

**ETUDE QUALITATIVE SUR
LA SANTE ET LA NUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE
A GUEROU ET MBAGNE EN MAURITANIE**



*Les influences socioculturelles
sur la santé et la nutrition des
femmes et des enfants : le rôle
déterminant des grand-mères*

Sous la coordination de :
Dr. Judi Aabel, anthropologue de santé publique
Dr. Khadidiatou Diallo, Sociologue

Mauritanie
Mai 2019

La collecte de données dans la communauté : une approche rapide et participative



**Interview de groupe avec
les femmes en âge de
procréer, à partir des
dessins des différents
membres de la famille**



**Interview de groupe avec
les notables et les pères
de famille**



**Les grand-mères et les
femmes suite aux
interviews de groupe**

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES GRAPHIQUES	6
LISTE DES ENCADRES	7
LISTE DES ABREVIATIONS	8
REMERCIEMENTS	9
SOMMAIRE EXECUTIF	10
INTRODUCTION	15
Chapitre I- Contexte et justification	17
1.1 Le Contexte Sanitaire en Mauritanie	17
1.2 Contexte de Santé AIM dans les districts de Mise en Œuvre du programme	19
Chapitre II- Présentation du programme « Accès aux soins de santé maternelle et infantile » (AIM Health PLUS)	20
2-1 Présentation de World Vision Mauritanie	20
2-2 Le programme Santé AIM	20
Chapitre III- Méthodologie de l'étude	20
3-1 But et Objectifs de l'étude.....	21
3-2 Le cadre conceptuel de l'étude	22
3-3 L'approche méthodologique	24
IV- Présentation et analyse des résultats	29
4.1 Structure des familles et influence des valeurs culturelles et religieuses sur la SNMI.....	29
4-2 Rôles et influences des différents acteurs familiaux et communautaires.....	33
4-3 Les normes, pratiques, conseils et soins en rapport avec la SNMI	56
Chapitre V- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	78
5-1 Conclusions	78
5-2 Recommandations.....	85
ANNEXE I	95
Thèmes et objectifs de l'étude.....	95
Les guides d'interview	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les Interventions Principales dans la Stratégie 7-11 de World Vision	20
Tableau 2 : Nombre d'interviewés par catégorie et par site	26
Tableau 3 : Rôles des acteurs familiaux du contexte culturel peul aux moments critiques avec les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants	39
Tableau 4 : Rôles des acteurs familiaux du contexte culturel maure aux moments critiques avec les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants	44
Tableau 5 : Composition et fréquence des premières bouillies	72
Tableau 6 : Recommandations pour la stratégie communautaire à partir des résultats de la recherche formative et en rapport avec les objectifs du projet AIM	87

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Modèle de l'oignon	23
Figure 2 : cercle d'influence des acteurs familiaux et communautaire sur la SNMI dans le contexte Maure	30
Figure 3: Cercle d'influence des acteurs familiaux et communautaire sur la SNMI dans le contexte Peul.....	31

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 : rôles du père	33
Encadré 2: rôles du Grand-père.....	34
Encadré 3 : rôles de la FAP	35
Encadré 4: rôles de la tante	36
Encadré 5: rôles de la GM	37
Encadré 6 : composition et utilité du « tobirdam » chez les peuls.....	65

LISTE DES ABREVIATIONS

ADP: Area **D**evelopment **P**rogram

AIM : Accès aux soins de santé maternelle et infantile

AME : **A**llaitement **M**aternel **E**xclusif

ASC: Agent de **S**anté **C**ommunautaire

BM: Belle **M**ère

CPN: **C**onsultations **P**ré-natales

CVA: **V**oix et **A**ction **C**itoyenne

EPCV : Enquête **P**ermanente sur les **C**onditions de **V**ie des ménages

FAP: Femme en **A**ge de **P**rocréer

FE: Femme **E**nceinte

GM: **G**rand-**M**ère

GML: **G**rand-**M**ère **L**eaders

GP: **G**rand-**P**ère

OMD: **O**bjectifs du **M**illénaire pour le **D**éveloppement

OMS: **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PFS: **P**roduction **F**amiliale de **S**anté ou *Household Production of Health*

RGPH : **R**ecensement **G**énéral de la **P**opulation et de l'**H**abitat

SNMI: **S**anté et **N**utrition **M**aternelle **e**t **I**nfantile

SRO: **S**els de **R**éhydratation **O**rale

TLJ : **T**ous **L**es **J**ours

TRO: **T**hérapie de **R**éhydratation **O**rale

TTC: **T**ime **T**argeted **C**ounseling

UNICEF: **F**onds des Nations Unies pour l'**E**nfance

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement les membres des communautés de Lévé, Woloum Hatar, Mbeydia, Diock, Taghada Wassa et Lebteyhatt pour leur hospitalité et pour avoir accepté de participer aux interviews et de partager leurs expériences. Nos remerciements vont également à l'endroit de toute l'équipe qui a participé à la collecte et à l'analyse des informations : Diouldé Niang, Moussa Mamadou Djigo, Oumar Abdoulaye Ba et Abdourahim Amadou Ba. Nous remercions aussi le staff de World Vision du projet « Accès aux soins de santé maternelle et infantile » (AIM) de M'bagne, Zeine Abidine et Harouna Yahya Traoré, et de Guerou, Mamadou Al Ghassoum Dioum, pour leur appui technique et logistique généreux et efficace.

SOMMAIRE EXECUTIF

Cette étude, commanditée par World Vision Mauritanie et coordonnée par Grandmother Project- Changement par la Culture (GMP), s'inscrit dans le cadre du projet « accès aux soins de santé maternelle et infantile » AIM Health. L'objectif de cette étude est d'approfondir la compréhension des stratégies familiales sur les questions de santé et nutrition maternelle et infantile afin de renforcer les activités communautaires mises en œuvre par le projet.

Le projet AIM est mis en œuvre pour une durée de 5 ans (2017-2021) dans les départements de Guerou (Région d'Assaba) et de Mbagne (Région de Brakna) en Mauritanie. Le choix de ces zones d'intervention est basé sur la situation inquiétante concernant la santé et la nutrition des femmes et des enfants.

Une méthodologie de recherche innovante, développée par GMP, a été utilisée pour conduire cette étude. Dans le domaine de la Santé, Nutrition Maternelle et Infantile (SNMI), la plupart des études regardent les attitudes et les pratiques des femmes en âge de procréer (FAP). Or, dans le contexte africain, l'individu fait partie d'un système social et culturel qui influence ses attitudes et pratiques. Il est donc important que les études portent également sur l'analyse des systèmes familiaux et communautaires dont les FAP font partie.

Le cadre conceptuel de cette étude porte sur trois dimensions : 1) **la structure des familles et les valeurs culturelles et religieuses** qui influencent la santé et la nutrition maternelle et infantile (SNMI) ; 2) **les rôles et les influences des acteurs familiaux et communautaires** sur la SNMI ; et 3) **les normes et les pratiques suivies dans les familles** en rapport avec la SNMI.

L'étude a été conduite sur deux groupes ethniques, les Maures et les Peuls dans les deux zones d'intervention du projet à Guerou et M'bagne. La méthodologie de l'étude est qualitative et s'appuie principalement sur les entretiens de groupe mais aussi sur des observations et des exercices de groupe à partir des dessins.

Les interviews ont pris en considération trois groupes prioritaires à savoir, les grand-mères (GM), les FAP et les pères. Au total, 143 personnes ont été interviewées dont 67 FAP, 46 GM et 30 pères. A travers ces interviews, des informations concernant le

rôle d'autres acteurs communautaires, notamment, les Sages-femmes, les Tradipraticiens, les leaders religieux et les Grand-mères Leaders (GML) ont également été recueillies. Ces données ont été traitées manuellement et analysées suivant les règles de l'analyse de contenu.

La structure des familles et les valeurs culturelles et religieuses qui influencent la santé et nutrition maternelle et infantile (SNMI). Dans les deux contextes culturels où l'étude a été conduite, les familles élargies prédominent et ont une structure et des valeurs collectivistes assez similaires. Les membres de la famille, de générations différentes, collaborent dans la promotion du bien-être de ses membres, y compris dans la promotion de la SNMI. Dans les deux contextes culturels, les rôles sont liés au genre et à l'âge ; les aînés -hommes et femmes- jouent le rôle de conseillers au sein de la famille et pour les plus jeunes membres.

Dans la famille, la GM incarne l'autorité et elle est au centre de toutes les décisions qui regardent la grossesse, l'allaitement, les soins, l'alimentation et la prise en charge des enfants malades. Elle encadre les plus jeunes (FAP et jeunes filles) qui sont tenues à suivre ses orientations. L'étude a clairement montré que les hommes ne sont pas directement impliqués dans l'encadrement et le suivi quotidien des femmes et des enfants. Leur rôle fondamental, en tant que chef de famille, est d'assurer les besoins de base de la famille à savoir la nourriture, les vêtements, les dépenses liées à l'éducation des enfants et les soins de santé. Les hommes interviewés ont tous dit que ce sont les GM qui ont plus d'expérience sur les questions de SNMI et que leur rôle est d'appuyer les experts en cas de besoin.

