

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant comme intervention non médicamenteuse préventive instaurée au sein des structures sanitaires au Gabon

Integrative management of childhood illnesses as a non-pharmacological preventive intervention introduced within health structures in Gabon

Amélie Blanche Ngombo Lepopa¹

¹Laboratoire 2L2S (UR 3478), Université de Lorraine, France, ngombo.amelie@yahoo.fr

RÉSUMÉ. Au Gabon, la mortalité infantile revêt une importance capitale pour la santé des enfants. Le taux de mortalité a connu des variations au fil des années, passant de 32,90% en 2020 à 48% en 2021. Les premières causes de décès sont les infections respiratoires, les infections gastro - intestinales, les infections cutanées et parasitaires, la malnutrition, infections oculaires et auditives. La stratégie mise en place pour réguler cette situation est un ensemble d'actions effectués pour une prise en charge globale et intégrée afin d'accompagner les mères allaitantes dans la croissance de leur bébé. Cet article montre comment l'accompagnement progressive des mères sur l'alimentation de l'enfant, de la naissance de l'enfant jusqu'à six mois au centre de santé pourrait être considéré comme une intervention non médicamenteuse préventive. Les observations participantes ont été réalisées au sein de trois structures sanitaires à savoir : le centre de santé maternel et infantile d'Awendjié, de Nzeng-Ayong et de la Peyrie.

ABSTRACT. In Gabon, infant mortality is a vital concern in regard to children's health. The mortality rate has fluctuated over the years, rising from 32.90% in 2020 to 48% in 2021. The main causes of death are respiratory infections, gastrointestinal infections, skin and parasitic infections, malnutrition, eye and ear infections. The strategy put in place to regulate this situation is a set of actions carried out for comprehensive and integrated care to support breastfeeding mothers in the growth of their baby. This article shows how the progressive support of mothers regarding child feeding, from the birth of the child up to six months at the health center could be considered as a preventive non-pharmacological intervention. Participant observations were carried out at three health facilities: the Awendjié, Nzeng-Ayong and Peyrie maternal and child health centers.

MOTS-CLÉS. Enfant, Gabon, Maladies, Prise médicamenteuse, Structure de soins.

KEYWORDS. Child, Gabon, Diseases, Care structure, Medication.

1. Introduction

C'est face au décès des millions d'enfants chaque année dans les pays en voie de développement avant l'âge de cinq ans [DIR 09] que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency) ont mis en place une stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans ces pays pour donner une prise en charge globale et offrir des soins de qualité dans les établissements sanitaires et les communautés.

Le Gabon n'est pas en reste dans cette situation, car il accorde une grande importance à la santé des enfants en ce qui concerne la mortalité infantile. Pour la période de 1980 à 2000, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 89 %. Près d'un enfant, né vivant, sur dix, meurt avant l'âge de cinq ans [DGS 01]. En 2000, sur 1 000 naissances vivantes, 57 meurent avant leur cinquième anniversaire et en 2012, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 43 pour 1 000 naissances vivantes [DGS 12]. De 2019 à 2021 le risque de mortalité infantile a baissé à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes [DGS 22]. Depuis la première enquête démographique et de

santé, on constate une diminution significative du taux de mortalité infantile due à la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Les principales maladies qui font l'examen du suivi par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sont les maladies infectieuses, les infections respiratoires aiguës, infections gastro-intestinales, malnutritions, infections cutanées et parasitaires, infections oculaires et auditives, le suivi vaccinal, les conseils aux parents et aux soignants. Pour le traitement de toutes ces pathologies, la communication et l'échange sont essentiels.

Dans cet article, nous questionnons comment, par l'entremise d'une de ces activités stratégiques basée sur l'enseignement et le conseil de l'alimentation des enfants à partir de six mois, ces moments d'échanges organisés au sein des structures sanitaires pourraient être considérés comme intervention non médicamenteuse, selon la définition des INMs qui visent à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé et se matérialisant sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur [NIN 18].

Travailler sur la question nutritionnelle infantile résulte de son importance aux questions de santé publique pour réduire la mortalité infantile dû à la malnutrition. Dans un moment de changement nutritionnelle signalée par la coexistence entre maladie infantile alimentation et croissance infantile comment sont vécues et organisé cette étape de vie pour les agents de santé et mères dans les structures sanitaires. La problématique des maladies et développement de l'enfant au Gabon est un défi de santé publique dont la volonté institutionnelle du secteur de la santé met en œuvre plusieurs dispositifs régis par des actions pouvant répondre au besoin de la population pour réduire le taux élevé de cas d'enfants malnutris.

Parmi ces actions, nous avons entre autres, le suivi pondéral, les séances de démonstration nutritionnelle instauré au sein des structures sanitaires. Ces séances ne sont pas neutres car elles transmettent les normes médicales alimentaires générales. L'objectif de cette séance est de rappeler aux mères qu'à partir de six mois, pour le bon développement de l'enfant, le lait maternel seul est insuffisant, qu'il faudrait associer une alimentation saine et équilibrée. Dans un but de former les mères dans la préparation de repas à base de produits locaux et non, en respectant les normes nutritives médicales dans une perspective de prévention. Toutefois, ces derniers sont parfois contrecarrés par le non-respect total des recommandations ou l'adoption partielle de ces dernières par les mères. La participation à ces séances sont gratuites et les aliments utilisés lors des séances sont pour la majorité accessible à toutes les classes sociales et donc facilement reproductibles au sein des foyer sans l'intervention d'un agent de santé.

Pour réaliser cette étude nous avons adopté une démarche qualitative et descriptive pour examiner l'organisation et la mission des séances de démonstration nutritionnelle comme méthode non médicamenteuse préventive. En plus d'avoir réalisé des entretiens semi-directifs avec les professionnels des centres de santé et les bénéficiaires des séances, nous avons également fait des observations participantes de ces moments d'échanges.

Cet article est structuré en trois grandes parties distincts subdivisées pour la première en trois sous points qui regroupe le cadre théorique, la seconde partie présente les structures sanitaires au Gabon, les agents de santé et tout e qui se rattache à leur mode de fonctionnement dans la troisième partie nous retrouvons la présentation des données de terrain sur les observations des séances de démonstrations nutritionnelles au sein des structures sanitaires.

Etat de l'art des approches théoriques

Cet article aborde la présentation et la description d'un programme d'enseignement, de conseil, de sensibilisation sur l'alimentation infantile destiné aux mères ayant des enfants à partir de six mois. L'importance de cette thématique réside dans le fait que la nutrition infantile est vitale pour la santé et

le développement des enfants ou des défis comme la malnutrition et le déficit nutritionnel peuvent avoir des impacts négatifs significatifs sur le plan, de la croissance et du développement physique, cognitif, humanitaire.

Pourquoi ce programme de santé, d'éducation nutritionnelle peut -il être considéré comme une méthode non médicamenteuse ?

