



Les pratiques familiales essentielles promues par la sensibilisation nutritionnelle rencontrent plus de résistance pour les enfants de 12 à 24 mois et surtout parmi les ménages les plus pauvres.



Laurence Touré & Fabrice Escot

Les normes sociales favorisent le changement de comportement durant la grossesse et la première année du nourrisson, période où le besoin de réassurance est le plus fort et où les méthodes traditionnelles peuvent être remises en cause en vue d'une meilleure protection de la mère et de l'enfant. En revanche, elles constituent plutôt des freins durant la seconde année de vie de l'enfant, où le besoin s'atténue. Les pratiques évoluent très peu concernant le sevrage et l'alimentation infantile.



Faits saillants

- La CPN, la mise au sein précoce et l'administration du colostrum, l'allaitement à la demande de l'enfant de moins d'un an, et dans une moindre mesure l'accouchement assisté et la CPON deviennent de nouveaux standards.
- L'allaitement, l'alimentation et les soins de santé de l'enfant de plus d'un an rencontrent en revanche toujours des blocages structurels dictés par les normes sociales et les conditions de vie. Le degré d'urbanité et surtout la sphère culturelle sont peu déterminants.



Introduction

Au Mali, beaucoup d'acteurs en nutrition doutent de l'efficacité de la stratégie de sensibilisation nutritionnelle et s'inquiètent du faible taux de changement de comportement, notamment face à la persistance de la malnutrition. Cette étude, menée par Miseli, vise à fournir des données sur les pratiques concrètes des mères, pères et grand-mères au cours de la période des "mille jours" et ce qui les explique, en tenant compte du milieu urbain/rural et du niveau de pauvreté.¹ Nous espérons ainsi contribuer à la réflexion de l'ensemble des acteurs de la nutrition.²

1. Les ménages ont été classés selon les termes de la classification HEA en très pauvres, pauvres et moyens, soit respectivement 47%, 31% et 22% des mères interviewées en année 2 dans le cercle de Gourma-Rharous.

2. Un premier policy-brief, publié en année 1 (nov. 2019), portait sur le dispositif de sensibilisation lui-même.



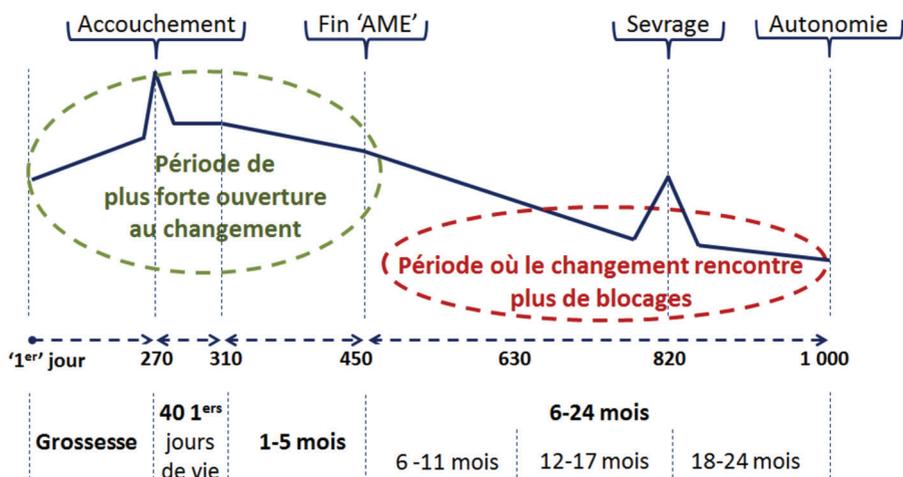
Approche et résultats

Recherche qualitative sur deux ans, incluant plusieurs phases et sites d'étude des pratiques durant la période des 1 000 jours et les niveaux de connaissance des messages PFE :