Les rôles et les influences des acteurs familiaux et communautaires sur la SNMI : A travers l'étude nous avons pu identifier les rôles joués par les différents membres de la famille, notamment la Femme-en-Age-de-Procréer (FAP), le père de famille, la grand-mère (GM), le grand-père et la tante (paternelle ou maternelle) à des moments critiques dans la vie de la femme et du jeune enfant qui sont liés à : la grossesse ; les soins et l'alimentation du nouveau-né ; l'alimentation du jeune enfant ; la protection et prévention des maladies chez le jeune enfant et la prise en charge des maladies. Etant donnée la répartition des rôles dans la culture en fonction du genre, la triangulation des réponses reçues des FAP, GM et des hommes montre clairement que les femmes

plus âgées et donc plus expérimentée sont responsables de tous les aspects concernés par les SNMI. Pendant toute la durée de la grossesse, à l'arrivée au monde du nouveau-né et quand le jeune enfant commence à grandir, ce sont elles qui ont la responsabilité collective et partagée d'assurer le bien-être de celui-ci selon leurs connaissances et les ressources dont elles disposent. A ces moments de la vie des femmes et des enfants, les hommes reconnaissent l'expérience des femmes conseillères, à savoir les GM et les tantes. Ils s'engagent très rarement. Au-delà des acteurs familiaux, il y a d'autres acteurs communautaires qui contribuent à la SMNI, dans une mesure plus petite. Il s'agit des tradipraticiens, des GM reconnues pour leur expertise en SNMI et des agents de santé. L'analyse des résultats de l'étude montre que ces personnes sont consultées surtout quand les acteurs familiaux sont confrontés à des problèmes qui dépassent leurs compétences. Toutefois, il apparaît que pour l'ensemble des décisions et des actions prises en matière de SNMI, ce sont les réseaux de femmes, de plusieurs générations et sous la coordination des GM, qui influencent le plus la SNMI. Bien que des agents de santé et les tradipraticiens puissent avoir plus de connaissances que les membres de la famille, la femme et l'enfant sont ancrés et passent presque tout leur temps dans le contexte familial : ils sont fortement influencés par ces autorités culturelles.

Les normes et les pratiques en rapport avec la SNMI suivies dans les familles.

L'étude révèle que les comportements des FAP et d'autres membres de la famille en matière de SNMI sont fortement influencés par la GM qui interagit avec les autres femmes de son entourage qui à leur tour encadrent, conseillent et montrent des pratiques qui devraient être adoptées à différents moments et face aux différentes situations liées à la SNMI et auxquelles elles doivent faire face. La GM transmet des normes et des pratiques culturelles et religieuses qui peuvent être bénéfiques ou compatibles avec les SNMI ou, au contraire, contradictoires. Toutefois, les interviews montrent que les GM sont intéressées et ont un certain esprit d'ouverture face aux nouvelles indications qu'elles reçoivent.

Un défi méthodologique rencontré lors de l'étude est qu'à plusieurs reprises nous avons senti que les FAP et les GM ne faisaient que répéter ce que les agents de santé leur ont conseillé de faire, sans nous dire ce qu'elles font réellement. Ceci est une contrainte inhérente aux études basées sur les interviews parce que toujours les

interviewés veulent faire plaisir aux enquêteurs en donnant les « *bonnes réponses* ». Cette contrainte est apparue dans les réponses données par les femmes des deux groupes d'âge sur : la participation des femmes enceintes aux CPN et leur régime alimentaire pendant la grossesse ; le moment de la mise au sein suite à la naissance ; le respect des règles de l'allaitement maternel exclusif (AME) ; le moment d'introduction des aliments de complément et la composition des premières bouillies ; et les stratégies de prise en charge des enfants malade, surtout en ce qui concerne l'administration des liquides et l'alimentation des enfants pendant et après la maladie. Dans ces cas, les réponses reçues des FAP et GM suggèrent souvent que leurs pratiques correspondent à celles recommandées.

Cependant, à travers la triangulation des informations reçues des interviewées et à des moments différents des interviews, un écart émerge entre les déclarations de certaines FAP et GM sur les pratiques recommandées et le respect de ces dernières. Toutefois, il faut souligner que dans les études de ce genre il est impossible d'apprécier avec précision la relation entre les réponses données et les pratiques suivies dans la réalité.

Nous pouvons globalement conclure, à partir des réponses des interviewés, que la plupart des FAP et des GM connaissent les pratiques recommandées pour la femme enceinte, le nouveau-né et le jeune enfant dans l'ensemble de thèmes de SMNI abordés, même si elles ne les suivent pas toutes à la lettre.

Les stratégies du projet AIM Health avec les familles et les communautés devraient continuer à renforcer les pratiques optimales recommandées en mettant l'accent sur l'implication des personnes qui influencent le plus les stratégies relatives à la SNMI adoptées au sein des familles. Il s'agit surtout d'impliquer les GM et l'ensemble des femmes ayant de l'expérience et de l'influence sur les FAP et jeunes enfants au sein des familles. L'étude révèle clairement que ces femmes conseillères sont à la fois motivées à agir en synergie pour le bien-être des FAP et des enfants et sont intéressées à renforcer leurs connaissances et leurs pratiques.

Dans le passé, la plupart des programmes de SNMI en Mauritanie n'ont pas reconnu et valorisé le statut et l'expérience des GM et ne les ont pas incluses dans les projets sur ce sujet qui relève pourtant de leur domaine de responsabilité dans la société.

L'implication des GM dans l'étude a été fortement appréciée par les communautés qui ont exprimé un grand sentiment de satisfaction et ont reconnu leur expertise et responsabilité sur le thème étudié. La plupart des GM ont dit que c'était la première fois qu'une activité avait été organisée dans leur communauté en les impliquant de façon explicite tout en les écoutant et les valorisant.

Des recommandations spécifiques relatives aux pratiques prioritaires de SNMI concernées par le projet AIM HEALTH sont incluses dans ce rapport. La recommandation globale de cette étude est que pour accroître l'impact du projet il est important de renforcer l'utilisation des stratégies qui prennent en compte les rôles et les valeurs culturelles des communautés et qui utilisent des activités conduites dans un esprit d'inclusion, de respect et de participation de ces dernières. Les interviews communautaires montrent l'engagement des communautés pour la santé et le bien-être de leurs femmes et enfants. Pour d'atteindre ses objectifs, le projet devrait renforcer ses stratégies en se basant sur les rôles et sur l'influence des différents membres des familles et des communautés, identifiés dans cette étude. L'implication des acteurs de la SNMI reconnus par les communautés pourraient accroître leur engagement et l'impact des efforts en rapport avec le bien être des femmes et des enfants.

INTRODUCTION

Cette étude, s'inscrit dans le cadre du projet « accès aux soins de santé maternelle et infantile » AIM Health. L'objectif de cette étude est d'approfondir les connaissances sur les stratégies familiales relatives aux questions de santé et nutrition maternelle et infantile afin de renforcer les activités communautaires mises en œuvre par le projet. En effet, l'objectif global du programme « Accès aux soins de santé maternelle et infantile » est de réduire le taux de mortalité néonatale à 20% et de la mortalité maternelle à 15% dans les deux zones d'intervention du projet, Guerou et Mbagne, entre 2017 et 2021. Pour atteindre son objectif, il devra dans le cadre global des interventions 7-11 de World Vision :

1. Renforcer le partenariat entre les Communautés et les structures de Santé.
2. Renforcer/induire une prise de conscience communautaire sur les pratiques familiales essentielles pour la santé et la nutrition.
3. Renforcer la capacité des Agents de Santé Communautaire (ASC) et des relais communautaires pour introduire un paquet minimum de services de santé maternelle et infantile sur base communautaire.
4. Renforcer le partenariat du niveau micro, méso et macro.
5. Utiliser la technologie mobile autrement dit la santé numérique.

Pour favoriser l'autonomisation, la prévention et le changement de comportements concernant les pratiques de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant, le programme applique trois modèles importants :

- Au niveau individuel, le modèle Time Targeted Counseling (TTC) dans les ménages ;
- Au niveau communautaire, le modèle COMMs dont le but est de renforcer le système de santé,
- Enfin au niveau environnemental, l'approche Voix et Action Citoyenne (CVA) qui cherche d'améliorer le dialogue entre les citoyens ordinaires et les décideurs.

Pour combler le gap observé dans la mise en œuvre du modèle ttC et de renforcer, voire proposer de nouvelles stratégies d'intervention pour le projet, cette étude cherche de fournir une meilleure connaissance des rôles, des influences, des normes

et des pratiques qui regardent la santé et la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, des nouveaux nés et des jeunes enfants au niveau familial et communautaire.

Ce rapport est articulé autour des chapitres suivants :

Chapitre I : Contexte et justification de l'étude ;

Chapitre II : Présentation du programme « Accès aux soins de Santé Maternelle et Infantile » (AIM Health PLUS) ;

Chapitre III : Méthodologie de l'étude ;

Chapitre IV : Les résultats de l'étude :

Chapitre V : Les conclusions et recommandations de l'étude

Chapitre I- Contexte et justification

La Mauritanie est située dans la partie Nord-Ouest de l'Afrique. Sa population était estimée à 3 537 368 habitants en 2013, le taux d'accroissement de la population est de 2% par an et la densité de 3.4 habitants au KM carré (RGPH 2015 volume 1). Selon le rapport de l'Enquête Permanente sur les Conditions de vie des ménages (EPCV) de 2014, la Mauritanie est classée parmi les pays à revenu intermédiaire.¹ L'agriculture, l'élevage et le commerce sont les activités principales. Située dans l'une des régions agro-écologiques les plus contraignantes, la production agricole de la Mauritanie est limitée, ce qui affecte la qualité de vie des populations ainsi que la santé et la nutrition des enfants (rapport annuel UNICEF 2017).

