

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

**Pratiques nutritionnelles des mères au cours de la période des  
'mille jours' dans le cercle de Gourma-Rharous**

***- Rapport d'étude -***

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

Fabrice Escot

Septembre 2020

## Liste des sigles et acronymes

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AME	Allaitement maternel exclusif
ARC	Alliance pour la Résilience Communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
CPN	Consultation PréNatale
CPON	Consultation POstNatale
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
FEFA	Femmes enceintes et allaitantes
GSAN	Groupe de Soutien aux Actions Nutritionnelles
HEA	Household Economy Analysis
HI	Humanité et Inclusion
IMC	International Medical Corps
IRC	International Rescue Committee
MUAC	Middle Upper and Circumference
NRC	Norwegian Refugee Council
ONG	Organisation non Gouvernementale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
SOL	Solidarités International
SP	Sans Précision
UP	Unité de production
URENI	Unité de Récupération Nutritionnelle Intensive
VAD	Visite A Domicile
WaSH	Water, Sanitation and Hygiena

## Sommaire

I- Présentation de l'étude	p.4
1. Rappel du contexte et de l'étude réalisée en 2018-2019 à Ménaka et Tindirma	p.4
2. Méthodologie de l'étude réalisée en 2019-2020 dans le cercle de Gourma-Rharous	p.7
II- Profil socioéconomique des femmes interviewées : un fort clivage urbain/rural.	p.9
III- Résultats détaillés.	p.10
1. Les consultations prénatales constituent l'un des principaux canaux d'information des mères et d'inflexion des pratiques nutritionnelles.	p.10
1.1. L'habitude d'effectuer des CPN se généralise, ainsi que le nombre de quatre consultations pour un bon suivi.	p.10
1.2. La notion de consultation de contrôle se diffuse, pour autant la première CPN est le plus souvent une consultation à visée curative, et souvent l'occasion de découvrir/confirmer la grossesse.	p.11
1.3. La banalisation des CPN se heurte surtout à des freins structurels.	p.16
1.4. Les conseils délivrés lors des CPN constituent la principale source d'information des femmes enceintes, et influent largement sur leurs pratiques.	p.17
2. Les femmes enceintes s'approprient d'autant plus les messages sur leur alimentation qu'ils résonnent avec leurs propres représentations.	p.15
3. Les pratiques de santé des femmes enceintes mêlent médecine moderne et traditionnelle.	p.18
4. L'accouchement médicalement s'inscrit graduellement dans les pratiques, mais rencontre encore des résistances, surtout au village.	p.19
5. Les pratiques néonatales sont marquées par la persistance des méthodes traditionnelles, surtout au village.	p.20
6. La pratique des CPON est peu installée, mais elle fournit notamment un point de rencontre des mères les plus vulnérables avec les structures de santé.	p.22
7. Les pratiques d'allaitement sont encore peu influencées par la sensibilisation.	p.23
8. Le sevrage est souvent plus précoce que la norme véhiculée par les messages ANJE, surtout parmi les ménages les plus pauvres, et souvent encouragé par l'entourage de la mère.	p.25
9. L'alimentation de la mère comme du nourrisson reste, malgré une forme de conscientisation, un domaine très éloigné des préconisations de la médecine moderne.	p.26
9.1. Les mères ont un faible niveau de connaissance des messages sur l'alimentation du jeune enfant.	p.26
9.2. Le régime alimentaire des mères elles-mêmes varie selon le lieu d'habitation, le niveau socioprofessionnel et la sphère culturelle.	p.27
9.3. Le régime alimentaires des enfants fait parfois l'objet d'efforts de la part des ménages, mais s'appauvrit sensiblement après le sevrage.	p.29
10. Les messages sur l'eau de boisson influent positivement sur les perceptions et les pratiques.	p.32
11. Les GSAN constituent un canal très efficace de sensibilisation des mères, mais pourraient renforcer certains messages sur l'alimentation du jeune enfant (et sur l'eau potable).	p.35
11. L'action combinée des agents de santé, GSAN et ONG permet de vulgariser efficacement certains messages-clés sur la malnutrition, avec l'émergence de la prise en compte de ce problème.	p.36
IV- Principaux enseignements et recommandations	p.41

## I- Présentation de l'étude

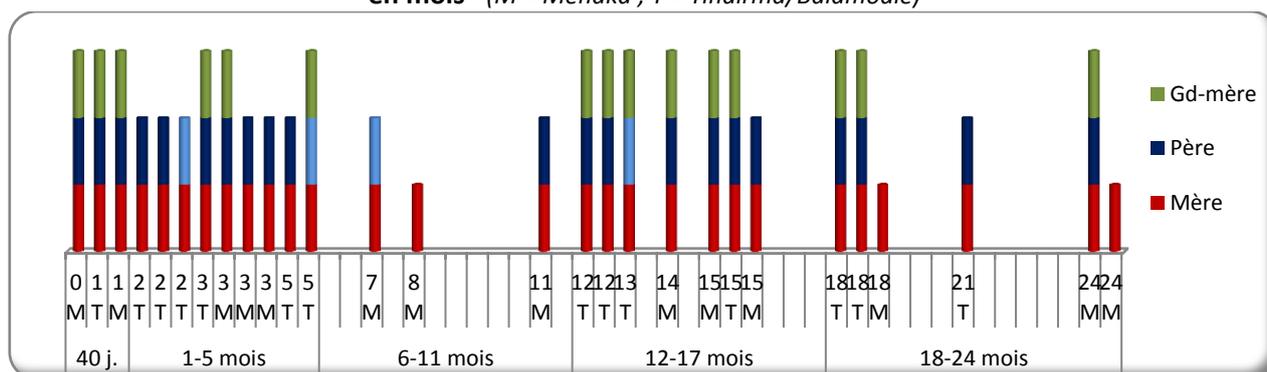
### 1. Rappel du contexte et de l'étude réalisée en 2018-2019 à Ménaka et Tindirma

Dans l'optique de contribuer à l'amélioration de la situation nutritionnelle et sanitaire des enfants, le projet ARC a prévu une étude qualitative et anthropologique afin d'analyser les actions passées en matière de sensibilisation nutritionnelle et au besoin adapter les méthodes, les outils et canaux de diffusion pour une meilleure connaissance et mise en pratique des messages nutritionnels.

L'objectif de ce volet d'enquête était i) d'établir une base de données des pratiques en matière d'alimentation des enfants de moins de deux ans et des FEFA selon les populations concernées (nomades, sédentaires, nantis/pauvres, niveau d'instruction) et ii) d'identifier les boosters et les barrières concernant les pratiques nutritionnelles mises en places.

Une première enquête par entretiens individuels approfondis a été menée en décembre 2018 à Ménaka et en janvier 2019 à Tindirma (cercle de Diré) auprès de 64 personnes au sein de 28 ménages au total (12 avec enfant de 0 à 5 mois, 16 avec enfant de 6 à 24 mois), sur les pratiques des mères, des pères et des grand-mères d'enfants de moins de deux ans au cours des '1 000 jours', de la grossesse aux 24 mois de l'enfant.

#### Répartition des 64 entretiens individuels par ménage selon la cible et l'âge des 28 enfants étudiés en mois\* (M = Ménaka ; T = Tindirma/Balamodié)



\* En bleu clair, les données ménages fournies par les mères lorsque le père n'a pu être interviewé

Elle a permis de dégager certains enseignements-clés sur les pratiques et l'appropriation des messages en communication, parmi lesquels :

#### **Certaines normes de la médecine moderne se diffusent dans les deux milieux, même si les comportements ne suivent pas toujours la connaissance des messages.**

Dans les deux milieux, les mères surtout, mais les grand-mères également et une majorité des pères 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 persistance de pratiques non conformes tient ainsi plus à des résistances qu'à une méconnaissance, soit par confrontation (concurrentielle) aux pratiques traditionnelles, surtout détenues par les grand-mères, soit par des difficultés de mise en œuvre (crédibilité, freins économiques ou autres contraintes). L'information sur la santé, notamment la physiologie de la mère, du fœtus et du nourrisson, est un facteur très déterminant de la réception et de l'adhésion aux messages. D'une façon générale, le milieu de Ménaka (pourtant urbain) offre plus de résistance aux préconisations de la médecine moderne/aux PFE.

Les mères sont diversement autonomes dans leurs choix au cours de la période, et sont plus soumises à leurs maris et surtout aux grand-mères à Ménaka. L'implication des pères dans la gestion

de la grossesse et les soins apportés au nourrisson est dans la coutume relativement cantonnée aux questions sociales et religieuses, le soin proprement dit pouvant relever d'une 'question de femmes'. Pour autant, certaines solutions de la médecine moderne sont largement appropriées et appuyées par les pères (CPN notamment).

**La gestion de la grossesse est le domaine où les pratiques sont le plus divergentes entre les deux milieux, et marquées par des solutions qui cumulent le recours à la médecine moderne et aux méthodes traditionnelles.**

La grossesse est partout vécue dans la crainte des complications lors de l'accouchement, mais à Tindirima, les mères redoutent leur décès ou le risque d'enfants mort-nés, alors qu'à Ménaka, le risque de mortalité maternelle et infantile est peu présent, mais les mères redoutent la césarienne, ce qui induit des perceptions très différentes en termes de développement du fœtus : limitation du poids du fœtus à Ménaka (parfois au détriment de l'état de santé de la mère), au contraire prise de poids et de force du fœtus pour affronter la naissance à Tindirima.

Les discours des agents de santé et résonnent différemment dans chaque zone avec les représentations des mères. A Ménaka, la sous-alimentation des femmes n'est pas le seul problème : les pratiques de purge et de 'lavage interne' à l'approche de l'accouchement accentuent l'état de faiblesse et de mal-être des femmes enceintes, qui ne favorise certainement pas les conditions d'accouchement. Il serait intéressant de confronter ces résultats à des statistiques fiables sur le poids de l'enfant et les conditions 'objectives' d'accouchement dans les deux structures de santé concernées (CSCCom Tindirima – CSRéf de Ménaka).

**La CPN est une des pratiques modernes les plus installées, dans ces deux milieux où les structures de santé sont très accessibles.**

La proximité de la structure de santé est peu déterminante de la pratique des CPN, en revanche elle en est un pour l'accouchement médicalement assisté et les CPON, et en corollaire la vaccination des nouveau-nés. La généralisation de la pratique des CPN est favorisée par l'adhésion de l'ensemble des cibles concernées : mères, pères et grand-mères. 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).

En revanche, une fois le risque accouchement passé, les CPON ne sont quant à elles 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 également une pratique largement adoptée.**

Cette adhésion semble reposer sur le fait que l'argumentaire de la médecine moderne a pu être approprié malgré la contradiction de départ avec les représentations coutumières. Les vertus associées au colostrum ont intégré certaines vertus des produits administrés en premiers soins au nouveau-né (intelligence, force, protection, déblocage de la gorge). Il s'agit alors d'une 'transition' ou 'modernisation' des pratiques, plus que d'un changement radical. La mise au sein est perçue comme plus rapide que par le passé, pour autant, le contact peau-à-peau est promu par les agents de santé, mais il est peu applicable (les mères désirent avant tout se reposer, manger, se nettoyer elles-mêmes) voire peu désirable (l'enfant étant considéré comme sale).

**L'adoption de pratiques modernes lors de l'accouchement ne remet pas en cause les pratiques coutumières de protection du nouveau-né, qui 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.

Des points de réceptivité à des pratiques 'modernes' de santé sont exprimés, à condition que ces dernières soient rapprochées de bénéfices santé (cf. colostrum).

**Les pratiques d'allaitement sont encore largement déterminées par les représentations et les pratiques sociales.**

L'allaitement maternel exclusif se heurte à de nombreux freins, dont les multiples fonctions associées à l'eau, au-delà du simple besoin d'hydratation. L'eau a une fonction de 'coupe-faim' parmi certains ménages très pauvres. De plus, les pratiques de protection/santé impliquent l'absorption fréquente d'aliments/alicaments/médications traditionnelles et certainement plus néfaste physiologiquement au nourrisson que l'eau de boisson. Or l'argument des agents de santé ne porte que sur ce dernier aspect. 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, si la coutume sociale le permet. 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 Tindirma sont plus soucieuses de l'état de santé de leur enfant, 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.

**L'hygiène de l'eau est une clé d'entrée dans la question WaSH.**

La prise en compte de la salubrité de l'eau semble relativement intégrée à Tindirma surtout (antériorité des actions, cf. SOL), et dans les deux milieux pour les nourrissons ce que traduit l'appropriation de l'eau minérale.

**La pédagogie sur la malnutrition est toujours nécessaire, y compris sur des notions de base.**

La notion de malnutrition infantile se diffuse, parfois via certaines grand-mères, 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 (lait animal à Ménaka par exemple) et économiques (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 la situation nutritionnelle du nourrisson.

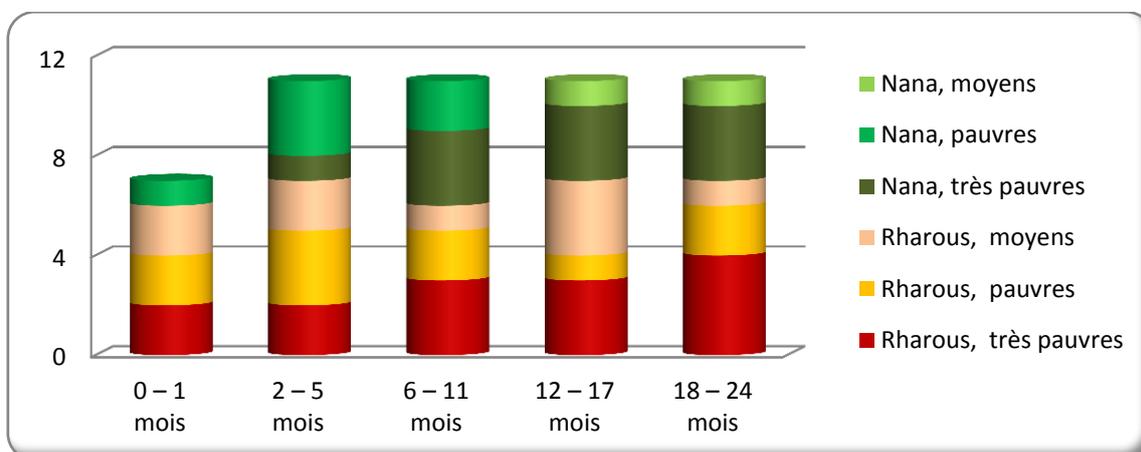
**La notion d'alicament existe dans les deux milieux et est intéressante.**

Elle 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, fruits, lait de chèvre (Ménaka), tamarin, miel.



**Répartition des 51 entretiens selon le lieu, le niveau de pauvreté du ménage, la sphère culturelle de la mère et l'âge de l'enfant étudié**

Sites	Cibles	0-1 mois	2-5 mois	6-11 mois	12-17 mois	18-24 mois	Total
Rharous	Très pauvres	2	2	3	3	4	14
	Pauvres	2	3	2	1	2	10
	Moyens	2	2	1	3	1	9
	<b>Sous-total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>33</b>
Nana	Très pauvres	0	1	3	3	3	10
	Pauvres	1	3	2	0	0	6
	Moyens	0	0	0	1	1	2
	<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>51</b>
Sonrais		3	8	7	8	6	32
Touareg		4	2	3	3	4	16
Peuls		0	1	1	0	1	3



Les mères interviewées ont en moyenne 3,4 enfants, (de 1 à 11, médiane à 4), 50% garçons et 50% filles, pour la plupart non mariés (3,2 enfant non mariés, médiane à 4).

Nombre d'enfants	%
1	22%
2	14%
3	12%
4	32%
5	12%
6 et plus	8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Age de la mère	%
Moins de 20 ans	16%
20-24 ans	26%
25-29 ans	22%
30-34 ans	18%
35-39 ans	10%
40 ans et plus	8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

## II- Profil socioéconomique des femmes interviewées : un fort clivage urbain/rural.

Les mères de Rharous sont à 35% originaires d'autres villages ou d'autres communes. 50% ont fréquenté l'école, parfois jusqu'au deuxième cycle et dans un cas au lycée. La moitié travaille et occupe des emplois diversifiés : artisanat agro-alimentaire, commerce (bois, riz) et parfois salariat. Leurs époux sont salariés des ONG, de l'armée, de l'enseignement ou des collectivités, artisans (réparation, mécanique, maçonnerie, transport), rarement commerçants ou agriculteurs. Les ménages touareg qui habitent en périphérie de la ville sont sensiblement plus pauvres que les ménages des quartiers centraux.

Les mères de Nana sont presque toutes des ressortissantes du village. Seulement 20% ont fréquenté l'école, et jamais au-delà du premier cycle primaire. Seulement 20% occupent un emploi, dans l'artisanat ou le commerce, aucune n'exerce d'activité agricole. Tous leurs époux sont riziculteurs à l'exception de quelques pêcheurs ou de petits artisans (maçons, très pauvres).

La scolarisation est corrélée au niveau socioéconomique. Le taux de femmes ayant été scolarisées est de 25% parmi les mères très pauvres, 40% parmi les pauvres et 70% parmi les moyens.

### Taux d'équipement des ménages et bétail possédé par l'interviewée selon le niveau socioéconomique et le lieu d'habitation

		Très pauvres	Pauvres	Moyen	Total	Nana	Rharous
<b>Ménage</b>	Maison en dur	46%	65%	80%	<b>59%</b>	33%	73%
	Toit de tôles	17%	12%	10%	<b>14%</b>	6%	18%
	Panneau solaire	4%	29%	80%	<b>27%</b>	11%	36%
	Télévision	0%	41%	70%	<b>27%</b>	6%	39%
	Moto/Djakarta	0%	12%	50%	<b>14%</b>	0%	21%
<b>Mère elle-même</b>	Gros ruminants	0	0.1	0.6	<b>0.1</b>	0.3	0
	Petits ruminants	0.5	1.1	2	<b>1.0</b>	0.6	1.2

Les ménages sont majoritairement des unités indépendantes, surtout en ville (80%, contre 40% à Nana), et comptent 10 personnes en moyenne, dont quatre enfants.