Année - Sites	Cible		Méthode
Année 1 - Bamako	Ressortissants de Ménaka et Tindirma à Bamako - mères et pères		Focus-groups - 18 personnes
Année 1 - Ménaka ville et commune rurale de Tindirma (cercle de Diré)	Ménages avec enfants âgés de 0 à 24 mois	Mères, pères et grand-mères	Entretiens individuels - 63 personnes
		Grand-mères	Focus-groups - 24 personnes
	Enfants âgés de 3 à 15 mois		Observations - 4 ménages
Année 2 - Ville de Gourma-Rharous et village de Nana	Mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois Focus mis sur les CPN, l'allaitement et l'alimentation du nourrisson		Entretiens individuels - 51 mères

Mère et enfant sont au cœur des attentions et des dépenses du ménage durant la grossesse et les premiers mois de vie du nourrisson.

Le besoin de réassurance est très fort pendant cette période ; la mère comme le père et la grand-mère sont sensibles aux conseils et réceptifs aux solutions proposées. Mais cette attention se relâche ensuite graduellement. Les normes sociales sont défavorables à la prise en compte des besoins spécifiques du jeune enfant. Partout, la coutume impose aux mères de retourner à leurs activités et de prendre physiquement et émotionnellement de la distance vis-à-vis de leur enfant, confié au collectif familial et qui doit gagner en autonomie et consolider sa résistance immunitaire en se confrontant à son environnement.



Réceptivité des messages-conseils durant la période des "1 000 jours"

Les pratiques les plus facilement adoptées sont celles qui fournissent une réponse pertinente au besoin de protection de la mère et de l'enfant.

Presque toutes les femmes font au moins une CPN, en font plus au fil de leurs grossesses successives et ont intégré le nombre de quatre CPN pour un bon suivi. La CPN s'inscrit en effet comme un "allié" pour les femmes enceintes (écoute, réassurance, préconisation de mesures qui vont dans le sens de leurs attentes : diminution des tâches, meilleure alimentation) et un "partenaire" pour leur entourage dans son rôle de protection de la femme enceinte et du fœtus. Les grand-mères et les pères sont partout prescripteurs des CPN, ce qui signe le consensus social. Les "citadines" ont plus intégré que les "villageoises" (elles ont également plus de moyens de le faire) la notion de contrôle et d'anticipation des risques. Elles font plus de CPN, des CPN purement de contrôle et des accouchements assistés, font moins recours aux médications traditionnelles. La mise au sein précoce et l'allaitement avec le colostrum est devenu un standard moderne. Même si la majorité des mères se lavent et/ou mangent immédiatement après l'accouchement, la mise au sein devient plus précoce. Le colostrum a intégré les vertus et fonctions des différents produits administrés traditionnellement au nouveau-né (nettoyage, déblocage de la gorge, intelligence, force, protection), même parmi les femmes accouchant à domicile.

L'allaitement à la demande résonne avec la coutume jusqu'à six et souvent douze mois. Les normes sociales imposent à la mère de se dévouer aux soins de son enfant, souvent avec l'aide des aînées. En revanche, l'allaitement maternel exclusif n'est pas respecté. Cette pratique se heurte à la nécessité perçue par les ménages de faire boire l'enfant et de le protéger via la médecine traditionnelle.

Dans tous les milieux urbains, la possibilité d'accoucher au CSRéf atténue sensiblement l'angoisse de la mort, mais suscite la crainte de la césarienne et le besoin corollaire de limiter le poids du fœtus, ce qui conduit à la sous-alimentation de la femme enceinte.

L'allaitement et l'alimentation des enfants les plus pauvres se dégradent après 12 mois, à la fois du fait des normes sociales et des conditions de vie des ménages.

