

**Etude du processus de sensibilisation
dans le cadre du programme de l'Alliance
pour la Résilience Communautaire**

Synthèse des résultats

- Rapport provisoire -

Préparé pour L'ARC
(Programme financé par la Délégation de l'Union Européenne)

Fabrice Escot
En collaboration avec Laurence Touré

Novembre 2019

Liste des acronymes utilisés dans le document

ACF	Action Contre la Faim
ACTED	Agence d'Aide à la coopération technique et au développement
AGVSAN -	Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARC	Alliance pour la Résilience Communautaire
BAI	Boîte A Images
DN	Division Nutrition
DNS	Direction Nationale de la Santé
CCFS	Cadre Commun des Filets Sociaux
CCTM	Cadre Commun des Transferts Monétaires
CSCOM	Centres de Santé COMmunautaires
CSRéf	Centres de Santé de Référence
DSSAN	Division Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle
DNS	Direction Nationale de la Santé
DRC	Danish Refugee Council
FEFA	Femmes enceintes et allaitantes
GSAN	Groupe de Soutien aux Actions Nutritionnelles
HI	Humanité et Inclusion
IRC	International Rescue Committee
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
NRC	Norwegian Refugee Council
ONG	Organisation non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PRODESS	PROgramme de DEveloppement Socio-Sanitaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SI	Solidarités International
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SQUEAC	Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage
TM	Transferts Monétaires
URENAS-	Unité de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour les Sévères
URENI-	Unité de Récupération Nutritionnelle Intensif
WaSH	Water, Sanitation and Hygiene

Sommaire

I- Objectifs de la recherche et méthodologie	p.4
II- Synthèse des résultats	p.5
1. La stratégie de sensibilisation ARC a intégré des innovations porteuses, dont les potentiels sont encore insuffisamment exploités.	p.5
1.1. La nécessité d'innover dans la sensibilisation s'est imposée face au constat d'échec des méthodes classiques.	p.5
1.2. La sensibilisation reste ancrée dans une logique unilatérale top-down, éloignée des concepts et des approches du marketing social.	p.5
1.3. Les différents niveaux d'acteurs impliqués (décideurs, équipes nationales, équipes locales) n'ont pas une perception convergente des conditions de mise en œuvre du volet sensibilisation.	p.6
1.4. Le modèle GSAN déployé par l'ARC offre un réel potentiel mais la mise en œuvre intègre peu les leviers les plus porteurs.	p.7
1.5. La boîte à images est conçue selon des modèles anciens, et reste encore bien en-deçà du potentiel de communication d'un canal images.	p.9
1.6. Le dispositif de suivi-évaluation demeure pensé selon les modèles classiques 'programme', et n'intègre pas les innovations.	p.10
2. De nombreuses normes de la médecine moderne se diffusent dans les deux milieux, mais le changement de comportements ne suit pas toujours un bon niveau d'information.	p.11
2.1. Les cibles comprennent les messages auxquels elles sont exposées, mais en apprécient diversement la pertinence.	p.11
2.2. La grossesse : une période de très forte réceptivité aux messages de sensibilisation, mais des besoins non toujours couverts.	p.12
2.3. Les 40 premiers jours de vie : cette période est très peu prise en compte dans la sensibilisation, alors que des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé/nutrition du nouveau-né restent très prégnantes.	p.13
2.4. Les nourrissons de deux à six mois : un désir de prise en compte des messages en lien avec la nutrition, mais certains conseils sont peu applicables voire jugés peu crédibles par les cibles.	p.14
2.5. Les nourrissons de six mois et plus : une diminution progressive de la réceptivité aux messages en lien avec la nutrition.	p.16
3. Recommandations pour optimiser le dispositif de sensibilisation	p.18
3.1. La stratégie doit être repensée en intégrant une dynamique bottom-up.	p.18
3.2. Les cibles en communication (mères, pères, grand-mères) doivent toutes être approchées	p.18
3.3. Les GSAN pourraient être optimisés en termes de composition, de formation et de suivi.	p.19
3.4. Les messages devraient plus prendre en compte les besoins des populations-cibles.	p.19
3.5. La boîte à images de la DNS doit être optimisée, surtout pour améliorer la compréhension des messages.	p.20

I- Objectifs de la recherche et méthodologie

Les résultats attendus pour l'année 1 étaient les suivants :

- Dresser un bilan des activités de sensibilisation mises en œuvre dans les sites d'enquête, avec un regard sur la coordination/cohérence des interventions ;
- Décrire les pratiques des populations concernées en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes, et identifier les déterminants socioéconomiques et culturels de ces pratiques ;
- Evaluer le niveau de mémorisation des pratiques recommandées lors des sensibilisations par les publics cibles bénéficiaires ;
- Evaluer les outils de sensibilisation (contenu des messages et des outils/vecteurs utilisés, clarté et pertinence des messages pour les cibles, applicabilité des messages dispensés) et le dispositif humain (compétences et maîtrise des agents mobilisés pour la sensibilisation) ;
- Adresser des recommandations opérationnelles à l'ARC sur le processus et le dispositif de sensibilisation à mettre en place, en fonction des réalités du terrain et des populations-cibles.

La recherche a été menée en six volets :

Suite à une revue de littérature, les activités ont été menées comme présenté ci-dessous :

Volet	Sites	Cible	Méthode	Nombre d'interviewés
Perception des acteurs nutrition	Bamako	Acteurs au niveau national : DNS, DUE, ONG, ONU	Entretiens et focus-groups	35
Pratiques de ressortissants de Ménaka et Tindirma à Bamako		Hommes et femmes, avec enfant de moins de deux ans, ayant migré depuis plus de 10 ans	Focus-groups	18
Observations des pratiques de soins au nourrisson	Ville de Diré	Ménages avec nourrissons : garçon 3 mois, fille 4 mois, fille 10 mois, garçon 15 mois	Observations au domicile	4
Pré-test de la boîte à images conçue par la DNS	Ménaka ville et commune de Tindirma (cercle de Diré)	Pères et mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois	Focus-groups	60
Mise en œuvre et potentiel des GSAN		Agents locaux des ONG ARC et membres de quatre GSAN	Entretiens collectifs	23
Pratiques durant la période des 1 000 jours et niveaux de connaissance des messages PFE		Ménages avec enfants âgés de 0 à 24 mois.	Mères, pères et grand-mères	Entretiens individuels
	Grand-mères		Focus-groups	24

II- Synthèse des résultats.

1. La stratégie de sensibilisation ARC a intégré des innovations porteuses, dont les potentiels sont encore insuffisamment exploités.

1.1. La nécessité d'innover dans la sensibilisation s'est imposée face au constat d'échec des méthodes classiques.

Selon les acteurs nutrition du niveau national, la stratégie 'classique' de sensibilisation repose essentiellement sur des méthodes de masse qui engagent la population-cible dans des résultats visés par les décideurs via un discours de 'mobilisation', avec peu d'analyse et surtout de prise en compte de ses besoins. La sensibilisation est basée sur des sessions collectives, dans l'optique de 'mobilisation communautaire' toujours. Les messages sont nombreux, parfois génériques, et les stratégies et les outils sont très différents selon les intervenants. Ces actions de masse sont opérées par des acteurs de terrain parfois expérimentés, mais peu professionnalisés. Elles sont potentiellement entravées par des problèmes de gouvernance locale ou d'acceptabilité de certains messages.

L'impact des très nombreux programmes de sensibilisation est jugé très peu ou imparfaitement documenté :

- Le suivi-évaluation est formulé selon une approche très quantitative, reposant sur des agrégats, des indicateurs-clés, ou sur le ressenti des acteurs de la sensibilisation (lui-même subjectif et très peu analytique), avec très souvent une ambiguïté entre des constats très positifs de mise en œuvre (avec souvent une confusion dans le compte rendu entre agrément et pertinence) et un bilan négatif sur les impacts globaux de ces méthodes,
- Le constat d'échec des sensibilisations repose sur celui que les évolutions recensées sont toujours en deçà des objectifs souhaités (et donc annoncés) par les programmes,
- Très peu de capitalisation est opérée, surtout en termes d'analyse critique des méthodes.

Les causes des 'échecs' sont souvent attribuées aux populations-cibles : insuffisamment instruites, conservatrices, peu sensibles aux thématiques, réfractaires au changement...