Nous nous sommes appuyés des auteurs tels que : Laurent Brutus, Sébastien Fleuret et Véronique Guienne « Se soigner par soi-même », Grégory Ninot et collaborateurs « De la définition des interventions non médicamenteuses (INM) à leur ontologie » qui ce sont inscrit dans cette thématique en montrant l'importance grandissante des méthodes non médicamenteuses dans les soins de santé aujourd'hui.

En effet, les premiers, composés d'une équipe de chercheurs dont les médecins, les géographes sociaux et les sociologues ont effectué une enquête dans l'ouest de la France à partir de laquelle ont été examinées les pratiques médicamenteuses, d'auto-soin et les traitements non médicamenteux dans une approche interdisciplinaire. Cette recherche est d'un apport méthodologique car elle nous offre une compréhension complète des enjeux étudiés.

Les seconds ont travaillé sur la définition et l'ontologie des interventions non médicamenteuses, en mettant en priorité leur importance dans le traitement des maladies graves comme le cancer. Ce document nous donne un cadre précis du sens des interventions non médicamenteuses et son importance dans le processus de soin car elles sont intégrées au parcours de santé du patient et ont une action préventive ou thérapeutique.

Les données de cet article se situe dans la continuité de mon travail de recherche de thèse. Le choix des centres de santé nous a été conseillé par la direction régionale de la santé Libreville – Owendo. L'âge des personnes interrogées varie de quinze à cinquante-trois ans. Nous avons réalisé des entretiens qualitatifs auprès des professionnels de santé chargé la séance de démonstrations nutritionnelle et des parents des enfants plus précisément des mères. Les entretiens variaient de d'une heure à une demi-heure. Les observations étaient plus longues parce qu'elles étaient composées de trois étapes. La première étape consistait au control des paramètres de pesé, mensuration pour le suivi pondéral et questionnement des mères, ensuite l'enseignement, la préparation du repas de bébé du jour et enfin l'alimentation des bébés. Les agents de santé ont été interrogés au sein de leur service, alors que les parents ont été interrogés soit au sein de la structures sanitaire ou au domicile familial. Simultanément, des observations ont été fait pendant les séances de démonstrations nutritionnelles au sein des structures sanitaires d'Awendjié et de Nzeng-Ayong.

Laurence Pourchez dans la postface de « Pour une anthropologie de la petite enfance appliquée à la santé. La médicalisation de la petite enfance » montre que dans les pays du sud, la médicalisation de la petite enfance s'est focalisée à partir du vingtième siècle sur le modèle pastorien instauré par la médecine coloniale dont le but était la vaccination infantile du plus grand nombre, la lutte contre les grandes maladies infectieuses et contagieuses, l'éradication des grandes endémies tropicales. Ensuite, elle a essayé au fur et à mesure de se construire sur un modèle engagé sur la prévention ou la relation entre le médecin et les parents de l'enfant devrait surtout être basé sur des principes de responsabilité et de prise de conscience des parents sur les problèmes de santé de leurs enfants. L'auteur poursuit en disant que ce modèle de relation est encore d'actualité et laisse penser que les familles doivent parvenir et accepter les recommandations de préventions et de progrès sanitaire provenant de la biomédecine. Ces progrès vont de l'améliorations des outils de travaille au politique sanitaire publique pour prévenir les maladies, améliorer la qualité de vie, offrir des soins médicaux de qualité, prolonger l'espérance de vie, réduire le taux de mortalité chez les enfants et les adultes.

De manière général, les maladies infantiles ont parfois un effet significatif sur le développement de l'enfant tant sur le plan physique, cognitif, émotionnel et social. L'impact de ces maladies sur le plan

physique peuvent causer un retard de croissance, une faiblesse musculaire, une fatigue chronique, amaigrissement. Sur le plan cognitif, des troubles d'apprentissages, des difficultés de concentration ou de mémoire.

L'atteinte du développement émotionnel qui se manifeste par l'angoisse, la dépression, des troubles du comportement entraîne la possibilité d'avoir plus tard dans la société des individus instable socialement. Pour ce qui est de mal nourrir son enfant lorsqu'il est en phase de développement entraîne de conséquence se présente par une insuffisance ou un déséquilibre en apport nutritionnel. Reynaido Martorell dans ses travaux sur la relation entre malnutrition chronique et performances scolaires indique que le retard de croissance à 2ans réduit la performance scolaire et professionnelle. Peu importe l'âge à laquelle elle se manifeste elle a de conséquences visibles sur le développement de l'enfant. Dans la même veine d'idée Sally Grantham -McGregor qui a travaillé sur le développement cognitif et moteur chez les enfants affirme que les enfants sous alimentés ont un quotient intellectuel bas. En plus des impacts causés sur le développement de l'enfant comme d'autres maladies, la malnutrition apporte surtout des carences en vitamines ou minéraux comme le fer ou la vitamine A. Plusieurs causes comme le manque d'accès aux soins de santé, la précocité du servage, l'absence ou la mauvaise diversification alimentaire, les infections infantiles et la pauvreté sont les résultantes de la malnutrition infantile ou chez l'adulte.

Robert E. Black met en accent marqué sur la nutrition maternelle et infantile, les maladies infectieuses et la survie de l'enfant. Il démontre en effet dans ses recherches comment la nutrition durant les premiers jours suivant le début de la grossesse jusqu'au deux ans après la naissance de l'enfant peuvent affecter le développement général de la croissance de ce dernier si le suivi alimentaire n'est pas correctement sinon suffisamment respecté. Il insiste sur la nécessité d'intervenir pendant ce qu'il appelle les 1000 premiers jours de vie de l'enfant car toute insuffisance nutritionnelle peut provoquer des lésions définitives. Durant cette période, un accompagnement prénatal de la mère jusqu'à l'accouchement est préconisé. Après la naissance, des solutions préventives d'accompagnement sont proposées comme la sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, un suivi pondéral et éducation nutritionnelle de diversification à partir de six mois. Harold Alderman Jere R Behrman suggèrent d'investir dans la nutrition infantile car cela optimise la productivité future, les revenus et diminue les dépenses de santé

De ce qui précède, nous voyons que le développement de l'enfant prend en compte les interactions entre l'enfant par l'entremise des parents et son environnement. Nancy Scheper – Hughes dans son étude sur la malnutrition au Brésil, a montré comment la pauvreté et les croyances culturelles influencent leur perception de la santé, la faim et le développement des enfants. Ce qu'elle met en exergue c'est l'importance des conditions sociales, économiques et culturelles dans le développement de l'enfant. Un sous et angle la nutrition de l'enfant ne se réduit plus uniquement à un déficit nutritionnel mais devient plutôt une réalité bioculturelle comme le déclare Margaret Lock en effet elle met en lumière le lien entre la croissance physique, cognitive de l'enfant et l'environnement culturel.