1.1 Le Contexte Sanitaire en Mauritanie

La Mauritanie est un des 60 pays en voie de développement où beaucoup d'enfants de moins de 5 ans meurent de causes qui peuvent être évitées. Malgré un état économique relativement favorable comparé aux autres pays du Sud du Sahara, la mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 55 enfants morts pour 1000 naissances vivantes en 2015². Dans les deux régions d'intervention du projet le taux de mortalité infantile reste élevé avec respectivement 81 pour 1000 dans l'Assaba et 28 pour 1000 dans le Brakna. Plusieurs facteurs sont à l'origine des décès chez les enfants de moins de 5 ans. (MICS 2015, p. 42)

1.1.1 L'insuffisance pondérale à la naissance

L'insuffisance pondérale à la naissance est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un poids à la naissance inférieur à 2500g. Elle représente un réel problème de santé publique et porte plusieurs conséquences à court et à long terme. Selon le rapport de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2015, en Mauritanie, on estime que 37% des nourrissons pèsent moins de 2500g à la naissance. Dans l'Assaba et le Brakna, la prévalence de faible poids à la naissance est respectivement de 38,7% et 37,8%. Le faible poids à la naissance est directement

¹Enquête Permanente sur les Conditions de vie des ménages 2014, page 14

²Rapport final évaluation Acces-Santé Infantile et Maternelle, World Vision, 2015, P.1

lié à la nutrition inadéquate et à la charge de travail excessif des femmes enceintes. Un gain de poids insuffisant pendant la grossesse est responsable en grande proportion des retards de croissance fœtale. Les nourrissons qui ont été sous alimentés pendant la grossesse courent un risque plus élevé de mourir au cours de leurs premiers jours, mois et années. De même, les maladies comme le paludisme mettent à risque la croissance du fœtus si la mère est infectée pendant la grossesse. En Mauritanie, selon les résultats du MICS (2015), 69% des naissances ont lieu dans une structure de santé.

1-1-2 La malnutrition

En Mauritanie, environ 25% des enfants de moins de 5 ans présente une insuffisance pondérale modérée ou sévère tandis que 8% sont classés comme ayant une insuffisance pondérale sévère. 28% accusent un retard de croissance et 15% sont émaciés ou trop maigres pour leur taille. Chez les enfants de plus d'un an, le pourcentage d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance est plus élevé que pour les nourrissons de moins de 12 mois (MICS 2015).

1-1-3 Allaitement et alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Selon les résultats du MICS (2015), en Mauritanie, seulement 62% des nouveaux nés sont nourris au sein pour la première fois dans l'heure suivant la naissance, tandis que 91% des nouveau-nés commencent l'allaitement le jour de leur naissance. Dans l'Assaba et le Brakna, le pourcentage de nouveaux nés allaités le jour de la naissance est respectivement de 91% et 96% (MICS 2015).

Environ 41% des enfants âgés de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein. Ce faible pourcentage montre que dans plus de la moitié des cas les liquides à base d'eau remplacent l'alimentation au lait maternel.

1-1-4 Les maladies de l'enfance

D'après le MICS de 2015, la Diarrhée est l'une des principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans en Mauritanie. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de 12 à 23 mois est de 25%. Elle est particulièrement élevée dans cette tranche d'âge et correspond à la période de sevrage. Dans 32% des cas, des conseils

ou un traitement a été demandé dans une structure de santé. Quant aux pratiques de consommation de boissons environ 55% ont des enfants souffrant de diarrhée ont reçu moins de liquides. Pour ce qui concerne l'alimentation de ces enfants, dans 58% des cas elle a été légèrement diminuée voire très réduite.

Selon le MICS (2015), 44% des enfants souffrant de diarrhée ont reçu des Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou une quantité accrue de fluides et 49% ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) (SRO ou liquides maison recommandées ou quantité accrue de liquides). Par ailleurs, le ratio de la mortalité maternelle de la Mauritanie était estimé en 2012 à 510 décès pour 100,000 naissances vivantes. L'accès aux services de santé reste un défi majeur en Mauritanie. Les soins prénatals sont d'une importance capitale. L'OMS recommande un minimum de 4 consultations prénatales.

Selon les résultats du MICS (2015), dans l'ensemble 87% des naissances en Mauritanie ont bénéficié de CPN auprès des professionnels de santé. En outre, près de 7 accouchements sur 10, soit 69% ont été assistés par un personnel qualifié (médecin, infirmière et sage-femme). Le même pourcentage d'accouchement à lieu dans une structure de santé contre 30% d'accouchements à domicile.

1.2 Contexte de Santé AIM dans les districts de Mise en Œuvre du programme

Le programme « Accès aux soins de santé maternelle et infantile » s'est déroulé dans deux zones : Mbagne et Guerou. Pour atteindre les résultats escomptés en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile, un ensemble d'interventions est mis en œuvre dans le cadre de ce projet. Dans l'optique de renforcer ses interventions et son approche, cette étude formative a été réalisée afin de fournir une connaissance approfondie des rôles, influences, normes et pratiques communautaires en rapport avec la santé et la nutrition maternelle et infantile.

Chapitre II- Présentation du programme « Accès aux soins de santé maternelle et infantile » (AIM Health PLUS)

2-1 Présentation de World Vision Mauritanie

World Vision Mauritanie intervient dans les régions de Nouakchott, Brakna et Assaba dans 5 clusters dont : Un (1) à Nouakchott, deux (2) en Brakna, et deux (2) en Assaba.

2-2 Le programme Santé AIM

En vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile, 5 pays avaient été sélectionnés. Ces pays avaient des taux très élevés de mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de 5 ans. La priorité a été accordée à des interventions basées sur les actions efficaces pour affronter le problème.

Ces interventions mettent l'accent sur la prévention, les soins de santé primaires, l'engagement de la communauté et le renforcement des Systèmes de santé. Les interventions et approches sont inscrites dans la stratégie '7-11' de World Vision qui prévoit une série de 7 interventions pendant la grossesse (0 à 9 mois) et 11 pendant les deux premières années de la vie de l'enfant (0 à 24 mois). Ces interventions sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 1 Les Interventions Principales dans la Stratégie 7-11 de World Vision

7 interventions pour les Mères	11 Interventions pour les Enfants
<ol style="list-style-type: none">1. Régime adéquat2. Supplémentations en fer/acide folique3. Vaccination– TT4. Prévention du paludisme (MILDA, PTS)5. Préparation et espacement de naissances6. Accès aux services de santé maternels (CPN, PTME, ISTs, Accoucheuses traditionnelles. Formées, CPN,)	<ol style="list-style-type: none">1. Allaitement approprié2. Supplémentations nutritionnelle appropriée3. Supplémentations en Vitamine A4. Supplémentations adéquate de Fer5. Déparasitage (+12 mois)6. Vaccinations de routine7. IRA – prévention et soins8. Fièvre – prévention et soins9. Diarrhées – SRO/Zinc10. Lavage des mains avec savon, soins essentiels du corps

Source: Rapport Evaluation AIM Health 2015

Chapitre III- Méthodologie de l'étude

Dans ce chapitre, les buts et les objectifs de l'étude, ainsi que le cadre conceptuel et l'approche méthodologique seront présentés.

3-1 But et Objectifs de l'étude

3.1.1 But de l'étude

Le but de cette étude est de comprendre les rôles, les influences, les normes et les pratiques qui regardent la santé et la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, des nouveau-nés et des jeunes enfants.

3-1.2 Les objectifs généraux de l'étude

Pour ce qui concerne le but de l'étude, les objectifs généraux suivants ont été définis en rapport avec les trois composantes du cadre conceptuel :

1. Etudier **la structure des familles et les valeurs** culturelles et religieuses qui influencent la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes, et les enfants de 0 à 2 ans
2. Identifier **les rôles et les influences**, les mécanismes de prise de décision et de communication au sein des familles dans le domaine de la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans
3. Analyser **les normes et les pratiques** dans les familles en rapport avec la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

3-1.3 Les objectifs spécifiques

- 1- Savoir si la structure des familles est nucléaire ou élargie ;
- 2- Savoir si les différentes générations de femmes et d'hommes sont impliquées dans les conseils et les soins des femmes enceintes et allaitantes, des nouveau-nés et des jeunes enfants ;
- 3- Savoir s'il y a une hiérarchie d'autorité et d'influence à propos des décisions familiales concernant le développement et l'éducation des enfants ;
- 4- Savoir si les aînés transmettent des valeurs et des pratiques aux plus jeunes membres des familles ;

- 5- Savoir si les valeurs religieuses et culturelles ont une influence sur la prise en charge des femmes et des enfants dans le contexte de la famille et de la communauté ;
- 6- Identifier les rôles et les influences des différents membres de la famille, spécialement dans les questions de santé/nutrition des femmes et des enfants ;
- 7- Analyser les rôles et les influences des acteurs communautaires dans les questions de santé/nutrition des femmes et des enfants ;
- 8- Connaître les normes, les pratiques, les conseils et les soins concernant la femme enceinte : alimentation, travail, CPN, Prévention/protection ;
- 9- Connaître les normes, les pratiques, les conseils et les soins concernant le nouveau-né : soins, allaitement ;
- 10- Connaître, les normes, les pratiques, les conseils concernant l'introduction des aliments de complément ;
- 11- Connaître, les normes, les pratiques et les conseils concernant la prise en charge de l'enfant malade ;
- 12- Connaître les normes et pratiques concernant l'hygiène de l'enfant.

3.2 Le cadre conceptuel de l'étude

La plupart des études et des programmes de développement mettent l'accent sur les attitudes et les pratiques des individus notamment des femmes sur les questions concernant la santé. C'est une approche qui est fortement influencée par la psychologie comportementale qui s'occupe essentiellement du comportement individuel.