Le volet de sensibilisation mené dans le cadre de l'ARC est essentiellement basé sur le changement de comportement en lien avec l'ANJE et les PFE et s'est aligné sur la politique nationale malienne en intégrant les notions et les registres des pratiques familiales essentielles. Il a été formulé en prenant en compte un grand nombre d'innovations concernant la notion même de sensibilisation/information, en intégrant notamment la nécessité d'intégrer une connaissance fine du milieu comme élément de réflexion, anthropologique, comme un élément de la réflexion.

1.2. La sensibilisation reste ancrée dans une logique unilatérale top-down, éloignée des concepts et des approches du marketing social.

Les objectifs de la sensibilisation restent indexés sur des objectifs programme, sans prise en compte des modalités concrètes du changement de comportement.

La population est supposée être soumise aux messages délivrés par les communicateurs et adhérer au bien-fondé des préconisations, sans que soient pris en compte ses représentations, ses besoins et ses attentes¹. Les attentes et besoins supposés sont établis à l'échelle de la 'communauté', quand bien même les notions de pratiques, les différences supposées selon le niveau socio-économique et

¹ Ce qui est l'un des fondements conceptuels du marketing social.

l'interaction entre mère, père et grand-mère ont conduit à une stratégie de prise en compte individualisée des besoins (via le counseling).

L'allaitement maternel exclusif (AME) est un thème important au sein de la stratégie ANJE et un indicateur important du programme ARC. Pour autant, la façon dont cette pratique est promue est emblématique d'une relation top-down. En premier lieu, bien des acteurs du niveau national comme du niveau local ne sont pas convaincus du bien-fondé de ce message tel qu'il est formulé (déconseiller l'eau ou l'eau non potable? Préconisations dans d'autres pays de commencer l'alimentation à quatre ou cinq mois). Certaines personnes parmi les populations-cibles estiment d'ailleurs que les agents de santé qui le préconisent ne le respectent pas eux-mêmes).

Des études sont menées, mais elles sont surtout fondées sur l'évaluation des 'bonnes' pratiques (taux, indice, barrières objectives à l'évolution des pratiques) et non sur l'analyse des besoins. Or, ces derniers sont parfois émotionnels (on verra ci-dessous que besoin de réassurance et de déculpabilisation des mères notamment est le moteur de nombreuses pratiques). Les autodiagnostic communautaires (ADC) pourraient fournir un outil intéressant, mais il est possible que les ADC recensent plutôt des attentes que des besoins, en hiérarchisant des items produits de façon top-down, sans prise en compte des besoins ressentis par les populations. Certains objectifs définis comme prioritaires par les programmes (contact peau-à-peau, AME, allaitement les yeux dans les yeux...) semblent primer lors des formations des membres des GSAN, et certains d'entre eux estiment que ce sont des messages prioritaires dans leur plan de communication.

L'analyse des pratiques et de leurs justifications montre des besoins non couverts, cf. partie 2, et non pris en compte par la sensibilisation.

La focalisation sur des indicateurs non pertinents aux yeux des cibles (et parfois des sensibilisateurs eux-mêmes) peut être questionnée à trois niveaux :

- Une déperdition d'énergie et de temps en soi, inutilité d'un contenu non applicable,
- Pour un résultat a priori non satisfaisant,
- Voire, un risque de perte de crédibilité des porteurs des messages, dont les GSAN.

1.3. Les différents niveaux d'acteurs impliqués (décideurs, équipes nationales, équipes locales) n'ont pas une perception convergente des conditions de mise en œuvre du volet sensibilisation.

Le dispositif de sensibilisation prévoit un cahier des charges très vaste, dont le respect impose une forte implication des personnels des ONG au niveau national et surtout local, pour les acteurs de la mise en œuvre.

Les décideurs du niveau national interviewés en atelier au démarrage de l'étude valorisent le dispositif prévu au niveau national, mais ils jugent les ressources humaines et financières des ONG insuffisantes pour le mettre en œuvre, notamment du fait du faible budget alloué à la sensibilisation par les programmes (y compris le programme ARC). Ils doutent de la capacité des équipes pays à traduire et transmettre les termes du volet sensibilisation au niveau local : absorption de l'information, formation des équipes, retransmission de l'information, disponibilité et capacité d'appropriation des outils par les agents de terrain, eux-mêmes souvent peu formés en nutrition.

Concernant spécifiquement la mise en œuvre des GSAN, le niveau national perçoit deux niveaux de freins :

- Une faible professionnalisation des personnes localement en charge de mener la sensibilisation (peu formées, non rémunérées, elles-mêmes peut-être non toujours convaincues du bien-fondé des messages qu'elles doivent véhiculer).

- Une réalité de la gouvernance communautaire peut-être divergente d'une vision trop optimiste (et surtout en communication), marquée par le désir de certains leaders de garder un leadership et le non-respect de protocoles de désignations prévus. La difficulté pour les ONG de s'opposer frontalement aux leaders communautaires induit un certain « laisser-faire » et une perte de contrôle relative sur les activités réellement menées ;

Les agents des ONG ont tous été formés sur la nutrition et sur la stratégie ANJE par le coordinateur nutrition de l'ARC surtout, mais du fait d'un turn-over assez important au sein des équipes, ceux arrivés le plus récemment n'ont pas tous été formés et ont dû 'se mettre à niveau'. Certains ont pu suivre d'autres formations, par exemple approche EVISA². Les agents ONG qui animent et encadrent la mise en place des GSAN ont ainsi des niveaux de compétences, des bagages de formation et des expériences terrain relativement différentes, mais tous expriment un sentiment de maîtrise. Le déploiement concret de la stratégie GSAN repose localement sur les décisions adoptées au niveau encadrement et sur la façon dont les animateurs vont appuyer les processus communautaires. Ces deux niveaux d'agents adhèrent fortement au volet sensibilisation et en valorisent tous les aspects (autodiagnostic, modèle des GSAN, approche counseling, portée, impact). Le niveau local est globalement peu critique sur le modèle GSAN déployé, même si certaines modalités d'opérationnalisation peuvent être questionnées, au niveau encadrement surtout (par exemple les processus de désignation/nomination des membres, ou l'implication bénévole).

L'ARC n'est pas responsable de la formation des GSAN, ni des modules ou des outils mis à disposition, mais appuie les DTC des CSCom lors de cette formation. L'accompagnement des GSAN est néanmoins opéré par les agents ONG, qui impulsent des dynamiques différentes selon leur propre interprétation de la meilleure façon d'appliquer les directives du modèle. Les débats engagés lors des entretiens collectifs montrent que leurs perceptions de l'existant et notamment des leviers et des freins à la réussite du modèle sont très personnelles parfois divergentes entre encadrement et animation, voire entre agents du même niveau. Cette disparité d'opinions laisse de plus supposer des remontées d'information au niveau national très peu consensuelles.

Les agents des deux niveaux encadrement et animation sont très investis dans le volet sensibilisation et se sentent en maîtrise du domaine (contenu de l'information nutritionnelle, mode d'approche des cibles). Ils adhèrent largement au modèle GSAN et les animateurs notamment sont en contact fréquent avec bon nombre de membres actifs. Les débats engagés lors des entretiens collectifs montrent que leur analyse des leviers et freins à la réussite du modèle et aux conditions de sa mise en œuvre est parfois personnelle, avec des a priori ou des analyses subjectives de certains mécanismes, par exemple la représentation masculine, la gouvernance locale, les possibilités de dialogue hommes-femmes³.

1.4. Le modèle GSAN offre un réel potentiel mais la mise en œuvre intègre peu les leviers les plus porteurs.

Le modèle GSAN de la DNS repose sur plusieurs leviers porteurs :

- La mixité et l'implication des hommes ;
- Une adaptation à certaines réalités/contraintes communautaires ;
- Les visites à domicile en sus des méthodes plus classiques de sensibilisation de masse, dont l'impact s'est avéré limité ;
- La possibilité de délivrer des messages personnalisés, adaptés ;

² Ecouter, valoriser, informer, suggérer, avec authenticité

³ Les opinions et attitudes des agents locaux ONG sont développées dans le document spécifique sur les GSAN.

- Une formation sur un support image a priori facilement appropriable par les prescripteurs comme par les cibles.