### Structure des ménages

	Moyenne
Epouses	1.5
Enfants -2 ans	1.2
Enfants 2 – 5 ans	1.3
Enfants 5 – 9 ans	1.0
Enfants 10 ans et plus, non mariés	0.8
Enfants mariés	0.2
Grands-parents	1
Autres dépendants	1.8
<b>Total ménage</b>	<b>10</b>

### III- Résultats détaillés.

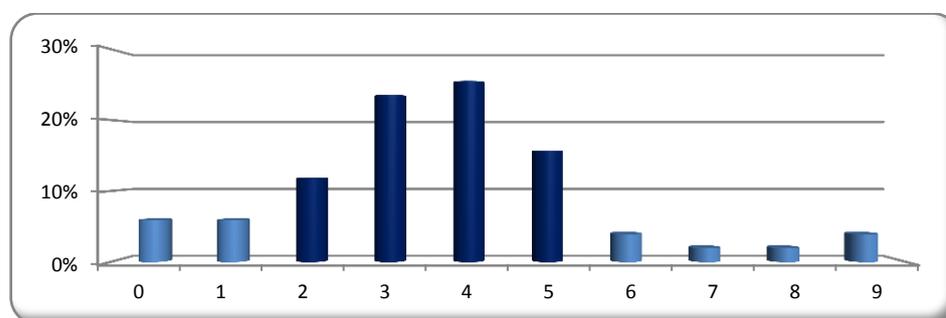
#### 1. Les consultations prénatales constituent l'un des principaux canaux d'information des mères et d'inflexion des pratiques nutritionnelles.

##### 1.1. L'habitude d'effectuer des CPN se généralise, ainsi que le nombre de quatre consultations pour un bon suivi.

Chaque femme enceinte effectue en moyenne 3,7 CPN par grossesse, au village comme en ville. 12% n'en font pas ou n'en font qu'une ; les trois quarts en font entre deux et cinq ; 12% en font six ou plus.

Répartition des mères selon le nombre de CPN effectuées

Nombre de CPN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
%	6%	6%	12%	23%	25%	16%	4%	2%	2%	4%
Sous-ensembles	<b>12%</b>		<b>76%</b>				<b>12%</b>			



En corollaire : % de déperdition d'une CPN à l'autre

Nombre de CPN	1	2	3	4	5	6	7	8	9
%	94%	88%	76%	53%	28%	12%	8%	6%	4%

Les déterminants du nombre de CPN sont multiples. La sphère culturelle (ou 'ethnie') de la mère est le critère le plus discriminant (trois CPN en moyenne pour les femmes touarègues, quatre pour les femmes sonrais et peuls) avec le niveau socioéconomique (trois CPN parmi les très pauvres, quatre parmi les pauvres, cinq parmi les moyens). Les femmes touarègues très pauvres en font ainsi le moins (2.2, parmi lesquelles on retrouve la majorité de celles qui font zéro ou une seule CPN), les femmes touarègues du niveau moyen en ont déclaré sept en moyenne, ce qui traduit une fréquence élevée, notamment en cas de problème de santé, plusieurs consultations pouvant être réalisées le même mois, cf. infra. Le nombre de CPN augmente graduellement au cours des maternités successives, de 2.9 pour la première grossesse à 3.2 pour la seconde, 3.8 pour la troisième, 3.9 pour la quatrième et 4.4 pour les suivantes. L'état de santé au début de la grossesse est également déterminant, cf. infra sur le 'parcours' prénatal. Le lieu d'habitation et l'âge de la femme enceinte ne déterminent en revanche pas le nombre de CPN.

Nombre moyen de CPN effectuées selon le niveau de pauvreté, la sphère culturelle l'urbanité

	Sonrai	Touareg	Rharous	Nana	Total
<b>Très pauvre</b>	3.5	2.2	2.4	3.6	2.9
<b>Pauvre</b>	4.0	3.7	4.1	3.7	3.9
<b>Moyen</b>	4.4	7	5.2	4	5
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>

60% des femmes ont fait autant de CPN lors de la dernière grossesse que lors des précédentes, avec une moyenne de 3,6. 40% en avaient fait un nombre différent lors des précédentes grossesses, avec une moyenne de 3.9 CPN pour la dernière, cf. ci-dessous les facteurs motivants ou de freins. Ces deux chiffres sont très proches entre eux et du nombre 'normal' de quatre CPN, ce qui confirme la tendance à la normalisation.

## **1.2. La notion de consultation de contrôle se diffuse, pour autant la première CPN est le plus souvent une consultation à visée curative, et souvent l'occasion de découvrir/confirmer la grossesse.**

Pour la première CPN, 20% des mères, en ville comme au village, ont bien intégré le rôle préventif des CPN, la notion de contrôle et le nombre de quatre CPN pour un bon suivi. Elles ont engagé la première CPN lors de la découverte de leur grossesse, sans attendre l'apparition de problèmes de santé ni parfois le stade du cinquième mois qui est de façon coutumière le moment de 'consulter'.

*« Juste pour voir si mon bébé allait bien, sinon moi je n'avais rien, mais je savais que j'étais enceinte. »* Peul, très pauvre, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

*« Juste pour faire une visite de contrôle car je savais que j'étais enceinte. »* Sonrai, pauvre, Nana, 1<sup>ère</sup> CPN

*« J'ai fait une consultation pour voir mon état de santé, sachant bien que j'étais enceinte depuis deux mois. »* Sonrai, pauvre, Nana, 1<sup>ère</sup> CPN

*« Une consultation mensuelle pour voir si tout va bien pour moi et l'enfant, quand j'ai compris que j'étais enceinte. »* Sonrai, très pauvre, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

*« C'est mon habitude de faire des CPN à partir du cinquième mois de ma grossesse. »* Sonrai, pauvre, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

40% des mères savaient qu'elles étaient enceintes, mais n'ont consulté que lorsqu'un problème de santé s'est posé (30% en ville et 56% au village) :

*« J'étais malade, j'avais mal partout, mais je savais que j'étais enceinte de deux mois donc je suis allée directement chez les sages-femmes du CSRéf. »* Touareg, moyen, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

*« Parce que j'étais malade et je savais que j'étais enceinte, car je n'avais pas eu mes règles depuis trois mois. »* Sonrai, très pauvre, Nana, 1<sup>ère</sup> CPN

40% d'entre elles, enfin, ont consulté pour des raisons de santé et ont découvert leur grossesse lors de la consultation. La découverte de la grossesse lors de la 1<sup>ère</sup> CPN est corrélée au niveau socioéconomique (30% des très pauvres et 70% des moyens) et au lieu d'habitation (50% en ville contre 25% à Nana), ce qui peut s'expliquer par le fait que les citadines du centre-ville, moins pauvres, consultent plus rapidement en cas de problème de santé (cette consultation de 'découverte' a eu lieu en moyenne au deuxième mois pour les mères du niveau moyen, au troisième mois pour les pauvres et au quatrième mois pour les très pauvres). La consultation inclut dans ce contexte un test de grossesse (analyse d'urine et/ou de sang). Le nombre de maternités et l'âge de la mère n'influent pas sur le fait de faire une première CPN de contrôle.

*« Après une analyse de mon urine, ils m'ont fait savoir que j'étais enceinte et m'ont prescrit des médicaments comme du paracétamol, du fer et d'autres comprimés dont je ne connais pas les noms, et des injections. »* Touareg, très pauvre, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

La première CPN est effectuée à des stades très variables de la grossesse, du premier au septième mois. La moyenne de 5.3 mois correspond à la pratique souvent restituée de consulter à ce stade de grossesse. Les très pauvres effectuent la première CPN à 4 mois de grossesse, les moins pauvres à 3 mois, ce qui est corrélé avec un plus faible nombre de CPN parmi les très pauvres. Les femmes du village effectuent la première à 4 mois, les citadines à 3.3 mois. Les femmes qui ont découvert

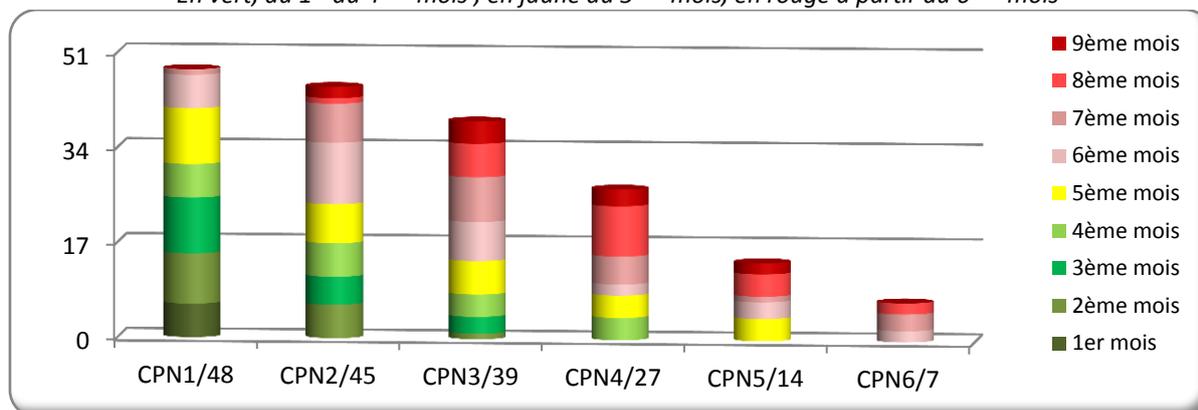
qu'elles étaient enceintes lors de leur première CPN en font sensiblement plus que celles qui se savaient déjà enceintes (respectivement 4.7 contre 3.3 en moyenne)<sup>1</sup>.

### Stade de grossesse des consultations successives du 'parcours' prénatal

CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	CPN5	CPN6	Ensemble
3.6 mois	5.0 mois	6.1 mois	6.7 mois	6.8 mois	7.0 mois	<b>5.3 mois</b>

### Stade de la grossesse auquel les CPN successives ont été effectuées

En vert, du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois ; en jaune au 5<sup>ème</sup> mois, en rouge à partir du 6<sup>ème</sup> mois



Les femmes qui effectuent la première CPN précocement ont plus de chances d'en effectuer un nombre important. Celles qui ont fait six CPN et plus ont souvent effectué la première au cours du premier ou du deuxième mois, celles qui en ont fait d'une à cinq ont le plus souvent effectué la première vers le cinquième mois.

### Mois de grossesse de la première CPN et nombre moyen de CPN effectuées

Mois de la 1 <sup>ère</sup> CPN	1 <sup>er</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	6 <sup>ème</sup>	7 <sup>ème</sup>
% de mères concernées <sup>2</sup>	12%	18%	20%	12%	20%	12%	2%
	<b>50%</b>			<b>32%</b>		<b>14%</b>	
Nombre moyen de CPN	6.3	4.5	3.6	3.5	3.5	2.8	1
	<b>4.6</b>			<b>3.5</b>		<b>2.6</b>	

Les femmes (14%) qui ont fait une première CPN tardive, au 6<sup>ème</sup> mois ou plus tard, ont découvert tardivement leur grossesse avec ou sans consultation curative (grossesse autodéterminée). Aucun frein économique ou culturel ne semble ainsi déterminer ces cas particuliers. De nombreuses femmes, notamment allaitantes, ne semblent pas tenir compte du fait d'avoir leurs règles comme indicateur fiable du fait d'être enceinte.

« J'étais dans le doute, il se trouvait que j'allaitais son grand frère et je n'avais pas mes règles, sauf une seule fois, quand l'enfant que j'allaitais a eu 18 mois. J'ai même pensé que c'était une maladie, et ce n'est qu'après six mois que j'ai senti quelque chose bouger dans mon ventre, donc je me suis rendue au CSRéf pour savoir ce que j'avais. » Sonrai, pauvre, Rharous, 3 CPN, 1<sup>ère</sup> au 7<sup>ème</sup> mois

« Juste pour voir si mon bébé allait bien, sinon je n'avais rien, mais je savais que j'étais enceinte. » Peul, très pauvre, Rharous, 2 CPN, 1<sup>ère</sup> au 6<sup>ème</sup> mois

« Une consultation mensuelle pour voir si tout va bien pour moi et l'enfant quand j'ai su que j'étais enceinte. » Sonrai, moyen, Rharous, 3 CPN, 1<sup>ère</sup> au 6<sup>ème</sup> mois

« Pour une consultation seulement, sans savoir que j'étais enceinte, mais j'avais des malaises. » Sonrai, très pauvre, Rharous, 3 CPN, 1<sup>ère</sup> au 7<sup>ème</sup> mois

<sup>1</sup> A rapprocher du stade de grossesse auquel la première CPN est effectuée, cf. ci-dessous.

<sup>2</sup> Le total des % est de 94 % car 6% de mères n'ont pas fait de CPN.

« Parce j'étais malade, je n'arrêtais pas de vomir, j'avais mal partout et j'avais des maux de ventre aussi. » Touareg, très pauvre, Rharous, 3 CPN, 1<sup>ère</sup> au 6<sup>ème</sup> mois

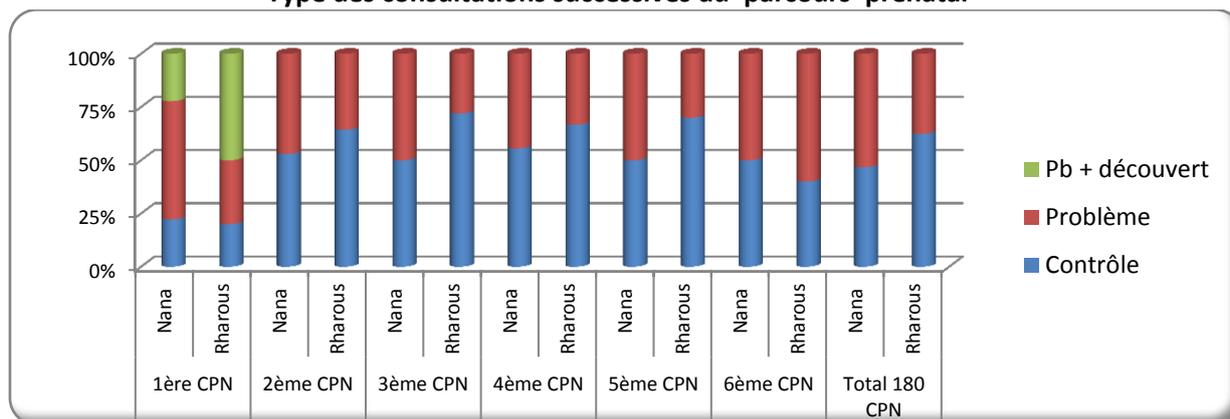
Sur les 180 CPN décrites (48 parcours de 3.8 CPN en moyenne), 50% ont été motivées par l'objectif primaire des CPN soit une intention de nature préventive et 50% par une intention de nature curative. Les CPN réellement de contrôle sont plus fréquentes en ville qu'au village (54% et 43% des consultations), avec une différence très nette entre la première CPN, dont seulement 20% sont de contrôle et 80% sont des consultations curatives, et les suivantes, dont 60% (66% en ville et 52% au village) sont réellement des consultations de contrôle. Le traitement des problèmes de santé est donc la motivation principale de la première CPN, et de 40% des suivantes, parfois 'intercalaires', à vocation curative pour la mère et, le cas échéant, pour le fœtus.

« Je suis partie car j'étais malade, sinon avant je savais que j'étais enceinte, mais ici nous ne partons pas au tout début au CSRéf, en tout cas pas avant que le ventre ne soit visible. On m'a prescrit des médicaments à prendre et elle m'a dit de revenir le mois suivant. Je l'ai fait parce que je voulais être en bonne santé et avoir un enfant en bonne santé aussi. » Sonrai, très pauvre, Nana, 1<sup>ère</sup> CPN

« Je ne me sentais pas bien, donc je suis partie pour faire une visite, car les médecins disent de venir quand on ne se sent pas bien. » Sonrai, moyen, Nana, 1<sup>ère</sup> CPN

« Parce que j'étais malade, c'est la raison pour laquelle j'ai fait mes CPN. » Touareg, très pauvre, Rharous, 1<sup>ère</sup> CPN

**Type des consultations successives du 'parcours' prénatal**



Il y a peu de de corrélation entre la motivation de la première CPN (contrôle ou curatif) et le nombre de CPN suivantes, néanmoins les femmes qui ont fait le plus grand nombre de CPN (six et plus) ont toutes effectué la première en curatif, et ensuite alterné contrôle et curatif, surtout en cas de persistance ou d'aggravation des problèmes de santé, et au besoin avec une fréquence élevée (ex. trois consultations curatives et une de contrôle en un mois).

« J'ai fait huit CPN, avant je n'en avais pas fait autant, parce que j'étais jeune et j'avais honte de montrer mon ventre. J'ai fait la première CPN au premier mois car j'étais malade, j'avais des vertiges et je ne comprenais rien du tout, donc je suis partie voir ce qui n'allait pas. Donc, j'ai fait un test de grossesse qui a confirmé mes doutes. J'ai fait une analyse de sang et un test de grossesse qui a été positif. Elles m'ont donné du fer et des vitamines pour que je puisse manger. J'ai fait la seconde au deuxième mois, juste pour faire un contrôle. J'ai fait la troisième au troisième mois, et ainsi de suite jusqu'à la fin, pour honorer mes rendez-vous car on m'avait dit de revenir chaque mois. » Sonrai, pauvre, Rharous

« J'ai fait neuf CPN, plus que pour mes autres grossesses, parce qu'avant, je n'aimais pas l'odeur des hôpitaux donc je ne suis partie qu'une seule fois pendant ma première grossesse. Pour cette grossesse, j'ai fait la première CPN au premier mois parce que je n'arrêtais pas de vomir, donc je suis partie voir ce qui n'allait pas. J'ai fait un test de grossesse et une analyse de sang dont j'ignore pourquoi c'est fait. On m'a prescrit des médicaments contre le paludisme, du fer et des injections pour arrêter les vomissements, après m'avoir appris que j'étais enceinte. J'ai fait la

*deuxième au troisième mois pour un contrôle, la troisième au quatrième mois parce que je voulais faire une échographie pour voir si le bébé était bien positionné dans mon ventre ou pas. La sage-femme m'a dit que je devais attendre le sixième mois pour pouvoir le faire, et elle m'a prescrit des gélules, des comprimés contre les problèmes gastriques et un sirop vitaminé. J'ai fait la quatrième au cinquième mois pour un contrôle. Au sixième mois, j'ai fait la sixième car je voulais faire une échographie pour connaître le sexe du bébé. J'ai fait l'échographie avec un homme qui m'a dit que j'allais avoir un garçon, il ne m'a rien dit de plus. J'ai fait la sixième au huitième mois car j'étais malade, j'avais des maux de ventre, mal aux articulations, au dos. » Touareg, moyen, Rharous*

*« J'ai fait neuf CPN. J'en avais fait autant lors de ma première grossesse parce que j'avais été tout le temps malade. J'ai fait la première CPN au quatrième mois parce que j'étais malade, j'avais des maux de ventre. J'ai fait la deuxième au cinquième mois car j'étais malade, je ne pouvais pas dormir sur le côté. La troisième au cinquième mois encore car je ne pouvais pas dormir sur le côté et mes articulations me faisaient mal. La quatrième au cinquième mois toujours, car je ne pouvais pas me courber pour prier. La cinquième encore au cinquième mois pour la CPN du cinquième mois. J'ai fait la sixième au septième mois car j'avais très mal au dos. » Sonrai, très pauvre, Nana*

### **1.3. La banalisation des CPN se heurte surtout à des freins structurels.**

50% des mères estiment que leur grossesse s'est bien passée. Le mal-être physique ressenti au début de la grossesse s'estompe le plus souvent à la fin, surtout à Rharous (70% se sentaient bien à la fin de leur grossesse). La grossesse est bien vécue psychologiquement, surtout en fin de grossesse et surtout à Rharous (80%). Malades ou bien portantes, les mères expriment un besoin de réassurance sur leur santé et surtout celle de leur enfant, face surtout à la perspective de l'accouchement (bébé trop gros, césarienne, l'épisiotomie étant parfois citée), et plus en arrière-plan aux risques de malformations.