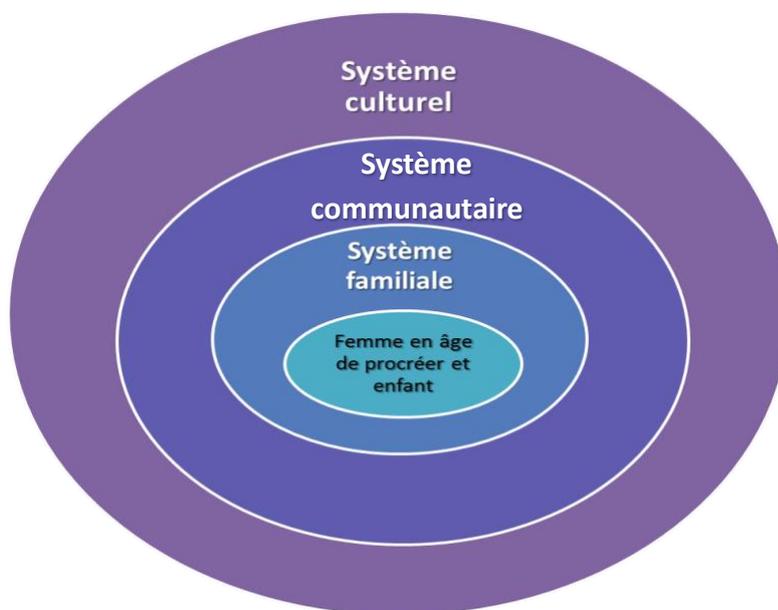
Dans les sociétés africaines, essentiellement collectivistes, un tel modèle ne saurait être pertinent étant donné que l'individu fait partie intégrante d'un système social et culturel qui influence ses attitudes et ses pratiques.

La méthodologie de cette étude se fonde sur plusieurs concepts clés liés aux sociétés collectivistes notamment la structure familiale et communautaire, l'influence des valeurs culturelles traditionnelles et enfin les normes et les pratiques qui regardent la santé et nutrition des femmes et des enfants.

3.2.1 Le système social et culturel

Dans les sociétés non occidentales, l'individu subit une forte pression sociale et culturelle. Ses attitudes et pratiques sont dictées par les règles et les normes socioculturelles. Les programmes de nutrition ont tendance à accorder plus d'attention aux normes et aux pratiques culturelles qu'à la structure des familles et des communautés. Or, c'est à travers la compréhension de l'organisation sociale qu'il est possible de définir les rôles et les influences des acteurs familiaux et communautaires. Le modèle de l'oignon (schéma ci-dessous) développé par l'anthropologue Helman, illustre la position de l'individu dans ce système où il a peu de possibilités d'ignorer les valeurs familiales, communautaires et culturelles. Ainsi, pour les questions de santé et de nutrition maternelle et infantile, la jeune femme subit une pression culturelle et sociale d'où l'importance de mieux comprendre les rôles ainsi que les influences des différents acteurs familiaux et communautaires sur elle et son enfant.

Figure 1 : Modèle de l'oignon



Contexte
culturel

Modèle Oignon

Helman, 2002

3.2.2 Les rôles et influences

Dans les sociétés non occidentales, les rôles des membres de la famille sont dictés par des normes socioculturelles. Il existe des activités spécifiques au statut d'homme ou de femme et qui se cristallisent avec l'expérience. En effet, les femmes sont plus portées sur les questions de santé et de soins des nouveaux nés et des jeunes enfants.

Les aînés, en particulier les grand-mères représentent une ressource peu considérée dans les programmes de santé et de développement d'où l'importance d'étudier de manière approfondie leurs rôles et leurs influences sur les questions de santé/nutrition des femmes et des enfants.

3.2.3 La production familiale de santé

Un autre concept clé sur lequel repose cette étude est que Production familiale de Santé (PFS) ou *Household Production of Health* est utile pour l'élaboration des programmes de santé. Au début des années 90, un groupe d'anthropologues engagés dans les programmes de nutrition ont remis en question l'idée selon laquelle « la santé se produit dans les centres de santé ». Selon eux, au contraire, l'état de santé et de nutrition des enfants dépend surtout de ce qui se fait au sein des familles. Il serait ainsi intéressant d'identifier les personnes impliquées dans les soins des enfants ainsi que les pratiques et conseils qu'elles prodiguent.

3.3 L'approche méthodologique

Vus les objectifs de l'étude et pour mieux comprendre les systèmes familiaux et culturels ainsi que les rôles, les influences, les normes et les pratiques concernant les questions de santé et de nutrition des femmes et des enfants, le choix d'une méthode qualitative s'impose. En effet, c'est à travers cette approche qu'il est possible de comprendre les perceptions et les expériences des différents acteurs familiaux et communautaires sur ces questions.

3.3.1 Les techniques et les instruments de collecte des données

Les données ont été recueillies auprès des membres des communautés suivant plusieurs techniques dont :

- Les interviews de groupe avec l'utilisation des dessins des membres de la famille (père, mère, grand-mère, grand-père, jeune fille et tante) et de la communauté (agents de santé -Sage-femme et Agent de Santé Communautaire- tradipraticien, tradipraticienne) et d'un interview guidé semi structuré ;
- Les observations directes ;

- Les fiches sur les bouillies :
- Une simulation à l'aide d'une poupée pour mieux comprendre les pratiques d'alimentation des jeunes enfants.

Les dessins des différents membres des familles ont été fréquemment utilisés lors de l'étude. En fonction du thème discuté et avec l'aide des dessins des membres de la famille, les participants votent avec des capuchons pour indiquer la réponse des participants à propos des membres de la famille « qui ont plus de connaissances » ou « qui sont plus impliqués » dans les situations citées et concernant la santé/nutrition des femmes et des enfants. Après avoir voté, des questions d'approfondissement sont posées aux participants pour qu'ils puissent expliquer leurs choix.

Pour la collecte d'information sur les premières bouillies, une fiche a été préparée pour recueillir l'avis des mères et des GM sur des questions comme le moment de leur introduction, la composition de celles-ci et les raisons qui expliquent le choix de ce moment.

Nous avons également utilisé plusieurs documents portant sur la description ou l'évaluation du projet, ou encore des rapports d'études afin de compléter et étayer les données qualitatives de cette étude.

3.3.2 Le choix des sites et des interviewés

Cette étude a été conduite dans deux zones d'intervention du projet AIM Health Plus. Il s'agit de Guerou et de Mbagne. Dans chaque zone, 3 villages ont été choisis avec l'aide du Responsable du Projet en tenant en compte l'accessibilité et des contextes culturels Maures et Peuls. Dans le département de Mbagne 2 villages peuls et 1 village Maure ont été choisis et dans le département de Guerou 2 villages Maures et 1 village Peul. Au total, l'étude a concerné 3 villages maures et 3 villages peuls dans les deux zones d'interventions. Les interviewés ont été choisis suivant la technique de l'échantillonnage raisonné. Les catégories de personnes à interviewer ont été choisies suivant le but de l'étude et avec l'aide des facilitateurs dans les deux zones. C'est ainsi que dans chaque zone, trois groupes prioritaires à interviewer ont été retenus. Il s'agit :

- Des mères d'enfants de moins de deux ans ;
- Des grand-mères avec des petits enfants de moins de deux ans ;
- Des pères d'enfants de moins de deux ans.

Dans chaque site, les interviews ont été conduits avec 10 à 12 participants pour chaque catégorie. Le tableau suivant montre le nombre de personnes interviewées pour chaque catégorie et dans les deux sites.

Tableau 2 : Nombre d'interviewés par catégorie et par site

	Catégories Sites	FAP	GM	Pères
Sites peuls	Woloum Hatar	12	09	09
	Léwé	14	15	05
	Lebteyhatt	07	01	05
Sites maures	Mbeydia	11	09	06
	Taghada	11	04	05
	Wassa			
	Diock	12	08	00
	Total	67	46	30
Nombre total d'interviewés : 143				

Au total 143 personnes ont été interviewées, toutes catégories confondues dans les deux sites, dont 67 mères, 46 Grand-mères et 30 pères. Des contraintes sont à souligner lors de la conduite des interviews. En effet, il a été difficile d'interviewer le maximum de personnes dans chaque catégorie à causes des activités domestiques et des travaux de jardinage. L'étude s'est déroulée dans un contexte de soudure et la plupart des hommes étaient partis en transhumance. Toutefois, sachons que le nombre de participants requis (6 au minimum et 12 au maximum) pour un focus groupe a été respectés dans la plupart des entretiens. Par ailleurs, le critère principal dans le choix des catégories de personnes à interviewer est la diversification, pour souligner la diversité des opinions, plutôt que la représentativité statistique. La triangulation de la masse d'informations recueillies pour les différentes catégories d'interviewés a permis d'obtenir la « saturation empirique »³ avant même la fin de la collecte dans les deux régions de l'étude.

³ Pires A. 1997, P. 67

3.3.3 Le choix des enquêteurs et la Formation

Les interviews ont été menées avec une équipe de 5 enquêteurs. Ceux-ci ont été recrutés par World Vision sur la base des critères suivants : la maîtrise des langues locales (Pulaar et Hasania) et les compétences et expériences en matière d'enquête communautaire. Le cinquième enquêteur fait partie du Staff du Projet AIM. Ils ont des compétences diverses notamment en sociologie, droits humains, animation culturelle et en enseignement et celles-ci se sont avérées bénéfiques pour la qualité de l'étude. L'étude a été coordonnée par une sociologue recrutée par l'ONG Grandmother Project qui a une bonne



expérience en matière de recherche et de coordination d'études qualitatives et qui maîtrise le Pulaar. Lors des interviews de groupe dans les communautés maures, la coordinatrice de l'étude a toujours été accompagnée et appuyée dans la traduction par un membre de l'équipe qui maîtrisait bien la langue Hasania. Ce procédé ne manque pas de comporter des difficultés, mais celles-ci ont été atténuées grâce à une bonne organisation des entretiens, la simplification et la précision des questions ; mais aussi et surtout les données issues de ces entretiens ont été croisées avec les informations recueillies auprès des autres catégories de personnes interviewées simultanément par d'autres membres de l'équipe. Dans chaque zone, un facilitateur a accompagné l'équipe pour faciliter la mobilisation des interviewés et apporter l'appui technique et logistique nécessaire et a participé aux interviews et à l'analyse des informations. La formation des enquêteurs s'est déroulée sur deux jours et a été animée par la responsable de l'étude.

