau non améliorée/eau de surface	1,047
Pas de présence d'installation de bas de lavage de main	1,005	Pas de présence d'installation de bas de lavage de main	1,058	Pas de présence d'installation de bas de lavage de main	1,011	Eau améliorée	réf.
Présence d'installations de base pour le lavage des	réf.	Présence d'installations de base pour le lavage des	réf.	Présence d'installations de base pour le	réf.	Accès a un assainissement	

mains		mains		lavage des mains			
Évacuation des selles des enfants		Évacuation des selles des enfants		Évacuation des selles des enfants		Assainissement amélioré	réf.
À utilise les toilettes/latrines	réf.	À utilise les toilettes/latrines	réf.	À utilise les toilettes/latrines	réf.	Assainissement non amélioré	1,745
Mis/rince dans les toilettes/latrines	0,417	Mis/rince dans les toilettes/latrines	0,415	Mis/rince dans les toilettes/latrines	0,429	Défécation à l'air libre	1,195
Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	0,375	Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	0,367	Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	0,393	Installations de base pour le lavage des mains	
Laisse à l'air libre/non éliminé	0,337	Laisse à l'air libre/non éliminé	0,319	Laisse à l'air libre/non éliminé	0,362	Pas de présence d'installation de bas de lavage de main	1,048
Autres	0,376	Autres	0,444	Autres	0,438	Présence d'installations de base pour le lavage des mains	réf.
Évacuation des eaux usées		Évacuation des eaux usées		Évacuation des eaux usées		Évacuation des selles des enfants	
Trou non protégé	réf.	Trou non protégé	réf.	Trou non protégé	réf.	À utilise les toilettes/latrines	réf.
Dans la nature	0,852	Dans la nature	0,752	Dans la nature	0,857	Mis/rince dans les toilettes/latrines	0,426
Dans la cour	0,706	Dans la cour	0,611	Dans la cour	0,66	Jeté/rince dans un égout ou une fosse/poubelle	0,384
Dans la rue	0,919	Dans la rue	0,828	Dans la rue	0,886	Laisse à l'air libre/non éliminée	0,342
Autres	réf.	Autres	réf.	Autres	réf.	Autres	0,497
Nombre de visite prénatale		Nombre de visite prénatale		Nombre de visite prénatale		Évacuation des eaux usées	
Moins de 4 visites	réf.	Moins de 4 visites	réf.	Moins de 4 visites	réf.	Trou non protégé	réf.
4 Visites	1,032	4 Visites	1,047	4 Visites	1,047	Dans la nature	0,772
5 visites	1,204	5 visites	1,233	5 visites	1,177	Dans la cour	0,592
6 visites ou plus	1,103	6 visites ou plus	1,081	6 visites ou plus	1,044	Dans la rue	0,812
Naissances vivantes par lieu d'accouchement		Naissances vivantes par lieu d'accouchement		Naissances vivantes par lieu d'accouchement		Autres	1,000
Maison	réf.	Maison	réf.	Maison	réf.	Nombre de visite prénatale	
Établissement de santé	1,5	Établissement de santé	1,248	Établissement de santé	1,55	Moins de 4 visites	réf.
						4 Visites	1,057

5 visites	1,201
6 visites ou plus	1,027
Naissances vivantes par lieu d'accouchement	
Maison	réf.
Établissement de santé	1,358

** p < 0,05, *** p < 0,01

4.6 Discussion des résultats

En guise de rappel, l'objectif général de la présente étude est de contribuer à une meilleure connaissance des effets des pratiques d'alimentation des nourrissons et du jeune enfant recommandées sur l'occurrence de la diarrhée. L'étude porte sur les enfants âgés de moins de 6 mois et fait recours aux données de l'EDSBF-V réalisée en 2021. Elle met l'accent sur l'analyse de l'influence des pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur l'occurrence de la diarrhée. À cet effet, deux pratiques recommandées ont été retenues dans cette recherche. Il s'agit de l'initiation précoce à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance et l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie. L'utilisation du biberon chez l'enfant aussi a été mise à contribution.

