

Evaluation Du Niveau De Connaissance, Attitude Et Pratique Des Mères Sur L'équilibre Alimentaire Dans Les Ménages De l'Aire De Santé De LIMANGA

KAYOBOLA BAMWINGA Baudouin¹, KIMBALANGA LUMUMBA Patrice¹, MWAMBA ILUNGA Samuel¹, TAMBWE KALUNGA Daniel¹ et KAIKO MASUMBUKO Phinnes¹

¹Assistants et chercheurs de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kasongo (ISTM), BP 108 Kasongo, RD Congo.



Résumé – Le présent travail a porté sur l'évaluation du niveau des connaissances, attitude et pratique des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages dans l'aire de santé Limanga sur une période allant du 13 Janvier au 10 Aout 2024.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga, ainsi notre travail était analytique-prospective. La méthode quantitative a été utilisée, l'approche statistique nous a aidés à présenter nos résultats de la recherche dans différents tableaux.

Après une étude sur terrain nous avons obtenus les résultats suivants :

- Les résultats nous ont montré que la majorité avait des connaissances sur l'équilibre alimentaire ; 43,2 % disaient qu'ils mangent les aliments contenant les macros et micronutriments 55 % respectent l'équilibre alimentaire et beaucoup prennent deux repas par jour avec 41,3 % d'enquêtées,
- La majorité de nos enquêtées avaient l'habitude de varier les aliments à 71,7 % et le score de diversité de 5/7 avec 19,3 % et 6/7 avec 28 % étaient les scores les plus présentés,
- 83,2 % de nos enquêtées disaient qu'il existe des conséquences en cas de déséquilibre alimentaire; les conséquences les plus représentées étaient le Kwashiorkor avec 43,2 % suivis de diabète avec 15,5 % ; la majorité de nos enquêtés disait qu'il y a des moyens de prévenir les conséquences déséquilibre alimentaire avec 78,3 % ; 29,1 % manger les aliments contenant les macros et micronutriments comme moyen de prévention ; 14,6 % disaient qu'il faut faire la planification familiale comme moyen de prévention et en fin 11 % de nos enquêtées disaient qu'il faut faire la sensibilisation.

Après analyse des données montre que la majorité des mères de l'aire de santé de Limanga ont une bonne connaissance, attitude et pratique sur l'équilibre alimentaire et que les victimes du déséquilibre alimentaire sont des familles les plus démunies.

Mots clés – Connaissance, Attitude, Pratique Mère, Equilibre alimentaire et Ménage.

Abstract – Our work focused on assessing the level of knowledge, attitude and practice of mothers on balanced diet in households; case of the Limanga health area over a period from January 13 to August 10, 2024.

The main objective of our study was to assess the level of knowledge of mothers on balanced diet in households in the Limanga health area, so our work was analytical-prospective. The quantitative method was used, the statistical approach helped us to present our research results in different tables.

After a field study we obtained the following results:

- The results showed us that the majority had knowledge about balanced diet; 43.2 % said that they eat foods containing macro and micronutrients 55 % respect the dietary balance and many eat two meals a day with 41,3 % of respondents,
- The majority of our respondents were used to varying foods at 71,7 % and the diversity score of 5/7 with 19,3 % and 6/7 with 28 % were the most presented scores,
- 83,2 % of our respondents said that there are consequences in the event of dietary imbalance; the most represented consequences were Kwashiorkor with 43,2 % followed by diabetes with 15,5 %; the majority of our respondents said that there are ways to prevent the consequences of dietary imbalance with 78,3 %; 29,1 % eat foods containing macro and

micronutrients as a means of prevention; 14,6 % said that family planning should be done as a means of prevention and finally 11 % of our respondents said that awareness should be raised.

After analyzing the data, we found that the majority of mothers in the Limanga health area have good knowledge, attitude and practice on balanced diet and that the victims of dietary imbalance are the poorest families.

Keywords – Knowledge, Attitude, Mother Practice, Balanced Diet and Household.

I. INTRODUCTION

L'Équilibre alimentaire joue un rôle important en santé publique, en participant à la prévention de certaines maladies. Il s'obtient en variant l'alimentation pour apporter à l'organisme l'énergie et les nutriments nécessaires à son fonctionnement. Les Aliments sont classés suivant leur composition en nutriment (protides, lipides, glucides, eau minéraux, vitamines, fibres, ...) [1].