Ils ont pu durant ces deux jours, se familiariser avec le cadre conceptuel et l'approche méthodologique de l'étude. Au terme de la formation, chaque enquêteur maîtrisait les buts et les objectifs de l'étude ainsi que la démarche à adopter pour recueillir les informations nécessaires et les analyser au fur et à mesure. Un test a été fait le troisième jour dans un site, afin d'initier l'équipe au processus de collecte préconisé.

3.3.4 La collecte et l'analyse des données

Suivant les principes de la recherche qualitative, la collecte et l'analyse des données ont été faites simultanément par l'équipe qui a mené l'étude. A cause du nombre importants de thèmes à aborder, il a été choisi de de scinder le guide en deux parties et de faire deux jours de collecte dans chaque site. Pendant ces deux jours, deux équipes de trois enquêteurs chacune menaient simultanément les interviews avec les mères, les GM et les pères.

Après la collecte dans chaque site, une journée avec toute l'équipe a été consacrée à la synthèse au niveau du bureau de World vision, les notes ont été saisies et traitées manuellement en découpant les entretiens en unités de codage suivant une grille d'analyse qui repose essentiellement sur les thèmes de l'étude. Ce procédé nous a permis de déceler des lacunes dans les informations recueillies et faire les corrections nécessaires pour les interviews qui allaient suivre.

Ainsi, dans chaque zone, 6 jours de collectes ont été effectués en plus des trois jours de synthèse pour chaque site et d'une journée pour élaborer la synthèse globale. Au total, l'étude a été conduite sur une période de 20 jours durant le mois d'avril 2019.

IV- Présentation et analyse des résultats

4.1 Structure des familles et influence des valeurs culturelles et religieuses sur la SNMI

L'un des principaux objectifs de cette étude était d'étudier la structure des familles et l'influence des valeurs culturelles et religieuses sur la santé et la nutrition maternelle et infantile.

4-1-1 Structure des familles

Les interviews menés auprès des communautés ont fourni des informations sur la structure des familles, la manière dont elles sont organisées, les canaux de communication, les influences et les processus de prise de décision.

La structure et l'organisation des familles dans les villages peuls et maures sont presque identiques. Partout, il y a une prédominance de la famille élargie selon les interviewés. Les familles nucléaires sont très rares et quand elles existent, elles restent « *étroitement liées à la famille élargie* » comme l'ont souligné beaucoup d'interviewés. Même si la famille nucléaire est géographiquement éloignée, elle reste attachée à la famille élargie et les aînés influencent toujours les pratiques et les décisions concernant la vie du couple et des enfants.

Partout, les interviewés ont souligné les avantages que présente la vie dans la famille élargie. Elle est définie comme une famille complète où l'on retrouve tous les membres de la famille (Grand-père, Grand-Mère, Tante, FAP, Mari, les enfants). Chaque acteur familial joue un rôle fondamental pour la promotion du bien-être de tous. Il y a une interdépendance entre les membres de la famille. Ils sont solidaires et s'aident mutuellement. La question de l'éducation et de la santé est l'affaire de tous. Ces questions ne relèvent pas de la responsabilité exclusive du couple à savoir les parents biologiques de l'enfant. L'éducation et l'encadrement des enfants est l'affaire de tous, particulièrement des femmes.

Concernant les femmes enceintes, les interviewés soulignent qu'« *elles sont plus en sécurité* » dans une famille élargie puisqu'elles bénéficient de l'encadrement, des conseils et de l'assistance des femmes plus expérimentées à savoir les GM et les tantes.

Dans les deux contextes culturels (Maure et Peul), les aînés sont chargés d'encadrer les plus jeunes sur plusieurs aspects de la vie. Ils transmettent les normes, valeurs et pratiques culturelles religieuses et traditionnelles aux jeunes générations. Selon les interviewés, les enfants qui vivent dans les familles élargies sont plus éveillés, mieux éduqués, grâce aux connaissances transmises par les aînés à travers les contes, les légendes, les histoires et les jeux traditionnels. Les enseignements des aînés visent à façonner chez les jeunes (jeunes enfants, jeunes femmes) des comportements conformes aux valeurs culturelles, religieuses et traditionnelles du groupe. Les plus jeunes sont tenus de se conformer aux normes, valeurs et pratiques culturelles en vigueur.

Le système et l'organisation des familles maures et peules ressemblent à celui des sociétés collectivistes dont les membres sont unis par des liens très étroits. Les individus subissent la pression sociale et culturelle et se sentent obligés de se conformer au groupe et aux décisions prises. Dès le bas âge, l'individu est encadré par les grandes personnes autant pour ce qui concerne son éducation de base que pour son bien-être.

4-1-2 Hiérarchie d'autorité et d'influence des plus âgés vis-à-vis des plus jeunes

Partout, pour les questions de santé, nutrition des enfants et des femmes, c'est la GM qui incarne l'autorité et qui influence toutes les décisions sur ces questions. Tous les interviewés disent que « *la GM est la personne la plus expérimentée et qui détient le plus de connaissances* » sur les questions liées à la grossesse, à l'allaitement, aux soins, à l'alimentation des enfants et à la prise en charge des enfants malades.

L'influence et l'autorité de la GM paternelle est encore plus forte dans les sites maures, où la FAP ne peut prendre aucune initiative concernant son enfant sans l'aval de la GM (ci-dessous, voire le cercle d'influence des acteurs familiaux et communautaires dans le contexte Maure).

Figure 2 : cercle d'influence des acteurs familiaux et communautaire sur la SNMI dans le contexte Maure

Selon une GM maure « *l'enfant sevré reste sous la responsabilité exclusive de la GM* ». En revanche dans les sites peuls, la GM paternelle reste influente mais selon les interviewés, « *elles se concertent avec les jeunes femmes* » sur les décisions en rapport avec la santé de la femme et de l'enfant.

Le cercle ci-dessous montre les influences des différents acteurs familiaux et communautaires dans le contexte peul.

Figure 3: Cercle d'influence des acteurs familiaux et communautaire sur la SNMI dans le contexte Peul

Les jeunes filles qui sont encore « *en apprentissage* » sont encadrées par les autres femmes plus âgées à savoir la FAP, la GM et les tantes paternelle et maternelle. Quant à la jeune FAP, dans les deux contextes culturels, elle est sous la responsabilité de la GM et suit les orientations de celle-ci concernant les questions d'éducation, de santé et d'alimentation des jeunes enfants.

Dans les deux contextes culturels, la tante paternelle et la tante maternelle ont le même rôle. Elles jouent le rôle d'assistante pour tous les membres de la famille et elles participent à l'encadrement, aux conseils et soins des jeunes enfants et de la FAP. Dans les sites peuls, la tante paternelle à plus d'influence que la tante maternelle sur la femme et son enfant. Selon certains interviewés « *la tante paternelle a un pouvoir de décision sur le nom à donner à l'enfant* ».

Schéma: contexte Maure -Cercles d'Influence sur la Nutrition et Santé de la Femme et de l'Enfant-

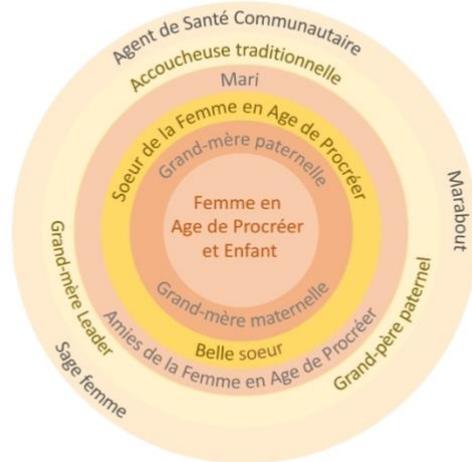
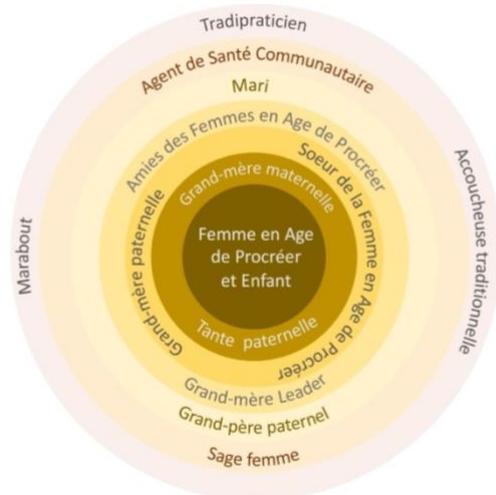


Schéma: contexte Peul -Cercles d'Influence sur la Nutrition et Santé de la Femme et de l'Enfant-



Dans les sites maures cependant, les interviewés disent que c'est la tante maternelle qui a plus d'influence sur la femme et son enfant car elle est très proche d'elle et de son enfant durant ce moment.

Les communautés maures sont essentiellement matriarcales, il est donc de coutume selon beaucoup de GM que « *la femme, après l'accouchement, reste pendant 40 jours sous la responsabilité de sa mère et de ses sœurs* ».

Dans les deux contextes culturels, les questions de soins et de santé des enfants sont gérées essentiellement par les femmes. La FAP constate la première la maladie et consulte en priorité la GM ou la tante. Ce sont ces conseillères qui proposent les premiers soins à fournir à l'enfant. En cas de complications, les femmes plus expérimentées peuvent demander une consultation à d'autres spécialistes à savoir les GML connues pour leurs connaissances des maladies des enfants, les tradipraticien(ne)s ou agents de santé.