*« C'est toujours au début des grossesses que je me sens mal, à chaque fois, donc c'est normal d'aller consulter, au moins pour savoir ce que j'ai. Comme ça aussi, je sais comment ma grossesse se passe. » Sonrai, très pauvre, Nana, 3 CPN*

*« Pour voir l'évolution de la grossesse car je ne sais pas comment faire quand l'enfant bouge et pour éviter les complications à l'accouchement. » Touareg, pauvre Rharous, 3 CPN*

*« Parce que j'ai été tout le temps malade, et j'avais peur de l'accouchement. » Sonrai, très pauvre, Rharous, 3 CPN*

*« Parce que j'étais malade, j'avais mal partout, mais je savais que j'étais enceinte de deux mois, donc je suis allée directement voir les sages-femmes du CSRéf. » Touareg, moyen, Rharous, 5 CPN*

L'incertitude sur la grossesse est un élément déclencheur fréquent pour effectuer la première CPN.

*« Je n'étais pas sûre d'être enceinte, c'est pourquoi je suis partie voir si je l'étais réellement ou pas » Touareg, pauvre, Rharous, 3 CPN*

Trois facteurs facilitent les consultations : la proximité du centre de santé, l'adhésion de l'entourage (maris, aînées), parfois prescripteur, enfin la relation de confiance instaurée avec les agents de santé.

*« Parce que j'étais proche du centre de santé et mon mari m'amène à chaque fin de mois. » Touareg, moyen, Rharous*

*« Mon mari me dit d'y aller chaque mois. » Sonrai, moyen, Rharous*

*« Parce que je ne me sentais pas bien donc mon mari m'a forcée et est parti avec moi. Je savais que j'étais enceinte. » Sonrai, pauvre, Rharous*

*« C'est ma mère qui m'a amenée, puisqu'elle soupçonnait que j'étais enceinte. » Touareg, très pauvre, Rharous*

*« Parce qu'on m'a dit de revenir quand j'aurais finis de prendre mes médicaments. » Sonrai, pauvre, Nana*

De nombreux freins limitent la pratique des CPN, soit par méconnaissance, soit par réticence, soit par incapacité.

#### a. Méconnaissance :

- Le principe des CPN est connu de la quasi-totalité des femmes, en revanche certaines qui méconnaissent le principe de contrôle les associent à des consultations purement curatives et ne les envisagent pas dans le cadre d'une grossesse sans problème ;
  - « *Je n'en ai pas fait autant lors de mes premières grossesses, parce que je ne savais pas qu'on devait faire des CPN quand nous sommes enceintes.* » Sonrai, très pauvre, Rharous, 5 CPN
  - « *Parce que les consultations, on les fait quand on se sent mal et qu'on ne sait pas ce qu'on a, ça varie selon les grossesses et cette fois-ci, je ne me suis pas beaucoup sentie mal.* » Touareg, très pauvre, Rharous, 1 CPN
  - « *J'en ai fait moins que pour d'autres grossesses, parce que je n'étais pas malade* » Sonrai, très pauvre, Nana, 3 CPN
  - « *J'en ai peur puisqu'elles font des injections, et ensuite elles nous prescrivent encore des médicaments alors qu'on n'a rien.* » Touareg, très pauvre, Rharous, 0 CPN
- De nombreuses femmes découvrent qu'elles sont enceintes à un stade avancé, comme nous l'avons vu, ce qui induit une première CPN parfois très tardive, et diminue le nombre de CPN au final ;
  - « *Je n'en ai pas fait autant pour d'autres grossesses, parce que je n'ai pas su que j'étais enceinte avant le sixième mois.* » Sonrai, pauvre, Rharous, 6 CPN
- Même pour celles qui se savent enceintes à un stade plus précoce, la pratique de ne pas consulter avant le cinquième mois retarde la première CPN ;
  - « *Parce que j'étais malade, sinon je savais aussi que j'étais enceinte, mais nous ne partons pas au tout début au CSRéf, en tout cas pas avant que le ventre ne soit visible* » Sonrai, pauvre, Nana, 4 CPN

#### b. Réticence :

- Le principal frein est la faible adhésion à la médecine moderne et de la défiance envers les formations sanitaires et les réticences à accepter les prescriptions, surtout lorsque les CPN ne sont pas envisagées dans leur fonction de contrôle.
  - « *Depuis que je suis née, je ne suis jamais allée dans un centre de santé, donc pendant mes grossesses je n'y vais pas non plus.* » Touareg, très pauvre, Rharous, 0 CPN
  - « *Parce que je n'aime pas les comprimés donc je ne partais pas pour faire des dépenses inutiles.* » Sonrai, pauvre, Rharous, 1 CPN
- Les mères les plus jeunes, notamment les primipares, expriment un sentiment de gêne, de pudeur, de malaise à montrer son corps.
  - « *J'en faisais moins au début parce que quand j'étais plus jeune, j'avais honte de montrer mon ventre.* » Sonrai, pauvre, Rharous, 8 CPN
  - « *Avant, j'en faisais moins parce que je n'avais pas le courage d'aller au CSCom.* » Sonrai, pauvre, Rharous, 4 CPN

#### c. Incapacité

- Le frein économique est souvent avancé par certaines mères qui, du fait du coût des ordonnances, retardent la première CPN et/ou en limitent le nombre ;
  - « *Pour cette grossesse, je n'en ai fait qu'une, parce que je n'avais pas les moyens d'acheter les médicaments.* » Sonrai, très pauvre, Nana, 1 CPN
  - « *J'ai consulté au cinquième mois. Pour cette grossesse, j'étais malade depuis le début, mais je n'avais pas l'argent pour aller au CSCom avant mes 5 mois, même si je savais que j'étais enceinte.* » Sonrai, très pauvre, Nana, 4 CPN

- L'absence de structure de santé accessible est évoquée par des femmes qui ont dû se déplacer en raison de leurs activités économiques,
  - « *Parce que nous étions en brousse loin de tout centre de santé, nous sommes partis faire la récolte de fonio.* » Sonrai, pauvre, Rharous, 0 CPN
  - « *Pour une autre grossesse, j'étais cuisinière dans une pinasse et je n'ai pas eu le temps de faire plus de trois CPN.* » Sonrai, pauvre, Nana, 4 CPN

#### **1.4. Les conseils délivrés lors des CPN constituent la principale source d'information des femmes enceintes, et influent largement sur leurs pratiques.**

Quasiment toutes les femmes consultent toujours dans le même type de structure sanitaire, les citadines majoritairement au CSRéf, les habitantes de Nana majoritairement au CSCoM, sans corrélation entre la structure de santé fréquentée et le nombre de CPN, la fonction qui leur est attribuée (contrôle ou curatif) ou les conseils qui sont donnés aux femmes enceintes<sup>3</sup>.

Les CPN sont très axées sur la santé de la mère et du fœtus, et sur la préparation de l'accouchement. Les agents de santé abordent peu l'allaitement, la santé néonatale et infantile ou l'alimentation du nourrisson, qui font l'objet de conseils lors des CPN. Les femmes restituent plus de conseils sur l'alimentation, les activités physiques et les CPN elles-mêmes pour les consultations qu'elles ont engagées dans une perspective de contrôle que pour celles qu'elles ont engagées pour résoudre un problème de santé (où les conseils portent essentiellement sur la médication). Hormis les prescriptions médicales préventives (comprimés de fer principalement, vaccin contre le tétanos, dormir sous moustiquaire) ou curatives, les agents de santé conseillent les femmes sur leur alimentation, les efforts physiques, le contrôle de leur santé et notamment les CPN elles-mêmes. On déconseille aux femmes enceintes les efforts physiques trop importants et certains mouvements, en particulier ceux imposés par les tâches domestiques (puiser de l'eau, piler, couper du bois, balayer, porter des objets trop lourds, marcher sur de longues distances). En revanche, l'exercice est conseillé (bouger, marcher, ne pas rester immobile). Les agents de santé, enfin, incitent les femmes enceintes à suivre un cycle de consultations prénatales : faire des CPN, ne pas attendre le sixième mois pour effectuer la première CPN, venir souvent, revenir tous les mois, venir dès l'apparition des premiers symptômes de maladie, revenir en cas de persistance des problèmes de santé. On conseille à certaines femmes gênées de se montrer en public de venir à la tombée de la nuit<sup>4</sup>.

Les femmes enceintes se montrent très enclines à suivre ces conseils. Si un conseil sur quatre a été jugé difficile à respecter, seulement un conseil sur 20 n'a pas pu être respecté. Le frein majeur concerne les médicaments prescrits, parfois indisponibles en pharmacie, parfois trop chers pour les ménages les plus pauvres, parfois enfin mal tolérés par les femmes enceintes (effets indésirables : vomissements, nausées), ou

« *On m'a prescrit plusieurs médicaments, du fer, des injections, du paracétamol. Ça a été difficile parce que n'est pas tout gratuit, et on n'a pas d'argent pour ce genre de cas.* » Peul, très pauvre, Rharous, 5 CPN

« *C'était difficile, parce que je n'avais pas l'argent nécessaire pour trouver tout ce qu'ils m'ont prescrit. J'ai été obligée de laisser certains médicaments.* » Touareg, très pauvre, Rharous, 2 CPN

« *Je suis allée dans les deux pharmacies de Rharous, mais sans pouvoir trouver les médicaments qu'on m'avait prescrits. On a dû les commander à Tombouctou.* » Peul, moyen, Rharous, 6 CPN

Les autres cas de difficultés à suivre les conseils sont très divers et plus anecdotiques :

<sup>3</sup> Le CSCoM de Rharous a été appuyé par HI, il est médicalisé et semble bénéficier d'une bonne réputation auprès de la population. Il est en revanche situé dans le périmètre de la MINUSMA et ainsi non accessible 24/24, notamment la nuit.

<sup>4</sup> Ceci avait déjà été mentionné par les membres des GSAN à Ménaka.

- Prendre du repos – personne pour exécuter les tâches domestiques ;
- Faire de l'exercice physique – jambes gonflées, difficultés à se mouvoir ;
- Consulter au CSRéf – difficultés à se mouvoir et donc se déplacer ;
- Passer une échographie à Tombouctou – mauvais état de la route Tombouctou-Rharous et cherté du transport ;

## **2. Les femmes enceintes s'approprient d'autant plus les messages sur leur alimentation qu'ils résonnent avec leurs propres représentations.**

Les agents de santé conseillent aux femmes de ne pas craindre la prise de poids et de suivre un régime alimentaire riche et varié, qui participe de la vitalité et de la santé de la mère. La principale fonction associée aux aliments recommandés est l'apport d'énergie, de force, la prévention de certains problèmes de santé et notamment de l'anémie.

- Les produits carnés sont systématiquement conseillés, surtout le poisson et le foie, parfois la viande et plus rarement les œufs,
  - o La betterave rouge est fréquemment conseillée pour prévenir l'anémie<sup>5</sup>,
- Les produits frais : fruits non locaux surtout (oranges, bananes, pommes, mangues), légumes verts et notamment les feuilles (salade, feuilles de patate douce, de dah), boissons à base de jus de fruits
- Produits roboratifs/énergétiques : haricot et pomme de terre surtout, bouillie, sucre/infusions sucrées,

Certains aliments sont recommandés pour favoriser l'appétit : fruits, sardines à l'huile, pâtes, arachides.

Ces produits s'inscrivent diversement dans les habitudes alimentaires, par exemple le poisson, peu consommé par les Touareg ; la plupart sont onéreux (légumes verts, œufs, viande, foie, fruits importés, haricot) et la question du prix limite la consommation, en fréquence et/ou en quantité<sup>6</sup>.

*« Je n'ai pas pu manger d'œufs et de légumes, parce que mon mari et moi n'avions pas les moyens. »*

*« On m'avait conseillé la salade, la pomme de terre, la betterave et les concombres, mais je n'avais pas les moyens. »*

60% des femmes, en ville comme au village, ont également mémorisé des conseils sur les aliments déconseillés aux femmes enceintes par les agents de santé, les agents communautaires (relais/GSAN) et les autres membres du ménage ou les proches. Les aliments évités sont ceux supposés favoriser la prise de poids du fœtus, facteur de complications lors de l'accouchement : produits riches (lait, coucous, riz, mil, to, avocat, pain, préparations à base de lait et de farines), aliments gras (à base d'arachide). On déconseille également les aliments agressifs pour l'estomac : sel/bouillon-cube, café, piment, lait aigre ou fermenté<sup>7</sup>. La quasi-totalité des femmes a respecté ces conseils.

*« Le lait, la crème africaine et la bouillie, parce que ça fait grossir le bébé dans le ventre et cela complique l'accouchement. »*

*« Le riz et la crème africaine parce que ça fait grossir le bébé pour éviter les complications à l'accouchement. »*

*« Le couscous parce qu'il provoque la malformation du fœtus. »*

*« La bouillie de mil, le lait, le haricot pour éviter le ballonnement du ventre et pour que le bébé ne grossisse pas. »*

<sup>5</sup> L'attribution d'un effet sur le sang aux produits de couleur rouge a été observée à Ménaka et Tindirma, également sur la betterave rouge.

<sup>6</sup> Cf. partie 8. sur l'alimentation de la mère et du nourrisson.

<sup>7</sup> Idem Ménaka et Tindirma.

*« Manger du riz et boire de la bouillie le soir parce que ça rend l'accouchement très difficile. »  
« Le piment, le sel, le lait aigre pour éviter l'ulcère. »*

### **3. Les pratiques de santé des femmes enceintes mêlent médecine moderne et traditionnelle.**

Les problèmes de santé que les mères appréhendent pendant la grossesse sont essentiellement l'anémie, les douleurs diverses (maux tête, de ventre, au dos) et les nausées, vertiges et vomissements, et selon les mères les palpitations, un état de nervosité, le manque d'appétit, la toux, fièvre et boutons, les gonflements des jambes, le paludisme. 75% des femmes qui ont subi ces problèmes n'avaient pas pris de mesures préventives, qu'il s'agisse de la médecine moderne (souvent préconisée lors des CPN : médicaments comme le fer, nuits sous moustiquaire, alimentation à meilleure valeur nutritionnelle, délégation des tâches domestiques les plus lourdes) ou surtout de pratiques traditionnelles (essentiellement des décoctions de plantes) ou hybrides, ex. prise d'antipaludéens à titre préventif pendant la grossesse<sup>8</sup>. 90% de celles qui ne les ont pas subis avaient au contraire pris des mesures préventives. En d'autres termes, les femmes qui n'ont pas pris de mesure préventive (55% des cas) ont vu à 97% le problème se poser, contre seulement 40% pour celles qui en ont pris.

Les messages visant à réduire les pratiques d'automédication médication moderne ou traditionnelle lors de la grossesse sont bien entendus, en milieu rural autant qu'en milieu urbain. Les trois quarts des femmes, en ville comme au village, savent que certains produits sont déconseillés aux femmes enceintes car ils peuvent provoquer une interruption de grossesse et présentent des risques pour la santé du fœtus et son développement. Ces produits sont pour la plupart des médicaments de l'herboristerie traditionnelle (feuilles de neem, hasou, balasa, touriféra, hirdjidjine, houloude (feuilles, herbes), hardjijim (écorce), agaya, acheik, banachegi, kawa, mitiyawota), et certains médicaments modernes 'amers' : ibuprofène, doxycycline, diclofenac, enfin, le café noir (également amer).

*« Je ne les connais pas tous, mais je sais que certains médicaments peuvent provoquer l'avortement ou la malformation du bébé. »*

*« L'ibuprofène, la doxycycline, le balassa, ça peut causer l'avortement chez la femme enceinte. »*

*« Le balassa et le tourifera, ça peut entraîner des effets néfastes sur le bébé. »*

Les médications traditionnelles des femmes enceintes sont ainsi souvent mises à distance. Un tiers des mères, notamment rurales (village de Nana) a admis avoir eu recours à l'un ou l'autre de deux types de médications, qui ne sont pas vraiment considérées comme des médicaments (ou médecine traditionnelle 'douce' : préventifs, nettoyants) :

- 20% ont utilisé une décoction décontractante de plante pour faciliter l'accouchement<sup>9</sup>, avec de plus un effet laxatif,

*« Ça soulage. »*

*« Hidjidjine pour accoucher facilement. »*

*« Pour ne pas sentir la douleur lors de l'accouchement. »*

*« Pour éviter le ballonnement du ventre. »*

*« Balasa, ahadidime, pour nettoyer mon ventre. »*

- 20% ont utilisé des recettes mêlant 'safoune solo', qui s'avère un nom générique pour une multiplicité de produits et/ou ingrédients<sup>10</sup>. Ces recettes sont complexes, et leurs ingrédients

---

<sup>8</sup> Ces aspects avaient été plus détaillés lors de l'étude en année 1 à Ménaka et Tindirma, et ont été peu abordés lors de l'enquête en année 2 qui visait à focaliser sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation du nourrisson.

<sup>9</sup> Particulièrement vivace parmi les femmes interviewées à Ménaka fin 2018 et dans la commune de Tindirma (Diré) début 2019.

sont souvent achetés ou préparés par d'autres personnes que les mères qui les absorbent ; la plupart d'entre elles ne maîtrisent d'ailleurs pas vraiment, ni la recette, ni les effets de ces préparations, qu'elles consomment par respect de la coutume.

*« J'ai pris du safoune solo avec du hirdjine, de l'alkafoune, du wouloudé, du farkahasou et du gnanabou, je les ai pilés ensemble, puis je les ai tamisés, et j'en ai mis un peu dans ma main et je l'ai avalé avec de l'eau pour faire un traitement, ça donne de l'appétit et ça nettoie le ventre. »*

#### 4. L'accouchement médicalement s'inscrit graduellement dans les pratiques, mais rencontre encore des résistances, surtout au village.

Un tiers des mères à Rharous et les trois quarts à Nana accouchent au domicile de leur propre famille (de leur mère plus spécifiquement) ou du ménage.