Charles-Édouard de Suremain quant à lui, avec ses recherches interdisciplinaires sur l'alimentation, l'enfance, et les inégalités sociales dans plusieurs terrains, notamment en Amérique latine et en Afrique a orienté sa recherche vers les liens entre les pratiques alimentaires, les politiques publiques et les dynamiques sociales. En se focalisant sur l'étude des systèmes de santé et des politiques de lutte contre la pauvreté par le biais de la malnutrition infantile analyse les rituels et les soins associés à la petite enfance, la patrimonialisation des ressources alimentaires et son impact sur les générations futures. Il fait ressortir l'importance de considérer les enfants comme des êtres sociaux susceptibles d'impacter et de contribuer dynamiquement à son développement en lien avec leurs environnements. Pour lui la croissance de l'enfant doit se focaliser sur les représentations de la maladie et promouvoir des actions contextualisées, sensibles aux changements sociaux, culturels et économiques.

Toutes les déficiences alimentaires infantile dans le futur ont pour conséquence la réduction du capital humain car elles augmentent les dépenses en santé dans le futur selon Harold Alderman et Jere R. Behrman.

À son entrée à l'Institut de Recherche pour le Développement, il conduit des recherches en recherche-action participative en santé dans le domaine de la restructuration des systèmes de santé et des politiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités à partir de la malnutrition infantile. Il a ainsi développé une ethnographie des processus de micro-décisions en matière de soins et de rituels associés au jeune enfant en Afrique. Dans ce contexte, la notion d'« entourage nourricier » l'a permis d'interroger la question du genre sur des terrains andins et de pointer la focalisation excessive des institutions internationales sur la mère/enfant, malgré son manque de pertinence dans les organisations sociales locales, laquelle conduit à considérer la mère comme la principale responsable des problèmes de santé infantile, reproduisant alors des formes de domination existantes.

L'analyse des perceptions locales de la faim (« l'incertitude alimentaire ») a débouché sur une exploration de l'insécurité alimentaire dans le contexte des politiques de lutte contre la pauvreté en ville. Ces dernières années, il a porté son attention sur la gastro-politique en partant des tensions entre le développement et la patrimonialisation de l'alimentation en Amérique Latine.

De façon transversale, il continue à explorer les déclinaisons locales des figures internationales de l'enfance, en particulier de l'enfant Onusien, ce qu'il a appelé « l'enfant du développement ».

Doris Bonnet en examinant la négligence sociale en relation avec la malnutrition « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant » montre comment la malnutrition ne résulte pas seulement de l'absence de ressources alimentaires mais aussi des dynamiques sociales et culturelles qui peuvent aggraver la situation. Elle fait ressortir le lien entre la malnutrition et les facteurs socio-économiques comme la pauvreté ou l'isolement social des mères. Ces moments de rencontre lors des séances permettent aussi le partage d'expériences culinaires des repas des enfants entre les mères d'une part et les agents de santé et les mères d'autre part.

Ce fut également le cas pour le Gabon comme le présente les travaux « Une approche socio-historique de l'avènement de la pédiatrie au Gabon par la médecine coloniale au 19^{siècle}) de Rodrigue Tezi qu'à l'arrivée de la pédiatrie au Gabon en 1895 par le biais des médecins militaires coloniaux, qui après les critiques et remis en cause les us et coutumes des mères dans l'état de santé catastrophique de leur enfant avaient décidé de leur apprendre les règles d'hygiène et de puériculture au détriment de leurs pratiques.

Dans le but de comprendre l'impact des séances de démonstration nutritionnelle sur la santé et le développement des enfants au Gabon il a été essentiel de mobiliser un corpus théorique pluridisciplinaire articulant à la fois les dimensions biologiques, sociales et culturelles de la nutrition des enfants. Les recherches de Claude Fischler ou Marcel Mauss apporte un éclairage sur l'acte de s'alimenter comme un fait social total, lieu de rencontre entre les logiques symbolique, identitaires et relationnelle. Nourrir l'enfant ne relève pas que du biologique mais aussi sur les représentations sur la croissance, le corps physique et la parentalité. La combinaison de cette pluridisciplinarité permet d'interroger les conditions de légitimité de ce dispositif participatif de prévention et d'autonomisation des mères et son réel impact sur les habitudes de ces dernières dans les foyers.

Le souci de répondre au besoin de réduire les cas de mal nutrition par l'enseignement des mères pour mieux nourrir les enfants confère à cette activité les qualités d'être :

- Une activité de soin thérapeutique importante dans le suivi pondéral de l'enfant.
- Préventive contre le problème de malnutrition.
- Elle ne nécessite aucune prise de médicament et elle peut se reproduire par les mères à domicile.

Les données de cet article se situent dans la continuité de mon travail de recherche de thèse. Le choix des centres de santé nous a été conseillé par la direction régionale de la santé libreville – owendo. L'âge des personnes interrogées varie de quinze à cinquante-trois ans. Nous avons réalisé des entretiens qualitatifs auprès des professionnels de santé chargés la séance de démonstrations nutritionnelle et des parents des enfants plus précisément des mères. Les entretiens variaient de d'une heure à une demi-heure. Les observations étaient plus longues parce qu'elles étaient composées de trois étapes. La première étape consistait au contrôle des paramètres de pesée, mensuration pour le suivi pondéral et questionnement des mères, ensuite l'enseignement, la préparation du repas de bébé du jour et enfin l'alimentation des bébés. Les agents de santé ont été interrogés au sein de leur service, alors que les parents ont été interrogés soit au sein des structures sanitaires ou au domicile familial. Simultanément, des observations ont été faites pendant les séances de démonstrations nutritionnelles au sein des structures sanitaires d'Awendjié et de Nzeng-Ayong.

Nous avons réalisé nos entretiens dans la province de l'estuaire. La zone d'enquête est composée de deux communes Libreville et Owendo. Selon une étude de Rano Michel Nguema, la commune de Libreville, qui compte six arrondissements avec 117 quartiers et la commune d'Owendo qui possède 113 quartiers [NGU 05] a été notre premier terrain d'enquête parce qu'il a plus de quartiers et les centres de santé maternelle et infantile. L'autorisation pour enquêter que nous avons eue de la part de la direction régionale de la santé nous limitait dans cette zone. À Owendo, les deux structures sanitaires qui existaient, la pédiatrie d'Owendo et le centre de santé maternelle et infantile sont hors d'usage. Le premier est en reconstruction et le second est tout simplement fermé. Libreville est la capitale politique et administrative du Gabon, elle regroupe environ la moitié de la population du pays. Les Librevillois (appellation des habitants de Libreville) sont estimés en 2012 à 686000 habitants et à 87000 individus en 2023 [WOR 24]. Nous avons travaillé en étroite collaboration, avec le personnel soignant dans les centres de santé maternelle et infantile ainsi qu'avec les mamans présentes lors des entretiens au sein de la structure sanitaire.