L'étude combine des méthodes d'analyse descriptives et explicatives. Au niveau descriptif tout comme au niveau explicatif, il ressort que la relation entre l'initiation précoce à l'allaitement et la diarrhée des enfants de moins de 6 mois n'est pas statistiquement significative. Autrement dit, le fait de commencer à allaiter l'enfant dans l'heure qui suit sa naissance ou de retarder ce démarrage de l'allaitement n'a pas d'incidence sur l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois. Ces résultats mettent en évidence la variabilité de l'influence du moment de l'initiation à l'allaitement sur l'occurrence de la diarrhée. Bien que la mise au sein précoce se soit révélée positivement associée à l'occurrence de la diarrhée chez les enfants dans plusieurs contextes, des études ont établi des relations non significatives dans d'autres contextes. C'est le cas par de l'étude menée par Feleke et al (2022) sur le district de Bereh en Éthiopie dont les résultats ont montré que la mise au sein précoce de l'enfant n'a pas d'association statistiquement significative avec la diarrhée. Aussi, dans le contexte indien, les travaux de Dhama (2020) ont abouti à la conclusion selon laquelle bien que l'association entre l'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'occurrence de la diarrhée soit statistiquement significative au niveau national et dans les cinq autres régions, elle n'est pas significative dans la région de l'Ouest.

Un autre résultat important à mettre en exergue est l'influence significative de l'allaitement exclusif sur la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois. En effet, il ressort de cette étude que l'allaitement exclusif influe significativement sur l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois tant au niveau des analyses bivariées qu'au niveau des analyses explicatives. De ces résultats, il ressort que le risque de survenue de la diarrhée est significativement plus élevé chez les enfants qui n'ont pas bénéficié de l'allaitement maternel exclusif durant leurs 6 premiers mois de vie que chez ceux qui ont été exclusivement allaités au lait maternel durant cette phase de leur vie. Ces résultats corroborent ceux de CAMARA

G et al (2023) qui ont montré que l'allaitement maternel exclusif fait partie des principaux facteurs protecteurs de l'enfant contre la diarrhée. Ils concordent également avec les résultats de plusieurs autres études, à l'instar de ceux de Molbak K. et al (1997), Dhami et al (2020) et Feleke et al (2022) qui ont permis d'établir que les enfants qui n'ont pas bénéficié de l'allaitement maternel exclusif durant leurs 6 premiers mois de vie couraient un risque nettement plus élevé de souffrir de la diarrhée.

4.7 Limites des données

Les limites potentielles de l'étude doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Nous avons utilisé des mesures de résultats autodéclarés, ce qui constitue une source de biais de mesure. Les analyses étaient basées sur des données transversales, ce qui pourrait rendre difficile l'établissement d'une relation de cause à effet entre les expositions (résultats de l'alimentation des nourrissons) et la diarrhée. Les informations sur la durée et la gravité de la diarrhée n'étaient pas disponibles dans l'ensemble des données de l'EDSBF-V. Ces données auraient fourni des informations supplémentaires sur le niveau de protection découlant de chaque pratique d'alimentation infantile.

L'étude présente un certain nombre de points forts. Les analyses ont été basées sur un échantillon représentatif du pays afin de garantir une généralisation adéquate des résultats de l'étude, et il est peu probable que les biais de sélection influencent les résultats observés étant donné les taux de réponse élevés (98,3%). Les données utilisées ont été collectées à l'aide de questionnaires standardisés cohérents, qui constituent une source importante d'informations sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et la diarrhée en Afrique. Cette étude fournit également des preuves de la relation entre les comportements d'alimentation des nourrissons et la diarrhée au Burkina Faso où la mortalité due à la diarrhée est élevée, afin d'éclairer les initiatives spécifiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois est relativement fréquente au Burkina Faso (12,5 %). L'allaitement maternel exclusif et l'utilisation du biberon chez les enfants sont associés à l'occurrence de la diarrhée. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois est plus faible chez les enfants qui ont été exclusivement nourris au sein (8,9 %) que celle des enfants qui n'ont pas été exclusivement nourris au sein (16,3%). Par contre, la prévalence de la diarrhée chez les enfants qui ont été nourris au biberon est deux fois supérieure (24,9) que celle des enfants qui ne l'ont pas été (11,6 %). Par ailleurs, l'allaitement maternel exclusif et l'utilisation du biberon chez l'enfant sont associés à l'occurrence de la diarrhée, quelle que soit la variable de contrôle utilisée.