Or, les hommes sont largement sous-mobilisés dans la mise en œuvre de nombreux GSAN dans les deux zones étudiées. Certains agents ONG présument de la faible mobilisation des hommes (désintérêt des hommes pour les questions ANJE, séparation des sexes, enfermement des femmes dans les questions domestiques vs. économiques et sociales), alors que les fonctions de la sensibilisation et ainsi du GSAN sont entre autres d’impliquer les hommes (déjà, en tant que pères), d’encourager le dialogue au sein des ménages et ultimement au sein des communautés. Qu’il s’agisse de communication de masse ou d’action counseling individualisée, y compris là où le contact entre sexes est prohibé, des actions ciblées peuvent être menées. La composante masculine s’avère très contributive à la portée des messages véhiculés en injectant de la crédibilité, un discours consensuel qui dépasse justement les clivages hommes-femmes. L’implication des relais communautaires et de personnes de caste (forgerons et/ou griots), dont l’identité sociale elle-même est associée à une fonction de libre parole, apparaît particulièrement porteuse.

Les membres des GSAN montrent une bonne capacité à véhiculer les messages fondamentaux des pratiques familiales essentielles. Néanmoins, ils ont peu de connaissances médicales, et, le bagage qui leur est fourni ne leur permet pas toujours, selon eux, de réaliser leurs activités de la façon la plus efficace :

- Ils jugent les formations trop courtes pour leur permettre une bonne appropriation du contenu,
- Ils ne maîtrisent pas toujours le dispositif argumentaire qui accompagne les messages-clés,
- Les boîtes à images sont sujettes à interprétations.

Le déploiement des activités des membres des GSAN en sessions collectives ou individuelles (visites à domicile, suivi de certains ménages), apparaît pertinent. La sensibilisation de masse est contributive car elle permet une audience large, est adaptée pour des messages simples, ‘de base’ sur les PFE à valoriser, et, surtout au début, est une façon efficace de faire connaître/reconnaître les GSAN. Pour autant, la recherche d’audiences très larges, qui répond à un objectif quantitatif, s’avère peu pertinente. Le ‘semi-collectif’, plus ciblé (cible, âge des enfants, thématiques), permet un discours plus approfondi, un dialogue et un partage d’expériences, et offre un moyen-terme pertinent entre approche quantitative et qualitative de la sensibilisation. Les approches individuelles sont un complément indispensable aux sessions de masse pour véhiculer l’information la plus pertinente aux yeux des cibles, car :

- Elles offrent un cadre plus rassurant (confidentialité notamment),
- Elles permettent un réel échange et un discours en réponse à un besoin réel et exprimé.
- Elles sont de plus faciles à organiser (voire peuvent être engagées de façon spontanée),
- Le suivi de ménages prend souvent la forme d’un counseling individuel.

Les membres des GSAN engagent souvent les premières démarches individuelles à destination de leurs proches, famille ou voisins. Ils sont souvent sollicités en privé, soit par des personnes qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur des sujets développés lors des sessions collectives, soit pour des conseils plus individualisés, surtout sur la santé infantile. Le fait que les populations engagent spontanément cette démarche de ‘consultation’ est en soi un résultat intéressant qui indique le niveau de crédibilité et de confiance accordé aux membres des GSAN, et traduit la diffusion d’un besoin d’information auprès des populations sur les domaines de la sensibilisation. Ceci constitue une opportunité pour améliorer la qualité de la sensibilisation.

La sensibilisation individuelle n’est pas pertinente si elle reste générique et ne prend pas en compte les besoins d’information de la personne ciblée. Les populations apprécient les sessions courtes, qui

ciblent chacune une thématique précise, avec la boîte à images en support, et sont réceptives à des visites fréquentes.

1.5. La boîte à images est conçue selon des modèles anciens, et reste encore bien en-deçà du potentiel de communication d'un canal images.

Les modèles des boîtes à images (BAI) évoluent très lentement au plan du dessin, des situations, et des messages globalement. Les BAI utilisées aujourd'hui sont parfois très proches de modèles datant de plusieurs décennies⁴.

La boîte à images testée offre un canal de communication pertinent, à même de délivrer de l'information, de sensibiliser (au sens conscientiser) sur certaines problématiques, et de fonctionner en rappel de messages délivrés par ailleurs. Elle peut fournir un support efficace à un discours oral argumenté, mais a un faible potentiel de communication en soi, le plus souvent pour des raisons d'exécution.

La boîte à images repose sur un ton en communication globalement illustratif, positif et incitatif, avec des messages simples et peu argumentés et une information basée sur l'exemple et la mise en image des normes ANJE. Ce ton n'est pas injonctif, en revanche il est peu didactique voire normatif, car l'appropriation du message implique l'adhésion et la reproduction du comportement décrit, sans argumentaires autres que ceux développés par les acteurs de la sensibilisation, sans expression de motivation, de bénéfique, et le plus souvent sans description des pratiques à éviter. Cette forme de communication présente le risque de faiblement interpeller le public-cible et d'être en soi peu persuasive. Les cartes ne délivrent pas d'information physiologique notamment, ex. relation mère-fœtus, physiologie du sein, système digestif de l'enfant, représentations du sale), ce qui laisse aux cibles toute la latitude pour mobiliser leurs représentations traditionnelles, ex. alimentation de la femme enceinte, qui ne trouvent pas d'alternative dans la BAI. Les animateurs, qui ont déjà utilisé/utilisent d'autres boîtes à images (Unicef, ou des versions plus anciennes, puisque de nombreux 'jeux' de BAI circulent aujourd'hui⁵), ont signalé cette particularité.

Les cartes reposent sur des schémas narratifs différents, qui imposent aux cibles de mobiliser plusieurs modes de lecture, parfois simultanément. Toutes les cartes sauf une se composent de plusieurs images, chacune décrivant une situation. Les cibles doivent pouvoir décoder chaque situation et le lien entre elles pour accéder au message, qui est lui-même unitaire ou multiple, simple (illustration) ou complexe (cf. carte 4). Certaines cartes présentent de plus des vignettes symboliques/métonymiques (ex. lavage des mains, cases avec soleil ou lune pour les horaires, types d'aliments). L'analyse a décelé quatre schémas narratifs :

- i) Chronologique (ex. cartes 2 'Accouchement dans un établissement', 3 'Pendant les six premiers mois, votre bébé a besoin SEULEMENT de lait maternel', 7 'Bonne prise', 24 'Quand emmener votre enfant au centre de santé'), avec ou sans lien de causalité entre les images/situations ;
- ii) Complémentaires (cartes 5 'Allaiter à la demande, le jour et la nuit, 8 à 12 fois, pour augmenter votre production de lait maternel', 11 'Les bonnes pratiques d'hygiène préviennent les maladies', 12-16 'Alimentation complémentaire'), des situations à 'cumuler' ;
- iii) Alternatives, diversité de cas sur la même pratique, (cartes 1 'Nutrition de la femme enceinte et allaitante', 6 'Positions pour l'allaitement maternel', 10 'Quand vous êtes séparée de votre bébé', 19 'Suivi-promotion régulier de la croissance', 21 'MUAC'),

⁴ Par comparaison avec des boîtes à images retrouvées sur internet.

⁵ Il sera intéressant dans les ateliers de l'année 2 de travailler sur le principe même de coexistence de ces différentes BAI et de leur utilisation concrète.

- iv) D'opposition, la 'bonne' et la 'mauvaise' pratique, qui ne concerne qu'une seule carte, 4 'Importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois', sur l'AME.

Six cartes sont construites selon plusieurs schémas combinés : la carte 8 'Alimentation d'un bébé de faible poids à la naissance' sur deux registres : complémentaire et optionnel, les cartes 5 et 17/18 'Alimentation du bébé malade de moins (/plus) de six mois' sur trois registres : chronologique, complémentaire et optionnel, les cartes 9 'Comment exprimer le lait maternel manuellement et nourrir à l'aide d'une tasse', 21 et 23 sur deux registres : chronologique et optionnel, ce qui complexifie la lecture et peut freiner le décodage immédiat du message.

Ce décodage du message principal suppose que les images : i) soient explicites sur la thématique et la pratique concernées ; ii) résonnent avec un certain niveau de conscientisation de problématiques ; iii) proposent une finalité/solution. Les images peinent souvent à communiquer des messages clairs et univoques. Le décodage est rarement unanime et sujet à interprétations diverses.