2. Les structures sanitaires observées (centres de santé maternelle et infantile)

Libreville, qui est le chef-lieu de la province de l'estuaire, a six arrondissements. Le premier centre de santé (Awendjié) dans lequel nous avons commencé notre enquête est situé dans le quatrième arrondissement de Libreville. Il a une superficie de 419,61 ha pour une population de 24471 dont 12302 hommes et 12169 femmes [MAI 12b]. Nous avons également conduit une enquête au sein de la clinique privée Sainte Marie. Le deuxième centre de santé (Peyrie) se trouve dans le troisième arrondissement. Cet arrondissement a une superficie de 737,47 ha pour une population de 99206 habitants dont 51708 hommes et 47498 femmes [MAI 12a]. Enfin, implanté dans le sixième arrondissement, le Centre de santé de Nzeng-ayong fait partie des structures sanitaires récentes. En effet, c'est en 2008 que cet établissement, composé de trois bâtiments, est mis à la disposition de la population. Avec une superficie de 1198,05 ha, pour une population de 72792 habitants dont 35993 hommes et 36799 femmes [MAI 12c].

Le pays accuse un grand déficit en matière de logement. Tous ces arrondissements sont composés de deux types de quartiers : les quartiers sous-intégrés et les quartiers intégrés. Le premier que l'on pourrait encore qualifier de quartiers populaires regroupe le Gabonais moyen et le pauvre. Ces quartiers, ce sont les zones où vivent les Gabonais ordinaires, on a les quartiers Pk, Kinguélé. Le deuxième que l'on peut appeler quartier résidentiel. Ce sont des quartiers à l'habitat chic et moderne. Dans ce groupe, on a des zones dans lesquelles on retrouve les locaux de l'administration, les habitations [MAY 92] des hauts fonctionnaires (aéroport, trois quartiers, haut de gué-gué, charbonnages etc.), les Gabonais de classe moyenne (Awendjié, cité Mébiame etc.), les camps militaires. Hormis les trois centres de santé maternelle et infantile ayant été le sujet de notre étude, il y a des cliniques privées qui appartiennent à des particuliers. Il y a aussi des établissements scolaires et lycées publics et privés. La population de ces

arrondissements est composée à parts égales d'autochtones et les étrangers représentant toutes les couches sociales.

2.1. Structures sanitaires au Gabon

Le secteur sanitaire a connu beaucoup de changements, même s'il reste encore beaucoup à faire. En effet, depuis 2005, le nombre de centres de santé maternelle et infantile en zone urbaine a augmenté avec, en 2008, la construction de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba et le centre de santé maternelle et infantile de Nzeng-Ayong. Selon le rapport final de mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique [MIN 11], le système sanitaire gabonais compte trois secteurs bien distincts. Il a dix régions et cinquante-deux départements sanitaires. Ceux-ci sont répartis sur les trois secteurs suivants :

- le secteur public
- le secteur parapublic et paramilitaire
- le secteur privé moderne et traditionnel

Dans le secteur public, on retrouve les structures sanitaires appartenant à l'Etat et implantées sur l'ensemble du territoire. C'est le cas des cases de santé, dispensaire, centres de santé maternelles et infantiles et centres médicaux.

Le second secteur est composé des structures de soins de la caisse nationale de la sécurité sociale (C.N.S.S). À Libreville, nous avons la formation Jeanne Ebori (F.J.E) qui est actuellement en reconstruction, l'hôpital pédiatrique d'Owendo qui est aussi en reconstruction et le centre médico-social, l'hôpital Paul Igamba (Port-Gentil), et huit centres médicaux sociaux répartis sur l'ensemble du territoire. Le paramilitaire est sous l'autorité du ministère de la défense. Avec pour structure hospitalière principale l'hôpital d'Instruction des armées Omar Bongo Ondimba, des centres de santé militaire et des infirmeries réservés normalement aux fonctionnaires des corps habillés et leurs familles, mais ouverts aux civils pour certains services absents dans les structures sanitaires publiques. Et enfin, le troisième secteur, regroupe l'ensemble des structures sanitaires qui appartiennent aux particuliers. C'est le cas des polycliniques, les cliniques, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyses médicales, les pharmacies, qui sont catégorisés dans le privé moderne lucratif. Le privé moderne non lucratif est représenté par le centre international des recherches médicales de Franceville, l'hôpital Albert-Schweitzer de Lambaréné, l'hôpital évangélique de Bongolo dans la Ngounié et des dispensaires des missions catholiques et protestantes. Par ailleurs, il y a aussi huit structures sanitaires humanitaires relevant du haut-commissariat aux réfugiés (H.C.R). Le secteur privé traditionnel est formé par les acteurs de la médecine traditionnelle, dont le cadre juridique est en cours d'élaboration. On retrouve essentiellement des tradipraticiens, les associations de tradipraticiens, les organisations des chercheurs tradipraticiens du Gabon et de l'Institut Pharmacologique de Médecine Traditionnelle.

Hormis cette organisation nationale du système de santé basée sur les trois secteurs cités ci-dessus, on observe depuis des années une grande ampleur du phénomène de guérison du côté des églises dites de réveil. Il est formé des responsables religieux de l'obédience pentecôtiste en général. Les recherches sur la médecine traditionnelle gabonaise ne vont pas hors de la frontière régionale et continentale. Celles-ci se limitent pour l'instant à la compréhension des problèmes sanitaires rencontrés par les pays africains dans le but de les améliorer.

Le Gabon compte neuf provinces dans lesquelles est réparti de façon inégale l'ensemble de la population. En effet, dans la province de l'estuaire (capitale politique et administrative) et de l'Ogooué maritime (capitale économique), il y a plus d'individus que dans les sept provinces restantes. Cette répartition inégale se reflète également dans la répartition du nombre de structures de soins.

2.2. Les cadres de soins biomédicaux

Que l'on soit en exercice dans un centre de santé maternelle et infantile, un centre médical, un hôpital, ou au sein d'une structure privée le personnel de santé affecté pour l'ensemble des services a reçu une formation dans un établissement privé, public ou à l'étranger. Le cursus pour tout le monde de la maternelle à la classe de troisième est le même. Tout se décide pour les médecins à l'entrée en seconde d'avoir les aptitudes nécessaires en mathématique, biologie et physique afin d'être orientés vers une seconde scientifique pour aboutir à une terminale D.

Après l'obtention du baccalauréat de série scientifique couramment appelé bac D, pour ceux qui veulent faire des études en médecine, ils peuvent choisir d'aller au CUSS (Centre Universitaire des Sciences de la Santé) ou à l'étranger. Le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) devenu plus tard Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS) et aujourd'hui Université des Sciences de la santé (USS). Il forme la majorité des professionnels de santé : médecins généralistes, chirurgiens, gynécologues, pédiatres, sage-femmes, techniciens supérieurs de biologie médicale et anesthésistes.

Pour les infirmières par contre, le baccalauréat littéraire couramment appelé Bac A1, leur donne le droit de concourir à l'examen d'entrée à l'ENASAS (École Nationale de santé). À l'issue de ce concours, elles suivent une formation qui a pour objectif de leur attribuer le statut d'infirmière diplômée d'État. Pour les autres ayant un niveau inférieur au BEPC (brevet d'études primaires) elles vont dans des établissements privés comme le centre des métiers de la femme (CEMEF). Créé en 1995, il est le premier centre de formation professionnelle qui offre aux femmes une possibilité de reconstruire leur parcours professionnel. Les acteurs de cette médecine sont catégorisés par grade et fonction. Nous avons, entre autres, les médecins, infirmiers, ambulanciers, sage-femmes, des administrateurs, etc.