Partout, les interviewés (hommes et femmes) disent que les hommes ne sont impliqués dans les questions de santé et de nutrition des femmes et des enfants que pour assurer les charges financières nécessaires.

4-1-3 Influence des valeurs religieuses et culturelles

Partout, il existe des valeurs religieuses et culturelles qui ont une influence sur la prise en charge des femmes et des enfants.

Dans les communautés peules, les pratiques traditionnelles et religieuses en rapport avec le nouveau-né et la femme sont fortement guidées par la tradition et la religion. En effet, ces pratiques trouvent leurs racines au niveau familial et communautaire et sont perpétuées par les aînés de la famille (GM, GP, tante), les leaders religieux, les Grand mères Leaders et les tradipraticiens.

Dans les communautés maures il existe encore des pratiques traditionnelles en rapport avec la santé/nutrition des nouveaux nés, femmes et jeunes enfants mais le suivi de ces pratiques est moins important que chez les peuls.

Seuls quelques interviewés à Diock disent qu'ils donnent encore des dattes aux nouveau-nés, selon la tradition. Comme le dit une GM, cette pratique veut faire du nouveau-né « *une personne de bonne moralité* ».

Certains interviewés dans les sites maures ont souligné que des pratiques de protection de l'enfant et de la femme enceinte existent encore comme le fait de confectionner un talisman avec des morceaux de lames et de l'attacher autour des poignets de l'enfant, ou des talismans pour les femmes qui font fréquemment des fausses couches.

Il faut souligner que chez les maures, tout comme chez les peuls, les pratiques religieuses sont encore respectées comme faire l'appel du muezzin sur les deux oreilles du nouveau-né, ou donner des potions coraniques et un talisman confectionné avec les versets du coran pour la protection de la femme enceinte.

4-2 Rôles et influences des différents acteurs familiaux et communautaires

Dans les deux contextes culturels, tous les membres de la famille, de toutes les générations sont impliqués dans les soins et les conseils des femmes enceintes, allaitantes et du nouveau-né. Chaque membre de la famille, selon son statut, joue un ou des rôles spécifiques. Les niveaux d'implication diffèrent mais les rôles sont complémentaires et participent au bien-être des femmes et des enfants. De même, des spécialistes communautaires sont parfois sollicités pour les problèmes de santé des femmes et des enfants.

4-2-1 Les acteurs familiaux

4-2-1-1 Le père : *POURVOYEUR DE RESSOURCES*

Encadré 1 : rôles du père

- Assurer les charges de bases (nourriture, santé, éducation)
- Assurer les travaux pénibles (travaux champêtre, élevage du bétail, traire les vaches, corvées d'eau, construction/réparation de la maison)
- Protéger la famille
- Encadrer et suivre l'éducation des enfants à l'école publique et coranique
- Déclarer les naissances des enfants
- Veiller sur la gestion des ressources
- Veiller sur la discipline des enfants (autorité)

Dans les deux contextes culturels, toutes les catégories de personnes interviewées disent que le rôle principal du père de famille est « *d'assurer les charges de bases de la famille* » à savoir la nourriture, les soins de santé et les dépenses liées à l'éducation des enfants. De même, tous les travaux lourds relèvent de sa responsabilité (travaux champêtres, élevage, traire les vaches, construction et réparation de la maison). Quand il est présent, ce qui est rare dans les deux contextes de l'étude, il encadre les enfants dans leurs études. Dans les sites maures, les interviewés disent que s'il est présent, il suit l'éducation religieuse des enfants. Dans tous les sites, il représente aussi l'autorité de référence pour discipliner les enfants. En se rapportant à ces rôles, tous les interviewés disent que le père a le statut de « *chef de ménage* ».

Par ailleurs, dans les deux sites, les interviews ont montré que les hommes s'investissent peu dans les conseils et les soins fournis aux femmes et aux enfants. Ils s'occupent essentiellement de la prise en charge des frais liés aux soins de santé et nutrition maternelle et infantile. Un constat important est que dans tous les sites de l'étude, presque tous les hommes sont en exode, en transhumance, à la recherche de pâturage pour le bétail, ou occupés par les travaux champêtres. Leur absence des maisons, rend impossible leur engagement dans le suivi des femmes et des enfants. Généralement, ils délèguent cette responsabilité à leur mère ou sœur.

4-2-1-2 Le Grand-père : RESPONSABLE MORAL ET SPIRITUEL

Encadré 2: rôles du Grand-père

- Socle de la famille
- Médiateur Familial
- Assure l'éducation de base à travers la transmission des valeurs religieuses et des conseils de bons comportements
- Responsable moral qui conseille tous les membres de la famille
- Protecteur de la famille
- Gestionnaire des ressources financières de la famille
- Organisateur des travaux champêtre et élevage

Un peu en retrait de la gestion familiale de tous les jours, les interviewés décrivent le GP comme le « *socle de la famille* » et « *un support moral pour toute la famille* ». Sa présence apaisante est une source de sécurité pour tous. Il est consulté pour les affaires familiales. Il est une référence pour tous les membres de la famille. Il veille également à ce que les comportements des plus jeunes soient conformes aux valeurs culturelles et religieuses.

Dans les deux contextes culturels de l'étude, il y a une petite différence concernant le rôle des GP dans les conseils et soins des femmes et des enfants. Chez les peuls, le GP est parfois impliqué dans les conseils d'ordre général aux femmes enceintes, nouveau-nés et jeunes enfants. Certains interviewés disent que le GP peut dire à la femme enceinte « d'éviter les travaux pénibles » ou « certains aliments ».

Chez les maures, cependant, il y a entre le GP et la FAP un grand respect, ce qui fait qu'ils ne se parlent pas directement. Généralement ce sont la GM ou la tante qui jouent un rôle d'intermédiaire entre les deux. Tous disent qu'à cause du respect qu'il y a entre eux, « *la jeune FAP lui cache sa grossesse* ».

Toutefois, dans les deux milieux, même s'il n'est pas très impliqué, il est souvent consulté pour les décisions majeures concernant la famille.

4-2-1-3 LA FAP : RESPONSABLE DU BIEN ETRE FAMILIAL

Encadré 3 : rôles de la FAP

- Exécuter les tâches ménagères (corvée d'eau, balayer, ramasser le bois Préparer à manger pour toute la famille)
- Assurer l'éducation de base des enfants et suivi de leur éducation religieuse
- Appuyer son mari dans la gestion des ressources (économiser, mener des AGR (vente de lait caillé)
- Remplace son mari en son absence (déclarations de naissances, activités administratives)
- Prendre soin de son mari et des membres de la famille (ses enfants, mari, GM, GP...)
- Encadre les enfants dans les études (accompagnement, suivi)
- Veiller sur la stabilité /paix dans la famille
- Consulter la GM pour les questions en rapport avec la santé et nutrition des enfants
- Exécuter les ordres de la GM
- Respecter et faire respecter son mari (écouter ses conseils)
- Conseillère de son mari
- Accueillir les hôtes

Une GM peule dit : « *DEBBO WONI PARASEWAL GALLE* » : La femme est assimilée à une toiture, un abri pour tout le monde. C'est une unificatrice, elle rassemble.

Les rôles des FAP sont presque les mêmes dans les deux contextes culturels de l'étude. Selon les interviewés, la FAP est responsable « *d'assurer le bien-être familial en s'occupant de l'entretien de la maison et de tous les membres de la famille* ».

Dès le bas âge, elle est initiée par sa propre mère à son rôle d'épouse, de mère et de femme. Sous l'encadrement des femmes plus âgées de la famille, elle apprend à faire les petites tâches domestiques, les commissions et à prendre soin des petits enfants. Une fois qu'elle se marie, elle quitte la maison de ses parents pour rejoindre le domicile de son mari où elle est appelée à cohabiter avec ses beaux-parents (Belle-mère et beau-père) et ses belles sœurs. Sous l'encadrement de la BM et avec le soutien de ses belles sœurs, elle assume son rôle en s'occupant des travaux domestiques (balayer, linge, vaisselle, préparer les repas, ramasser le bois, faire les corvées d'eau etc.). Elle doit également s'occuper de tous les membres de la famille notamment son mari, ses beaux-parents et ses enfants en veillant sur leur alimentation et hygiène. Elle doit aussi veiller sur la stabilité de la famille en cultivant la paix, en économisant les ressources de son mari et en encadrant les enfants dans leur éducation de base et dans leurs études. Dans les sites maures, tout comme les autres membres de la famille, la FAP s'occupe de l'éducation religieuse des enfants. La FAP primipare, qui est encore inexpérimentée, est tenue selon les interviewés « *de consulter la GM* » pour toutes les affaires familiales en particulier pour les questions liées à sa santé et à celle de ses enfants.

Dans les sites maures les interviewés disent que « *la FAP doit exécuter les ordres de la Belle-mère* », ce qui montre la forte influence de la Belle-mère (BM) sur la FAP et sur le fonctionnement de la maison et le bien-être des membres de la famille. D'ailleurs, elle est tenue de consulter et d'appliquer les conseils et les orientations de sa BM pour toutes les questions liées à la grossesse, aux soins, à l'allaitement, à l'alimentation des enfants et aux les maladies. Ces attentes sont culturelles.