La pandémie de covid-19 a mis en évidence la faiblesse des systèmes alimentaires et sanitaires, touchant de manière disproportionnée des populations déjà vulnérables. Alors que les inégalités et la malnutrition continuent de sévir dans le monde, le rapport sur la nutrition mondiale 2020 souligne, il est plus urgent que jamais de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes en s'attaquant aux inégalités des systèmes alimentaires et sanitaire. Une personne sur neuf souffre encore de la faim ou de la sous-alimentation, tandis que 149 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent encore un retard de croissance dans le monde. Pareillement, notre monde est passé à un monde où l'obésité est plus fréquente que l'insuffisance pondérale, une personne sur trois étant en surpoids ou obèse [2].

Le nombre des personnes obèses a augmenté de 161% en moyenne depuis 1975 dans l'Union Européenne. Avec le lancement de l'intergroupe sur l'obésité le 20 avril 2021, le parlement européen a pour but de renforcer les systèmes de soins de santé et de prioriser l'obésité en tant que maladie chronique. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), 39% des adultes dans le monde sont en surpoids et 13% sont obèses. Le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975 [3].

Plus de 820 millions des personnes souffrent encore de la faim dans le monde, ce qui souligne le défi immense que constitue la réalisation de l'objectif faim zéro à l'horizon 2030. La faim progresse dans presque toutes les sous-régions de l'Afrique et, dans une moindre mesure, en Amérique latine et en Asie de l'Ouest. Des grands progrès observés en Asie du sud au cours de cinq dernières années c'est encore dans cette sous-région que la prévalence de la sous-alimentation est plus forte en Asie [4].

Un autre fait préoccupant est que, à l'échelle mondiale 2 milliards de personnes environs sont dans une situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave. Faute de pouvoir se procurer régulièrement des aliments nutritifs en quantité suffisante, ces personnes sont davantage exposées à la malnutrition et leur santé est mise en péril. En premier lieu concentrée dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, l'insécurité alimentaire modérée ou grave frappe aussi 8% de la population en Amérique du Nord et en Europe quel que soit le continent, la prévalence de l'insécurité alimentaire est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Au Burkina Faso et dans les pays du sahel en général, la situation alimentaire des populations se caractérise par contraste saisissant entre des disponibilités céréalières très souvent satisfaisantes et des prévalences de malnutrition infantile élevées, les enfants ayant besoin d'une alimentation spécifiques en qualité en quantité. En 2016, au niveau national les prévalences de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale étaient respectivement de 7,6 %, 27,3 % et 19,2 % selon la référence de l'organisation mondiale de la santé [5].

Pour résoudre le problème d'insécurité alimentaire en Afrique Subsaharienne, l'accent est mis sur la production et la consommation des aliments énergétiques au détriment d'une diversité alimentaire. Il est clairement établi que la consommation de quantités suffisantes d'énergie n'est pas synonyme d'apports de nutriments nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. De ce fait, en plus de fournir aux populations une quantité suffisante de calories, il est nécessaire de leur permettre de disposer d'une diversité alimentaire garantissant les apports des nutriments nécessaires à une alimentation saine et équilibrée. La diversité

alimentaire qui est une mesure de l'adéquation de l'alimentation en nutriments doit donc être intégrée dans l'analyse et prise en compte dans la planification des systèmes agricoles. Une alimentation non diversifiée conduit à la malnutrition à l'image du marasme et de la kwashiorkor. La malnutrition compromet la bonne croissance physique et intellectuelle des jeunes enfants [6].

Malgré l'énorme potentiel agricole du pays, la majorité de la population de la RDC reste largement exposée à l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la faim. La RDC est l'un des rares pays Africains qui ont un potentiel énorme pour le développement d'une agriculture durable (en millions d'hectares de terres cultivables potentielles, une diversité de climats, un potentiel important pour l'élevage). Pourtant, la RDC est classée parmi les pays à faible revenu et à déficit vivrier. En termes d'indices de développement humain, le pays était classé au 187^{ème} rang sur les 187 pays répertoriés en 2011. La situation de la sécurité alimentaire reste précaire ; l'enquête par grappe à indicateur multiples de 2010 a indiqué que 57,8 % des personnes vivant en RDC ont une consommation alimentaire pauvre ou limitée.

Le rapport phase intégrée de la classification de la sécurité alimentaire de novembre 2012 a estimé à 5,4 millions le nombre de personnes en situation de crise alimentaire aigüe. Selon le rapport de l'indice global de la faim de la RDC a augmenté de 63 %, principalement à cause du conflit et l'instabilité politique. Les résultats des récentes évaluations sur la sécurité alimentaire menées par le PAM dans la province Orientale, le Nord et Sud-Kivu, le Kasai Occidental, l'Equateur, le Maniema et le haut-Katanga ont montré qu'en moyenne, plus d'un ménage sur trois en RDC ont une consommation alimentaire pauvre ou limitée. Les évaluations récentes menées dans les zones touchées par le conflit armé au Nord-Kivu, Sud-Kivu et Haut-Katanga indiquent des taux de malnutrition aigüe globale dépassant le seuil d'urgence de 15% dans plusieurs zones [7].