Ces derniers sont formés pour certains au sein de l'école d'infirmiers, devenue École Nationale de Santé (E.N.A.S), puis École Nationale d'Action Sanitaire et sociale (E.N.A.S.S). Au sein de cet établissement sont formés le personnel paramédical : infirmiers diplômés d'État, infirmiers assistants, adjoints techniques de laboratoire, de radiologie, adjoints techniques dentaires, préparateurs en pharmacie, adjoints techniques de génie sanitaire et d'hygiène publique. Elle forme aussi des adjoints d'administration sanitaire, des adjoints techniques de statistiques et des secrétaires de santé.

Les administrateurs de santé sont formés à l'École Nationale d'administration (E.N.A) et à l'École de préparation aux Carrières Administratives (E.P.C.A) ce sont les attachés d'administration sanitaire qui y sont formés. De plus, des centres privés de métiers proposent des formations d'infirmière, les formations dans les pays étrangers comme le médecin-chef du centre de santé maternelle et infantile d'Awendjié qui a fait ses études de médecine à Bamako au Mali. Tous ces agents de santé sont répartis sur l'ensemble du territoire.

2.3. Prise en charge financière de la maladie soignée dans une structure sanitaire

En 1991, la loi n° 3/91 du 26 mars 1991 [ASS 11] a été votée pour assurer la santé de la population en garantissant la gratuité des soins aux fonctionnaires, les agents contractuels de l'État, les travailleurs indépendants et les indigents dans les structures de santé publiques et privées. Cette couverture était assurée par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) par l'entremise de l'État. L'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 [MIN 08] change la politique d'assurance-maladie. En effet, cette nouvelle loi introduit la participation de l'assuré à ses frais de santé. Cette participation de l'assuré a apporté une nouvelle vision de l'assurance-maladie. Ainsi, donc, depuis 2007, l'institution chargée de la prise en charge des soins de santé au Gabon a élargi sa couverture à toute la population. Mise en place par l'ordonnance n°0022/PR/2007 du 21 août 2007 [MUS 10], elle fait suite à la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) qui ne couvrait que les individus appartenant à la catégorie des travailleurs. Aujourd'hui, elle prend en charge tout le monde.

Désormais appelée Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS), elle couvre les travailleurs de la fonction publique (depuis mars 2011), les travailleurs du privé (depuis 2013) et les non-travailleurs, c'est-à-dire les personnes reconnues comme étant économiquement faibles, réfugiés, étudiants, élèves (depuis décembre 2008). Le patient est pris en charge après enregistrement de celui-ci à son siège situé au Boulevard du bord de mer en zone urbaine pour la province de L'Estuaire (Libreville) et au sein des délégations provinciales pour les provinces. C'est sous la présentation d'un acte de naissance légalisé et une photo d'identité que la carte d'assuré est établie.

– Articulation entre données ethnographiques et théories

À partir des données empiriques plusieurs types de croisement sont opérés avec les théories premièrement sur le plan structurel : Les données de terrain sur le dispositif de la présence de service de santé maternelle et infantile assurant le suivi des enfants peuvent être éclairés par l'apport de Robert E. Black qui souligne la nécessité d'adopter un accompagnement nutritionnel pendant les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant.

Les résultats de cette recherche effectuée en zone urbaine au sein de deux structures de santé maternelle et infantile révèlent que les informations et techniques enseignés lors des séances de démonstration nutritionnelle sont reconnues comme importantes pour les mères et les professionnels de santé. Car, même après un premier enfant, elles sont conviées au rendez-vous du sixième mois par les agents de santé et elles honorent de leur présence avec leurs enfants. Notre cadre théorique postule que la nutrition est un facteur fondamental pour la croissance de l'enfant.

Vu sous cet angle, les séances de démonstration nutritionnelle permettent aux mères d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques pour réaliser des repas corrects pour les enfants.

Sur le plan économique et social, elles révèlent qu'un grand nombre de produits présentés sur les affiches au sein des structures et lors des enseignements sont des produits locaux mettant ainsi en avant le lien entre la nutrition de l'enfant et l'environnement dans lequel il se développe comme l'exprime Magaret Lock. Aussi, la participation des mères à ces moments traduit non seulement la volonté d'assumer cette responsabilité de prendre en charge leur progéniture et de sortir de cette caricature « de négligence » qui leur a été attribuée jusqu'à maintenant.

Ces séances s'inscrivent dans une optique de transmission et d'échange de savoir et d'expérience. Les professionnels utilisent un message accessible tant dans le fond que la forme pour que les mères puissent les reproduire. Les discours prennent en compte le statut général de tous les patients. Bien plus qu'une technique médicale, l'attitude du personnel de santé pendant la séance du fait de leur proximité avec les familles se présente comme une intervention sociale.

3. Le service de santé maternelle et infantile (SMI)

Le SMI, c'est le service de santé maternelle et infantile qui regroupe plusieurs unités d'exercice relatif à la santé de la mère et de l'enfant. Le service de santé maternelle et infantile a quatre unités de services qui sont l'unité, vaccination, pesée, puériculture et les consultations prénatales. Les vaccins, qui, sont au nombre de onze, commencent avec la mère pendant la grossesse et continuent avec l'enfant après la naissance.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est un service récent au sein des centres de santé maternels et infantiles. Cette stratégie de prise en charge est récente parce qu'elle a été mise en place, en 2000. Lors de sa mise en place qui s'est faite au travers de la formation des IDE (Infirmière Diplômée d'État), plusieurs pathologies ont été étudiées : la diarrhée, la fièvre, problème d'oreille, l'anémie, le VIH, la rougeole, la toux et la malnutrition. Il leur a été enseigné à évaluer, classer et traiter l'enfant malade âgé de deux mois à cinq ans comme l'explique le médecin-chef du centre de santé maternelle et infantile de la Peyrie dans le troisième arrondissement de Libreville en 2013 :

« Ce sont des techniques, hein! un ensemble de méthodes, heu...qui est enseigné au personnel médical, notamment les infirmières, pour les aider à prendre en charge, en fait, certaines maladies sans avoir recours aux grosses techniques médicales sophistiquées, donc, par exemple, on va conseiller à la maman quand est-ce qu'il faut couvrir l'enfant, ce qu'il faut faire quand l'enfant a de la fièvre, il faut le mouiller avant d'aller à l'hôpital... » (NGOMBO LEPOPA Amélie Blanche, thèse : 2016).

La responsable de ce service au centre de santé maternelle et infantile de la Peyrie, dans le troisième arrondissement de Libreville, en 2013 va dans le même sens que son responsable en détaillant l'activité dudit service. Les agents affectés à ce service ont un rôle d'accompagnement mais aussi de conseil pour les mères.

« Notre travail quotidien, c'est de conseiller les mamans tous les jours, nous le faisons par rapport au suivi des enfants. Par exemple, un enfant qui a la diarrhée, il faut donner beaucoup d'eau à l'enfant et donner à manger parce que l'on se dit que, lorsque l'enfant est malade, il ne peut pas manger, mais il faut forcer, si c'est la toux, c'est la même chose, il faut le couvrir, il ne faut pas le laisser torse nu » (NGO 16).