4-2-1-4 La Tante : ASSISTANTE ET CONSEILLERE FAMILIALE

Encadré 4: Rôles de la tante

- Assister tous les membres de la famille
- Assister la GM dans la gestion de la maison et dans la santé des enfants et des femmes
- Assister la FAP dans les travaux domestiques, l'éducation et les soins des enfants
- Conseillère de tous les membres de la famille
- Médiatrice en cas de conflit
- Encadrer et surveiller des enfants
- Prêter attention à tout ce qui se passe dans la famille
- Assurer la transmission entre les membres de la famille
- Prendre des décisions en l'absence de la GM, du GP et de son Mari

Dans les deux contextes, les interviews ont montré que la tante paternelle et la tante maternelle jouent les mêmes rôles dans la famille et auprès de la FAP et de son enfant. Selon les interviewés la tante assiste tous les membres de la famille en particulier la FAP et la GM. Elle participe aux côtés de la FAP aux travaux domestiques, à l'éducation et aux soins des enfants. Elle assiste la GM dans la gestion et la coordination des activités familiales. Elle joue presque les mêmes rôles que la GM en tant que conseillère et médiatrice en cas de conflits et elles participent au même titre que la GM à l'encadrement, aux conseils et aux soins des jeunes enfants et de la FAP.

4-2-1-5 La GM : CONSEILLERE ET COORDINATRICE DES ACTIVITES FAMILIALES

Encadré 5: rôles de la GM

- Conseillère de tous les membres de la famille
- Conseillère des jeunes femmes sur leur rôle d'épouse et de mère
- Conseillère de son fils sur son rôle d'époux et d'aîné de la famille
- Prendre soin des enfants : les laver, les soigner, jouer avec eux, leur donner à manger, les surveiller
- Assurer l'éducation de base des enfants
 - o Préparer les jeunes filles à la vie de femme
 - o Transmettre des valeurs culturelles aux enfants à travers les contes, devinettes, légendes et jeux traditionnels
- Encadrer et déléguer les tâches domestiques aux FAP
- Gérer les ressources domestiques
- Médiatrice au niveau des couples et des autres membres de la famille
- Planifier et organiser des cérémonies familiales comme les mariages, décès et baptêmes
- Veiller sur l'éducation religieuse des enfants
- Appuyer la FAP dans les travaux domestiques
- Surveiller le bétail

Dans tous les sites, les rôles de la GM, décrits par les différentes catégories d'interviewés, sont similaires. En effet, ils reconnaissent tous qu'elle joue un rôle central dans la famille et auprès de tous ses membres. Du fait de leur statut de femmes expérimentées et de leurs vastes connaissances, elles sont incontournables dans la vie de la famille.

Les interviews ont montré que les rôles des GM dans les contextes culturels Maures et Peuls sont presque identiques. Partout, elles sont les conseillères de tous les membres de la famille, particulièrement des jeunes femmes et des pères de famille. Dans les deux contextes culturels, les GM incarnent l'autorité et influencent les décisions sur beaucoup d'aspects de la vie familiale mais surtout sur les questions de soins, de santé et de nutrition des femmes et des enfants. Partout, les interviewés disent que « *la GM est la personne la plus expérimentée et qui détient le plus de connaissances* » sur les questions liées à la grossesse, à l'allaitement, aux soins, à l'alimentation des enfants et à la prise en charge des enfants malades.

Dans les deux contextes culturels, les Belles-mères ont beaucoup d'influence sur leurs belles-filles. Toutefois, le pouvoir de la BM maure sur les affaires familiales et sur sa belle-fille et ses enfants est plus marqué. Comme beaucoup d'interviewés dans les sites maures le disent : « *c'est la GM qui décide de tout* ». La FAP ne peut prendre aucune initiative pour son enfant sans l'aval de sa Belle-mère. Après le sevrage, l'enfant reste exclusivement sous la responsabilité de sa GM.

Dans les sites peuls, pour toutes les questions concernant la santé de la femme et de l'enfant, la concertation entre BM et FAP est privilégiée.

4.2-2 Rôles et influence des membres de la famille aux moments critiques de la vie des femmes et des enfants

Dans les moments critiques de la vie de la femme et de son enfant, comme la grossesse, les premières semaines de vie ou la maladie de l'enfant, les membres de la famille jouent des rôles différents mais complémentaires.

Les tableaux ci-dessous résument, pour chacun de ces moments, le rôle joué par les membres de la famille dans les deux contextes culturels de l'étude.

Tableau 3 : Rôles des acteurs familiaux du **contexte culturel peul** durant les moments critiques avec les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants

Moments critiques dans le développement/ bien-être de l'enfant	Femme en âge de procréer (FAP)	Grand-mère (GM) (Paternelle ou maternelle)	Tante (Paternelle ou maternelle)	Père de l'enfant	Grand père
La grossesse - <i>régime alimentaire</i> - <i>travail de la femme enceinte (FE)</i>	- FAP est conseillée & suivi de près tous les jours (TLJ) par la GM - il est du devoir de la FE de suivre les conseils de la GM	- suivi de la FAP TLJ à domicile par sa propre mère ou belle mère -donne des conseils à la FE sur son alimentation, les types de travaux à faire et à éviter	-Assiste la GM dans le suivi à domicile de la FE	-très peu impliqué dans les conseils - conseille à la femme de suivre les conseils de la GM et des Agents de santé	- Peu impliqué mais parfois conseille la FE de diminuer son travail
Consultations Périnatales (CPN)	-elle fait les CPN (entre 3 et 4) accompagnée de la tante ou de la GM	-elle accompagne FE lors des CPN surtout si c'est une primipare	-La GM lui délègue souvent la responsabilité d'accompagner la FE lors des CPN	-Ils n'accompagnent pas la FE aux CPN (la majorité des hommes sont absents et culturellement ce n'est pas accepté	-Pas impliqué
La prise des comprimés de fer lors de la grossesse	- la majorité des interviewés disent que la majorité des FE prend les comprimés de fer	-certaines GM font le suivi de la prise des comprimés	-Peut jouer le même rôle que la GM	-Peu impliqué dans le suivi de la prise du fer	-Pas impliqué

	- quelques femmes ne prennent pas le fer à cause des effets secondaires				
Soins et alimentation du nouveau-né (NN) et de la nouvelle accouchée	<p>-Allaite le NN</p> <p>-Veiller sur l'hygiène du NN</p> <p>-Veiller sur les vaccins du NN</p> <p>-Suit les conseils des femmes expérimentées (GM et tante)</p>	<p>-Encadre et donne des conseils à la femme (comment tenir le NN, comment l'allaiter, soins du cordon ombilical, bain, massages)</p> <p>-Donner des médicaments traditionnels à l'accouchée pour stopper les saignements Suivi de la prise des médicaments par l'accouchée Préparer la soupe et la bouillie de l'accouchée</p>	-Assiste la GM dans les soins, l'encadrement et les conseils	<p>-Prise en charge des frais médicaux, du baptême et des besoins spécifiques du nouveau-né et de l'accouchée (couches, biberon, nourriture de l'accouchée)</p> <p>-Chez les peuls le père peut choisir le prénom de son premier enfant</p>	<p>-Formuler des prières pour le NN</p> <p>-Veiller à l'application des pratiques culturelles et traditionnelles</p>
Administration du colostrum	- suit les conseils des agents de santé et de GM	-recommande l'administration du colostrum du fait de son importance pour la santé du NN	Assiste GM	Pas impliqué	Pas impliqué

<p>- <i>Premières choses données ou faites à l'enfant</i></p> <p>Tobirdam (lait de chèvre mélangé aux dattes ou à une potion coranique) ou datte</p>	<p>-Chez les peuls, la majorité des femmes donne le tobirdam surtout pour les accouchements à domicile</p>	<p>-Décide des pratiques traditionnelles à faire</p> <p>-Dans la majorité des villages peuls (Woloum Hatar et Léwé, les GM appliquent les pratiques traditionnelles comme le tobirdam</p>	<p>-Assiste GM</p>	<p>-Fait l'appel du muezzin sur les deux oreilles du NN quand il est présent</p>	<p>-Fait l'appel du muezzin sur les deux oreilles du NN</p>
<p>- <i>Allaitement maternel</i></p>	<p>-Elles reçoivent des conseils de la SF sur l'AME</p> <p>-Ecoutent et suivent les conseils de la GM</p> <p>-apprend avec la GM comment allaiter</p>	<p>-Transmet à la FAP les connaissances et compétences en rapport avec l'allaitement (ne pas négliger les tétées, position pour l'allaitement, respect des mesures d'hygiène, ne pas coucher le bébé sur le dos après les tétées pour éviter qu'il s'étouffe)</p>	<p>-Assiste la FAP et la GM dans la transmission des connaissances et compétences en rapport avec l'allaitement</p>	<p>-Pas impliqué</p>	<p>-Pas impliqué</p>
<p><i>Administration de l'eau</i></p>	<p>-La majorité administre de l'eau en période de chaleur suivant les conseils de GM</p>	<p>-La majorité administre ou conseille d'administrer de l'eau en période de chaleur,</p>	<p>-transmet les mêmes pratiques que GM</p>	<p>-Pas impliqué</p>	<p>-Pas impliqué</p>

		-Donne de l'eau à l'enfant quand l'enfant pleure ou en l'absence de la FAP			
L'alimentation du jeune enfant <i>- moment d'introduction des premiers aliments</i>	-Suit les conseils de la GM Apprend avec la GM comment préparer la 1 ^{ère} bouillie -D'habitude donne à manger à l'enfant parce que c'est de sa responsabilité et elle est plus proche de l'enfant	-Donne des conseils sur la préparation et les premiers aliments à donner à l'enfant ; -Indique le moment d'introduction des premiers aliments (généralement 6mois) -Supervise et donne des directives à la FAP sur comment faire manger l'enfant -Donne à manger à l'enfant quand la FAP et occupée par les TD	-Respectent les orientations de GM -Donne quelquefois à manger à l'enfant	-Pas impliqué	-Pas impliqué
<i>Suivi de l'enfant qui « ne veut pas manger »</i>	-Encourage l'enfant à manger avec patience (chanter, sourire, faire danser etc.) -Donne l'enfant difficile qui refuse de manger à la GM pour qu'elle le fasse manger	-Plus expérimentée que la FAP. Elle a plus de patience, montre de l'affection et de la tolérance pour faire manger l'enfant difficile	-Joue le même rôle que la GM	-Pas impliqué	Pas impliqué