La violence et les conflits entre de nombreux groupes armés, les luttes pour le contrôle des ressources naturelles, marquent le contexte de l'Est de la RDC et occasionnent le déplacement de plus de 1750000 personnes dans cette région. La présence de groupes armés dans les champs et leur exaction limitent l'accès des agriculteurs aux terres et perturbent ainsi les activités économiques et même le travail humanitaire, de plus en plus ciblé des groupes armés [8].

La sécurité alimentaire se détériore en raison des violences et du manque de moyen pour y faire face. En 2024, environ 1,6 million de personnes dans la province du Maniema sont en situation d'insécurité alimentaire. Cela représente environ 54% des ménages de la région. Cette situation est principalement due aux conflits, aux conditions climatiques défavorables et aux difficultés économiques [8].

La population de la zone de santé rurale de Kasongo dans la province du Maniema a comme activités économiques principales l'agriculture, l'élevage, la pêche et petit commerce. Les principales cultures sont la banane, le manioc, le riz, la patate douce, le maïs et l'arachide.

La zone de santé rurale de Kasongo connaît deux périodes de sècheresses ; la première intervient entre Mars et Mai et la seconde entre octobre et Novembre, pendant ces périodes, la population consomme un seul repas par jour, essentiellement composé d'aliments de substitution comme le fou fou accompagné de feuilles de manioc [9].

La question principale de notre recherche est de savoir le niveau de connaissances, attitude et pratiques des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga

1. Quel est le niveau des connaissances des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga?
2. Quel est le niveau d'attitude des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga ?
3. Quelles sont les pratiques et les habitudes alimentaires des ménages de l'aire de santé de Limanga?
4. Quelles sont les conséquences qui peuvent survenir lors du déséquilibre alimentaire dans les ménages de l'aire santé de Limanga ?

Nous nous sommes fixés les hypothèses suivantes :

1. Le niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga est bon à 50%.
2. Le niveau d'attitude des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga est acceptable
3. Les pratiques et les habitudes alimentaires sont moins bonnes avec une représentation d'un score de diversité de 3/7 ou 42,8%.
4. Les conséquences les plus fréquentes dans l'aire de santé de Limanga sont le Kwashiorkor et les maladies métaboliques

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer le niveau des connaissances des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga.

Les objectifs spécifiques visés par cette étude sont :

- Evaluer le niveau connaissances des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Apprécier le niveau d'attitude des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Evaluer les pratiques et les habitudes alimentaires des ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Identifier les conséquences qui peuvent survenir lors de déséquilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga.

Notre travail est délimité dans le temps et dans l'espace. Dans l'espace nous avons choisi la zone de santé rurale de KASONGO, l'AS de Limanga comme notre milieu d'étude et dans le temps, notre étude va de la période allant du 13 Mai au 10 Octobre 2021.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Milieu et matériel

L'étude sur la connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire s'est déroulée dans les ménages de l'Aire de Santé de Limanga de la Commune rurale de Kasongo dans la Province du Maniema en RD Congo. Cette Aire de Santé est bornée :

- A l'Est par l'Aire de Santé de KM18 ;
- A l'Ouest par l'Aire de Santé de Mufula ;
- Au Nord par l'Aire de Santé de Kauta ;
- Au Sud par l'Aire de Santé de Maringa.

La recherche a été effectuée pendant une période allant du 13 janvier au 10 août 2024, soit 7 mois.

II.2 Echantillonnage

La population d'étude a été constituée des 368 mères des ménages de l'aire de santé de Limanga à Kasongo. Pour prélever les individus pouvant représenter cette population, l'échantillonnage aléatoire en grappe du 2^{ème} degré était adopté. Ainsi, la taille de l'échantillon s'est déterminée en utilisant la formule de LYNCH qui se calcule de l'échantillon comme suit :

$$n = \frac{NXZ^2XP(100-P)}{a^2(N-d) + P(100-P)} \quad \text{où : } n : \text{Taille de l'échantillon ;}$$

N : nombre total de ménage ;

Z : Degré de la précision (valeur 1,96) ;

P : prévalence, qui est de 50 % pour les mères ;

a : risque d'erreur (à 5 %) ;

d : degré de la grappe.

$$n = \frac{3100 \times (3,8) \times 50 \times 50}{5^2(3100-2) + 50 \times 50} = \mathbf{368 \text{ menages}}$$

En effet, ces calculs ont permis de retrouver une taille de l'échantillon. Le pas de sondage (K) d'où $K = \frac{N}{n}$

$$\text{Donc : } K = \frac{3100}{368} = \mathbf{8 \text{ ménages}}$$

L'Aire de santé de Limanga compte 3100 ménages répartis dans 5 quartiers ou village de la manière suivante. Le tableau II.1 reprend la répartition de l'échantillon (calculer proportionnellement à la population) dans les différents quartiers de l'aire de santé de Limanga dans la zone de santé rurale de Kasongo.