La capacité de lecture/décodage varie entre les personnes, selon leur familiarité avec ce type d'images, leur degré d'éducation formelle et leur proximité avec les pratiques décrites. Les hommes ont tendanciellement un décodage plus analytique, rationnel, 'mécanique' des cartes (plus de déconstruction-reconstruction) que les femmes, qui ont un décodage plus global et parfois plus émotionnel. Mais les cibles sont capables de comprendre plusieurs types d'organisations ou d'articulations des éléments visuels au sein d'une même carte. Elles sont également capables d'extrapoler à partir d'exécutions spécifiques (ex. pesée sous un arbre qui peut encoder une CPN/CPON au CSCom, bandeau des produits alimentaires bien décodé malgré l'absence d'identification de la majorité des produits présentés) ou métonymiques si le référent est connu (ex. vignette de lavage des mains). Les craintes de certains acteurs de mise en œuvre qui jugent certaines cartes ou images insuffisamment adaptées aux réalités locales, avec un risque perçu de faible identification et appropriation des messages (illustrations peu fidèles ou peu respectueuses des milieux) semblent peu fondées.

La carte 4 (qui lie allaitement maternel exclusif et malnutrition) est parfois critiquée par les acteurs de mise en œuvre car jugée trop extrême en représentant les symptômes de la malnutrition sévère, et donc communicant un 'contre-message', ce qui résonne avec les réactions des publics-cibles.

1.6. Le dispositif de suivi-évaluation est toujours conçu selon les modèles classiques 'programme', et n'intègre pas réellement les innovations de la sensibilisation.

Le niveau national estime que la difficulté pour les agents locaux de suivre et contrôler les activités, notamment sur le plan qualitatif et sur le respect de procédures complexes et/ou qualitatives (rotation et adaptation des messages aux cibles par exemples), permet peu de capitaliser sur la réalité du terrain.

L'outil de suivi-évaluation lui-même se base plutôt sur un 'comptage' quantitatif des activités (nombre de séances, nombre d'assistants, dont les femmes) que sur les aspects plus qualitatifs (visites à domiciles, personnes reçues à titre privé par les membres des GSAN, thématiques qui impliquent le plus les cibles, questions posées, points de résistance aux prescriptions...).

2. De nombreuses normes de la médecine moderne se diffusent dans les deux milieux, mais le changement de comportements ne suit pas toujours un bon niveau d'information.

2.1. Les cibles comprennent les messages auxquels elles sont exposées, mais en apprécient diversement la pertinence.

Les populations-cibles ne sont pas réfractaires aux conseils modernes, ni arc-boutées sur le 'traditionnel'. Dans les deux milieux, les mères surtout, les grand-mères et une majorité de pères également ont un bon niveau de connaissance des messages délivrés par les agents de santé concernant l'ensemble des conseils et pratiques recommandés pendant la période des mille jours.

La période des mille jours se séquence schématiquement en quatre étapes principales : grossesse (femme enceinte), période des '40 jours' premiers jours de la vie de l'enfant (prise en charge familiale de la nouvelle accouchée et du nouveau-né), nourrisson de moins de six mois (femme allaitant exclusivement), puis de plus de six mois (mix allaitement et alimentation), avec un sous-découpage selon l'évolution du régime alimentaire conseillé au nourrisson.

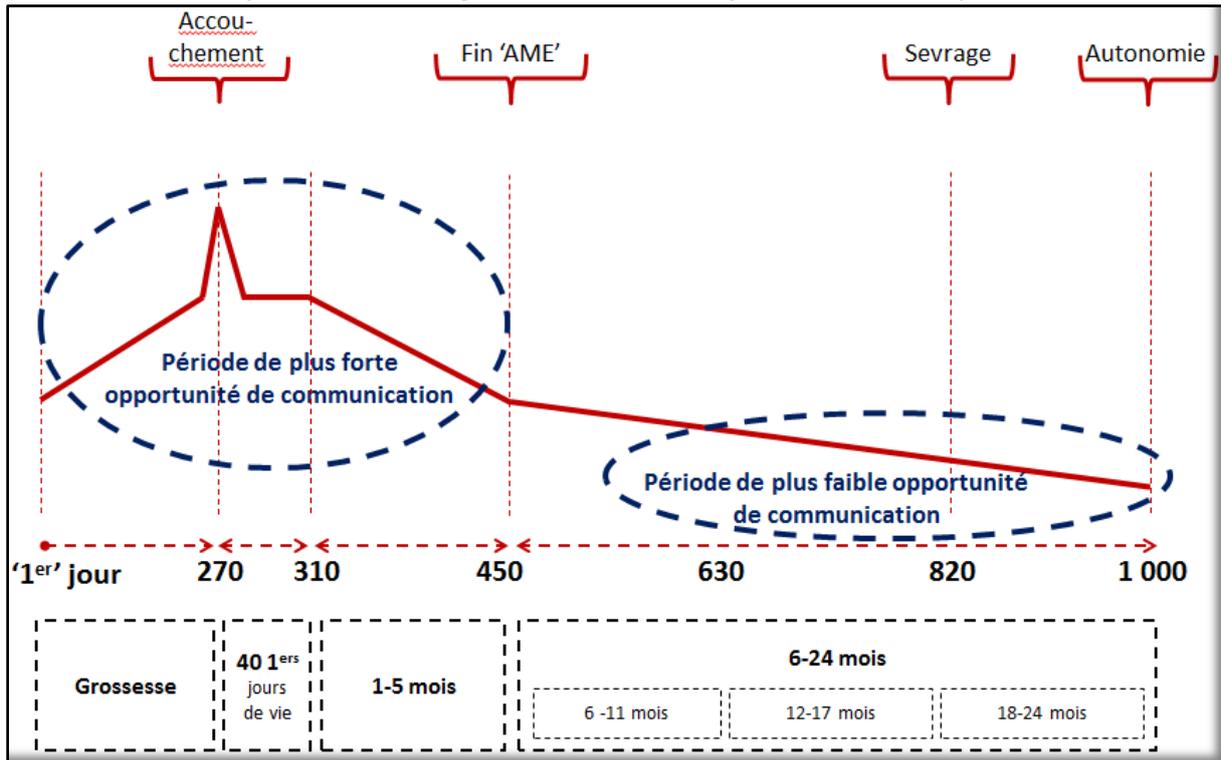
Le besoin de solutions, et ainsi d'information, est largement conditionné par le degré d'inquiétude des parents, qui détermine le besoin de contrôle et l'anticipation, l'attention, et les efforts financiers consentis par les pères notamment. Ce besoin croît graduellement jusqu'à l'accouchement et aux '40 jours', et décroît ensuite graduellement, surtout après que le nourrisson a atteint six mois.

D'autres besoins peuvent motiver l'adoption de pratiques, ou en tout cas l'appropriation de normes. Le registre de l'aspiration (le désir de meilleures conditions de vie, d'un mieux-être) est parfois un levier fort d'adhésion à certains messages, mais il est en l'état quasiment inexploité, ou via des arguments très indirects et génériques.

L'implication des pères dans la gestion de la grossesse et les soins apportés au nourrisson est dans la coutume globalement cantonnée aux questions sociales et religieuses, le soin proprement dit relevant de la sphère féminine. Pour autant, l'adoption de certaines solutions de la médecine moderne (CPN notamment) est largement conditionnée à leur appropriation par les pères, ne serait-ce que du point de vue financier. Les pères sont aujourd'hui peu approchés par les sensibilisations : peu présents dans les structures de santé, parfois distants des sensibilisations collectives perçues (et conçues) pour un public plutôt féminin.

Les grand-mères sont les principales prescriptrices de certaines pratiques, notamment 'gardiennes' des recettes de la médecine traditionnelle, en revanche capables de prescrire certains changements de comportement, voire à les imposer, y compris au père. Elles sont peu touchées par les sensibilisations, car elles ne vont pas ou pas toujours elles-mêmes dans les structures de santé (même pour accompagner les mères et les nourrissons), et elles sont moins impliqués par les GSN.

Réceptivité des messages-conseils durant la période des '1 000 jours'⁶



2.2. La grossesse : une période de très forte réceptivité aux messages de sensibilisation, mais des besoins non toujours couverts.