3.1. *Activité de conseil et de formation : séance de démonstration nutritionnelle*

Dans tous les centres de santé maternelles et infantiles dans lesquels nous avons été, les salles ne sont pas organisées de la même façon. Au centre de santé maternelle et infantile d'Awendjié, la salle de démonstration nutritionnelle est subdivisée en deux compartiments dont le premier sert de consultation des nouveaux bébés, c'est-à-dire ceux qui viennent pour la première fois et le deuxième compartiment qui reçoit les bébés de six mois pour la préparation et dégustations alimentaires. Celle-ci est composée de cinq bancs de quatre places assises. Devant ces bancs se trouvent trois tables et deux bureaux. Sur les murs nous avons des affiches de sensibilisation.

Nous avons deux affiches distinctes (figure 1) qui véhiculent le même message. La première affiche est sur le mur dans la salle de démonstration nutritionnelle et la seconde derrière la porte. Le message délivré encourage les femmes à allaiter. Sur la porte de l'entrée principale, est collée une fiche représentant une mère allaitant son enfant au sein et l'on peut lire au bas de cette image « allaitez votre bébé pour le protéger des maladies », une autre affiche est collée sur le mur qui sépare les deux espaces, celle-ci représente une mère donnant une cuillerée de bouilli à l'enfant et on lit sur le haut de l'affiche « nouvelle recette améliorée ».



Figure 1. Photographie de quelques affiches de sensibilisation sur le bien-fondé de l'allaitement maternel

À partir de six mois, on enseigne aux mamans comment ajouter une alimentation de complément, car à ce stade de croissance le lait maternel seul n'est plus suffisant. Cette séance qui a lieu une fois dans la semaine selon l'organisation du centre permet la rencontre des puéricultrices et des mamans avec soit

les bébés malnutris ou les bébés âgés de six et de sept mois. Pour les bébés de sept mois, des conseils sur la composition du repas des bébés et l'importance des aliments composant les repas sont prodigués aux mères.

Au cours de ses séances, on apprend aux mères à réaliser des plats nutritifs pour les enfants. Cet apprentissage va du choix de la qualité des produits, en passant par la composition et à la préparation du repas. Dans toutes nos observations, les pères n'ont jamais été présents à ces séances.

Croissance	Énergie	Protection
Poisson	Taro	Fruit & Légume
Viande	Arachide	
Poulet	Maïs Riz	Cette catégorie
Chenille	Sucre	d'aliment facilite la
Corn beef	Gâteau	digestion

Table 1. Récapitulatif des aliments composant le repas de bébé à partir de sept mois

Ce tableau, affiché dans la salle qui sert à la démonstration nutritionnelle, présente les trois groupes d'aliments qui constituent le repas de bébé selon les explications qui sont données lors des séances dans les centres de santé. Ces enseignements sont dispensés au sein des centres de santé dans l'idée de transmettre aux mamans des informations sur la composition d'un repas équilibré, l'apport de ce dernier dans la croissance de l'enfant et les risques liés aux non-respects des conseils. Dans les tableaux affichés au sein des centres, à la fin de la colonne qui représente chaque type d'aliment, il y a symboliquement représenté pour la première colonne, une maison, la deuxième du feu et le troisième un cadenas. La maison d'après les explications des agents de santé chargés de la séance représente la sécurité, le feu, c'est l'énergie et le cadenas, c'est la protection.

Quand on regarde le nombre de fruits locaux (ananas – avocat - banane douce - badam - coco – fruit rouge - mangue – papaye – pomme citerne – fruit jaune) cultivés sur le sol gabonais et qui est à la portée de tous. Et certains des arbres de ces fruits sont les clôtures délimitant les terrains ou sont simplement cultivés derrière ou devant les maisons. On voit donc que la possibilité de s'en procurer et la consommation de ces derniers dépend de chacun. En effet, par leurs saisons de reproduction, ils sont présents presque toute l'année sur le marché et dans les foyers gabonais que l'on soit en zone rurale ou en zone urbaine. Ils peuvent être complétés par l'importation des autres fruits comme la pomme de France, l'orange, le raisin qui, certes, n'est pas à la portée de tous, mais peut être obtenu de temps à temps. Mais à côté de cet état de fait, il faut tout de même signaler que l'alimentation dépend aussi des représentations sociales qui sont parfois éloignées des représentations médicales qui, elles aussi sont sociales.

Dans la catégorie Energie, un seul féculent est cité alors, qu'au Gabon, on a plusieurs (la patate douce, la banane plantin, la citrouille, l'igname) qui sont cultivés sur le territoire. Il y a aussi, la pomme de terre qui est importée. Les normes nutritionnelles du SMI s'ajoutent aux normes des gens ordinaires comme à l'exemple des recettes présentées ici par Madame B.M, en zone urbaine à Libreville en 2013 :

« Il y a plusieurs recettes, tu fais bouillir le riz, tu mélanges avec la pâte d'arachides et la sardine fumée écrasée, c'est une recette, tu peux aussi faire bouillir les pommes de terre, tu les écrases, tu mélanges avec le lait, et puis les légumes des feuilles de manioc, tu piles, tu fais bouillir, tu mélanges avec le riz cuit, tu donnes cela à l'enfant. » (NGOMBO LEPOPA Amélie Blanche, thèse : 2016).

Dans la composition des recettes présentées ci-dessus, on retrouve certain aliment présent dans le tableau du SMI. L'alimentation de l'enfant est importante dans sa croissance, car parmi les maladies citées par nos informateurs la malnutrition en fait partie. Nous pensons qu'il serait mieux d'enseigner les mères sur l'alimentation du début de la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement. Cet enseignement serait présenté dans un programme que l'on pourrait par exemple appeler le programme d'alimentation élargi (PAE). Ainsi, donc l'enfant recevra les nutriments nécessaires à sa croissance avant et après la naissance et les mères seront déjà habituées à un type d'alimentation propice au bien-être de l'enfant à naître.