Tableau II.1 : Répartition de l'échantillon de l'aire de santé de Limanga

N°	Quartier	Pop. totale	Nombre de ménages	ni	%
1	VILLE I	4248	477	50	13,6
2	VILLE II	5410	1315	134	36,4
3	VILLE III	1309	212	41	11
4	AV FOYER	5611	1025	132	36
5	BLOC AMECO	497	71	11	3
	TOTAL	17075	3100	368	100

Pour trouver le nombre des ménages nous avons pris la population de chaque quartier en divisant par 7.

Nous avons commencé par la répartition de l'échantillon dans différentes avenues composant l'aire de santé de Limanga, en suite les noms des avenues et de l'aire santé de Limanga ont été écrit sur des bouts de papiers et déposer dans une boîte vide ou un tirage au sort a été effectué afin de choisir le point de départ.

Lors de l'enquête pour chacune des avenues de l'aire de santé concernée un site de référence était choisi (une école ou un centre de santé), au départ du quelle nous perpétrerons toutes les directions en clavant chacune des avenues et le parcourir l'une après l'autre. Le premier ménage à enquêter sera celui situé au début de la direction choisie et le suivant en utilisant le pas de sondage de 8 ménages.

L'usage d'un questionnaire d'enquête a permis de récolter toutes les informations nécessaires en rapport avec la présente étude.

II.2 Méthodes

Pour ce travail, la méthode quantitative a été utilisée avec deux approches notamment : approche descriptive (consiste à décrire les faits) et approche statistique. Ces approches ont aidé à récolter, classer et à présenter d'une manière chiffrée les données récoltées lors de nos investigations en vue d'une bonne compréhension du phénomène qui fait l'objet de notre travail.

Pour la récolte de données, nous avons recouru au technique documentaire, qui nous a permis de consulter les différents documents, rapports et autres ouvrages nécessaires pour réaliser notre travail. Pour la collecte de données, une technique d'interview a été faite sur base de la technique par questionnaire d'enquête adressé aux mères de ménages de l'aire de santé de Limanga.

Dans ce cadre de cette recherche, deux types de variables ont été utilisés, à savoir :

- **variable dépendante** : équilibre alimentaire
- **variable indépendante** : données socio-économiques, culturelles, démographiques et connaissance sur l'équilibre alimentaire.

II.3 Analyse de données

Nos données ont été saisies dans le Tableur Microsoft Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS et STATISTIX. Les analyses se limiteront à l'étape descriptive avec le calcul de paramètres comme : les effectifs et les pourcentages.

Nous nous sommes servis de la formule suivante :

$$P = \frac{ni}{n} \times 100 \text{ avec :}$$

- **P** = pourcentage ;
- **ni** = fréquence ou nombre observé ;
- **n** = taille d'échantillon.

III. RESULTATS

III.1 Caractéristique sociodémographique des enquêtées

Le tableau III.1 ci-après renseigne sur les états sociodémographiques des mères.

Tableau III.1 : Distribution des enquêtés selon l'âge, l'état civil, le niveau d'étude, la taille du ménage, la profession.

Variabiles a) Age :	ni (n=368)	%
15 à 20 ans	49	13,3
21 à 25 ans	67	18,2
26 à 30 ans	90	24,4
31 à 35 ans	47	13
36 à 40 ans	34	9,2
41 à 45 ans	32	8,7
46 à 50 ans	19	5,1
51 ans et plus	30	8,1
b) Etat civil :		
Mariée	221	60
Divorcée	25	7
Veuve	53	14
Mère célibataire	69	19
c) Niveau d'étude :		
Primaire	94	25,5

Secondaire	108	29,3
Universitaire	55	15
Sans étude	111	30,2
d) Taille de ménage :		
3 à 5 personnes	165	44,8
6 à 10 personnes	151	41
11 à 14 personnes	37	10,1
15 personnes et plus	15	4,1
e) Professions :		
Cultivatrice	68	18,5
Enseignante	305	8,1
Agent de l'Etat	24	6,5
Commerçante	128	34,8
Humanitaire	32	8,7
Ménagère	86	23,4

Il découle du tableau II.1 que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 26 à 30ans ; les mariées étaient plus représentée avec 60 %; la majorité de nos enquêtés n'avaient pas fait d'étude à 30,2 % ; la taille de ménage de 3 à 5 personnes t dominait avec 44,8 %; et la profession la plus représentée était le commerce avec 34,8 % d'enquêtées.