La grossesse est vécue comme désirable et dangereuse, ce qui crée un état d'inquiétude et un besoin fonctionnel de stabilisation de l'état de santé de la mère, et un besoin émotionnel de réassurance sur le développement du fœtus, en perspective de accouchement. L'attitude des parents traduit une anticipation, un besoin de contrôle (ce qui suppose de savoir/connaître) et d'évaluation des risques.

Principales pratiques observées

Repos, alimentation spécifique, nombre élevé de CPN, prise de médicaments traditionnelles visant la purge et le nettoyage interne,

Différences entre milieux

Peur de la mort vs. peur de la césarienne, en lien avec la proximité d'un CSRéf,

Efforts financiers

conséquents, alimentation et santé,

Par rapport aux messages ANJE :

Réceptivité aux messages

Le moment le plus approprié pour faire passer des messages d'information et de conseils, avec une ouverture à des normes/conseils exogènes et une empathie des autres cibles pour la mère,

Conseils connus et suivis

CPN surtout, paludisme (moustiquaire/traitement), 'repos', alimentation de la femme enceinte (à Tindirma surtout),

Conseils connus mais non/peu suivis

Médicaments déconseillés aux femmes enceintes (à Ménaka surtout), alimentation de la femme enceinte (à Ménaka surtout).

⁶ Ce schéma est intrinsèquement qualitatif.

Les messages sur l'alimentation des femmes enceintes sont largement connus, mais ils résonnent diversement selon la région. A Tindirma, les femmes se sont approprié des messages prônant une alimentation riche et variée, notamment en produits carnés. Ces conseils résonnent avec leurs attentes, et la principale limite à leur application est financière. A Ménaka, les femmes, qui souhaitent limiter la prise de poids du fœtus et les complications associées lors de l'accouchement, évitent les aliments riches et privilégient la composante fruits et légumes de l'alimentation, plus rassurante, mais ces produits sont peu disponibles et/ou accessibles, ce qui au final contribue à accentuer les angoisses et les pratiques de sous-alimentation.

Par rapport à la thématique mille jours, le changement le plus notable est la CPN, une des pratiques modernes les plus installées dans les deux milieux (y compris, dans une moindre mesure, dans le village rural distant du centre de santé). L'adhésion est assez unanime, à différents degrés (en consultation 'curative' pour une minorité, sur un principe de contrôle/prévention pour la majorité). Les pères et les grand-mères adhèrent également, et les pères en sont prescripteurs. Globalement, la CPN s'inscrit comme un 'allié' pour la mère (écoute, réassurance, préconisation de mesures qui vont dans le sens de leurs attentes) et comme un 'partenaire' pour le père voire la grand-mère (prise en charge de la santé mère-enfant, diminution des risques). L'identification des CPN dans les cartes de la BAI à partir de détails presque métonymiques (carnet, couleur vêtement, balance, instrument médical) : un signe de plus que vraiment bien approprié. Et le plus porteur d'une dynamique positive, car la CPN est une occasion privilégiée pour les agents de santé de délivrer des messages qui seront entendus, mémorisés, et respectés si jugés pertinents/réalisables. Les pratiques de la médecine moderne visant à prévenir et à guérir le paludisme ont également été intégrées.

Dans les deux milieux, les conseils sur les médications déconseillées aux femmes enceintes ont été retenus, mais les pharmacopées traditionnelles restent largement utilisées, pour les maux bénins surtout. A Ménaka surtout, les femmes enceintes perpétuent les pratiques de purge et de 'lavage interne' à la fin de la grossesse.

2.3. Les 40 premiers jours de vie de l'enfant : cette période est très peu prise en compte dans la sensibilisation, alors que des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé/nutrition du nouveau-né restent très prégnantes.

La fragilité/vulnérabilité de la mère et surtout de l'enfant crée un besoin fort de protection qui mobilise toutes les attentions, avec une 'bulle' créée autour de la mère et l'enfant, tous deux pris en charge par la famille. L'enfant est perçu comme 'non fini' à la naissance, et au-delà de la protection, il s'agit de le 'finaliser', lui donner bonne forme (Ménaka), et de le renforcer sur les différents aspects biologiques (ce qui dépasse la santé, incluant l'intelligence) voire non biologiques (sphère religieuse)...

Principales pratiques observées	Prise en charge collective et surtout par les 'experts' (du marabout à la grand-mère), confinement, protection/renforcement, rituels religieux, sociaux, etc. ;
Différences entre milieux	Faibles (rituels assez similaires, même si la protection occulte est plus importante à Ménaka) ;
Efforts financiers	Très importants : cérémonies, santé, alimentation, social ;
<u>Par rapport aux messages ANJE :</u>	
Réceptivité aux messages	Des messages inexistantes, peu persuasifs/crédibles ou inapplicables (ex. AME vs. renforcement de l'enfant). Peu de pratiques des CPON. Le moment approprié pour faire passer des messages de protection - sécurisation.

Conseils connus et suivis colostrum, moustiquaire, CPON quand on peut (vaccination, etc.) ;
Conseils connus mais non/peu suivis AME, contact peau-à-peau ;

La proximité de la structure de santé et le niveau socioéconomique des ménages semblent déterminants des CPN, de l'accouchement médicalement assisté et des CPON, et en corollaire de la vaccination des nouveau-nés. Les CPON ne sont pratiquées que dans les sites où une structure de santé est présente (Ménaka – chef-lieu de Tindirima) et sur ces sites, surtout par les ménages les plus aisés.

L'administration du colostrum est une pratique largement adoptée. L'argumentaire de la médecine moderne a pu être approprié bien qu'il aille à l'encontre des représentations coutumières. Les vertus associées au colostrum ont intégré certaines vertus des produits administrés traditionnellement au nouveau-né (intelligence, force, protection, déblocage de la gorge). La mise au sein est perçue comme plus rapide que par le passé, pour autant, le contact peau-à-peau promu par les agents de santé est peu applicable (les mères désirent avant tout se reposer, manger, se nettoyer elles-mêmes) voire peu désirable (l'enfant étant considéré comme sale).

Les pratiques coutumières de protection du nouveau-né restent très vivaces. Ces pratiques sont ancrées dans les représentations du nouveau-né : pas fini, sale à l'intérieur, fragile, vulnérable, y compris aux forces occultes. Le déblocage de la gorge, les purges, les médicaments internes ou externes-internes, les pratiques magico-religieuses sont perçues comme essentielles et indispensables. Pendant les quarante premiers jours, les pratiques de régulation/protection de l'enfant impliquent l'absorption à des rythmes et en quantités très variables de décoctions alimentaires, médicinales, ou, de façon médiane, à valeur d'alicament (ex. médicaments à usage interne et externe). Elles représentent à la fois un point de résistance à l'allaitement maternel exclusif, et des pratiques potentiellement dangereuses pour le nourrisson, notamment du fait d'agresser son système digestif (entre autres) avec des produits durs : piment, plantes et écorces, sel, graisse végétale, fiente de poulet, etc., à Ménaka surtout.

La mère est très peu décideuse et soumise à l'autorité des 'aînés sociaux', qui gèrent et prescrivent la totalité des actions du quotidien, et ne peut guère appliquer les messages qui ont pu lui être délivrés, lors des CPN notamment, si ceux-ci ne sont pas acceptés par les 'aînés'. Les grand-mères prennent en charge la mère et du nouveau-né, la transmission éducative à la mère ; elles sont la cible prioritaire pour cette période. Des points de réceptivité à des pratiques 'modernes' sont exprimés, au moins sur ce qui concerne la santé, à condition que ces dernières s'intègrent dans le système de signification (cf. colostrum, positions d'allaitement, la durée, la régularité). Mais elles considèrent que les pratiques traditionnelles ne peuvent être abandonnées ou même questionnées lorsque la médecine moderne ne propose aucune alternative.

2.4. Les nourrissons de deux à six mois : un désir de prise en compte des messages en lien avec la nutrition, mais certains conseils sont peu applicables voire jugés peu crédibles par les cibles.

La mère est responsable de son enfant, et encadrée (voire parfois culpabilisée) par l'entourage pour apporter tous les soins nécessaires : allaitement, soins divers, protection. Les mères primipares, mais également les multipares, sont dépendantes de l'environnement, avec un besoin de sécurité matérielle, de soutien et de guidage.