L'analyse descriptive multivariée montre que les enfants qui ont la diarrhée ont des mères qui n'ont aucun niveau d'instruction, âgées d'au moins 25 ans et de religion traditionnelle/animiste ou sans religion. En outre, ces enfants viennent des ménages qui utilisent de l'eau de boisson provenant d'une source non améliorée ou l'eau de surface. Ils viennent des ménages qui n'utilisent pas de toilettes et pratiquent la défécation en plein air. Ils viennent des ménages pauvres et en milieu rural. Les selles de ces enfants sont jetées/rincé dans un égout ou une fosse/poubelle. Ces enfants sont du deuxième rang de naissance ou plus et viennent des ménages qui ont au moins deux enfants de moins de cinq ans.

Au niveau explicatif, il ressort que l'allaitement maternel exclusif et l'utilisation du biberon chez l'enfant ont une influence statistiquement significative sur l'occurrence de la diarrhée. En effet, les enfants allaités exclusivement au lait maternel sont plus protégés au risque de diarrhée que ceux qui ne l'ont pas été. Par ailleurs, les enfants qui ont été nourris au biberon courent plus de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui n'ont pas été nourris au biberon. Cependant, l'initiation précoce à l'allaitement n'a pas d'influence statistiquement significative sur l'occurrence de la diarrhée.

Compte tenu des résultats obtenus, les recommandations suivantes peuvent être formulées à l'égard des décideurs politiques :

- L'allaitement maternel exclusif joue un rôle protecteur contre la diarrhée chez les enfants. Nous recommandons le renforcement des campagnes de sensibilisation sur l'application effective l'allaitement maternel exclusif au cours des 5 premiers mois de vie de l'enfant ;
- Les enfants nourris au biberon ont plus de risque d'avoir la diarrhée que ceux qui ne l'ont pas été. Nous recommandons ainsi une sensibilisation sur les bonnes pratiques sanitaires et hygiéniques dans l'entretien des bouteilles et la préparation du biberon. Par ailleurs,

cette sensibilisation doit encourager les femmes aux bonnes pratiques alimentaires chez les enfants en défaveur de l'utilisation du biberon ;

Nous recommandons le renforcement des sessions d'informations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au cours des consultations prénatales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- OMS (2021) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 9 juin 2021 [en ligne], consulté le 11 octobre 2023 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Kabré Ousmane O. (1994), *l'influence de l'environnement sur la mortalité infantile à Ouagadougou*, Mémoire de maîtrise en Humaine Urbaine, Université de Ouagadougou(Burkina Faso), 157P.
- OMS et UNICEF (2021), Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods. Genève: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
- INSD & ICF INTERNATIONAL. (2012), *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*, Rapport d'enquête, Ouagadougou (Burkina Faso), 527 p.
- Diagana, M. S., & Kane, H. (2016). Alimentation des nourrissons à Nouakchott : Entre recommandations médicales et instructions des grand-mères. *Santé publique*, 28(2), 235-243.
- Kouassi, F. K., & Ehui, P. J. (2018). Analyse socio-anthropologique des déterminants socioculturels de l'allaitement mixte en pays wê (Côte d'Ivoire). *Annales de l'Université de Moundou, Série A-Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, 4(1), 2304-1056.
- Hucker, R., 2023. Déclaration de la FIGO – l'allaitement maternel est recommandé dès la première heure de vie, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. United Kingdom. Retrieved from <https://policycommons.net/artifacts/11124731/declaration-de-la-figo/12003544/> on 19 Apr 2024. CID: 20.500.12592/nvx0qd8.
- Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Dupont, C., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Goulet, O., Hankard, R., Rieu, D., & Simeoni, U. (2013). Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20, S29-S48. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)72251-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6)
- Clavel L. (2006), Alimentation du nourrisson, Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur en Pharmacie, Diplôme d'État, Université Joseph Fourier, Faculté de pharmacie de Grenoble, 158p.
- Zafar S, Shamim K, Mehwish S, Arshad M, Barkat R. Comparison of Challenges and Problems Encountered in the Practice of Exclusive Breast Feeding by Primiparous and Multiparous Women in Rural Areas of Sindh, Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2021 May 12;13(5):e14976. doi: 10.7759/cureus.14976. Retraction in: *Cureus*. 2022 Mar 17;14(3):r48. PMID: 34123672; PMCID: PMC8193157.
- Molbak K., Jensen H., Ingholt L. and Peter Aaby (1997), Risk factors for diarrhoeal disease incidence in early childhood : a community cohort study from Guinea-Bissau, *American Journal of Epidemiology*; Volume 146, No. 3 ; 146:273-282
- Dhami, M. V., Ogbo, F. A., Diallo, T. M. O., Agho, K. E., & on behalf of the Global Maternal and Child Health Research Collaboration (GloMACH). (2020). Regional Analysis of Associations between Infant and Young Child Feeding Practices and Diarrhoea in