Après un an, les mères allaitent moins à la demande, moins fréquemment et moins longtemps. La coutume préconise parfois le sevrage avant 18 mois. L'attention portée à l'enfant et à son alimentation s'atténue rapidement. Les produits du commerce devenus courants (lait en poudre, farines spéciales bébé) permettent de se rassurer en donnant des bouillies "enrichies", à condition d'y avoir accès. Les recettes de plats spéciaux ou fournies lors des démonstrations culinaires sont très peu mises en pratique à domicile. L'autonomie des enfants s'accompagne d'un relâchement sur le principe d'hygiène corporelle, des ustensiles ou de pratiques comme laisser l'enfant porter à la bouche ce qu'il ramasse par terre.

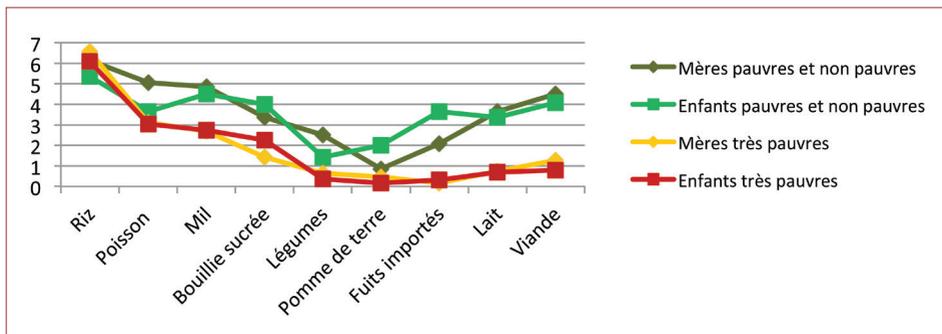
“ Ici, si tu veux faire un plat spécial à ton enfant, tu seras considérée comme une oisive. ”

Groupe de mères, village de Nana

Les nouvelles pratiques se diffusent moins parmi les mères les plus pauvres. Celles-ci font deux fois moins de CPN et accouchent moins dans les structures de santé, essentiellement car elles redoutent les dépenses de santé. Elles expriment leurs difficultés à s'alimenter correctement, pendant la grossesse comme ensuite, à accéder aux nouveaux produits du marché (ex. farines spéciales), à allaiter (contraintes, mauvaise santé, mauvaise qualité de leur lait). Elles ressentent plus rapidement le besoin de sevrer leur enfant, qui dès lors suit le même régime alimentaire qu'elles, basé sur le riz blanc. Viande, lait, fruits et légumes verts et pommes de terre sont très peu consommés par ces enfants.

“ Je l'ai déjà sevré. Il faudrait lui donner de la soupe de poisson, aussi des pommes de terre, des œufs, et de la bouillie. Je lui fais de la soupe de poisson les jours où je trouve cent ou deux-cents francs, sinon je lui donne ce qu'on mange nous-mêmes, c'est-à-dire du riz ou de la bouillie. ”

Mère très pauvre, 24 mois, ville de Rharous



Fréquence de consommation - semaine précédant l'entretien (cercle de Rharous)



Recommandations

- Il apparaît nécessaire de communiquer auprès des populations sur la vulnérabilité de l'enfant de plus d'un an et sur le lien entre alimentation et santé, pour sensibiliser les ménages sur les risques d'une mauvaise alimentation. Ce qui inclut une pédagogie sur les besoins nutritionnels spécifiques des jeunes enfants (en fer, en calcium, en nutriments) et sur les aliments qui fournissent les apports essentiels ;
- Bien que la stratégie ANJE préconise l'allaitement jusqu'à 24 mois, il s'avère nécessaire de prendre en compte les usages très répandus de sevrage plus précoce, et de communiquer sur les carences induites par le sevrage et la nécessité d'une alimentation de complément, de produits lactés et/ou calciques ;
- Ne pas communiquer uniquement sur la mère et l'enfant, mais sur la famille : intégrer les aliments disponibles localement, les besoins en nutriments. Il s'avère pertinent d'informer les populations des impacts négatifs sur la santé d'une alimentation basée sur le riz blanc.

miseli

l'anthropologie dans le développement