Principales pratiques observées	Peu de délégation du soin (ou sens large) mais vigilance des grands-mères.
Différences entre les milieux	Mères plus sous contrôle à Ménaka.
Efforts financiers	Selon le niveau socioéconomique (alimentation, CPON, eau minérale, couches, etc.).
<u>Par rapport aux messages ANJE :</u>	
Réceptivité aux messages	Le moment approprié pour faire passer des messages sur la santé du nourrisson et sa protection (hygiène).
Conseils connus et suivis	Allaitement fréquent, protection (moustiquaire, contre le froid, eau pure).
Conseils connus mais non/peu suivis	AME surtout, très peu crédible.

Alimentation de la femme allaitante. La coutume impose peu de restrictions alimentaires (et seulement pendant les premiers mois de l'enfant, cf. haricots qui peuvent provoquer des ballonnements chez le nourrisson via le lait maternel). La médecine moderne conseille aux mères d'avoir une alimentation riche et variée, mais dans les faits, les femmes reprennent le régime alimentaire familial ; les ménages font moins d'effort pour entourer la mère.

Les pratiques d'allaitement sont encore largement déterminées par les représentations et les pratiques sociales. Les rythmes et les durées d'allaitement sont largement déterminés par les mères, de manière très diverse, et répondent à la demande de l'enfant, surtout à Tindirima. Les observations montrent que les femmes allaitent selon une 'routine', le plus souvent assises par terre, souvent du sein droit. **Le conseil d'AME est peu crédible et peu acceptable** du fait des diverses fonctions associées à l'eau (hydratation, apaisement, lien fusionnel mère-enfant, 'coupe-faim' parmi certains ménages très pauvres) et la nécessité d'absorption fréquente par le nourrisson d'aliments, alicaments et médications traditionnelles (certainement plus néfastes physiologiquement pour le nourrisson que l'eau de boisson, or l'argument des agents de santé ne porte que sur ce dernier aspect).

A Ménaka, les femmes ayant exercé une activité durant la journée (sociale, économique, domestique) tirent leur lait pour le jeter, car il est considéré impropre pour le nourrisson, et attendent pour allaiter. Les conseils sur l'allaitement régulier et la qualité constante du lait maternel sont très peu persuasifs, et face à cela, la pratique de tirer son lait est inacceptable (dans les deux milieux).

Le sevrage est lié aux conditions matérielles de vie, et est systématiquement opéré en cas de nouvelle grossesse. Les conditions de vie difficiles des mères, la dégradation parfois précoce de leur état de santé les amènent à désirer sevrer leurs enfants rapidement, vers 15-18 mois le plus souvent, ce que la coutume sociale semble permettre (voire, certaines grand-mères le conseillent d'elles-mêmes aux mères). Les grossesses rapprochées sont un élément déterminant, pour autant, même en l'absence de nouvelles grossesses, les mères, parfois soutenues par les pères et les grand-mères, favorisent l'adoption du lait animal/en poudre en complément voire en substitut de leur propre lait.

La santé du nourrisson est largement gérée par les méthodes traditionnelles, mais la médecine moderne s'impose facilement en cas de symptômes identifiés comme des signes de maladie. On observe une différence entre milieux et entre les cibles. Les mères de Tindirima intègrent de multiples critères d'évaluation de cet état de santé, et culpabilisent notamment des retards de croissance, qu'elles associent à leur propre insuffisance (mauvaise qualité du lait maternel) ou à une conséquence de maladies répétées. Les parents de Ménaka associent moins les désordres et dérèglement courants chez les nourrissons (diarrhées, vomissements) à des problèmes de santé, et sont en revanche plus soucieux des problèmes respiratoires (rhume, toux) et de la fièvre.

2.5. Les nourrissons de six mois et plus : une diminution progressive de la réceptivité aux messages en lien avec la nutrition.

Après six mois, la mère retrouve son autonomie, et le nourrisson lui-même s'autonomise progressivement (motricité, socialisation, prise en charge par la famille au sens large). Après une période d'intense mobilisation, les femmes ont ainsi un besoin global de déléguer et d'être 'déresponsabilisées'. Durant cette longue période, les pratiques sont de moins en moins normées et varient selon les personnalités des parents, les milieux, le niveau socio-économique, et suivant les circonstances du quotidien. L'enfant a une personnalité reconnue, qui se traduit par un caractère, des traits physiques (dont le fait d'être plus ou moins grand ou gros), et un certain degré de fragilité face à la maladie, en général ou sur certains problèmes de santé.

Principales pratiques observées	Nourrisson moins couvé, développement, éducation, socialisation, pré-sevrage.
Différences entre les milieux	Grand-mères plus actives à Ménaka.
<u>Par rapport aux messages ANJE :</u>	
Réceptivité aux messages	Un moment peu approprié pour faire passer des messages de sécurisation.
Conseils connus et suivis	Traitement moderne pour le paludisme, le rhume, la toux.
Conseils connus mais non/peu suivis	Allaitement (à la demande, position, pas d'interruption) hygiène (ce que l'enfant fait de façon autonome est bon pour lui), CSCom dès les premiers symptômes, malnutrition.
Conseils non/peu connus	Physiologie nourrisson en général : ce qui affaiblit (saletés, diarrhée, certaines médications), ce qui protège (hygiène, vaccins), ce qui renforce (alimentation).

Les nombreux messages sur l'allaitement sont bien mémorisés par les mères (position au sein, jusqu'à satiété, à la demande) mais peu mis en pratique. Pour autant, l'allaitement est surtout conditionné par les contraintes des mères et notamment leurs activités économiques, domestiques, scolaires. Les mères reconstruisent chacune leur propre règle. L'allaitement à la demande est de moins en moins respecté à mesure que le nourrisson s'autonomise, pour des raisons diverses :

- Refus et/ou interruptions d'allaitements pour une femme très occupée
- Horaires d'absence de la mère, séquences irrégulières ;
- Allaitement à la demande, mais avec alternance du sein maternel et de lait en poudre ;

Les durées d'allaitement sont très variables, de une à quatorze minutes lors des observations, mais ce mode d'allaitement non à la demande et avec des interruptions, ne diminue pas sensiblement la durée totale de mise au sein. De nombreuses femmes ont l'impression que leur lait est insuffisamment nutritif, et culpabilisent lorsqu'elles constatent que leurs enfants sont plus petits ou maigres que la normale. L'argument selon lequel le lait maternel suffit, soit n'a pas été entendu, soit est jugé comme ne s'appliquant pas à soi.

Les messages sur l'alimentation du nourrisson sont encore très peu appropriés et parfois difficiles à mettre en œuvre. L'alimentation du nourrisson est dans les pratiques très peu normée. Elle dépend principalement de la mère, néanmoins, l'autonomisation progressive multiplie les prises alimentaires des nourrissons de façon autonome (manger ce qu'il trouve) ou via des tiers, adultes ou enfants. Le principe d'alimentation progressive existe traditionnellement, avec certains découpages vers 9 mois (aliments très roboratifs, viande, riz perçus comme déconseillés avant). Les messages modernes ont été entendus, avec une adhésion sur le principe à la diversité alimentaire et à l'évolution avec l'âge, mais ces messages restent très génériques et ne permettent pas réellement d'introduire de norme sur les régimes alimentaires adaptés aux moins de deux ans. Globalement, les cibles considèrent que l'enfant peut rapidement manger de tout, 'il mange tout ce que je lui donne' (mère Tindirma), 'tout

ce qu'il a envie de manger est bon pour lui' (grand-mères Ménaka). Les enfants se voient ni forcés à manger ni refusés ce qu'ils demandent. L'alimentation varie très sensiblement selon le milieu, le niveau socioéconomique (bouillie ou non, riz ou non, mil, fruits, légumes, viande, poisson...). Les plats spéciaux pour le bébé ne semblent cuisinés que dans de rares familles, et par les grand-mères/sous leur impulsion. A Ménaka, certains ménages mobilisent une chèvre pour fournir au nourrisson un complément de lait animal, mais cette pratique dépend du père et de ses disponibilités financières. A Bamako, les ressortissants ont intégré l'alimentation progressive du jeune enfant, qui en ville est soutenue par les pratiques sociales et l'accessibilité de l'offre alimentaire.