III.2 Habitude alimentaire dans les ménages

Le tableau III.2 ci-dessous nous donne les informations sur la qualité de l'alimentation dans les ménages en suivant le score de diversité.

Tableau III.2 : Répartition des résultats selon l'habitude alimentaire dans les ménages

Variables	ni (n=368)	%
a. Consommation de la viande, poisson et œuf :		
Oui	252	68,5
Non	116	31,5
b. Consommation du lait et ses produits :		
Oui	196	53,3
Non	172	46,7

c. Consommation des légumineuses et céréales :		
Oui	340	92,4
Non	28	7,4
d. Consommation des boissons et sources minéraux :		
Oui	245	66,6
Non	123	33,4
e. Habitude de consommer les graisses et les huiles végétales :		
Oui	256	69,6
Non	112	30,4
f. Produits de la pâtisserie, charcuterie et d'autres produits des usines :		
Oui	152	41,3
Non	216	58,7
g. Manger les fruits et/ou les légumes :		
Oui	305	82,9
Non	63	17,1
h. Variation des aliments :		
Oui	264	71,7
Non	104	28,3
Total	368	100
i. Score de diversité des aliments:		
1/7 ou 14,2 %	15	4,1
2/7 ou 28,5 %	27	7,3
3/7 ou 42,8 %	44	12
4/7 ou 57,1 %	47	12,8
5/7 ou 71,4 %	71	19,3
6/7 ou 85,7 %	103	28
7/7 ou 100 %	61	16,5

La plupart de nos enquêtées avaient l'habitude de varier les aliments à 71,7 % et le score de diversité de 5/7 ou 71,4 % avec 19,3 % et 6/7 ou 85,7 % avec 28 % étaient les scores les plus présentés.

III.3 Niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages

Ce tableau nous parle de la connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages.

Tableau III.3. Répartition des résultats selon le niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans le ménage

Variables	ni (n=368)	%
a. Connaissances sur l'équilibre alimentaire a appliquées dans les ménages :		
Oui	217	59
Non	151	41
b. l'équilibre alimentaire c'est:		
Manger plusieurs alimentaires	117	31,8
Manger les aliments renfermant les macros et micro nutriments	159	43,2
Manger trois fois par jour	92	25
c. Affirmation sur le l'équilibre alimentaire		
Oui	202	55
Non	166	45
d. Nombre des repas prise par jour		
1	46	12,5
2	152	41,3
3	133	36,1
4 et plus	37	10,1

Les résultats sur le niveau des connaissances des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages montrent que la majorité des mères avaient des connaissances sur l'équilibre alimentaire à 59 % ; la plus part d'enquêtées à 43,2 % disaient qu'ils mangent les aliments contenant les macronutriments (glucide, protéine et lipide) et les micronutriments (fer, calcium, vitamines, phosphores, ...) ; nombreuses entre elle affirme qu'elles respectent l'équilibre alimentaire avec 55 % et beaucoup prennent deux repas par jour avec 41,3 % d'enquêtées.

III.4 Conséquence du déséquilibre dans les ménages

Le tableau III.4 ci-après nous renseigne sur les conséquences qui peuvent survenir lors du déséquilibre alimentaire dans les ménages.

Tableau III.4 : Répartition des résultats selon les conséquences du déséquilibre alimentaire

Variable	ni (n=368)	%
a. Mauvais équilibre alimentaire		
Oui	306	83,2
Non	62	16,8
b. Ces conséquences sont :		
Kwashiorkor	159	43,2
Trouble alimentaire	27	7,3
Diabète	57	15,5
Maladie cardiovasculaire et	29	8
Obésité	13	3,5
Hypertension Artérielle	21	5,7
pas des commentaires	62	16,8
c. Moyens de prévention de ses conséquences		
Oui	288	78,3
Non	80	21,7
d. Si oui, les quels		
Varié les aliments	38	10,3
Manger les aliments contenant les macros et micronutriments	107	29,1
Faire la sensibilisation	40	11
Faire l'hygiène alimentaire	21	5,7
Aide humanitaire	28	7,6
planification familiale	54	14,6
Pas des moyens préventifs	80	21,7