- Indian Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Article 13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134740>
- Feleke, Y., Legesse, A., & Abebe, M. (2022). Prevalence of Diarrhea, Feeding Practice, and Associated Factors among Children under Five Years in Bereh District, Oromia, Ethiopia. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2022, e4139648. <https://doi.org/10.1155/2022/4139648>
- Melo MC, Taddei JA, Diniz-Santos DR, Vieira C, Carneiro NB, Melo RF, Silva LR. Incidence of diarrhea in children living in urban slums in Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2008 Feb;12(1):89-93. doi: 10.1590/s1413-86702008000100019. PMID: 18553022.
- Camara, G., Traore, F. A., Sidibe, S., Koivogui, E., Fadiga, M. S., Toure, A. A., Camara, T. M., & Kourouma, M. L. (2023). Déterminants de la diarrhée chez les enfants de 0–59 mois en Guinée. Une analyse secondaire multi-niveau de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 GUINEE-CONAKRY. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 10(16). <https://revues.imist.ma/index.php/RMSP/article/view/34499>
- UNICEF et OMS (2018), *Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né*. New York, UNICEF, 44P.
- OMS (2017), *Guideline : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services*, OMS, Geneve, 136p
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., Edmond, K. M., & Group, N. S. (2017a). Delayed breastfeeding initiation and infant survival : A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(7), e0180722.
- Smith, E. R., Locks, L. M., Manji, K. P., McDonald, C. M., Kupka, R., Kisenge, R., Aboud, S., Fawzi, W. W., & Duggan, C. P. (2017b). Delayed breastfeeding initiation is associated with infant morbidity. *The Journal of pediatrics*, 191, 57-62.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwaz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 : Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*, 387(10017), 491-504.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, 11.
- Dussaix, A. M. (2009). *La qualité dans les enquêtes, revue Modulad*, n° 39.
- FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF. 2023. Résumé de L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2023. Urbanisation, transformation des systèmes agroalimentaires et accès à une alimentation saine le long du continuum rural-urbain. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc6550fr>
- Cumming, O., & Cairncross, S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S1), 91-105. <https://doi.org/10.1111/mcn.12258>
- Perez-Heydrich, C., Furgurson, J. M., Giebultowicz, S., Winston, J. J., Yunus, M., Streatfield, P. K., & Emch, M. (2013). Social and spatial processes associated with childhood diarrheal disease in Matlab, Bangladesh. *Health & place*, 19, 45-52.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : Center for global health (CGH): 2016 annual report, https://www.cdc.gov/globalhealth/resources/reports/annual/pdf/CGH_Annual-Report_2016.pdf
- Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD), 2014. Projet annuel de performance.