Lieu d'accouchement pour le premier et pour le dernier enfant

	Pour le premier enfant		Pour le dernier enfant	
	Nana	Rharous	Nana	Rharous
Famille du mari/ménage	0%	10%	44%	12%
Dans la propre famille de la mère	70%	30%	28%	21%
<b>Sous-total domicile</b>	<b>70%</b>	<b>40%</b>	<b>72%</b>	<b>33%</b>
CSCoM de Rharous	15%	3%	11%	9%
CSRéf de Rharous	10%	45%	11%	55%
<b>Sous-total structure de santé</b>	<b>25%</b>	<b>48%</b>	<b>22%</b>	<b>64%</b>
Autre	5%	12%	6%	3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

L'accouchement assisté est également corrélé au niveau socioprofessionnel : seules 30% des très pauvres ont accouché de leur dernier enfant au CSCoM ou au CSRéf, contre 67% des pauvres et 80% des moyens. Il n'est pas corrélé au nombre de CPN effectué pendant la grossesse (mis à part pour les mères qui ne fréquentent jamais les structures de santé moderne, très minoritaires)<sup>11</sup>.

L'accouchement est médicalement assisté par nécessité en cas de maladie de la mère, de référence/césarienne (plusieurs cas pour le dernier accouchement), mais le plus souvent par choix de réassurance, pour la compétence des agents de santé. La proximité joue dans le choix de la structure de santé, mais le CSRéf est, comme pour les CPN, la structure privilégiée par les citadines.

*« Parce que les médecins ont plus de connaissances que les vieilles. »*

*« Parce qu'on nous l'a recommandé pour qu'en cas de problème, les agents de santé puissent intervenir. »*

*« Parce que c'est la meilleure des solutions pour prévenir les dangers et recevoir les soins après l'accouchement. »*

*« Parce que lors des CPN, on nous dit de venir accoucher au centre de santé. »*

Les accouchements à domicile sont justifiés, surtout au village, au nom de la coutume/de la pratique commune et/ou jugés peu pertinents en l'absence de problème de santé de la mère (accouchements précédents jugés s'être passés sans complication, entourage des aînées). Pour autant, certaines mères souhaiteraient accoucher dans une structure de santé mais ne pensent pas pouvoir assurer les

<sup>10</sup> Cf. Ménaka et Tindirma. Ces préparations incluent, parfois du savon, parfois des plantes saponifères ou qui produisent des décoctions moussantes, auxquels sont conférées des vertus de nettoyage de l'intérieur du corps de la mère et du fœtus, et via l'éclaircissement du teint de la peau du bébé, un bénéfice de vitalité (vs. un teint trop foncé associé à une forme de morbidité).

<sup>11</sup> Nous verrons en revanche que la pratique des CPON est corrélée à l'accouchement médicalement assisté.

dépenses afférentes, notamment à Rharous, ou ne pensent pas avoir le temps de se rendre au CSCCom/CSRéf au moment où l'accouchement se déclenche.

*« Parce que dans notre famille nous n'accouchons jamais au CSCCom. » Sonrai, moyen, Nana*

*« Parce que toutes les femmes accouchent au village, donc je fais pareil. » Sonrai, très pauvre, Nana*

*« Parce que je n'avais pas les moyens pour aller au CSCCom. » Sonrai, très pauvre, Nana*

*« Parce que je n'étais pas malade donc j'ai accouché chez ma mère avec l'aide de la matrone du village. » Sonrai, très pauvre, Nana*

Les problèmes les plus redoutés sont l'accouchement par césarienne (trois femmes interviewées ont été césarisées pour la dernière grossesse) et les douleurs postnatales (la moitié des femmes les ont subies). Les actions préventives réellement engagées visent à limiter la prise de poids du fœtus, notamment via un contrôle alimentaire et certaines pratiques médicamenteuses. Deux tiers des mères déclarent avoir accouché très ou plutôt facilement, en ville comme au village, et presque aucune ne relate un accouchement 'très difficile'. La majorité estime que leur enfant était en très ou plutôt bonne santé à sa naissance (80% à Rharous, 65% à Nana).

### **5. Les pratiques néonatales sont marquées par la persistance des méthodes traditionnelles, surtout au village.**

Même lors des accouchements médicalement assistés, la pratique du contact peau-à-peau est très peu répandue, particulièrement à Nana (10% des enfants, contre 30% à Rharous). Les mères relatent spontanément plusieurs types d'activités entre l'accouchement et le premier contact avec leur enfant : récupération physique et parfois émotionnelle, hygiène corporelle, prise alimentaire. Sur relances, les deux tiers des femmes déclarent avoir mangé (55%) et/ou s'être lavées (55%) avant d'être mises en contact avec leur enfant. L'enfant a été posé habillé dans 80% des cas et déjà nettoyé dans 50% des cas. Il n'a été posé directement sur la peau de la mère que dans 12% des cas, surtout au CSRéf, et la mère n'a jamais été demandeuse de cette pratique, effectuée spontanément par les agents de santé.

*« Je me suis lavée d'abord après j'ai mangé avant d'allaiter le bébé. » Rharous*

*« J'ai été nettoyée par les sages-femmes et après j'ai mangé de la soupe de viande et j'ai bu du lait. » Rharous*

*« On m'a juste mis une perfusion, ensuite on m'a nettoyée et après j'ai mangé. » Rharous*

*« On a déposé le bébé sur ma poitrine quand j'ai fini d'accoucher. » Nana, accouchement au CSRéf*

La pratique d'administrer le colostrum est intégrée, et toutes les mères sauf une, qu'elles aient accouché dans une structure de santé ou à domicile, l'ont suivie.

- Les vertus conférées au colostrum sont multiples et non toujours consensuelles : premier aliment (rappelé par les agents de santé), croissance, santé, intelligence, vaccin naturel, contribue à l'expulsion du placenta.
- 20% des mères lui attribuent la fonction, ancrée dans les représentations coutumières, de débloquer la gorge du nouveau-né.

*« Parce que tous mes enfants sont nés à l'hôpital, et à chaque fois on nous conseille d'allaiter le bébé avec le lait maternel. »*

*« Parce que les agents de santé disent que c'est la première vitamine de l'enfant. »*

*« Parce que le colostrum empêche l'enfant d'être malade. »*

*« Parce que ça rend le bébé intelligent. »*

*« Parce que je voulais débloquer la gorge du bébé. »*

Pour 50% des naissances, d'autres méthodes que l'allaitement avec le colostrum sont utilisées pour 'débloquer la gorge' du nouveau-né, surtout au village (70% contre 35% à Rharous) :

- Le plus souvent, enfoncez un doigt dans la bouche/gorge du nourrisson (uniquement à Nana, 50% des cas), par la mère ou une femme de l'entourage familial dont la grand-mère, mais aussi parfois, d'après les mères, par les agents de santé ;
- Parfois, faire boire de l'eau de dattes, ou de l'eau sucrée (peu fréquent, en ville comme au village), ou du lait de chèvre.
  - « On a débloqué la gorge du bébé avec les doigts, je ne sais pas mais je crois que c'est une méthode traditionnelle. » Nana
  - « C'est ma mère qui a mis son doigt dans la bouche du bébé pour lui débloquer la gorge. » Nana
  - « On a mis des dattes dans de l'eau, et quelques minutes après on a fait boire ça au bébé. » Nana
  - « Ma mère a traité le lait d'une chèvre et l'a fait boire au bébé. » Rharous

Plus du tiers des mères (30% à Rharous, 45% à Nana) ont fait ingérer des médicaments traditionnels au nouveau-né au cours des trois premiers jours.

- Dattes (en purgatif), souvent mélangées avec du 'farkahasou' et parfois du thé ou du vétiver contre les maux de ventre, de tête, avec une multiplicité des recettes au village et parmi la population touarègue de Rharous.
- Décoctions à usage externe et interne pour protéger/renforcer le nouveau-né ;
  - « On a lavé le bébé et on lui a fait boire un bouillon de feuilles de bambou. » Nana
  - « Ma mère a mélangé des dattes avec un médicament traditionnel appelé le tahahis en touareg pour prévenir les maux de ventre du bébé. » Rharous
  - « Les dattes plus du farkahasou, qu'on met dans de l'eau et qu'on lui donne quelques minutes après la naissance, et ensuite une fois par jour pendant une semaine pour nettoyer le ventre du bébé. » Rharous
  - « Une infusion de dattes et de farkahasou qu'on donne au bébé deux fois par jour pendant trois jours pour nettoyer son ventre. » Rharous

La pratique de masser le nouveau-né avec du beurre de karité (et parfois de lui en faire ingérer) est relativement répandue et vise à prévenir le dessèchement de la peau, le refroidissement, et également les maux de ventre.

90% des mères ont passé du temps chez leur propre mère suite au premier accouchement, en général un mois/40 jours conformément à la coutume, les exceptions étant justifiées par un état maladif ou un refus du mari ou de la belle-mère. 35% des mères ont également suivi, suite à l'accouchement d'un autre enfant, cette coutume qui permet à la mère d'être prise en charge par sa propre mère, et qui assure également la transmission des savoir-faire sur les soins au nouveau-né.

- « Parce que c'était mon premier enfant, et je ne savais pas comment m'y prendre. » Nana
- « Parce que je voulais que ma mère m'apprenne à m'occuper de mon enfant. » Nana
- « Pour que ma mère m'apprenne à allaiter le bébé et pour qu'elle me prépare à manger aussi. » Rharous

Au cours des trois premiers jours, plus de la moitié des enfants a été traité par la médecine moderne<sup>12</sup>, surtout pour les yeux (tétracycline, collyres), sinon pour des maux divers : fièvres, maux de ventre, diarrhée, boutons.

En l'absence de montée de lait immédiate, une mère a alimenté son enfant avec de l'eau sucrée<sup>13</sup>.

- « Je lui ai donné de l'eau sucrée, parce que je n'avais pas de lait dans mes seins. On en a donné au bébé une fois par jour. » Rharous

<sup>12</sup> Il serait intéressant de documenter les pratiques d'automédication/pharmacies 'par terre' et les recours aux structures de santé.

<sup>13</sup> Pratique traditionnelle mentionnée lors des enquêtes à Bamako, Ménaka et Tindirma.

## **6. La pratique des CPON<sup>14</sup> est peu installée, mais elle fournit notamment un point de rencontre des mères les plus vulnérables avec les structures de santé.**

La notion de CPON est encore peu appropriée par les mères, même si elle s'inscrit dans une fonction de réassurance. 60% des mères ont déclaré avoir effectué au moins une CPON, avec une moyenne 0,8 par mère, soit un taux très bas.

De plus, seulement la moitié sont de réelles CPON, avec une fonction de contrôle : la mère se sent en bonne santé, et engage un contrôle de la santé du bébé et éventuellement de la sienne. Il s'agit notamment des femmes qui ont accouché à domicile, soit souvent de ménages ruraux et/ou les plus pauvres). Ces consultations, qui incluent souvent la vaccination de l'enfant, offrent une réassurance, et la mère n'engage plus d'autre consultation tant que la santé de l'enfant ou la sienne ne le nécessite pas.

L'autre moitié des consultations désignées comme CPON par les mères s'apparente plutôt à des consultations curatives engagées suite à un problème de santé de la mère (et non de l'enfant), qui souffre de fatigue, perte d'appétit, maux de ventre, céphalées, hypertension notamment. Quand la mère a été gardée en observation suite à un accouchement difficile et/ou un mauvais état de santé, il s'agit d'une consultation de suivi d'une femme hospitalisée.

*« Parce qu'après chaque accouchement je me rend au CSCom pour voir mon état de santé et celui du bébé. »*

*« Parce que j'avais accouché à la maison, donc je suis partie à l'hôpital pour voir mon état de santé. »*

*« Pour qu'on nettoie mon ventre après l'accouchement. »*

*« J'étais malade après l'accouchement de mon premier enfant donc je suis partie au CS Com. »*

*« Je me sentais bien, donc je ne suis plus allée au CSCom. »*

Les CPON fournissent notamment un moyen de contrôler leur santé et celle de l'enfant aux mères ayant accouché à domicile. Trois quarts d'entre elles en ont effectué une ou plusieurs, avec une moyenne de 1.2, alors que la moitié seulement des mères ayant accouché dans une structure de santé en a effectué une (et toujours une seule, avec une moyenne de 0.4 CPON par mère). L'accouchement médialement assisté étant plus répandu en ville et parmi les classes moins/non pauvres, la pratique des CPON est ainsi corrélée au degré d'urbanité (80% des nouvelles mères de Nana ont ainsi effectué au moins une CPON, contre seulement 40% des mères de Rharous) et au niveau socioéconomique (67% des très pauvres en ont effectué au moins une, contre 56% des pauvres et 45% des non pauvres).

85% des CPON ont eu lieu au cours des 48 heures suivant l'accouchement. Elles ont surtout été effectuées au CSRéf, pour autant 30% des mères de Nana ont consulté au CSCom, là où elles avaient effectué les CPN.

Si les consultations de contrôle ont été intégrées par certaines mères, la plupart justifient le fait d'avoir engagé une CPON ou non, et les variations du nombre de CPON effectuées suite à leurs maternités successives, par leur état de santé. La CPON n'est pas envisagée si aucun problème de santé ou de mal-être excessif n'est ressenti. Comme vu précédemment, les mères de Rharous évaluent plus positivement que celles de Nana leur niveau de santé et de bien-être, ainsi que les conditions de leur dernier accouchement et la santé de leurs enfants à la naissance. Le fait de ne pas faire de CPON est ainsi, souvent, plutôt justifié par l'absence de besoin ressenti que d'une méconnaissance ou d'une réticence sur le principe.

*« Je n'ai pas fait de CPON car je me sentais bien, donc je ne suis plus allée au CSCom. »*

---

<sup>14</sup> Il a été demandé lors des entretiens combien de CPON la mère avait effectué, et le cas échéant comment la première s'était déroulée.

*« J'en ai moins fait pour les autres grossesses car j'étais en bonne santé après l'accouchement. »*

*« J'en ai fait plus pour les autres grossesses parce que j'avais des maux de ventre. [...] Je ne me sentais pas bien. [...] Parce que j'étais malade après l'accouchement. »*

Presque toutes les mères estiment avoir reçu des conseils lors des CPON, au CSCCom comme au CSRéf. La plupart de ces conseils sont toutefois des prescriptions médicamenteuses en réponse aux maux qui ont engagé la CPON 'curative', ou de façon plus préventive (fer, vitamines, etc.). Les conseils portent sinon sur l'alimentation de la mère, l'hygiène de vie, le planning familial et l'allaitement.

*« On m'a conseillé de prendre du Lipton, du poisson et de la viande. » CPON au CSCCom, mère de Nana*

*« On m'a conseillé d'éviter de manger du sel pour éviter la tension. » CPON au CSCCom, mère de Nana*

*« La planification familiale, la protection de l'enfant et l'allaitement exclusif. » CPON au CSCCom, mère de Rharous*

*« D'allaiter le bébé jusqu'à ce qu'il refuse le lait maternel. » CPON au CSRéf, mère de Rharous*

La consultation est accessible à toutes, en raison vraisemblablement des gratuités, car le coût des consultations elles-mêmes n'a jamais été évoqué comme un frein. Les prescriptions alimentaires et médicales des agents de santé impliquent en revanche des dépenses lourdes pour certains ménages pauvres ; un tiers des mères déclare ne pas pouvoir accéder facilement aux produits conseillés.

*« C'était difficile car ni mon mari ni moi n'avions d'argent. » Sonrai, très pauvre, Nana*

*« Je n'ai pas d'argent et j'ai dû prendre un crédit chez un boutiquier. » Touareg, très pauvre, Rharous*

## **7. Les pratiques d'allaitement sont encore peu influencées par la sensibilisation.**

80% des mères allaitent toujours, avec une pratique de sevrage autour de 18 mois, sinon à 24 mois : au sein de notre échantillon, 92% des enfants de moins de 18 mois sont allaités, contre 20% de ceux de 18 mois et plus.

L'allaitement à la demande est la norme : 100% des mères allaitent principalement en réponse aux pleurs, identifiés comme la principale expression de la faim du nourrisson. Jusqu'à trois mois, les mères considèrent également le réveil de l'enfant comme un moment adéquat pour allaiter. Les mères des enfants de plus de 15 mois identifient quant à elles d'autres formes de sollicitation, gestuelles ou 'verbales', et différencient le désir ou besoin de téter de l'enfant de la faim. 25% des mères, toutes pauvres ou très pauvres, conditionnent toutefois l'allaitement à leur disponibilité. Une seule femme a déclaré allaiter par anticipation avant de s'absenter.

*« Lorsqu'il pleure et chaque fois qu'il se réveille. » Touareg, très pauvre, Rharous, 0 mois*

*« Je l'allaiterai lorsqu'elle pleure et si je n'ai rien d'autres à faire. » Peul, très pauvre Rharous, 2 mois*

*« Quand elle pleure et quand elle veut téter. » Sonrai, moyen, Rharous, 18 mois*

*« Lorsqu'il pleure et quand je dois sortir de la maison pour un long moment. » Sonrai, pauvre, Rharous, 16 mois*

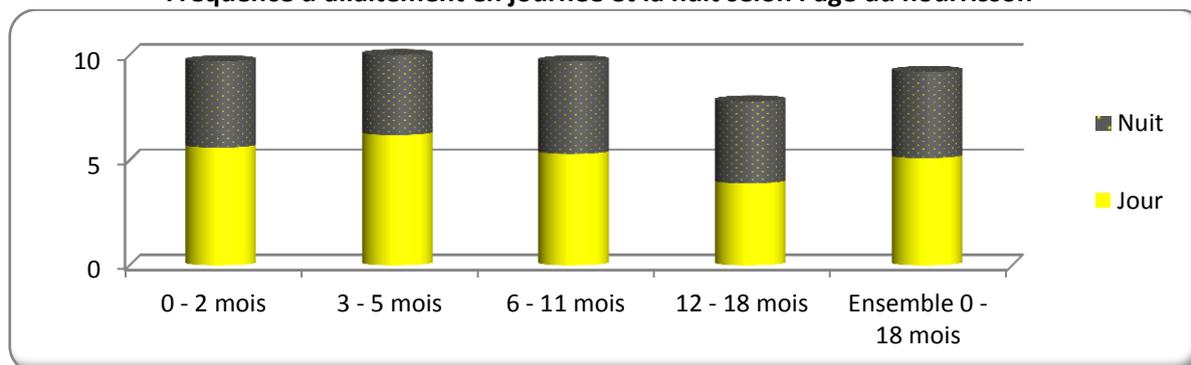
La fréquence d'allaitement est très diverse (de sept à quinze fois par jour), néanmoins, au global, les mères allaitent de façon très constante jusqu'à onze mois, en moyenne six fois la journée et quatre fois la nuit, soit dix séquences quotidiennes. A partir d'un an, les mères n'allaitent plus, en moyenne, que quatre fois la journée et toujours quatre fois la nuit, soit huit séquences quotidiennes.<sup>15</sup> La

---

<sup>15</sup> Les observations réalisées à Diré fin 2018 ont montré que cette baisse de fréquence est compensée par des durées plus longues voire des séquences 'intercalaires' rapides, certainement non comptabilisées par les mères dans leurs réponses.

fréquence d'allaitement moyenne ne varie pas entre mères de ménages très pauvres, pauvres et moyens.