Les résultats du tableau V reflète ce qui suit : 83,2 % de nos enquêtées disaient qu'il existe des conséquences pour un ménage lorsqu'il y a déséquilibre alimentaire; les conséquences les plus représentées étaient les Kwashiorkor avec 43,2 % suivis de diabète avec 15,5 % ; beaucoup d'enquêtées disaient qu'il y a des moyens de prévenir les conséquences déséquilibre alimentaire avec 78,3 % et 21,7 % disaient y a pas des conséquences; 29,1% disaient qu'il faut manger les aliments contenant les macros et micronutriments comme moyen de prévention ; 14,6 % disaient qu'il faut faire la planification familiale comme moyen de prévention et en fin 11 % de nos enquêtées disaient qu'il faut faire la sensibilisation.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

Au vu du tableau III.1, nous avons constaté que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 26 à 30 ans ; les mariées étaient plus représentées avec 60 %; la majorité de nos enquêtés n'avaient pas un niveau d'étude à 30,2 % ; la taille de ménage de 3 à 5 personnes avaient dominé avec 44,8 %; et la profession la plus représentée était les commerçantes avec 34,8 % d'enquêtés.

Ces résultats contredisent ceux trouvés par Ouedraogo qui nous montre dans son étude que la majorité des femmes étaient mariées à un taux de 93,2 % d'enquêtées ; 74,4 % d'enquêtées étaient illettrées ; 85 % avaient une activité principale non rémunérée, et résident majoritairement en milieu rural à 88,5 % ; l'âge moyen des femmes étaient de 32,5ans avec un âge minimum de 15ans et un âge maximum de 49 ans [5].

Il ressort du tableau III.2 que 68,5 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer la viande, poisson et œuf ; 53,3 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer le lait et ses produits ; 92,4 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer les légumineuses et céréales ; 66,6 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer le boisson et source minéraux(l'eau) ; 69,6 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer les graisses et les huiles végétales ; 58,7 % d'enquêtés n'ont pas l'habitude de consommer les produits de la pâtisserie, de la charcuterie et d'autres produits des usines ; 82,9 % d'enquêtés ont l'habitude de consommer les fruits et les légumes ; 71,7% d'enquêtés ont l'habitude de varier les aliments ; 19,3 % d'enquêtés ont le score de 5/7 ou 71,4 % et 28 % d'enquêtés ont le score de diversité de 6/7 ou 85,7 % sont les résultats les plus représentés.

Dans son étude Chaibou et Claudia Trentman nous montrent que parmi les 10 groupes d'aliments nécessaires pour les femmes en âge de procréer(15 à 49ans), la veille de l'enquête que ce soit pendant la journée ou la nuit à domicile ou à l'extérieur ce groupe a mangé et bu tous les féculents (97,7 %) des légumes à feuille verts foncé riche en vitamine A (79,1 %) de noix et des graines(57 %) des autres légumes (91,4 %) et de la chair d'origine animale (68,9 %). Le score de diversité alimentaire chez les femmes âge de procréer est de 4,19. Il est assez varié d'une commune à une autre. Il est élevé à Diébougou (4,42) et faible à Dano (3,90) dans les communes de Gaoua et Batié. Il est respectivement de 4,29 et 4,14. La diversité des aliments consommée par les femmes en âge de procréer est inférieure au nombre des groupes requis pour une alimentation acceptable qui est de 5 % [23].

Par rapport au niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages, nos résultats nous montre que 59 % d'enquêtées étaient plus représentées en disant qu'ils avaient connaissances sur l'équilibre alimentaire ; 43,2 % disait qu'ils mangent les aliments contenant les macronutriments {les glucides, protéines, lipides} et micronutriments (vitamines, fer, calcium, phosphore, ...) ; 55 % affirme qu'elles respectent l'équilibre alimentaire et 45% d'enquêtées ne le respecte pas ; 41,3 % d'enquêtées étaient plus représentées en disant qu'ils prennent deux repas par jour.

Damien et Roger, dans sa comparaison des modes de consommation des ménages a montré qu'il est possible d'avoir un bon équilibre alimentaire sans toutefois disposer de revenus élevés. En effet, il a été observé que dans les trois quartiers à la fois de son milieu d'étude, la faible consommation des œufs et des fruits. Or, les œufs comme les fruits ne sont pas aussi coûteux que les viandes ou boissons (jus, bière, etc.) dont la consommation grevé les dépenses et peut conduire au déséquilibre alimentaire. En outre, la consommation des légumineuses permet des apports protéiques de l'ordre de 80 grammes/personne/jour aux membres des ménages moyens et de 50 grammes/personne/jour aux membres des ménages moins aisés [24].