- Ministère de la Santé (MS) du Burkina Faso (2013). *Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018*, 67p.
- Ministère de la Santé (MS) du Burkina Faso (2020). Enquête Nutritionnelle Nationale, SMART.
- Aboubacar, S. 2017. « Etude de base sur la situation nutritionnelle et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les régions du Kanem, Mayo Kebi Est Et Mayo Kebi Ouest ».
- Gunnlaugsson, Geir et Jónína Einarisdóttir. 1993. « Colostrum and ideas about bad milk: a case study from Guinea-Bissau ». *Social Science & Medicine* 36(3):283–288.
- Faye, Mamadou Far. 2007. « Étude préliminaire sur les croyances, perceptions et pratiques en matière d'allaitement maternel dans le département de Kédougou, dans le cadre de la préparation de la campagne de communication pour la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif pour le compte de l'UNICEF ».
- Agani, A. et al. 2017. « Family belief systems and practices that influence exclusive breastfeeding in Sagu, Ghana ». *NUMID* 32-39.
- Combassere, Roland, Natasha Mack, Odette Kizerbo, Assumpta Meda, Ouedraogo, Mamadou, Samadoulougou ben Césaire, Mercer, Sarah, et Tolley Elizabeth. 2015. « Formative research on improved infant and young child feeding practices in (IYFC) in Burkina Faso final ».
- Semega-Janneh et al. 2001. « Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge ». *Health policy and planning* 16(2):199–205.
- Keith, Nancy. 2007. « Qualitative study on nutrition behaviors of pregnant and lactating women, and children under two, including hygiene and micro-nutrients, in Tahoua, Niger ».
- Keith, Nancy. 2009. « Etude sur les connaissances, attitudes, et pratiques des communautés vis-à-vis l'alimentation et la diarrhée des enfants de moins de deux ans, le lavage de mains, et l'utilisation des moustiquaires imprégnées, en Mauritanie ».
- Oumarou, H. 2012. « La promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger. Analyse socio-anthropologique ».
- Ojofeitimi, E. O., A. A. Olaogun, A. A. Osokoya, et S. P. Owolabi. 1999. « Infant Feeding Practices in a Deprived Environment: A Concern for Early Introduction of Water and Glucose D Water to Neonates ». *Nutrition and Health* 13(1):11-21
- Akuse, R. M. et E. A. Obinya. 2002. « Why Healthcare Workers Give Pre-lacteal Feeds ». *European Journal of Clinical Nutrition* 56(8):729-34
- Chiabi, A., et al. 2011. « Breastfeeding practices in infants in the west region of Cameroon ». *Iranian journal of public health* 40(2):11.
- Diji, A., et al. 2016. « Challenges and predictors of exclusive breastfeeding among mothers attending the child welfare clinic at a regional hospital in Ghana: a descriptive cross-sectional study ». *International breastfeeding journal* 12(1):13.
- Hassan, Sani. 2014. Report of a formative research on nutrition and hygiene behaviour change communication in federal capital territory and sokoto state.
- Mogre, Victor, Michael Dery, et Patience K. Gaa. 2016. « Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers ». *International breastfeeding journal* 11(1):12.
- Otoo, Gloria E., Anna A. Lartey, et Rafael Pérez- Escamilla. 2009. « Perceived incentives