Les messages d'hygiène concernant le lavage des mains ont été entendus à de multiples reprises (délivrés par tous les acteurs), néanmoins les pratiques ont peu évolué. L'hygiène domestique reste conditionnée par les conditions de vie et la prise en compte de la saleté, surtout 'invisible', est loin d'être acquise. Les ustensiles ne sont pas lavés en dehors de la 'corvée vaisselle' stricto sensu, et certains restent sans être lavés, dans lesquels le nourrisson boit et/ou mange. Laver les enfants au savon reste une pratique occasionnelle et rarement déclenchée par une salissure particulière (contact avec la terre, défécation de l'enfant). Certains ingrédients des médications traditionnelles (terre de la cour, fiente de poulet, eau certainement non toujours potable) s'inscrivent totalement a contrario des messages sur l'hygiène alimentaire. Les femmes ressortissantes de Tindirma à Bamako ont conscience que leur appropriation des règles d'hygiène préconisées par la santé moderne est liée, d'une part à des normes urbaines, d'autre part à des cadres de vie qui les rendent plus facilement applicables.

La gestion de la santé est encore globalement le privilège des aînées (à Ménaka surtout). La médecine traditionnelle est très étoffée, en préventif comme en curatif, et couvre globalement l'ensemble des problèmes de santé courants. Néanmoins, les trois cibles envisagent la médecine moderne comme recours, et parfois dès les premiers symptômes. Les parents ont des modes d'évaluation-diagnostic de la santé des nourrissons, avant tout envisagée en termes de vitalité, de capacité d'autonomisation (jeu, échange, interactions avec l'entourage, motricité, intelligence). Les désordres ne sont pas toujours vus comme des symptômes de maladie. La carte 21 de la BAI intéressante sur les symptômes car replace certains désordres dans le champ de la maladie, et parlent à tous les milieux. Le paludisme est l'un des problèmes de santé où les conseils de la médecine moderne sont le plus appropriés sur les termes de prévention, consultations et traitement, notamment car cette maladie est particulièrement redoutée (fréquente, particulièrement grave pour les femmes enceintes et les nourrissons).

La notion de malnutrition se diffuse mais elle est encore mal maîtrisée⁷. La notion de malnutrition infantile se diffuse, et une meilleure prise en compte des besoins alimentaires de l'enfant émerge, plus fortement à Tindirma. Néanmoins, l'adhésion aux messages et conseils sur la nutrition infantile se heurte à des barrières culturelles et économiques (au-delà des disponibilités, coût élevé des produits carnés, surtout la viande à Tindirma, surtout le poisson à Ménaka, et des fruits et légumes). L'information sur la santé ne permet pas toujours aux ménages d'établir les liens entre qualité alimentaire et santé du nourrisson). À Ménaka surtout, la notion de malnutrition est manifestement mieux intégrée que les parents ne veulent l'exprimer, pour des raisons d'image sociale surtout. Le sujet apparaît très culpabilisant, socialement très gênant, et est le plus souvent caché, avec des stratégies d'évitement des messages (connaissance du MUAC par des tiers, enfants dont les agents de santé ont dit qu'ils 'avaient faim' mais sans traitement spécifique...).

La notion d'alicament existe dans les deux milieux, notamment avec un référent commun très fort (symbolique également) que sont les dattes, mais concerne potentiellement une diversité d'aliments,

⁷ Sachant que la notion de malnutrition évolue chez les acteurs nutrition eux-mêmes, et que la communication/sensibilisation est sujette aux changements de modèles.

fruits, lait de chèvre (Ménaka), tamarin, miel. Ce qui crée un lien entre alimentation et santé. Peut-être problématique pour le moins de six mois, mais intéressant pour introduire un lien 'objectif' nutrition-santé ?

3. Recommandations pour optimiser le dispositif de sensibilisation

3.1. La stratégie doit être repensée en intégrant une dynamique bottom-up.

Il est nécessaire de statuer sur les objectifs de la sensibilisation : soit une recherche d'impact orientée par les indicateurs des programmes (ce qui semble être le cas actuellement), soit le règlement de problèmes indiqués par l'autodiagnostic communautaire (ce qui ne semble pas être spécialement le cas actuellement), soit enfin une diminution voire une disparition des pratiques reconnues comme les plus dangereuses en matière de santé/malnutrition (ce qui devrait certainement être le cas, notamment dans une perspective à terme de sensibilisations multi-acteurs successives).

Il est nécessaire de questionner le mode même de communication, notamment le modèle unilatéral top-down relativement injonctif qui présume d'un devoir de soumission des populations-cibles aux normes édictées par les communicateurs (ce qui amène à présumer de l'impact via une analyse comptable des séances et sessions tenues, cf. dispositif de suivi-évaluation). La persistance de certaines pratiques malgré des campagnes de sensibilisation successives ne doit pas toujours être attribuée à une mauvaise réception du message par les cibles, mais plutôt à l'absence d'analyse des causes de ces pratiques et de discours spécifique, adapté (ex. conditions d'hygiène en milieu rural), ou au fait que la pratique promue ne fait pas réellement sens pour les cibles (ex. contact peau-à-peau, allaitement les yeux dans les yeux).

Les messages sur les pratiques ANJE sont aujourd'hui essentiellement portés par trois types d'acteurs : les agents de santé, les agents de terrain des ONG et, les relais communautaires/les membres actifs des GSAN. Les agents de santé portent l'essentiel du discours santé, mais avec des limites d'audience : cibles plutôt féminines et ne fréquentant les structures de santé qu'à certains moments-clés (grossesse-CPN ou maladie – consultation curative). L'articulation des activités de sensibilisation/dépistage avec la prise en charge au niveau des structures de santé doit être réaffirmée. Les agents locaux des ONG déplorent une mauvaise articulation entre dépistage de la malnutrition et prise en charge par les URENI, indisponibilité des intrants, parfois destinés à certains programmes et non mis à disposition des enfants dépistés par d'autres programmes. Les agents des ONG peuvent notamment véhiculer des messages à portée communautaire (ex. WaSH), qui nécessitent un travail de fond et sont fortement conditionnés aux conditions de vie des populations (activités, habitat, cadre de vie, environnement, infrastructures). Les différents types de relais communautaires (dont les membres des GSAN) sont particulièrement bien positionnés pour faire écho aux messages des agents de santé/ONG et surtout pour porter une approche de sensibilisation plus axée sur l'individuel et le counseling⁸.

3.2. Les cibles en communication (mères, pères, grand-mères) doivent toutes être approchées, en articulant l'approche multi-acteurs.

Les trois cibles en communication sont toutes, in fine, prioritaires. Les mères constituent la cible centrale, pour autant elles sont diversement autonomes dans leurs choix et/ou appuyées par leur

⁸ Toutes ces questions sont normalement traitées lors des autodiagnostic communautaires spécifiquement prévus par l'ARC, et qui constituent une innovation majeure du programme.

entourage au cours de la période des mille jours. Elles sont plus soumises à leurs maris et surtout aux grand-mères à Ménaka. Celles qui pratiquent les CPN sont largement exposées aux conseils des agents de santé, ce qui constitue souvent une clé d'entrée dans la conscientisation de certains problèmes, voire dans le changement de comportement. La prise en compte des pères et des grand-mères dans les plans d'action est impérative. Les GSAN offrent une plateforme de communication particulièrement adaptée pour approcher aussi bien ces deux cibles que les mères, voire les couples père-mère.

3.3. Les GSAN pourraient être optimisés en termes de composition, de formation et de suivi.

Le lien entre les objectifs de la stratégie nationale/des programmes et ceux définis par l'ADC pourraient être mieux articulés pour réellement hiérarchiser et prioriser les actions des GSAN.

Il serait pertinent de plus mobiliser les hommes (en conformité avec le modèle national) en mettant l'accent sur l'importance de la parité des GSAN et en définissant des protocoles et des argumentaires à même de fournir des réponses/solutions aux barrières communautaires potentielles au dialogue hommes-femmes au sein des réflexions initiales (ADC) et d'identifier lors des sessions les personnes à qui leur identité sociale permet de franchir certaines barrières, par exemple griots-forgerons le cas échéant, ou relais communautaires, et de les mobiliser au sein des GSAN.