Au vu de du tableau III.4, nous avons constaté que 83,2 % de nos enquêtés avaient dit qu'il existe des conséquences pour un ménage lorsqu'il y a un déséquilibre alimentaire et les conséquences les plus représentées étaient les Kwashiorkor avec 43,2 % suivis de diabète avec 15,5 % ; beaucoup d'enquêtées disaient qu'il y a des moyens de prévenir les conséquences déséquilibre alimentaire avec 78,3 % et 21,7 % disaient y a pas des conséquences; 29,1 % de nos enquêtées disaient qu'il faut manger les aliments contenant les macros et micronutriments comme moyen de prévention ; 14,6 % disaient qu'il faut faire la planification familiale comme moyen de prévention et en fin 11 % de nos enquêtées disaient il faut faire la sensibilisation.

Nkate dans son travail sur le droit à l'alimentation dans les ménages de Kinshasa a trouvé qu'une mauvaise consommation alimentaire était pour les populations un signe de la malnutrition, de la dénutrition et de la sous-alimentation chronique. Ces dernières sont portant source des maladies graves et mortelles.

Il a remarqué qu'à Lemba terminus, les ménages se nourrissent moins et mal. Il tentait dans ce point de présenté ; un tableau général succinct des maladies liées aux carences alimentaires. La liste de quelques maladies d'origine alimentaire était : la kwashiorkor, le rachitisme, le bérubéri, la pellagre, le scorbut, l'anémie, le manque de Zinc et l'iode, le boulimisme, le diabète et obésité [25].

V. CONCLUSION

La présente étude a porté sur «Evaluation du niveau de connaissance, attitude et pratique des mères sur l'équilibre alimentaire dans le ménage dans l'aire de santé de Limanga». L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissance, attitude et pratique des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé Limanga.

Pour y arriver les objectifs spécifiques suivants ont été fixés:

- Evaluer les pratiques et les habitudes alimentaires des ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Apprécier le niveau d'attitude des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Evaluer le niveau connaissances des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga ;
- Identifier les conséquences qui peuvent survenir lors de déséquilibre alimentaire dans les ménages de l'aire de santé de Limanga.

Pour aboutir aux résultats, nous avons fait une descente sur terrain où nous avons posées les questions à nos enquêtés en utilisant le questionnaire d'enquête tout à se basant sur nos objectifs spécifiques, dont nous avons trouvés les résultats ci-après :

- La tranche la tranche d'âge la plus représentée était celle de 26 à 30ans ; les mariées étaient plus représentée avec 60 %; la majorité de nos enquêtés n'avaient pas de niveau d'étude à 30,2 % ; la taille de ménage de 3 à 5 personnes avaient dominé avec 44,8 %; et la profession la plus représente était les commerçantes avec 34,8 % d'enquêtées.
- La majorité de nos enquêtées avaient l'habitude de varier les aliments à 71,7 % et le score de diversité de 5/7 ou 71,4 % avec 19,3 % et 6/7 ou 85,7% avec 28 % étaient les scores les plus présentés.
- Pour le niveau de connaissance des mères sur l'équilibre alimentaire dans les ménages, la majorité disaient qu'elles avaient des connaissances sur l'équilibre alimentaire ; la plus part d'enquêtées disaient qu'ils mangent les aliments contenant les macronutriments(glucide, protéine et lipide) et les micronutriments (fer, calcium, vitamines, phosphores, ...) avec 43,2 % ; nombreuses entre elle affirme qu'elles respectent l'équilibre alimentaire avec 55 % et beaucoup prennent deux repas par jour avec 41,3 % d'enquêtées.
- Les résultats nous ont montré que 83,2 % nos enquêtées disaient qu'il existe des conséquences pour un ménage lorsqu'il y a déséquilibre alimentaire; les conséquences les plus représentées étaient les Kwashiorkor avec 43,2 % suivis de diabète avec 15,5 % ; beaucoup d'enquêtées disaient qu'il y a des moyens de prévenir les conséquences déséquilibre alimentaire avec 78,3 % et 29,1 % disaient qu'il faut manger les aliments contenant les macros et micronutriments comme moyen de prévention ; 14,6 % disaient qu'il faut faire la planification familiale comme moyen de prévention et en fin 11 % de nos enquêtées disaient il faut faire la sensibilisation.

Nous confirmons après analyse de données que la majorité des mères de l'Aire de Santé de Limanga ont des connaissances sur l'équilibre alimentaire et une pratique alimentaire néanmoins nous pouvons signaler que les familles le plus vulnérable sont souvent victimes des conséquences déséquilibre alimentaire.