**Fréquence d'allaitement en journée et la nuit selon l'âge du nourrisson<sup>16</sup>**



La position d'allaitement privilégiée des mères<sup>17</sup> est assise sur une natte. Celles des tout-petits (0-2 mois) allaitent presque toujours ainsi, jambes allongées et plus rarement croisées. A partir de trois mois, trois quarts des mères alternent et/ou changent pour d'autres position : assises par terre jambes croisées, assises sur un siège bas ou haut.

Le message sur l'AME est entendu, mais se heurte à des freins divers. Un tiers des femmes allaitantes se souvient avoir reçu des conseils spécifiques sur l'allaitement : importance de l'allaitement, se nettoyer le sein avant l'allaitement, prendre une bonne position pour la mère et l'enfant, s'assurer d'une bonne prise au sein, exprimer son lait pour le faire boire ultérieurement, et notamment allaiter jusqu'à satiété, ce dernier message semblant être largement diffusé et mémorisé. Les agents de santé et les membres des GSAN sont les principaux canaux de diffusion de ces messages.

*« De bien allaiter le bébé. C'était le GSAN lors d'une visite chez moi à domicile. »*

*« De l'allaiter jusqu'à ce que le bébé ait marre du seins. Ça s'est passé lors d'une séance de la sensibilisation du GSAN. »*

*« Ils m'ont conseillé d'extraire le lait du seins pour le donner à l'enfant. Ce sont les agents de santé qui l'ont dit, pendant les vaccinations. »*

L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est l'un des conseils les plus connus et les mieux compris. 20% des mères le restituent spontanément, et 85% se le remémorent en assisté. Ce conseil est diffusé par les agents de santé du CSCom et du CSRéf et par les membres des GSAN, souvent lors des CPN/CPON et lors des vaccinations, parfois après l'accouchement. Ce message tend également à être véhiculé par transmission familiale, et les aînées (mère, belle-mère, tante) sont ainsi également un canal de diffusion efficace.

40% des mères ayant reçu le conseil sur l'allaitement maternel exclusif ne le respectent pas, sur un et/ou l'autre des trois registres alimentation, eau et médication.

- Ne pas donner d'alimentation complémentaire à l'enfant avant six mois est la partie du message la plus largement respectée. Seules quelques mères (moins de 10%) ont nourri leur enfant avant six mois, toujours sur la base du sentiment de la mère de manquer de lait/d'avoir un lait peu nutritif. La mère de l'un des enfants étudiés, de trois mois, lui a fait boire plusieurs fois du lait de chèvre au cours de la semaine précédant l'enquête. Ces pratiques sont toujours le fait de femmes du niveau moyen, et ne peut ainsi être attribué à la pauvreté monétaire ou alimentaire.

*« Je lui donne souvent de lait de vache si je n'ai pas de lait. » Sonrai, moyen, Rharous*

<sup>16</sup> De 0 à 18 mois car un seul enfant âgé de plus de 18 mois est encore allaité.

<sup>17</sup> La question a été posée en vue de définir une imagerie pertinente de la mère allaitante, notamment pour les BAI.

*« Parce que mes seins n'avaient plus de lait donc je lui donnais de l'eau et du riz. » Sonrai, moyen, Nana*

*« Parce que je n'avais pas assez de lait dans mes seins. » Sonrai, moyen, Rharous*

*« On m'a dit que s'il n'y a plus assez de lait, tu peux lui donner de la bouillie, de la pomme de terre. »*

- La consigne de ne pas donner d'eau est diversement respectée selon les ménages. Si la majorité des mères déclare ne pas avoir donné d'eau elles-mêmes<sup>18</sup>, 30% ont contrevenu et fait boire de l'eau régulièrement à leur enfant avant six mois, car l'AME est perçu comme un facteur de risque grave, et le conseil n'est pas appropriable, surtout lorsque l'enfant n'est pas allaité à suffisance. Parmi les nourrissons de moins de six mois étudiés, quatre boivent quotidiennement de l'eau, dont un de l'eau du puits et deux de l'eau du fleuve.

*« Je ne le fais pas, parce que ne pas boire peut provoquer la déformation de la tête du bébé. »*

*« Je suis obligée de lui donner de l'eau s'il refuse de téter. »*

*« Parce que les gens du village m'ont dit de ne pas attendre 6 mois avant de lui donner de l'eau. »*

- L'AME se heurte de plus aux pratiques de médications traditionnelles, et un tiers des mères reconnaît ne pas l'avoir respectée. Les médications données aux enfants de moins de six mois constituent parfois une réponse curative, souvent pour traiter les problèmes du tube digestif (avec l'usage de laxatifs, notamment à base de dattes), parfois une mesure préventive de protection ou de renforcement du nourrisson, cf. les pratiques des premiers jours et les décoctions à usage interne et externe<sup>19</sup>. Enfin, on attribue également à l'eau de dattes la vertu de provoquer la succion du nourrisson, et dans ce cas le produit est vu comme un outil pour mieux allaiter.

*« Parce que l'enfant n'arrêtait pas de pleurer à cause des maux de ventre, donc je lui ai donné des médicaments traditionnels. »*

*« Parce que je voulais que mon enfant soit en bonne santé donc je le lavais et lui faisais boire des infusions traditionnelles. »*

*« Pour qu'elle puisse grandir. »*

*« Pour qu'elle puisse téter, je lui ai donné de l'eau des dattes. »*

## **8. Le sevrage est souvent plus précoce que la norme véhiculée par les messages ANJE, surtout parmi les ménages les plus pauvres, et souvent encouragé par l'entourage de la mère.**

Les mères déclarant vouloir allaiter ou surtout avoir allaité jusqu'à deux ans sont relativement peu nombreuses. La majorité des enfants de plus de 18 mois ont déjà été sevrés, parfois dès un an, et les mères qui allaitent encore déclarent souvent envisager un sevrage vers 18 mois. Les motivations à sevrer sont diverses, peu justifiées par la coutume (et surtout très peu de mères déclarent que la coutume prescrit un allaitement jusqu'à deux ans) mais plutôt par des considérations d'ordre plus personnel :

- Optimiser le développement de l'enfant (sevrés à 19 mois, 19 mois, 24 mois) ;
- Nouvelle grossesse (sevré à 16 mois) ;
- Pénibilité d'allaiter (sevrés à 12 mois, 17 mois, 17 mois, 24 mois) ;
- Permettre à la mère de s'absenter (sevré à 16 mois) ;

Le sevrage est toujours justifié par le fait que l'alimentation est suffisante et/ou que l'allaitement lui-même est nocif pour l'enfant :

- L'enfant mange de tout (sevrés à 11 mois, 12 mois) ;

<sup>18</sup> Les études de 2019-début 2020 à Ménaka et Tindirma ont montré que les grand-mères et les autres femmes de la famille donnaient souvent de l'eau au nourrissons, même quand la mère pensait elle-même respecter ce conseil.

<sup>19</sup> Ces pratiques ont largement été décrites, notamment par les grand-mères, à Ménaka et Tindirma.

- L'enfant mange et ne veut plus téter (sevré à 18 mois) ;
- Le lait maternel n'a plus d'apport nutritionnel pour l'enfant (sevré à 15 mois) ;
- Le lait maternel est jugé néfaste pour l'enfant/l'enfant allaité est continuellement malade (sevrés à 19 mois, 19 mois) ;
- L'allaitement prolongé altère le caractère de l'enfant (sevré à 24 mois).
  - « 15 mois - Parce qu'on doit le sevrer à partir de 12 mois. C'est moi-même qui ai décidé d'arrêter de l'allaiter car il a grandi et que le lait ne lui sert plus à rien à son âge. » Sonrai, très pauvre, Nana
  - « 17 mois - Parce que j'étais fatiguée de l'allaiter seulement. C'est moi-même qui ai décidé. » Sonrai, très pauvre, Nana
  - « 19 mois - Parce qu'il tombait très souvent malade et selon moi c'était dû au lait. On m'a conseillé d'arrêter de l'allaiter parce qu'il était fréquemment malade. » Sonrai, très pauvre, Nana

Le sevrage est autorisé, parfois encouragé et même préconisé par l'entourage des mères : mari, grand-mères, autorités de santé, et religieuses, qui peuvent intervenir dans les stratégies de sevrage. Le recours aux marabouts, aux grand-mères, avec des méthodes plus ou moins brutales (ex. se mettre du piment sur les mamelons), traduit un réel besoin des mères de cesser d'allaiter, ressenti parfois dès 12 mois.

« Je l'ai sevré à 12 mois - Parce que j'étais fatiguée de l'allaiter seulement. C'est moi-même qui ai décidé de le sevrer avec l'accord de son père. Il mangeait tout ce que je mangeais. » Touareg pauvre, Rharous

« Je vais l'envoyer chez ma mère pendant deux semaines avec des biscuits, des gâteaux et du lait, pour qu'il oublie le lait maternel. » Sonrai, pauvre, Rharous

« Il a 17 mois. Je vais le sevrer à 18 mois. Je vais l'emmener chez un marabout pour qu'il fasse des bénédictions, pour qu'il oublie le lait maternel. » Sonrai, moyen, Rharous

« Il a 7 mois, je vais le sevrer à 15 mois - Je vais acheter des biscuits que je vais donner à un marabout pour qu'il fasse des bénédictions dessus, afin que l'enfant n'ait plus envie de téter. » Sonrai, pauvre, Rharous

« Je vais mettre du piment sur le bout de mes seins, comme ça elle n'aura plus envie de téter. » Peul, moyen, Rharous

## **9. L'alimentation de la mère comme du nourrisson reste, malgré une forme de conscientisation, un domaine très éloigné des préconisations de la médecine moderne.**

### **9.1. Les mères ont un faible niveau de connaissance des messages sur l'alimentation du jeune enfant.**

Près de la moitié des mères (le plus souvent des citadines) se souvient d'avoir été conseillées, le plus souvent par les agents de santé et parfois par les membres des GSAN. Les messages mémorisés par les mères d'enfants de moins d'un an portent essentiellement sur l'introduction des aliments : ne pas donner d'aliments avant 6 mois ; introduire une alimentation diversifiée à partir de six mois, dès que l'enfant peut manger : poisson, pomme de terre, œufs, fruits ; privilégier les bouillies plutôt que le riz. Ceux mémorisés par les mères d'enfants de 12 mois et plus restituent les aliments préconisés car riches pour les enfants : lait, soupes de viande et poisson, œufs, légumineuses, pomme de terre, fruits importés, et quelques messages supplémentaires, sur des aliments légers, les bouillies à base de farines spéciales enfant et/ou de farines mélangées (blé, mil, haricot). Les notions de rythme alimentaire, de bol alimentaire ou de texture des aliments ne sont jamais restituées.

« Les docteurs du CSRéf et du CCom - Ils m'ont conseillé d'associer des œufs, des fruits et des céréales au lait maternel pour les enfants âgés de 6 mois. » Sonrai, pauvre, Rharous, 3 mois

« Les agents de santé - Ils m'ont conseillée de donner à mon enfant de la bouillie, de la pomme de terre, du poisson et du haricot. » Sonrai, moyen, Nana, 12 mois

« Un agent de santé - Il m'a conseillée de donner de la pomme de terre, des œufs et du poisson à l'enfant. » Peul, très pauvre, Rharous, 24 mois

*« Le GSAN - Ils m'ont conseillée de donner de la bouillie de farine, de mil, de maïs et du lait à l'enfant. » Sonrai, moyen, Rharous, 18 mois*

Ces conseils sont relayés par les canaux communautaires (radio) et entre femmes.

*« Une amie - Elle m'a conseillé de lui donner du Vitablé et des oranges. » Touareg, très pauvre, Rharous, 20 mois.*

*« Ma mère - Elle m'a conseillé de la soupe de viande et de poisson à l'enfant. » Sonrai, très pauvre, Rharous, 17 mois*

*« Ma tante - Elle m'a conseillé de lui donner du fonio avec du sirimé et du beurre de karité. » Sonrai, pauvre, Rharous, 24 mois*

*« A la radio - Ils ont dit de préparer pour les jeunes enfants de la pomme de terre, du poisson, de la bouillie faite à base de mil, de farine et de haricot. » Sonrai, pauvre, Rharous, 8 mois*

Ces conseils sont souvent respectés, parfois adaptés, mais parmi certains ménages pauvres, de la même façon que l'alimentation de la femme enceinte, celle du nourrisson se heurte à la barrière économique.

*« Parce que je n'avais pas les moyens financiers . »*

*« Parce que l'enfant était bien alimenté et n'avait pas besoin de la bouillie. »*

*« Parce que l'enfant était malade et ne mangeait pas. »*

14% des mères ont donné un alicament à leur enfant au cours du mois précédent l'entretien :

- Datte et eau contre les maux de ventre, 0 mois,
- Infusion de kinkéliba contre la fièvre, 3 mois,
- Gingembre sucre et dattes, contre les maux de ventre, depuis l'âge de six mois,
- Bouillie, 9 mois, contre la malnutrition,
- Jaune d'œuf entier pour stimuler l'appétit, de 6 à 8 mois,
- Kinkéliba pour stimuler l'appétit, de 6 mois à 18 mois.

30% ont donné un médicament au cours du même mois pour le soigner ou le protéger, la quasi-totalité des médications traditionnelles (sinon, du paracétamol contre la toux/fièvre et les maux de ventre), dont un quart à des enfants de moins de six mois. Les problèmes de santé visés sont souvent digestifs (diarrhée, constipation, maux de ventre, vomissements).

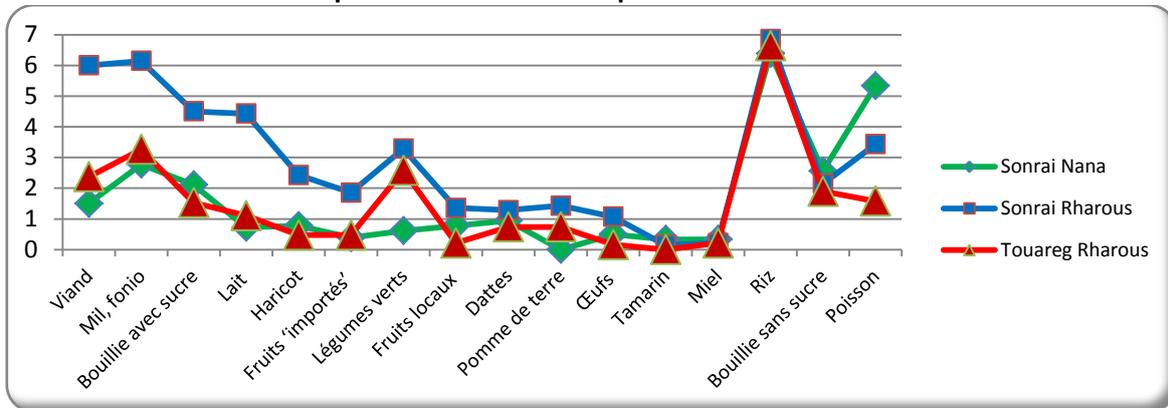
- Datte et farka hasou contre les maux de ventre, 3 mois,
- Beurre de karité et farka hasou contre les vomissements et pour renforcer l'enfant, 4 mois
- Ardigni pour pallier le manque de lait maternel, 4 mois, 5 mois,
- Piment en poudre, pour prévenir la diarrhée et le paludisme, 12 mois
- Haigara, contre la diarrhée, 12 mois,
- Chourouchourou pour protéger, 17 mois,
- Lait et farka hasou contre la diarrhée et les maux de ventre, 17 mois,
- Tamarin et feuilles, contre le paludisme et la constipation, 18 mois,
- Bissap noir (houlounda) contre le paludisme, 18 mois, 19 mois,
- Potasse et tanin, contre la diarrhée les vomissements, 24 mois,
- Beurre de karité et farka hasou contre la diarrhée 24 mois.

## **9.2. Le régime alimentaire des mères elles-mêmes varie selon le lieu d'habitation, le niveau socioprofessionnel et la sphère culturelle.**

Ces trois facteurs jouent diversement selon la catégorie d'aliment envisagée. Les femmes sonraies de Rharous (qui sont globalement moins pauvres) ont une alimentation largement plus riche, variée et équilibrée que les Sonraies du village ou les Touareg de Rharous. La sphère culturelle est moins déterminante que le lieu d'habitation, néanmoins le poisson (accessible vu sa consommation par les plus pauvres, au village notamment) est largement moins consommé par les mères touarègues. La

consommation de viande, d'œufs ou de lait est en revanche clairement conditionnée aux moyens économiques.

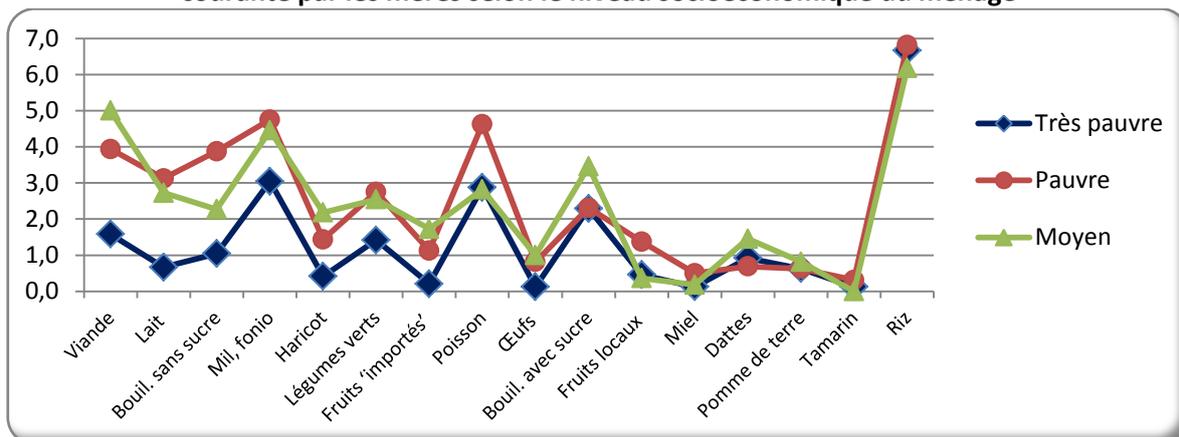
**Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante par les mères selon la sphère culturelle et l'urbanité**



**Le régime alimentaire des mères varie surtout selon le niveau socioéconomique du ménage.** Les mères très pauvres ont un régime alimentaire peu diversifié. Elles consomment quotidiennement du riz et parfois du poisson, de la bouillie et du mil/fonio, occasionnellement de la viande ou des légumes. Elles ne consomment que rarement des fruits, du lait et d'autres aliments nécessaires à une alimentation diversifiée comme notamment le mil, les fruits et légumes, les œufs. Les mères non très pauvres consomment plus souvent toutes ces catégories de produits (lait, fruits, légumes verts, haricots, viande et poisson, œufs).