3.1.1. Observation : déroulement de la séance de démonstration nutritionnelle au centre de santé maternelle et infantile d'Awendjié

La séance décrit un moment durant lequel les mères amènent leurs bébés pour des consultations générales. La première infirmière désinfecte le pèse-bébé et commence à peser les bébés après avoir organisé leurs dossiers médicaux. Après la prise de toutes les mensurations, les mamans dont les enfants ont six mois et plus sont convoquées par la nutritionniste. Durant plus de deux heures d'échange, elle donne des conseils sur le choix du produit alimentaire en insistant sur la fraîcheur des produits au marché, soulignant l'importance de choisir par exemple, des poissons aux yeux clairs et aux branchies rouges. La nutritionniste explique également le nettoyage approprié du poisson, soulignant la nécessité d'éviter de rincer le poisson pour éviter qu'il ne se gâte et ne conserve sa saveur. La discussion s'étend au choix aussi sur du poisson fumé et des crevettes, elle conseille sur la sélection de produits de qualité. L'importance d'éliminer (enlever) les écailles et les intestins des crevettes avant la cuisson est soulignée. La conversation se poursuit sur l'importance de l'administration du vaccin rotarix pour prévenir la diarrhée, en particulier chez les nourrissons, soulignant la nécessité d'une vaccination rapide et de la disponibilité des vaccins dans les pharmacies. La nutritionniste aborde également les pratiques d'hygiène alimentaires telles que le lavage des légumes avant la cuisson et la sélection de produits frais comme le gombo. Durant la session, les mamans sont encouragées par la nutritionniste à participer activement, à poser des questions et à engager des discussions sur les techniques de préparation des aliments. L'importance de la collaboration entre les mères et les prestataires de soins de santé est soulignée pour assurer une bonne nutrition et une bonne santé des enfants. Nous voyons un accompagnement progressif tant sur le plan théorique que pratique tout au long du développement de l'enfant pour assurer son bien-être et lutter contre la malnutrition et contribuer à réduire la mortalité infantile. Les conseils de l'infirmière sur le choix des produits achetés au marché. Au cours de cette séance, un échange question-réponse entre les mamans venues assister à la séance et l'infirmière se fait pour enseigner.

La figure 2 présente une marmite en aluminium posée sur une gazinière. Elle contient du poisson frais, de l'aubergine, de l'oseille, du gombo et du sel. Cette recette est appelée d'après l'infirmière en charge de la séance : poisson au légume. Le poisson a été nettoyé, mis dans la marmite avec du sel puis mis au feu, ensuite les aubergines et les gombos. Les recettes cuisinées sont proposées par les infirmières elles-mêmes. Tout en respectant l'équilibre en apport nutritionnel et en fonction de leurs connaissances, chacune propose une recette. Sur la deuxième photographie, nous avons le poisson sans arêtes et le reste du contenu de la première photographie, passé au mixeur. Pendant cette séance, on a un échange de question-réponse entre l'infirmière chargée de la séance et les mamans des enfants. Ces questions vont du choix des aliments, la conservation, le nettoyage à la préparation



Juste après la cuisson



Apprêtée pour être servi aux enfants

Au centre de santé maternelle et infantile de Nzeng-ayong, la salle qui sert à la démonstration nutritionnelle, c'est la dernière pièce du couloir de la SMI (santé maternelle et infantile). Elle a cinq bancs de cinq à six places, un placard à deux battants avec six étagères. Dans ce placard sont rangées les fiches d'observation du suivi des enfants. À l'entrée se trouve un bureau sur lequel les mamans déposent les carnets à leur arrivée. Une table de pesée et une table de mensuration, derrière la porte qui se trouve après les bancs, se trouve une gazinière de quatre feux, une bouteille de gaz et une table plastique ronde de couleur blanche. Cette salle est divisée en deux pièces dont une plus petite que l'autre. La plus petite pièce a deux bureaux des puéricultrices et la plus grande regroupe tous les accessoires qui servent à la pesée et à la mensuration. Sur les murs des affiches de la coupe d'Afrique des nations (CAN) 2012 présentant des sportifs africains plébiscitant une CAN sans sida, de programme national de lutte contre le paludisme.

Au centre de santé maternelle et infantile de la Peyrie, c'est une salle qui regroupe deux unités de soins : consultation nourrisson et vaccination. La première a cinq bancs de cinq à six places, de table de pesée et de mensuration, un bureau devant les cinq dits bancs. Ce bureau a également un banc de quatre à cinq places sur lequel s'asseyent les infirmiers (un infirmier et deux infirmières) pour la consultation. Sur le bureau se trouve un calendrier qui sert à calculer les dates des prochains rendez-vous. Accolé au mur du lavabo, il y a une caisse avec compartiments dans lesquels sont rangées les fiches d'observation des bébés, de couleur rose pour les filles et bleue pour les garçons. Une gazinière de quatre feux, trois marmites, deux cuvettes.

3.1.2. Observation : le déroulement de la séance au centre de santé maternelle et infantile de la Peyrie

Pendant ces séances, tout comme dans les précédents centres de santé maternelles et infantiles, des instructions sont données aux mamans sur l'importance d'ajouter ces repas à l'alimentation de l'enfant. Une infirmière en 2013 dans le troisième arrondissement de Libreville commence par expliquer les aliments en les catégorisant :

« ...dans la première partie, ce sont les aliments énergétiques, tout ce que vous voyez là, les taros, le maïs, l'huile, le riz, l'arachide, le pain, les aliments énergétiques, ce sont les aliments qui donnent la force au corps de l'enfant, à l'organisme de l'enfant pour que l'enfant soit fort hein ! il faut des choses qui donnent l'énergie. Cette partie-là qui suit la première, ce sont les aliments de protection, vous voyez, il y a les aubergines, il y a les légumes, vous voyez ! il y a les fruits, ce sont des aliments qui renforcent les anticorps, les anticorps, ce sont les éléments qui sont dans notre organisme qui luttent contre les microbes qui reviennent du dehors, ce sont, en fait, des microbes qui sont dans notre corps qui luttent contre les microbes du dehors, ce sont les militaires qui sont dans notre corps qui luttent contre les maladies qui reviennent du dehors, parce que, si la maladie arrive et qu'elle trouve que nos anticorps sont forts, ils vont tuer la maladie, si la maladie arrive et que nos anticorps soient faibles, nous allons mourir, nous allons toujours être malades, donc, cela ce sont les aliments qu'il faut pour renforcer et vous protéger me suivez. » (NGOMBO LEPOPA Amélie Blanche, thèse : 2016).

Au cours de ces séances, des enseignements sur le choix et les catégories des aliments sont expliqués aux mères. On leur apprend aussi à les associer et les apports pour la santé et le bien-être de l'enfant. Des repas sont cuisinés sur place au centre et donnés aux enfants. La figure 3 présente cinq catégories d'aliments qui sont enseignées aux mères présentes à la séance. Du haut vers le bas, nous avons les aliments à consommer avec modération (du sucre, de l'huile, des bonbons). Ensuite on a les aliments à consommer à chaque repas (des œufs, du poulet, du fromage). Puis ceux à consommer chaque jour. Les aliments à consommer à chaque repas. Cette affiche est faite avec le ministère de la santé publique et de l'hygiène publique et l'organisation mondiale de la santé. Pour nous cette affiche ne s'adresse pas qu'aux

enfants parce que la fin du message de sensibilisation «... faisons du sport. » ne peut pas être pour les enfants de moins de douze ans.



Figure 3. Photographie d'une affiche sur la pyramide des aliments au centre de santé maternel et infantile

La figure 4 présente des légumes dont l'oseille, la carotte, les tomates, les noix de palme. Comme fruits nous avons des mangues et des papayes. Les fruits et les légumes présentés sur cette affiche ne sont pas les seuls présents ou les seuls autorisés au Gabon. Cette affiche est faite avec la participation de l'Unicef et l'association Gabonaise pour l'alimentation infantile. La vitamine A est mise en avant.