Une alimentation déséquilibrée provoque le problème de la malnutrition dans toutes ses formes dans la communauté. Aussi, les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux peuvent influencer le problème de carence nutritive et de santé de la population

Recommandations

Nos recommandations s'adressent :

a. Aux autorités politiques

- Veiller à la santé de la population en particulier la sécurité alimentaire ;
- Affecter les cadres du domaine de nutrition dans différentes zones, aires et centres de santé en fin de maximiser les connaissances sur l'équilibre alimentaire à l'intérêt de population ;
- Bien gérer la politique nutritionnelle en se basant sur les enquêtes démographique de santé (EDS) du pays.

b. Aux agents de santé

- Une connaissance sur la nutrition sera un à tout pour mieux prendre à charge la population, aux agents de santé de grader la formation des cadres de santé ;
- Organiser les éducations nutritionnelles dans les aires de santés ;
- Implication des relais communautaire dans le suivi nutritionnel à domicile.

c. Aux mères de ménages

- Consommer le 7groupes ou famille d'aliments
- Si le moyen le permet manger au minimum 5 portions de fruits par jour
- Songer à la consommation des légumes, légumineuses et céréales chaque jour
- Avoir l'habitude de varier les aliments
- Limiter la consommation des aliments glucidique et lipidique
- Limiter la consommation sel de cuisine pour les hypertendus
- Avoir l'habitude de maximiser le rythme du repas trois fois par jour

REFERENCES

- [1]. Alimentation-santé.org, qu'est-ce que l'équilibre alimentaire
- [2]. <https://scalingupnutrition.org/fr/news/le-rapport-nutrition-mondiale-2020-appelle-a-intensifier-les-efforts-pour-lutter-contre-la-malnutrition-sous-toutes-ses-formes/>
- [3]. Fonds français pour l'alimentation et la santé « actualités alimentation-santé » l'obésité touche de plus en plus d'Européens, 11 Mai 2021
- [4]. FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF 2019, l'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019, se prémunir contre les ralentissements économiques, Rome, FAO
- [5]. Ouedraogo O, Evaluation des profils de consommation alimentaire et statut nutritionnel des populations de la Région du centre-Ouest du Burkina Faso, thèse, Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso, page 1, janvier 2020
- [6]. Sanou S, Ayantunde A et Nianogo A.J, Consommation alimentaire des ménages et déterminant de la diversité alimentaire : cas de quatre communes dans la région du Nord, Burkina Faso, 2018

- [7]. WFP, Analyse approfondie de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité, RDC, janvier 2015
- [8]. PAM, Sécurité alimentaire, Mai 2019
- [9]. COD-Kirotshe-14-Rapport-2015-02-23 VF.pdf
- [10]. La rousse de Poche 2015
- [11]. Alexie Colson <https://www.mgc-prevention.fr/lexique/equilibre-alimentaire/> MGC prévention en action, Equilibre alimentaire février 2016
- [12]. OMS, www.iconafrica.net/icon-cooperative-innovante-pour-une-nutrition-optimale/quest-ce-que-la-malnutrition-bonne-nutrition/ ICON AFRICA
- [13]. CIP formation tout au long de la vie <http://www.mangerbouger.fr/pnns/Alimentation.pfd> 2015, consulté le 04 Novembre 2021
- [14]. Dossier Enseignant « A Table » Cap Sciences 2014.
- [15]. Késako, le métabolisme de base EE/Juillet 2017
- [16]. Cours de nutrition humaine, Google, p65,66,67,68,69
- [17]. Collège des Enseignants de Nutrition Les catégories d'aliments © Université Médicale Virtuelle Francophone 2010-2011
- [18]. PNNS Et : www.mangerbouger.fr Comprendre le pyramide 2015
- [19]. OMS, alimentation du nourrisson sur le site https://apps.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/fr/index.html ©2021
- [20]. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF Notion sur l'alimentation de nourrisson jusqu'à 3 ans, Support de Cours (Version PDF) © Université Médicale Virtuelle Francophone 2011-1012
- [21]. Ooreka <https://alimentaire.ooreka.fr/comprendre/frequence-des-repas> Rythme alimentaire 2013
- [22]. Lauren Haddad <https://mag.qilibri.fr/mauvaise-alimentation-conscequences> Guide des aliments Nutrition, Mauvaise alimentation : les conséquences 10 mais 2020
- [23]. La rédaction Marmiton <https://www.marmiton.org/mieux-cuisiner/10-conseils-pour-une-alimentation-equilibree-s3005046.html> 10 conseils à appliquer pour avoir une alimentation équilibrée 23/01/2019 à 12 :01
- [24]. Dadi C et Trentmann C, Enquete de base nutrition burkinafaso, pour le programme Mondial sécurité alimentaire et renforcement de la résilience, Avril 2016, page 38.
- [25]. Muteba D, Ntoto R, Lebailly P, comportements et pratiques alimentaire à Kinshasa, Université de Kinshasa , 2010, page 16 .
- [26]. Nkate S, Les droits à l'alimentation dans les ménages de Kinshasa. Etude descriptive de quelques foyers de lemba terminus en RDC, mémoire, 2005, Université de Kinshasa