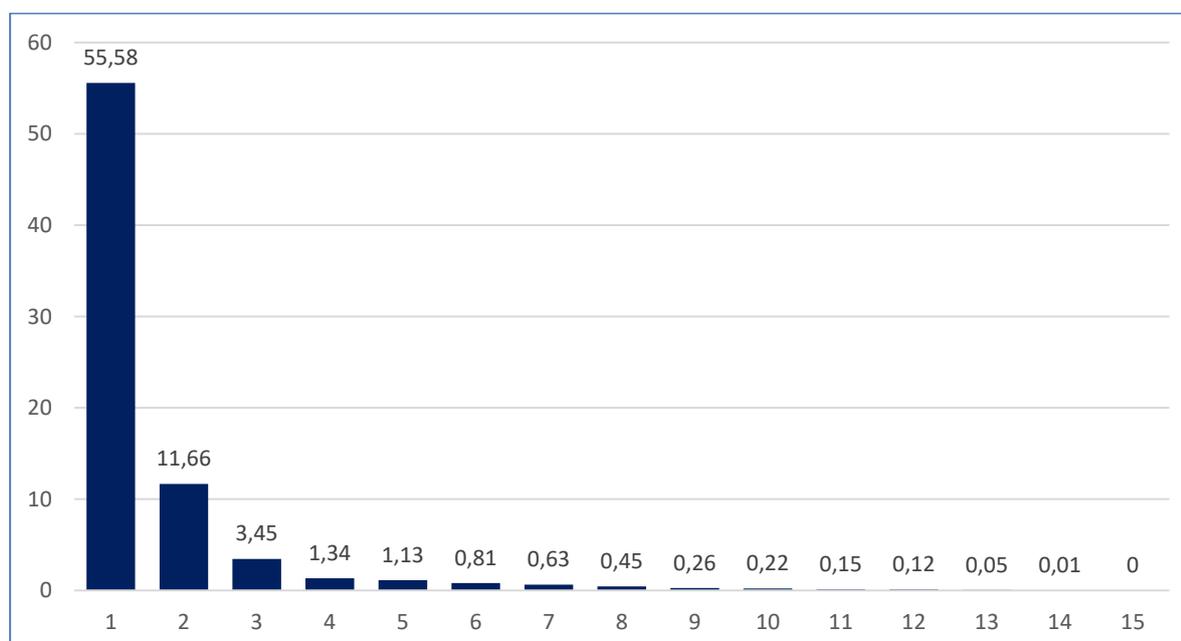
- and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women ». *Journal of Human Lactation* 25(1):34–41.
- Aniebue, P. n., U. u. Aniebue, et G. n. Adimora. 2010. « Knowledge and Beliefs About Exclusive Breastfeeding Among Rural Nigerian Men in Enugu, Southeast.
- Danso, Janet. 2014. « Examining the practice of exclusive breastfeeding among professional working mothers in Kumasi metropolis of Ghana ». *Int J Nurs* 1(1):11–24.
- Okolobiri et Oliemen Peterside. 2013. « Knowledge and Practice of Exclusive Breast Feeding Among Mothers in Gbarantoru Community, Bayelsa State, Nigeria ». *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 12(6):34-40.
- Ukegbu, A. U., P. O. Ukegbu, U. U. Onyeonoro, et C. F. Ubajaka. 2011. « Determinants of Breastfeeding Patterns among Mothers in Anambra State, Nigeria ». *South African Journal of Child Health* 5(4):112-16.
- Aborigo, Raymond Akawire, Cheryl A. Moyer, Sarah Rominski, Philip Adongo, John Williams, Gideon Logonia, Gideon Affah, Abraham Hodgson, et Cyril Engmann. 2012. « Infant nutrition in the first seven days of life in rural northern Ghana ». *BMC pregnancy and childbirth* 12(1):76
- Ella R. 2016. « Factors Affecting Exclusive Breastfeeding Practice in Rural Communities of Cross River State, Nigeria ». *International Journal of Humanities, Social Sciences and Education* 3(4).
- Kakute, Peter Nwenfu, John Ngum, Pat Mitchell, Kathryn A. Kroll, Gideon Wangnkeh Forgwei, Lillian Keming Ngwang, et Dorothy J. Meyer. 2005. « Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameroon, Africa ». *The Journal of Midwifery & Women's Health* 50(4):324–328.
- Udoudou, IO. 2015. « Working Mother Attitude and Practices of Exclusive Breastfeeding in Amac, Fct - Abuja. 1(1):28-36. » *International Journal of Research in Soc. and Anthro.* 1(1):28-36.
- Lamberti LM, Walker C, Fischer L, Noiman A, Victora C, Black RE. L'allaitement et le risque de morbidité et de mortalité liées à la diarrhée. *BMC Public Health* 2011 ; 11:S15

ANNEXES

Tableau A1 : Proportion des enfants de moins de 6 mois ayant eu la diarrhée selon les pratiques alimentaires

Variables/modalités	Enfants n'ayant pas eu la diarrhée		Enfants ayant eu la diarrhée		Ensemble	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Initiation précoce à l'allaitement maternel						
Non	87	382	13	57	100	440
Oui	87,8	688	12,2	96	100	783
Total	87,5	1070	12,5	153	100	1223
Pearson chi2(1) = 0.0417 Pr = 0.838						
Utilisation du biberon						
Non	88,4	1006	11,6	132	100	1138
Oui	75,1	64	24,9	21	100	85
Total	87,5	1070	12,5	153	100	1223
Pearson chi2(1) = 7.0627 Pr = 0.008						
Allaitement exclusif						
Non	83,7	500	16,3	97	100	597
Oui	91,1	570	8,9	56	100	626
Total	87,5	1070	12,5	153	100	1223
Pearson chi2(1) = 16.6652 Pr = 0.000						

Graphique A1 : Contribution de chaque axe à l'explication de l'inertie totale



INSD/2024/EDSBF 2021/03

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)

Avenue Pascal ZAGRÉ, Ouaga 2000
01 BP 374 Ouagadougou 01 – Burkina Faso
Tél. : (00226) 25 49 85 02 - Fax : (00226) 25 37 62 26
Site internet : www.insd.bf - Email : insd@insd.bf