Figure 4. Photographie montrant les bienfaits des fruits et légumes pour la santé des enfants

Ces affiches présentent deux recettes de bouillies pour les enfants sains et malnutris. Ces affiches présentes dans les centres de santé maternelles et infantiles sont destinées à tous les enfants, qu'ils soient bien portants ou non, pour maintenir la santé des enfants pour ceux qui sont sains et rétablir ceux qui sont malnutris. Ces recettes ont trois principaux produits alimentaires en commun : la farine, selon le Bulletin du réseau Technologie et Partenariat en Agroalimentaire [MOU 98] :

« Une farine infantile est un aliment que l'on donne sous forme de bouillie aux enfants à partir de l'âge de quatre à six mois en complément du lait maternel. Elle doit être spécialement

conçue pour couvrir leurs besoins nutritionnels en tenant compte des apports du lait maternel et de la fréquence journalière des repas. » (NGOMBO LEPOPA Amélie Blanche, thèse : 2016). Dès le début de la diversification alimentaire à partir de six mois, les consignes de l'organisation mondiale de la santé suggèrent pour les bébés une consommation en sucre ne dépassant pas les dix à vingt grammes par jour, pendant le premier âge, ils aiment le goût sucré cependant en grandissant ils se laissent porter à la découverte d'autres saveurs [DOY 00]. Le lait en poudre est essentiel pour la croissance car il contient du calcium nécessaire au développement des os. Les quantités de chaque composant constituant les deux recettes, varient d'un demi à deux verres.

4. Conclusion

Les activités et les actions entreprises et mises en place par les agents du service de prise en charge intégrée de maladie de l'enfant (PCIME) au sein des structures sanitaires au Gabon peuvent être considérées comme une intervention non médicamenteuse parce qu'elles sont complémentaires aux traitements conventionnels, contribuent à la santé et au bien-être des enfants et la tranquillité des parents. L'accompagnement de l'alimentation des bébés au sein des structures sanitaires est un « programme, un service » non médicamenteux selon la NPIS [NIN 18] connus des usagers des service de Protection Maternelle et Infantile. L'objectif de ce service est de permettre à toutes les personnes ayant un enfant âgé de six d'avoir la connaissance nécessaire pour le nourrir correctement. La séance de démonstration nutritionnelle est une méthode ciblée pour réduire le problème de malnutrition infantile qui est à la fois insuffisance alimentaire et excès nutritif [FAO 92]. Le but thérapeutique de ce service est de prévenir et de compléter les thérapies prescrites par les médecins pour lutter contre cette pathologie. L'intervention non médicamenteuse est d'une importance capitale pour la santé dans le suivi des enfants, dans la mesure où, elle est primo, pas coûteuse, donc accessible à tous et permet aux mères d'être indépendantes en cas de besoin favorisant ou augmentant la réussite du traitement parce qu'en cas de maladie, elles sont les relais des agents de santé avant l'admission dans une structure sanitaire.

Les résultats obtenus montrent que la mise en pratique des informations reçues lors des séances de démonstrations de démonstrations nutritionnelles par les professionnels de santé peut classer cette activité au rang de méthode non médicamenteuse au moyen de l'alimentation. Selon eux, faire ces séances avec les mamans influence le taux des enfants qui sont reçues en consultation pour cause de malnutrition. Les mères affirment ne plus se rendre fréquemment en consultation pour les problèmes liés à l'alimentation de l'enfant. Car après avoir pris part à ce programme, son application ne nécessite aucun recours aux médicaments pour l'amélioration de la qualité de vie ou prévenir des maladies.

Bibliographie

- [ASS 11] ASSEMBLEE NATIONALE, Constitution de la république Gabonaise, Gabon, Direction des publications officielles, 46p, 2011.
- [DGS 01] DGSEE, *Enquête démographique et de santé Gabon, 2000*, Calverton, Maryland, Direction Générale de la Statistiques et des Études Économiques, Fonds des Nations Unies pour la population, ORC Marco, 284p., 2001.
- [DGS 12] DGSEE, *Enquête démographique et de santé du Gabon, 2012 : rapport de synthèse*, Calverton, Maryland, USA : DGS et ICF International, 16p., 2012.
- [DGS 22] DGSEE, *Enquête démographique et de Santé au Gabon, 2019–2021 : indicateurs clés*, Libreville, Gabon et Rockville, Maryland, USA : DGS et ICF, 47p., 2022.
- [DIR 09] Direction de la prévention, *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 0 à 4 ans révolus*, Alger, 269p., 2009.
- [DOY 00] DOYARD A.P, *Trop nourri, mal nourri, l'enfant consommateur est vulnérable*, Stock, 419p., 2000.
- [FAO 92] FAO., *Bulletin de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. Aperçu nutritionnel par pays*, L'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 30p., 1992.

- [MAI 12a] *Troisième Arrondissement*, Mairie de Libreville, <http://www.libreville.ga/5-la-mairie/50-les-arrondissementsde-la-commune/338-troisieme-arrondissement/>, 2012.
- [MAI 12b] *Quatrième Arrondissement*, Mairie de Libreville, <http://www.libreville.ga/5-la-mairie/50-les-arrondissementsde-la-commune/337-quatrieme-arrondissement/>, 2012.
- [MAI 12c] *Sixième Arrondissement*, Mairie de Libreville, <http://libreville.ga/5-la-mairie/50-les-arrondissements-de-lacommune/335-sixieme-arrondissement/>, 2012.
- [MAY 92] MAYER R., *Histoire de la famille gabonaise*, Paris, Éditions Sépia, 1992.
- [MIN 08] MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE CHARGE DE LA FAMILLE ET DE LA PROMOTION DE LA FEMME, Plan national d'accélération de la survie de l'enfant au Gabon (PASEG, 2009 – 2015), Gabon, République Gabonaise, 2008.
- [MIN 11] MINISTERE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FAMILLE, Normes du secteur de la santé, Gabon, République Gabonaise, 231p, 2011
- [MOU 98] MOUQUET C., BRUYERON O., TRECHE, G.S., « Caractéristiques d'une bonnes farine infantile », *Bulletin du réseau technologique et partenariat en agroalimentaire*, p. 8-11, 1998.
- [MUS 10] MUSANGO L., ABOUBACAR I., Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population, 47p., 2010.
- [NGO 16] NGOMBO LEPOPA A.B., Itinéraires thérapeutiques et représentation de la santé à l'enfance chez les *Nzèbi* du Gabon, Metz, Université de Lorraine, France, 322 p., 2016.
- [NGU 05] NGUEMA R-M., « Développement de la ville, découpage et appropriation des territoires urbains au Gabon : le cas de Libreville », *Belgeo*, p. 481-498, 2005.
- [NIN 18] NINOT G., BOULZE-LAUNAY I., BOURREL G., « De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie », *Hegel*, n°1, p. 21-27, 2018.
- [WOR 24] World Bank, United Nations, Census, GeoNames, *Libreville, Gabon Population*. Population Stat, <https://populationstat.com/gabon/libreville>, 2024.