Les produits les moins accessibles sont par ordre décroissant : la viande, les œufs, les fruits importés, le lait, le sucre, le haricot, la bouillie, le miel, les légumes verts, les dattes. Les produits les moins discriminants sont par ordre décroissant le mil/fonio, le poisson, la pomme de terre, le tamarin, les fruits locaux, enfin le riz, totalement non discriminant.

**Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante par les mères selon le niveau socioéconomique du ménage**



L'alimentation des mères s'appauvrit globalement au fil de la croissance de l'enfant.

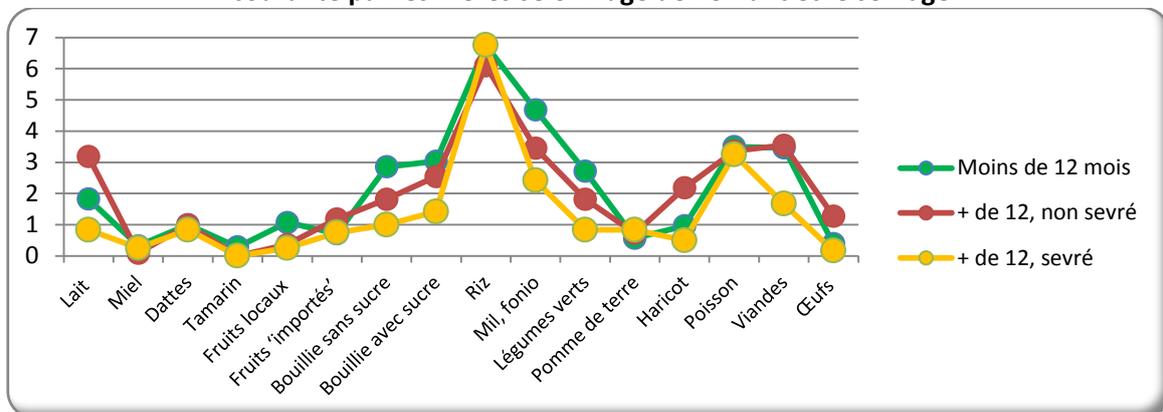
Le régime alimentaire des mères de nourrissons de moins d'un an traduit l'appropriation des messages nutritionnels et l'investissement consenti. Leur alimentation est assez riche, surtout sur les catégories d'aliments recommandés par les agents de santé, 'légers' : fruits et légumes et/ou

fortifiants : lait, poisson et viande, mil et fonio. Elles consomment également moins de produits déconseillés aux femmes en fin de grossesse ou allaitantes : pomme de terre, haricot et œufs.

Lorsque le nourrisson atteint un an, le régime alimentaire des mères diffère surtout en fonction du sevrage, corrélé au niveau socioéconomique. Les mères allaitantes, plutôt moins pauvres, diminuent leur consommation des produits 'légers' mais conservent leur consommation de produits roboratifs/énergétiques (lait, viande, bouillie avec sucre, haricot, viande et œufs), Les mères qui ont sevré leur enfant (souvent très pauvres) continuent ou reprennent un régime alimentaire peu diversifié et basé sur le riz et le poisson, soit l'alimentation quotidienne 'normale' de leurs ménages très pauvres. Ce qui suppose que le sevrage signe au sein de certains ménages la fin des efforts consentis à l'alimentation de la mère.

La différence la plus sensible porte sur la consommation de lait, les mères d'enfants de plus d'un an et un non sevrés en buvant plus que les autres.

**Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante par les mères selon l'âge de l'enfant et le sevrage**

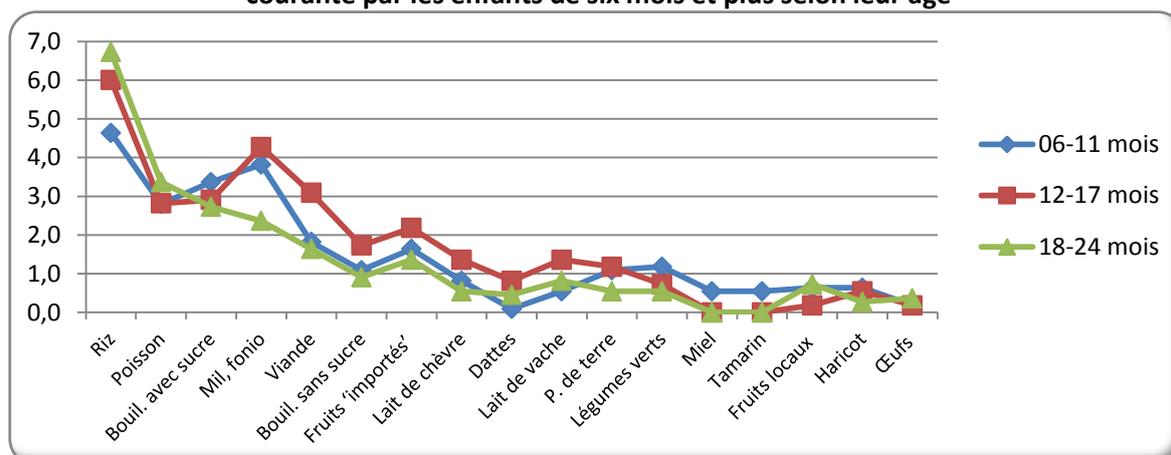


**9.3. Le régime alimentaires des enfants fait parfois l'objet d'efforts de la part des ménages, mais s'appauvrit sensiblement après le sevrage.**

Les mères respectent peu le principe d'alimentation progressive selon l'âge du nourrisson<sup>20</sup>. Les NJE consomment pratiquement les mêmes types d'aliments de consommation courante de 6 à 24 mois. Dès 6 mois, le nourrisson mange tous les types d'aliments, son régime alimentaire se compose de riz, de bouillie (avec ou sans sucre), de poisson et parfois de viande, de fruits ('importés'), et une attention semble portée aux légumes verts, au miel, au tamarin, consommés occasionnellement, soit un régime alimentaire relativement diversifié. La principale différence selon l'âge porte sur la céréale consommée, les plus jeunes consommant plus de mil/fonio et les plus âgés essentiellement riz, comme leur mère. Un effort est consenti à l'alimentation du nourrisson lors du sevrage (vers 18 mois) ; le régime alimentaire des nourrissons de 12 à 17 mois est plutôt plus varié et plus riche en viande, en lait, fruits et mil ; ceux âgés de 18 mois et plus ont le régime alimentaire le plus monotone, composé surtout du plat de riz, de poisson, de bouillie et parfois de viande.

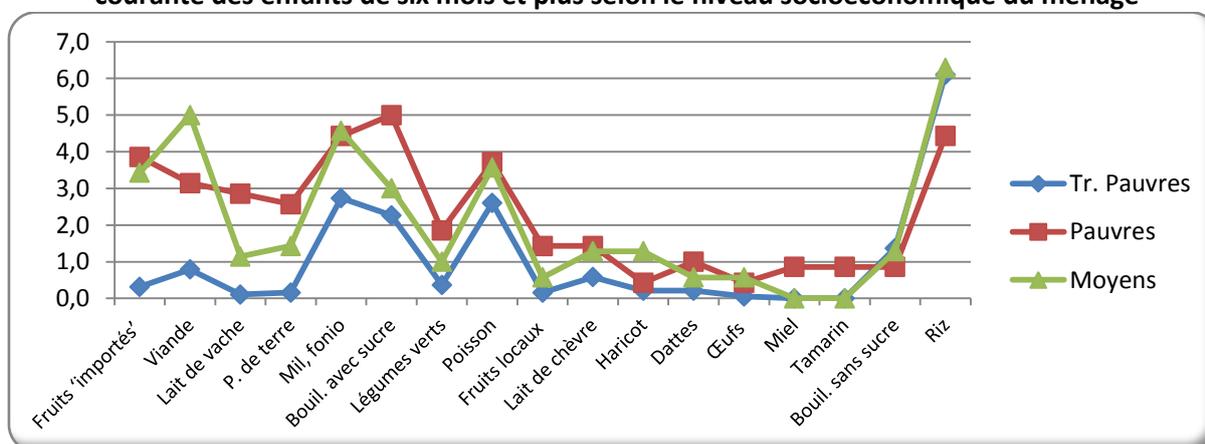
<sup>20</sup> L'étude n'a pas porté sur les rations / le bol alimentaires, en revanche sur les fréquences qui sont assez comparables, y compris sur les céréales puisque bascule du mil/fonio au riz (céréale quotidienne du plat familial dans quasiment tous les ménages).

### Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante par les enfants de six mois et plus selon leur âge



Les différences sont en revanche très marquées entre les niveaux socioéconomiques. Les enfants très pauvres consomment très peu de lait, de fruits, de légumes ou de viande. Leur régime alimentaire est, comme celui de leurs mères, essentiellement basé sur les céréales et parfois du poisson. Les enfants plus aisés consomment du lait de vache ou de chèvre, une plus grande diversité de fruits et légumes, de viande et/ou du poisson, et de la bouillie sucrée. La viande et les pommes de terre, sont les produits les plus marqués par l'aisance économique. Les haricots et les œufs sont très peu consommés (seulement par quelques enfants de ménages sonrais pauvres-moyens) alors que les mères en consomment parfois, ce qui indique que ces aliments ne sont pas partagés avec les enfants<sup>21</sup>.

### Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante des enfants de six mois et plus selon le niveau socioéconomique du ménage



50% des mères d'enfants de plus de six mois ont intégré des plats spéciaux dans le régime alimentaire de l'enfant. La moitié a donné des bouillies spéciales bébé, notamment à base de farines spécialisées, et elles citent parfois les marques Cérélac, Vitablé et Musela, et/ou à base de farines mélangées : mil, maïs et farines spéciales. L'autre moitié a donné des préparations à base de poisson, sous forme de soupe presque toujours. Les bénéfices pour l'enfant sont dans tous les cas restitués selon un schéma assez basique et récurrent : apport nutritionnel, activation de l'appétit, gain en force, en 'sang', meilleur état de santé et meilleure croissance.

<sup>21</sup> Les études de terrain précédentes ont notamment montré que le haricot est perçu comme contre-indiqué pour les nourrissons à cause de ses effets sur le système digestif (trop lourd, provoque des ballonnements, des maux de ventre voire des diarrhées.)

- Cérélac - 6 mois – « Ça lui a apporté la santé. » E32, moyen
- Bouillie – 7 mois – « Ça lui donne des vitamines. » E9, moyen
- Musela - 10 mois – « Ça lui apporte des vitamines. » Très pauvre, E27
- Bouillie à base de Vitablé – 12 mois – « Ça lui donne de la force. » E4, TP
- Lipton, sucre et du lait – 18 mois – « Ça augmente le sang de l'enfant dans son organisme. » E26, TP, sevré
- Bouillie de mil+ farine bébé+ maïs et du riz – 18 mois, sevré
- Soupe de poisson - 8 mois – « Pour que l'enfant puisse avoir des vitamines dans son organisme. » E39, moyen
- Soupe de poisson – 9 mois – « Ça lui a donné des vitamines et une meilleure santé. » E13, TP, sevré
- Poisson et huile d'oignon – 9 mois – « Ça lui donne de l'appétit. » E33, moyen
- Soupe de poisson – 12 mois – « Pour que l'enfant puisse avoir des vitamines dans son organisme. » E36, TP
- Soupe de poisson – 15 mois – « Ça lui donne de la force. Ça permet à l'enfant de vite grandir. » E50, TP
- Soupe de poisson – 17 mois – « Ça donne de l'appétit à l'enfant. Ça lui permet de ne pas avoir faim toute la journée. » E3, pauvre, sevré

La perspective du sevrage incite les mères à une alimentation de transition. Le sevrage est notamment l'un des rares moments où les produits 'spécial bébé' sont envisagés.

- Lait en poudre, lait de chèvre, beurre, yaourt,
- Riz, fonio, mil, bouillie, biscuits, pain, farines spéciales bébé,
- Poisson, œufs (la viande n'est jamais mentionnée),
- Pomme de terre, haricot, dattes, fruits, kinkéliba,
- Huile,
- Plat familial (riz dans tous les ménages).
  - « A 19 mois – Je compte lui acheter du lait en poudre pour lui faire du yaourt des biscuits et du sirop. » Sonrai, très pauvre, Nana, 13 mois
  - « A 20 mois – Je vais lui donner du lait, du poisson et du riz. » Sonrai, pauvre, Rharous, 16 mois
  - « A 22 mois – Je vais lui donner du poisson et les œufs. » Sonrai, moyen, Rharous, 18 mois

Dans la réalité, les efforts consentis sont moins importants, notamment parmi les ménages les plus pauvres, qui donnent des produits de base peu diversifiés (lait animal ou en poudre, biscuits, poisson) et/ou sur une courte période et/ou de façon conditionnée aux moyens du quotidien. Certains enfants, peu de temps après le sevrage, consomment uniquement les plats familiaux.

- « Sevré à 15 mois - Je ne lui donne rien en particulier, il mange ce qu'on nous mangeons. » Très pauvre, Nana
- « Sevré à 17 mois - Je lui donnais des biscuits au début du sevrage mais maintenant elle mange tout ce qu'on mange. » Très pauvre, Nana
- « Sevré à 24 mois - 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 le riz ou la bouillie. » Très pauvre, Rharous

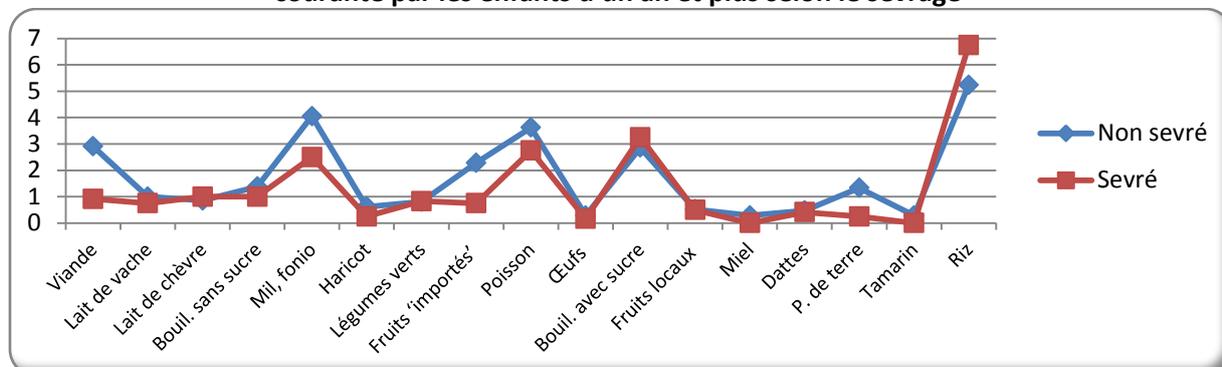
Les mères des ménages moins pauvres, en revanche, ont des pratiques plus conformes aux projections.

- « Sevré à 12 mois - Je lui donne de la bouillie de mil, de riz ou de farine, et de la soupe de poisson. » Pauvre, Rharous
- « Sevré à 17 mois - Je lui donnais du lait dès les premiers jours de sevrage. » Moyen, Nana
- « Sevré à 24 mois - Je lui donnais du poisson, des œufs bouillis, et il mangeait du riz aussi. » Moyen, Rharous

Dans des familles les plus pauvres, le sevrage précoce s'accompagne d'une pauvreté alimentaire : nettement moins de viande, de fruits et légumes, de mil/fonio, mais du riz tous les jours. Les enfants

de plus de 18 mois sevrés ont, entre l'allaitement et l'alimentation, un réel déficit. Ce régime s'apparente le plus à celui de leurs mères, et notamment des mères les plus pauvres du fait du sevrage plus précoce parmi cette classe.

### Fréquence hebdomadaire moyenne de consommation de produits alimentaires de consommation courante par les enfants d'un an et plus selon le sevrage



### 10. Les messages sur l'eau de boisson influent positivement sur les perceptions et les pratiques.

60% des mères de Nana et 30% de celles de Rharous ont reçu des conseils sur l'eau de boisson. Les agents de santé sont le principal canal d'information, relayés par les agents des ONG (HI surtout, mais aussi NRC et IMC) et divers canaux communautaires (jeunes, radio). Les GSAN ne semblent pas partie prenante de ce domaine de sensibilisation.

En spontané, le principal mode d'évaluation (pour 50% des mères) de la salubrité de l'eau est visuel : l'absence de particules surtout, secondairement la limpidité de l'eau elle-même (couleur).

« Parce que je ne vois pas de saleté dedans. »

« Parce que l'eau est transparente. »

« Parce qu'on voit que c'est propre. »

Les autres critères relèvent de la confiance dans l'eau bue : confiance dans le système d'adduction d'eau du robinet (forage, stockage) (23%), et/ou dans les traitements à la javel (18%), confiance en la nature et la propreté du 'grand fleuve'<sup>22</sup> (2%) et/ou absence de problème de santé attribué à l'eau de boisson (7%),

« C'est l'eau du robinet et parfois on sent l'odeur de l'eau de javel dedans. »

« Parce que l'eau provient du château d'eau. »

« Parce que ça vient du sous-sol et on en prend bien soins donc il n'y a pas de saleté dedans. »

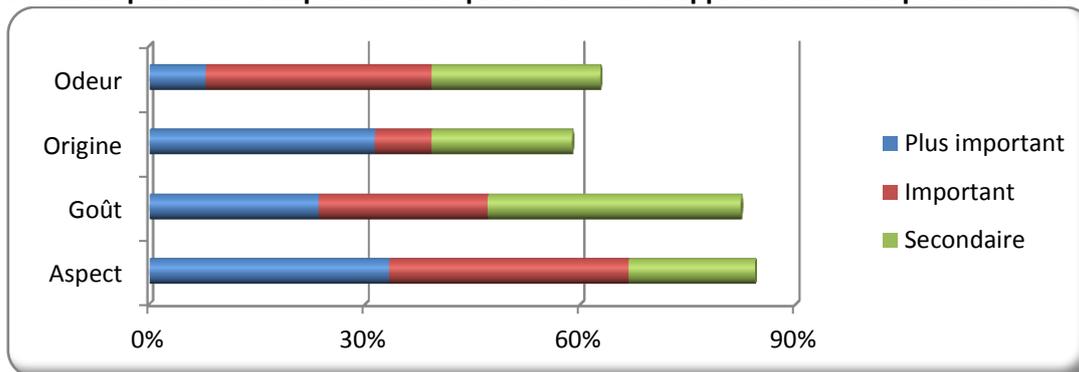
« Parce que le fleuve est vaste et il n'y a rien qui peut le salir. »

« Parce qu'on n'a jamais eu de problème en le buvant. »

En assisté, l'appréciation visuelle et le goût sont les deux principaux critères d'évaluation de la salubrité de l'eau, la source (ou origine) légèrement plus en arrière-plan, et l'odeur est un critère plus secondaire.