Les membres des GSAN devraient être mieux formés :

- Sur les approches individuelles, notamment pour effectuer des sessions courtes et très ciblées ;
- Sur certains aspects physiologiques afin de leur permettre de maîtriser les raisons d'être des messages et les argumentaires afférents ;
- Sur la boîte à images (éviter les interprétations personnelles) ;
- Sur le suivi-évaluation.

Il serait pertinent d'opérer une capitalisation du bagage d'expérience des agents locaux ONG et une remise à niveau de ces mêmes agents sur les grands enseignements à date.

Le système de suivi-évaluation devrait être optimisé pour mieux prendre en compte les activités individuelles, y compris les visites spontanées des cibles aux GSAN (ce qui peut supposer des registres personnels adaptés à des membres non lettrés, à travers des pictogrammes notamment). Il devrait également intégrer plus de matériau qualitatif, à recueillir par exemple lors du suivi par les animateurs des GSAN.

Le travail mené en année 2 de l'étude comportera notamment des sessions spécifiques destinées à proposer des outils opérationnels

3.4. Les messages devraient plus prendre en compte les besoins des populations-cibles.

D'une façon générale, les messages doivent être conçus pour intégrer la promotion des pratiques dans un cadre plus large d'information sur la santé, avec l'expression de bénéfices pour les cibles, formulées pour résonner avec les besoins et les attentes des populations-cibles.

La communication devrait prendre en compte les premières semaines de vie de l'enfant et développer des références, un discours et une imagerie spécifiques, notamment des messages relatifs aux pratiques de soins au nouveau-né (dangerosité de certaines méthodes traditionnelles). Sachant que les cibles sont a priori réceptives à des arguments fondés sur la fragilité du nouveau-né

(intestinale/digestive notamment). Une communication sur les 40 jours peut être construite (fournir des arguments de la médecine moderne à la protection et au renforcement du nouveau-né), mais en dehors des CPON (ex. VAD).

La communication sur l'alimentation des femmes enceintes devrait intégrer le cas échéant les causes de la sous-alimentation, notamment la crainte de prise de poids du fœtus.

La communication sur l'AME devrait faire l'effet d'une réflexion pour mieux intégrer une relation bottom-up, et notamment sur les questions suivantes :

- ✓ Quel consensus inter-acteurs sur le message à communiquer ?
- ✓ Quelles solutions à apporter face aux réticences des cibles et à la nécessité de fonctionner par étapes ?
- ✓ Quelle prise en compte de l'eau, des aliments, des alicaments ?

La communication sur l'alimentation du nourrisson devrait intégrer l'articulation nutrition-santé (ce qui est particulièrement appropriable, cf. représentations alimentaires liées à la santé de la femme enceinte et du fœtus), notamment en associant des bénéfices rationnels et le cas échéant émotionnels au régime alimentaire et surtout aux divers types d'aliments préconisés. Le séquençage des âges du nourrisson en périodes de six mois, avec un sous-découpage à 8 ou 9 mois pour certains aliments, est un point de concordance entre les messages de la santé moderne et les représentations des cibles dans les deux milieux, sauf en cas de sevrage, non anticipé en cas de nouvelle grossesse, mais anticipé voire normé pour les filles vers 18 mois.

Les stratégies d'évitement autour du sujet même de malnutrition, à Ménaka surtout, suppose une action en communication hors des schémas classiques, plutôt privée, confidentielle, avec une attitude d'écoute-conseil plus que de diffusion de norme. Les messages doivent prendre en compte le besoin de réassurance des parents, et une promesse de solution 'sociale' autant que sanitaire.

La communication sur la santé infantile pourrait tirer profit des bénéfices de la santé attendus par les parents. Le discours santé (y compris sur la malnutrition) est aujourd'hui un discours symptôme/curatif. La médecine moderne est positionnée comme un recours face au problème-maladie, et non comme un aspect d'un soin plus global. Il semble pertinent, en communication, de sortir le soin de santé de la seule lutte contre la maladie et l'inscrire dans des bénéfices positifs de santé des enfants : vitalité, autonomie, résistance, protection. De la même façon que la CPN est bien appropriée lorsqu'elle est perçue comme un allié/partenaire par les différentes cibles.

La communication sur l'hygiène devrait plus prendre en compte l'ingestion de produits impropres par les nourrissons de plus d'un an.

3.5. La boîte à images de la DNS doit être optimisée, surtout pour améliorer la compréhension des messages.

Le processus de création des boîtes à image devrait faire l'objet d'un manuel de procédure harmonisé et notamment intégrer des pré-tests avant diffusion. Il faudrait plus prendre en considération le risque que représente la diffusion de multiples BAI dont le contenu en communication n'est pas maîtrisé.

Un jeu transversal semble suffisant pour communiquer au sein de différents milieux, sans nécessité de particulariser les représentations des personnes. A condition d'éviter les éléments (d'ailleurs inutiles) qui particularisent trop les cibles, comme l'habitat (tente vs. banco vs. dur). Les adaptations

au milieu ne semblent pertinentes que sur les aliments, à lier aux disponibilités et habitudes de consommation, mais ces aliments sont peu nombreux (ex. fonio plutôt que blé ou maïs à Ménaka).

Les cartes doivent pouvoir être lues ou décodées clairement par les cibles, indépendamment de discours explicatif. Le principe d'un message par carte doit être respecté, en évitant les cartes trop complexes, l'introduction de messages additionnels (référence aux CPN) qui brouillent le message central. L'injection de la vignette 'lavage de mains' dans les cartes à vocation de message alimentaire est en revanche un exemple pertinent d'articulation de messages, car cette vignette fonctionne comme symbole et détourne peu le message (à condition que celui-ci soit clair et univoque), et renvoie à une articulation santé – alimentation – hygiène. Mais elle ne construit pas en elle-même un second message spécifique. Expliciter les situations positives ou négatives, les 'bonnes' ou 'mauvaises' pratiques par des codes clairs et applicables à l'ensemble des situations concernées (ex. le sourire de la mère doit traduire une situation positive, mais également une bonne pratique, dont il exprime un bénéfice).

Le principe de mobilisation des pères est pertinent, mais il doit respecter deux contraintes, sachant que les pères peuvent être mobilisés sur un registre de responsabilité plus que sur un registre purement émotionnel. L'identification du père comme tel passe plus rapidement par la mère que par l'enfant. Vu que le père est très peu présent au réel dans les soins au nourrisson, le personnage masculin n'est pas toujours identifié comme le père s'il est trop proche de l'enfant (la relation directe d'attention ne correspond pas aux représentations sociales de la figure paternelle) ; il semble que ce soit surtout via la relation à la mère (couple) et/ou via des actions plus conformes aux rôles sociaux (ex. mobilisation pour une consultation curative) qui permette d'identifier de façon univoque le père de l'enfant. Le message sur le père/à destination du père ne doit pas s'ajouter à un autre message (principe d'unicité du message en communication), cf. carte 9, où il contribue largement à complexifier un message déjà difficile à communiquer. En revanche, la mobilisation du père peut s'exprimer de façon simple, intégrée et positive, ex. carte 21.

Il s'avère nécessaire d'optimiser la distinction entre nourrissons de moins ou de plus de six mois, que bien des cartes ne permettent pas d'établir. A titre d'hypothèse, les positions respectives de l'enfant mais également de la mère (assise par terre avant six mois vs. assise sur siège après six mois), devraient être graphiquement différenciées afin de clarifier les messages et d'en favoriser l'appropriation.

De façon spécifique pour certaines cartes :

- Le principe d'allaitement maternel exclusif présenté sur la carte 4 doit être globalement repensé.
- Le sein avec lequel la mère allaite (carte 5 et bandeau de la carte 17) doit être alterné.
- L'exécution de l'enfant malnutri doit être affinée (la mise en perspective avec les autres symptômes de maladie est pertinente).
- Le message sur l'enfant petit poids doit être particularisé, sans cumuler avec les messages sur les positions d'allaitement des moins de six mois.
- Le signe négatif 'X' sur la carte 3 (refus de l'eau proposée) doit être plus visible.
- Il faut mieux différencier les cartes sur l'alimentation du nourrisson (12 à 15), en simplifiant graphiquement chacune des cartes, en différenciant les enfants et en clarifiant la préconisation alimentaire (visuels des aliments/plats plus centraux, repenser la question du rythme alimentaire en l'état non visible/compréhensible et secondaire par rapport au message central de diversité).