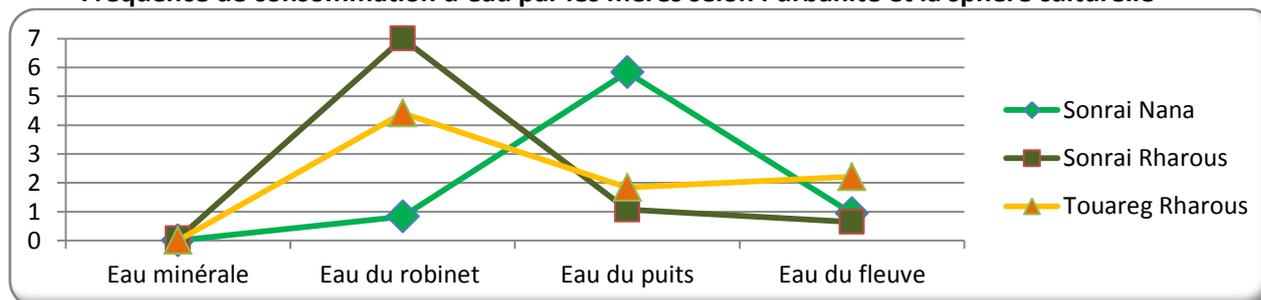
<sup>22</sup> Le nom du Niger est le 'grand fleuve' en bambara (Joliba) comme en sonrai (Issa behr).

### Classement par ordre d'importance de quatre facteurs d'appréciation de la potabilité de l'eau

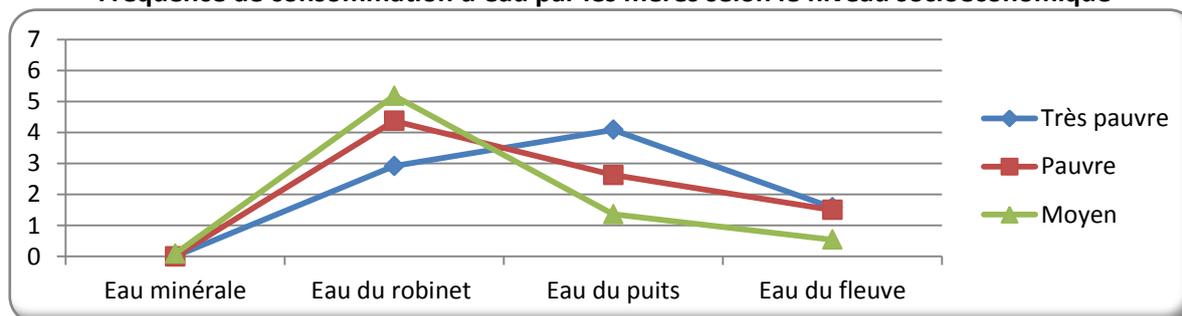


L'eau de boisson des mères est déterminée par le lieu d'habitation, le niveau socioéconomique et la sphère culturelle, qui sont corrélés pour les deux sites étudiés. Les mères du village consomment quotidiennement l'eau du puits indépendamment de leur niveau socioéconomique. Les citadines vivant en centre-ville, surtout sonrai et plus rarement touarègues ou peules, comptant peu de très pauvres, boivent presque exclusivement l'eau du réseau d'adduction (robinet). Les femmes très pauvres vivant dans les quartiers périurbains, majoritairement touarègues dans notre échantillon, boivent l'eau du fleuve ou du puits, parfois du robinet selon la distance au réseau public. Le niveau socioéconomique n'est ainsi pas le critère le plus déterminant de l'eau bue au quotidien, même si les plus aisées consomment globalement une eau de meilleure qualité.

### Fréquence de consommation d'eau par les mères selon l'urbanité et la sphère culturelle



### Fréquence de consommation d'eau par les mères selon le niveau socioéconomique



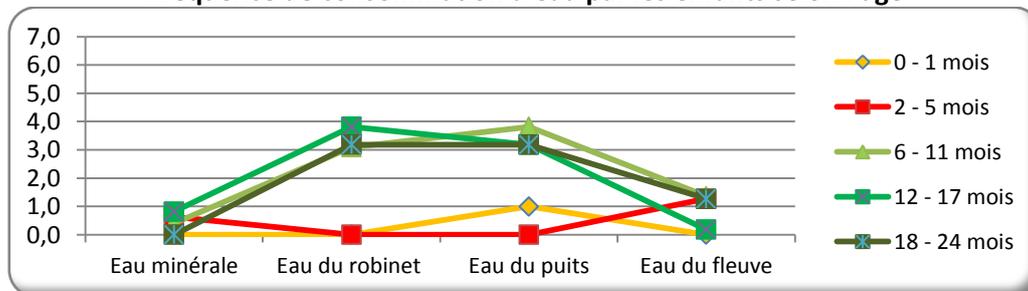
100% des mères vivant à Nana et buvant l'eau du puits déclarent que l'eau de boisson du ménage est filtrée et 50% qu'elle est traitée<sup>23</sup>, contre respectivement 50% et 25% des mères vivant à Rharous et buvant l'eau du robinet. Deux tiers des ménages déclarent donc filtrer l'eau, ce qui est cohérent avec le principal critère d'évaluation de l'eau potable, soit l'absence de particules. Plus du tiers la traite, surtout avec de l'eau de Javel et, à Nana parfois, des Aquatab. La plupart de ceux qui traitent

<sup>23</sup> Le questionnaire n'a pas prévu de question sur l'organisation des ménages en termes de traitement de l'eau, notamment le partage des tâches ou des responsabilités.

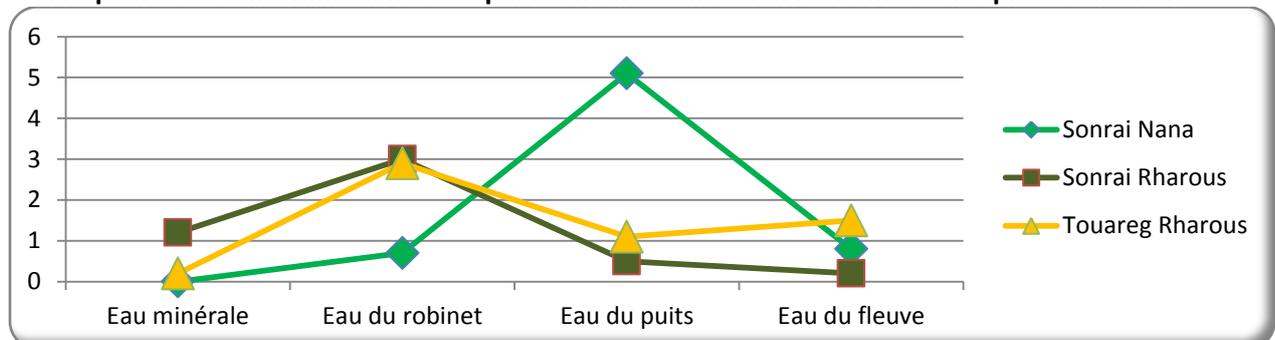
systématiquement l'eau la filtrent également systématiquement. Le rôle de la pédagogie dans l'évolution des pratiques apparaît clairement : 95% des mères déclarant avoir reçu des conseils déclarent également les avoir suivis et filtrent et/ou traitent l'eau de boisson, alors que moins de la moitié de celles qui n'ont pas reçu ou mémorisé de conseil filtrent et/ou traitent l'eau de boisson. Parmi les quelques femmes pauvres ou très pauvres buvant l'eau du fleuve/de mare, seules les ressortissantes de Nana déclarent la filtrer et la traiter. La population pauvre périurbaine de Rharous semble ainsi consommer l'eau la moins potable.

Un enfant boit toujours le même type d'eau au cours de ses deux premières années, rarement ou quasiment quotidiennement avant six mois, quotidiennement après six mois. Les différences entre enfants s'expliquent par les différences socioéconomiques des ménages et les points d'eau accessibles. La grande majorité des enfants boit la même eau que leurs mères, y compris pour les moins de six mois concernés. Cela concerne la totalité des enfants très pauvres, qui boivent l'eau du fleuve le cas échéant. Cette superposition s'observe moins parmi les enfants moins pauvres, dont l'eau de boisson fait ainsi l'objet d'une certaine attention. Ils ne boivent pas celle du fleuve, même quand leur mère en boit elle-même, et ceux de certains ménages moyens boivent de l'eau minérale quel que soit leur âge, alors que leur mère n'en boit jamais.

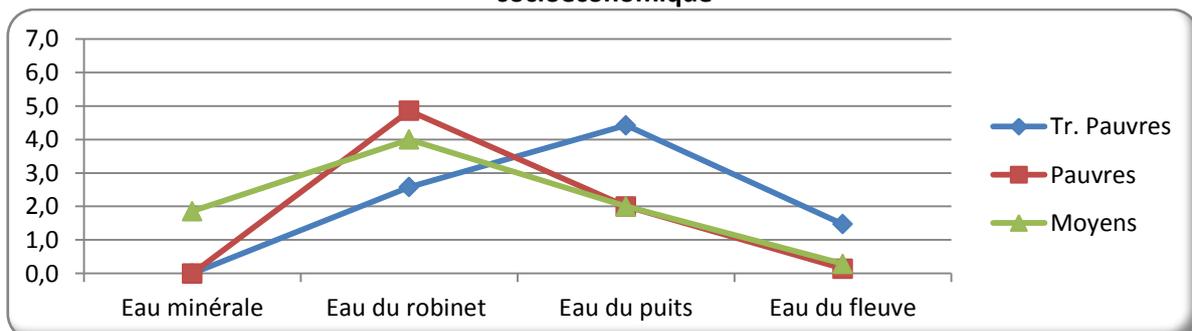
**Fréquence de consommation d'eau par les enfants selon l'âge**



**Fréquence de consommation d'eau par les nourrissons selon l'urbanité et la sphère culturelle**



**Fréquence de consommation d'eau par les enfants de plus de six mois selon le niveau socioéconomique**



## 11. Les GSAN constituent un canal très efficace de sensibilisation des mères, mais pourraient renforcer certains messages sur l'alimentation du jeune enfant (et sur l'eau potable).

Les GSAN ont une très forte notoriété, surtout à Nana (95% des interviewées) et dans une moindre mesure à Rharous (35%, surtout par des femmes sonrai non très pauvres). La façon dont ces groupes ont été mis en place est largement méconnue ; quelques mères à Nana supposent que ce sont les agents de santé qui les ont institués, et qui ont nommé leurs membres sur la base de leurs compétences et notamment le fait d'être instruits (50% Nana, 20% Rharous).

*« Le GSAN a été créé pour nous sensibiliser afin qu'on puisse prendre soins de nos enfants. »*

Sonrai, pauvre, Nana

*« Ce sont des agents de Rharous qui ont choisi les membres. »* Sonrai, pauvre, Nana

*« Ils savent lire et écrire et ont des connaissances sur la santé infantile. »* Sonrai, très pauvre, Rharous

*« Ils savent vacciner les enfants. »* Sonrai, très pauvre, Nana

*« Ils sont doués pour les campagnes de sensibilisation. »* Sonrai, moyen Rharous

Deux tiers des mères à Nana et un quart d'entre elles à Rharous ont identifié une mission spécifique du GSAN, le plus souvent liée à la stratégie avancée des structures de santé :

- Distribution de médicaments ;
- Vaccination ;
- Collecte de données de santé ;
- Dépistage de la malnutrition infantile ;
- Sensibilisation :
  - o en général, sur la cible mères (et parfois pères) de jeunes enfants,
  - o sur l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes,
  - o sur la santé infantile ;
- Démonstrations nutritionnelles ;
- Distributions alimentaires ;
  - « Veiller sur la santé des femmes dans le milieu rural. »* Sonrai, très pauvre, Nana
  - « Distribuer des médicaments et vacciner les enfants. »* Sonrai, très pauvre, Nana
  - « Ils distribuent des médicaments, font des dons et dépistent les enfants malnutris. »* Sonrai, moyen, Nana
  - « Donner des céréales et du Plumpy aux enfants. »* Sonrai, moyen, Rharous
  - « Dépister les enfants et de donner des médicaments. »* Touareg, pauvre, Rharous
  - « Leur rôle est de distribuer des médicaments aux enfants, des céréales, et de sensibiliser les mères. »* Touareg, très pauvre, Rharous

Toutes celles qui connaissent les GSAN connaissent leur composante masculine et la valorisent. Les hommes sont perçus comme plus mobiles que les femmes, libres de leurs déplacements (l'argument le plus souvent mobilisé), compétents et détenteurs de l'autorité formelle sur les 'savoirs' pertinents au sein des communautés, pédagogues, patients, enfin des interlocuteurs pertinents pour la cible des pères. Aucune femme, en ville ou au village, ne perçoit d'inconvénient à la présence des hommes dans les activités des GSAN.

*« Parce que les femmes ne peuvent se déplacer comme les hommes. »* Sonrai, pauvre, Rharous

*« Pour moi ils savent plus de choses sur la sensibilisation et la vaccination. »* Sonrai, très pauvre, Nana

*« Parce qu'ils veulent que les hommes puissent bénéficier de la campagne de sensibilisation. »* Sonrai, moyen, Rharous

*« Les hommes sont très efficaces. »* Sonrai, moyen, Rharous

50% des mères à Nana et 25% à Rharous (de tous niveaux socioéconomiques, en ville comme au village, et à Rharous de toutes les sphères culturelles) ont déjà assisté à des séances de sensibilisation collective, parmi un public décrit comme les femmes allaitantes, plus rarement les femmes enceintes et dans un cas des hommes. Quelques-unes se souviennent de l'utilisation d'outils

de sensibilisation comme les boîtes à images. Les thématiques développées pendant ces séances collectives relèvent de trois domaines de la sensibilisation:

- La promotion des PFE :
  - o fréquentation du CSCom ; accouchement médicalement assisté ;
  - o dépistage de la malnutrition ;
  - o pratiques de soins infantiles ; usage des moustiquaires imprégnées ;
  - o alimentation de la femme enceinte ;
  - o allaitement maternel ; allaitement maternel exclusif ;
  - o hygiène alimentaire ;
  - o alimentation infantile : recettes spéciales bébé ; bouillies multi-céréales ;
- Des actions :
  - o de dépistage de la malnutrition ;
  - o de démonstrations culinaires ;
- La vulgarisation des connaissances : les symptômes de la malnutrition.
  - « *Ils nous ont conseillé d'allaiter exclusivement jusqu'à 6 mois.* » Sonrai, moyen, Rharous
  - « *J'ai été ravie de connaître les règles de l'hygiène pour nourrir les enfants.* » Sonrai, moyen, Rharous
  - « *A travers les images, j'ai compris comment étaient les enfants malnutris.* » Touareg, très pauvre Rharous
  - « *J'ai compris comment faire la bouillie pour mon enfant.* » Sonrai, très pauvre, Nana
  - « *C'est une bonne chose parce que j'ai compris qu'on n'a pas besoin de beaucoup de moyens financiers pour nourrir nos enfants.* » Touareg, moyen, Rharous
  - « *Ils nous ont conseillé de donner des arachides mélangés avec du riz qu'on prépare pour les enfants.* » Touareg, très pauvre, Rharous
  - « *Ça m'a permis de connaître l'importance de l'allaitement maternel et comment prévenir les maladies maternelle et infantile.* » Sonrai, moyen, Rharous
  - « *J'ai compris qu'il faut allaiter le bébé chaque fois qu'il a faim.* » Sonrai, pauvre, Rharous

Aucune visite à domicile pour du conseil individualisé n'a été restituée. Plusieurs mères de Nana ont relaté une campagne de dépistage de la malnutrition et de sensibilisation sur les actions curatives, réalisée en porte-à-porte, un mois environ avant l'enquête. L'enfant de l'une d'entre elles a été dépisté malnutri à cette occasion. Une mère de Rharous relate une campagne menée en 2018. Ces campagnes ne semblent pas avoir mobilisé d'outils de sensibilisation comme les boîtes à images. Aucun message de type conseil n'a été diffusé, mis à part l'usage du MUAC et le recours au CSCom. De l'appréciation des mères, ces séances collectives ou de dépistage leur offrent très peu l'occasion de faire part de leurs préoccupations personnelles ou de poser des questions.

« *Ils m'ont parlé du dépistage et de la malnutrition. Mon enfant était malade, ils m'ont dit d'aller au CSCom.* » Sonrai, très pauvre, Nana

« *Ils m'ont dit d'enrouler la ceinture qu'ils m'ont donnée autour du bras de l'enfant, et de souvent le faire.* » Sonrai, très pauvre, Nana

« *Ils m'ont expliqué comment et quand donner le Plumpy aux enfants.* » Sonrai, pauvre, Rharous

#### **11. L'action combinée des agents de santé, GSAN et ONG permet de vulgariser efficacement certains messages-clés sur la malnutrition, avec l'émergence de la prise en compte de ce problème.**

Les agents de santé, aussi bien dans les structures de santé que les ASC/relais, sont très actifs en termes de sensibilisation, et profitent des opportunités (consultations curatives, vaccinations, CPON) voire les créent (causeries, réunions de quartier, stratégie avancée). Les GSAN constituent un second canal de communication très actif et interviennent dans les écoles, dans les quartiers, lors des vaccinations, voire en appui aux agents de santé. Les agents de l'ONG HI ont également été identifiés comme canaux de communication à destination des mères. Ces trois types d'acteurs sensibilisent à la fois en préventif et en curatif.

Deux tiers des mères à Nana et la moitié à Rharous ont retenu des messages-clés sur les causes de la malnutrition et les règles à appliquer<sup>24</sup> : bonne alimentation, qualité et stockage des produits alimentaires, hygiène alimentaire. La problématique de l'allaitement ne semble toutefois pas avoir été intégrée par les mères, qui associent la malnutrition à l'alimentation 'solide'.

*« Les agents de santé, lors d'une causerie sur la malnutrition au CSRéf. J'ai pensé que je ne voulais pas que mes enfants soient malnutris. »*

*« Les agents du GSAN, cette année, lors d'une réunion avec la population de Nana. J'ai appris beaucoup de choses pendant cette réunion. »*

*« HI, au CSCoM lors d'une réunion du GSAN. J'ai pensé à comment je dois m'y prendre pour que mon enfant ne soit pas malnutri. »*

*« Je pense que c'est une maladie qui vient avec la saleté et une mauvaise alimentation des enfants. »*

*« J'ai su que si l'enfant est bien nourri, il ne connaîtra pas de souffrance. »*

*« J'ai pensé qu'on ne doit plus donner de la nourriture mal conservée à l'enfant. »*

*« C'était bien et j'ai compris les pratiques de bonne hygiène de l'alimentation. »*

Le principe de vigilance semble également avoir été bien approprié. On note à ce sujet l'émergence d'une transmission familiale sur la malnutrition.

*« J'ai compris que la maladie d'un enfant est parfois due à une négligence. »*

*« Ma mère m'en a parlé lors d'une visite chez elle. J'ai pensé à mon enfant parce que je ne voulais pas qu'il soit malnutri. »*

95% des mères de Nana et 40% à Rharous connaissent le MUAC, et la majorité d'entre elles ont déjà bénéficié d'une distribution, apparemment accompagnée d'une démonstration du mode d'emploi. Les deux tiers d'entre elles se souviennent avoir été sensibilisées spécifiquement sur l'identification de la malnutrition, le dépistage et les soins curatifs au CSCoM. Deux mères à Rharous et trois à Nana reconnaissent que leur enfant a été dépisté malnutri.

*« HI et d'autres gens, Au CSCoM lors d'une réunion du GSAN. J'ai compris comment faire le dépistage. C'est très important parce que ça permet de savoir si ton enfant est en bonne santé. »*

*« C'était par A., lors d'une distribution du MUAC. J'ai réalisé que c'est bien de faire le dépistage. »*

*« Les agents de santé, lors de la campagne de sensibilisation pour un projet de nutrition - j'ai compris comment prendre un enfant malnutri en charge. »*

*« Les agents de santé du CSCoM de Rharous - Au CSCoM quand l'enfant était malade - J'ai compris comment savoir si un enfant est malnutri. »*

*« Lors d'une réunion du GSAN. Ce qu'ils disaient était vrai et j'ai compris comment savoir si mon enfant est malnutri. »*

*« En décembre, lors d'une visite des agents de santé de Rharous, j'ai compris qu'il faut amener les enfants malnutris au CSCoM. »*

L'identification de la malnutrition se développe, avec des symptômes associés sur quatre registres :

- L'apparence : perte de poids, maigreur générale, maigreur des membres, ventre ballonné ;
- Le niveau d'énergie : manque de vitalité, faiblesse, perte d'appétit, manque de vitalité, pleurs incessants ;
- Le développement : défaut de croissance/petite taille, pas de motricité ;
- La santé : diarrhée surtout, plus rarement vomissements, morbidité.

*« Les membres inférieurs et supérieurs sont minces et le ventre est gros. »*

*« L'enfant a toujours la diarrhée, il vomit et il est maigre. »*

*« L'enfant est tout le temps malade, il refuse de manger. »*

*« L'enfant mange mais il ne grandit pas et il est trop léger par rapport à son âge. »*

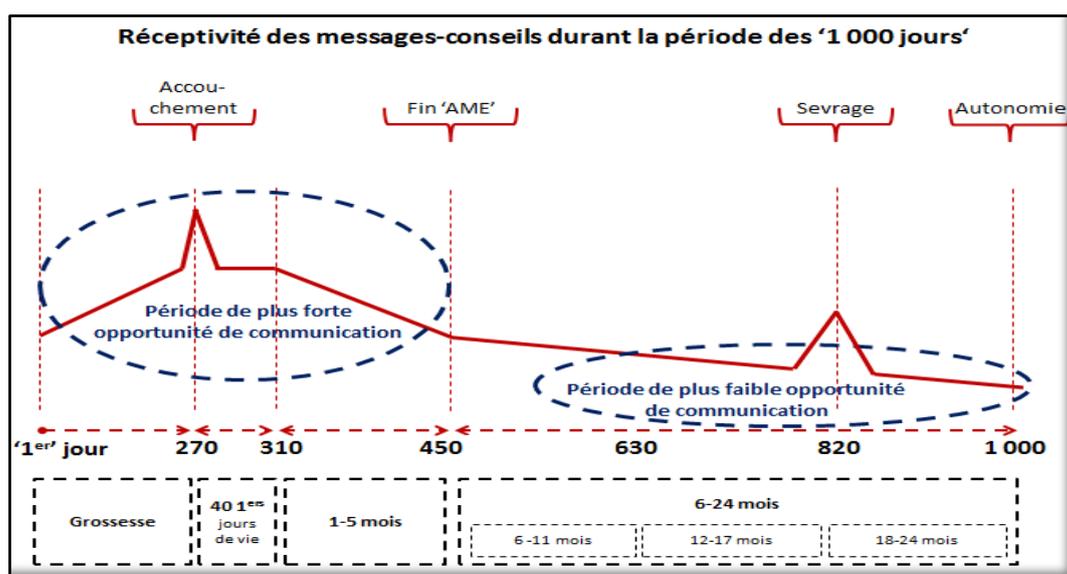
---

<sup>24</sup> Chiffres largement supérieurs à ceux enregistrés à Ménaka et Diré, un an auparavant.

#### IV- Principaux enseignements et recommandations

Dans la zone étudiée, les messages sont largement diffusés et entendus. Pour autant, le changement de comportement et l'application des pratiques recommandées nécessitent une adéquation entre trois composantes : un besoin ressenti par la cible, un message clair et pertinent communiqué au moment opportun, enfin une solution pratique appropriable/pertinente pour la cible. La persistance de certaines pratiques traditionnelles est plutôt à attribuer à l'absence de besoin ressenti.

Le besoin varie au cours des 1 000 jours. La fin de la grossesse, avec un pic lors de l'accouchement, et les premiers mois de vie du nourrisson sont caractérisés par un besoin de réassurance fort, qui diminue ensuite graduellement, avec un léger regain lors du sevrage<sup>25</sup>.



Dans ces trois milieux, le besoin de réassurance, la proximité géographique et relationnelle avec les agents de santé moderne, les gratuités (sectorielles et/ou spécifiquement édictées pour les populations du nord-Mali) et l'action de proximité des GSAN ont favorisé l'appropriation des CPN et dans une moindre mesure, des CPON. La CPN s'est largement imposée, notamment dans sa fonction préventive et sa mission de contrôle. Elle s'inscrit comme un 'allié' pour la mère, (écoute, réassurance, préconisation de mesures qui vont dans le sens de leurs attentes), et est soutenue par l'entourage<sup>26</sup>. Les femmes effectuent ainsi en moyenne quatre CPN par grossesse, avec un nombre croissant au cours des grossesses successives. Le fait que les femmes qui accouchent à domicile effectuent souvent une CPON est révélateur d'une stratégie de réassurance qui associe des solutions de la santé traditionnelle et moderne dans une logique de réassurance 'suffisante' :

- les femmes qui n'évaluent pas un niveau de risque suffisant pour rompre la coutume de l'accouchement à domicile et entamer les démarches d'un accouchement dans une structure sanitaire, effectuent plus souvent une CPON motivée par le souci de contrôle ;
- les femmes qui ressentent un niveau de risque suffisant pour accoucher dans les structures sanitaires ressentent ensuite moins le besoin d'effectuer une CPON en l'absence de problème de santé inquiétant.

<sup>25</sup> Ce mapping qualitatif a été conçu suite aux études menées à Ménaka et Tindirma, celle menée à Rharous permet de l'affiner sur le moment du sevrage.

<sup>26</sup> Les études à Ménaka et Tindirma ont montré que la CPN est également un 'partenaire' pour le père voire la grand-mère (prise en charge de la santé mère-enfant, diminution des risques).

CPN et CPON constituent un important canal de communication vis-à-vis des mères, qui tentent autant que possible de suivre les conseils délivrés. Les CPON pourraient être l'occasion de porter l'attention des mères sur des domaines pas ou peu abordés lors des CPN, par exemple l'alimentation du nourrisson, qui prend encore peu en compte les messages de la sensibilisation.

Certains contenus doivent également être adaptés à une cible très pauvre, au risque sinon de faire échouer la mission centrale des CP(O)N auprès de cette cible. Les prescriptions médicales et les conseils alimentaires sont parfois sans réelle portée, car impossibles à mettre en œuvre, avec quatre conséquences sur les ménages les plus pauvres :

- Le poids des ordonnances successives freine l'appropriation de la notion de contrôle, les CPN étant perçues dans leur seule mission curative ;
- Certains ménages parviennent à fournir les efforts nécessaires, mais avec des conséquences sur d'autres domaines (un problème déplacé mais non réglé, ex. endettement) ;
- D'autres ménages mettent à distance des consultations jugées 'non réalistes', 'inutiles', 'injustifiées', ou qui vont délivrer des conseils qu'ils savent déjà ne pas pouvoir suivre ;
- Les populations les plus nécessiteuses et vulnérables sont finalement partiellement exclues du dispositif de communication très efficace que constituent les CPN. Les femmes très pauvres effectuent ainsi presque deux fois moins de CPN que les non pauvres.

Le contact peau-à-peau promu par les agents de santé a bien été compris, mais il est peu appliqué car i) si les mères souhaitent être rassurées sur le bon état de santé du nouveau-né, elles désirent/ont besoin avant tout de se reposer, manger, se nettoyer elles-mêmes ; ii) le contact peau-à-peau est peu désirable par la mère et l'entourage (l'enfant étant considéré comme sale). L'allaitement avec le colostrum s'est en revanche largement imposé car l'argumentaire de la médecine moderne est appropriable ; les vertus associées au colostrum ont intégré certaines vertus des produits administrés traditionnellement au nouveau-né (intelligence, force, protection, déblocage de la gorge).

**Les facteurs les plus discriminants concernant le changement de comportement en ANJE sont le lieu d'habitation et le niveau socioéconomique des mères.**

Le centre-ville, les quartiers périurbains et le village présentent des situations sociologiques fortement contrastées en termes de sphères culturelles et de niveaux socioéconomiques. La ville, surtout en son centre, offre un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi des femmes (en taux d'emploi comme en qualité d'emploi), aux deux niveaux CCom et CSRéf de la pyramide sanitaire, à l'offre alimentaire et au réseau d'eau potable. Les citadines ont plus largement intégré la notion de contrôle et d'anticipation des risques, ce qui se traduit surtout au plan des pratiques de SMI :

- elles n'effectuent pas plus de CPN que les villageoises mais font moins de consultations de nature purement curative ;
- elles accouchent plus volontiers dans les structures sanitaires pour éviter les complications lors de l'accouchement (mais de ce fait effectuent moins de CPON motivées par le besoin de contrôle) ;
- elles déclarent d'ailleurs mieux vivre leur grossesse, physiquement et psychologiquement ;
- elles connaissent moins les méthodes traditionnelles et les appliquent moins que les villageoises (médications spécifiques des femmes enceintes, notamment à l'approche de l'accouchement, soins néonataux comme le déblocage de la gorge du nouveau-né, médicaments de protection-renforcement du nouveau-né).

La façon dont la pauvreté conditionne la relation à la santé moderne est objective (accès à certains médicaments non couverts par les gratuités notamment, aux aliments recommandés et, en milieu urbain, à l'eau potable), néanmoins elle est également subjective et induite par le manque d'adaptation des messages. Les conseils délivrés tiennent peu compte des problèmes économiques,

et d'une certaine manière, exigent finalement des femmes les plus pauvres de faire 'comme les moins pauvres', ce qui rend ces conseils peu applicables voire suscitent des mises à distance.

La sphère culturelle ne semble intervenir que plus à la marge (ex. non consommation de poisson par les Touareg).

**Malgré une diffusion efficace des messages de sensibilisation, l'adoption des normes de la santé moderne rencontrent des résistances culturelles fortes concernant l'allaitement et l'alimentation infantile.**

**L'allaitement est caractérisé par une forme de règle 'naturelle', gérée surtout de façon pragmatique, et difficile à influencer.** Les mères restituent très peu en spontané des messages qu'elles admettent pourtant, en assisté, avoir entendu. Ces conseils sont perçus comme contraignants, sans être soutenus par des systèmes de justification suffisants et sont ainsi souvent mis à distance. L'allaitement est clairement vécu comme une charge par les mères. Celles-ci n'allaitent qu'à la demande et/ou pour calmer l'enfant, surtout quand le nourrisson atteint sa première année, et respectent peu les normes coutumières ou de la santé modernes. L'allaitement peut être hâtif, la fréquence diminue à partir d'un an, le sevrage est projeté/prévu et mis en œuvre précocement. Les modes de justification sont assez radicaux, notamment de la part des mères les plus pauvres, qui déclarent que leur lait est insuffisant voire néfaste pour l'enfant, et/ou que l'allaitement lui-même n'est pas au bénéfice de l'enfant. Le fait que l'entourage encourage et parfois préconise le sevrage précoce contribue largement aux freins rencontrés par la sensibilisation pour influencer sur les pratiques. Les messages sur l'AME sont fréquemment diffusés et toutes les mères les ont entendus. Le fait de ne pas donner d'alimentation complémentaire à l'enfant semble respecté. Le fait de ne pas faire boire l'enfant (au sens de l'hydrater) rencontre de fortes résistances, et même si une partie des mères se soumet à l'autorité médicale qui délivre le message, les autres membres du ménage et notamment les grand-mères le refusent assez largement. Enfin, les pratiques de la médecine traditionnelle imposent à l'enfant d'ingérer un certain nombre de produits (souvent sous formes de décoctions) à visée préventive, curative et parfois, notamment pendant les premiers jours de vie, destinés à la renforcer et à le protéger, débloquer la gorge, lui conférer diverses vertus etc. Certains de ses produits peuvent être nocifs pour le nourrisson (piment, terre, fiente de poulet, écorces, racines, etc.). Or, les messages sur l'AME focalisent sur l'eau et les aliments et ne prennent pas en compte ces pratiques non alimentaires.

La plupart des mères ne donnent pas d'aliments avant six mois. Néanmoins le principe d'alimentation progressive semble être peu respecté, car quel que soit leur âge, les enfants de six à vingt-quatre mois du même niveau socioéconomique consomment quasiment les mêmes types d'aliments, avec des fréquences de consommation similaires. La seule différence perceptible se situe au niveau du riz blanc, consommé tous les jours à partir de douze mois mais moins fréquemment entre six et onze mois. Certains efforts sont consentis au moment de l'introduction des aliments et au moment du sevrage (mais ceci, peut-être autant voire plus par stratégie des mères que par réel souci d'assurer une bonne alimentation aux enfants). Pour autant, le régime alimentaire des enfants de moins de deux ans est monotone et pauvre, surtout à l'approche des deux ans où moins d'efforts sont consentis, et où l'enfant suit le même régime alimentaire que sa mère. Plusieurs facteurs expliquent cela : le besoin ressenti par les mères de sevrer l'enfant et les justifications, réelles ou prétextes, forgées pour appuyer la démarche de sevrage ; la perception commune qu'un enfant de 18 mois et plus peut s'alimenter comme ses parents, au plat commun ; enfin, la pauvreté des ménages<sup>27</sup>. Certains aliments comme le haricot et les œufs font l'objet de représentations qui les présentent comme peu recommandés aux enfants, et bien que les messages alimentaires soient

---

<sup>27</sup> Il serait intéressant de croiser ces résultats avec les statistiques du dépistage de la malnutrition.

mémorisés, les parents qui en consomment n'en donnent pour autant pas à leurs enfants, alors que d'autres moyens sont consentis, ce qui indique certainement un point de blocage. Les écarts les plus nets ne sont pas observés entre pauvres et 'non pauvres', mais entre très pauvres et 'non très pauvres'.

**On observe une appropriation des pratiques concernant l'eau de boisson, qui semble supportée à la fois par un dispositif efficace de communication et un système fonctionnel d'adduction d'eau dans la ville de Rharous.**

L'accès à un système d'adduction d'eau potable semble participer à la conscientisation sur la qualité de l'eau potable et ainsi 'créer le besoin'. Le principal critère d'évaluation de la potabilité de l'eau est l'absence de particules, ce qui s'accompagne d'une plus grande importance accordée au filtrage qu'au traitement (lui-même certainement plus cher). La sensibilisation sur l'eau semble avoir été plus investie et/ou efficace au village de Nana que dans la périphérie urbaine.

**Les GSAN constituent un canal très efficace de sensibilisation des mères, mais pourraient renforcer certains messages sur l'alimentation du jeune enfant (et sur l'eau potable).**

Les deux GSAN actifs dans les deux sites semblent constituer un exemple réussi d'adaptation du modèle national 'théorique' à des spécificités locales. Les membres des GSAN fonctionnent notamment comme des relais de la stratégie avancée), ce qui ancre leur notoriété, leur identité 'santé' et la confiance qui leur est accordée. Avec de fait parfois des collusions à Rharous où certaines mères, bien qu'elles fréquentent les structures de santé et connaissent les agents de santé qui y travaillent, parlent fréquemment des 'agents de santé du GSAN'. Les GSAN participent peu à la sensibilisation sur l'eau de boisson, et semblent également peu porteurs de sensibilisation sur l'alimentation complémentaire, hormis les démonstrations culinaires.

**Le niveau de connaissance sur la malnutrition semble croissant, pour autant les freins au changement de pratiques des mères sur l'allaitement et l'alimentation complémentaire nuisent à une réelle prévention.**

La notion même de malnutrition se diffuse, ainsi que son 'identité' de pathologie ; des causes et des symptômes spécifiques lui sont parfois associés. Cette notion intègre ainsi peu à peu la sphère des questions relatives aux soins de l'enfant, et la notion de dépistage, l'outil MUAC et le traitement au CCom sont appropriés. Néanmoins, la prévention de la malnutrition se heurte à au moins deux facteurs :

- les modes d'allaitement semblent peu associés au risque de malnutrition (et les justifications communément mobilisées pour le sevrage contribuent à dissocier les deux problématiques) ;
- , néanmoins, les mères les plus pauvres culpabilisent parfois en considérant que la mauvaise qualité de leur lait a pu contribuer au retard de croissance ou plus généralement aux problèmes de santé de leurs enfants ;
- les autres mères associent plutôt la malnutrition comme une résultante de l'alimentation 'solide' du nourrisson/jeune enfant sevré voire de sa 'nature' propre (un enfant 'de faible constitution' dans l'ordre naturel des choses)