<p>Protection et prévention des maladies chez l'enfant</p>	<p>-Ecoute les conseils de GM par rapport aux mesures d'hygiène, à l'alimentation et aux soins de l'enfant</p> <p>-Se charge d'habitude du lavage des mains des enfants avant les repas, après les jeux et après les selles</p>	<p>-Donne des conseils sur l'alimentation, les mesures d'hygiènes, les soins (laver les mains des enfants avec du savon, leur faire porter des chaussures, veiller sur l'hygiène de la nourriture, éviter les sucreries et d'amener l'enfant au poste de santé en cas de maladie.</p> <p>-impliquée dans le lavage des mains et l'hygiène corporelle des enfants en l'absence de la FAP</p>	<p>-Donne les mêmes conseils que GM</p> <p>-Impliquée parfois dans le lavage des mains et l'hygiène corporelle des enfants</p>	<p>-Fait en sorte que les enfants mangent bien en ramenant de la nourriture à la maison</p> <p>-pas impliqué dans le lavage des mains des enfants sauf quand les femmes sont absentes</p>	<p>-Peu impliqué</p>
<p>L'enfant malade : Diarrhée Malnutrition Vers intestinaux</p>	<p>-Constata la maladie Consulte la GM pour le diagnostic -Amène l'enfant vers les spécialistes accompagnée le plus souvent de la tante</p>	<p>-Fait le diagnostic de la maladie -Propose les premiers soins -Oriente vers les tradipraticiens dans les sites peuls ou vers la GML et/ou vers les agents de santé</p>	<p>-Assiste la GM dans le traitement à domicile de l'enfant malade -Accompagne le plus souvent la FAP chez le tradipraticien et/ou au poste de santé -Parfois, appuie financièrement le père</p>	<p>-Fournit les moyens financiers pour le traitement de l'enfant malade et son transport vers les structures de santé</p>	<p>-Propose à la GM des remèdes traditionnels</p> <p>-Conseille de référer vers les spécialistes</p>

Tableau 4: Rôles des acteurs familiaux du **contexte culturel maure** aux moments critiques avec les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants

Moments critiques dans le développement/bien-être de l'enfant	FAP	GM (Paternelle ou maternelle)	Tante (Paternelle ou maternelle)	Père de l'enfant	Grand père
La grossesse - <i>régime alimentaire</i> - <i>travail de la femme enceinte</i>	- FAP est conseillée & suivi de près tous les jours (TLJ) par la GM - il est du devoir de la FE de suivre les conseils de la GM	-suivi de la FAP (TLJ) à domicile par sa propre mère ou belle mère -donne des conseils à la Femme enceinte sur son alimentation les types de travaux à faire et à éviter	-Assiste la GM dans le suivi à domicile de la FE	-très peu impliqué dans les conseils - conseille à la femme de suivre les conseils de la GM et des agents de santé	-Pas impliqué (chez les maures entre le GP et la FE il n'Ya pas de communication directe à cause du respect)
Consultations Prénatales (CPN)	-La majorité des femmes disent qu'elles font 3 ou 4 CPN accompagnée de la tante ou GM -Certaines ne connaissent pas le le nombre de CPN recommandées	- elle accompagne la FE lors des CPN surtout si c'est une primipare	- La GM lui délègue souvent la responsabilité d'accompagner la FE lors des CPN	- Ils n'accompagnent pas la FE aux CPN (la majorité des hommes sont absents et culturellement ce n'est pas adapté	Pas impliqué

La prise des comprimés de fer lors de la grossesse	- les interviewés disent que la majorité prend les comprimés de fer - quelques femmes à Diock ne prennent pas le fer à cause des effets secondaires	-certaines GM font le suivi de la prise des comprimés	- Peut jouer le même rôle que la GM	- Peu impliqué dans le suivi de la prise du fer	Pas impliqué
Soins et alimentation du nouveau-né et de la nouvelle accouchée	-Allaite le NN -Veille sur l'hygiène du NN -Veille sur les vaccins du NN -Suit les conseils des femmes expérimentées (GM et tante)	-Encadre et donne des conseils à la FAP (comment tenir le NN, comment allaiter, soins du cordon ombilical, bain, massages) -Suivi de la prise des médicaments par l'accouchée Préparer la soupe de l'accouchée	Assiste la GM dans les soins, l'encadrement et les conseils et la FAP	- Prise en charge des frais médicaux, du baptême et des besoins spécifiques du nouveau né et de l'accouchée (couches, biberon, nourriture de l'accouchée)	-Formule des prières pour le NN
<i>Administration du colostrum</i>	- suit les conseils de la SF et de GM	-recommande l'administration du colostrum du fait de son importance pour la santé du NN	-Assiste la GM	-Pas impliqué	-Pas impliqué
- <i>Premières choses</i>	-Chez les maures, la quasi-totalité des FAP ne donne	-Décide des pratiques traditionnelles à faire	-Assiste la GM	-Fait l'appel du muezzin sur les deux	-Fait l'appel du muezzin sur les

<i>données ou faites à l'enfant</i> Datte	pas le tobirdam, mais dans quelques sites comme à Diock on fait goûter au NN des dattes	-Dans certains sites maures comme à Diock les GM appliquent les pratiques traditionnelles (faire goûter au nouveau-né des dattes pour faire de lui une personne de bonne moralité)		oreilles du NN quand il est présent	deux oreilles du NN
<i>- Allaitement maternel</i>	-Elles reçoivent des conseils de la SF sur l'AME -Ecoutent et suivent les conseils de la GM -apprend avec la GM comment allaiter	-Transmet à la FAP les connaissances et compétences en rapport avec l'allaitement (ne pas négliger les tétées, position pour l'allaitement, respect des mesures d'hygiène, ne pas coucher le bébé sur le dos après les tétées pour éviter qu'il s'étouffe)	-Assiste la FAP et la GM dans la transmission des connaissances et compétences en rapport avec l'allaitement	Pas impliqué	Pas impliqué
<i>Administration de l'eau</i>	-La majorité administre de l'eau surtout en période de chaleur suivant les conseils de GM	-La majorité administre ou conseille à la FAP d'administrer de l'eau en période de chaleur, -Donne de l'eau à l'enfant quand il pleure ou en l'absence de la FAP	-transmet les mêmes pratiques que GM	Pas impliqué	Pas impliqué

<p>L'alimentation du jeune enfant - <i>moment d'introduction des premiers aliments</i></p>	<p>-Suit les conseils de la GM -Apprend avec la GM comment préparer la 1^{ère} bouillie</p> <p>D'habitude donne à manger à l'enfant parce que c'est de sa responsabilité et elle est plus proche de l'enfant</p>	<p>-Donne des conseils sur la préparation et les premiers aliments à donner à l'enfant ;</p> <p>-Indique le moment d'introduction des premiers aliments (généralement 6mois selon les interviewés)</p> <p>-Supervise et donne des directives à la FAP sur comment faire manger l'enfant</p> <p>-Donne à manger à l'enfant quand la FAP et occupée par les travaux domestiques</p>	<p>-Respect les orientations de la GM</p> <p>-Donne quelquefois à manger à l'enfant</p>	<p>Pas impliqué</p>	<p>Pas impliqué</p>
<p><i>Suivi de l'enfant qui « ne veut pas manger »</i></p>	<p>-Encourage l'enfant à manger avec patience (chanter, sourire, faire danser etc.)</p> <p>-Donne l'enfant difficile qui refuse de manger à la GM pour qu'elle le fasse manger</p>	<p>-Plus expérimentée que la FAP. Elle a plus de patience, montre de l'affection et de la tolérance pour faire manger l'enfant difficile</p> <p>-A des astuces pour que l'enfant mange mieux : appuie sur certaines parties du corps de l'enfant pour qu'il ne vomisse pas et mange bien</p>	<p>-Joue le même rôle que la GM</p>	<p>Pas impliqué</p>	<p>Pas impliqué</p>

<p>Protection et prévention des maladies chez l'enfant</p>	<p>-Ecoute les conseils de GM par rapport aux mesures d'hygiène, à l'alimentation et aux soins de l'enfant</p> <p>-Se charge d'habitude du lavage des mains des enfants avant les repas, après les jeux et après les selles</p>	<p>-Donne des conseils sur l'alimentation, les mesures d'hygiène, les soins (laver les mains des enfants avec du savon, leur faire porter des chaussures, veiller sur l'hygiène de la nourriture, éviter les sucreries et d'amener l'enfant au poste de santé en cas de maladie.</p> <p>-impliquée dans le lavage des mains et l'hygiène corporelle des enfants en l'absence de la FAP</p>	<p>-Donne les mêmes conseils que GM</p> <p>-Impliquée parfois dans le lavage des mains et l'hygiène corporelle des enfants</p>	<p>-Fait en sorte que les enfants mangent bien en ramenant de la nourriture à la maison</p> <p>-pas impliqué dans le lavage des mains des enfants sauf quand les femmes sont absentes</p>	<p>Peu impliqué</p>
<p>L'enfant malade : Diarrhée Malnutrition Vers intestinaux</p>	<p>-Constata la maladie -Consulte la GM pour le diagnostic -Amène l'enfant vers les spécialistes accompagnée le plus souvent de la tante</p>	<p>-Fait le diagnostic de la maladie -Propose les premiers soins -Oriente vers les la GML et/ou vers les agents de santé</p>	<p>-Assiste la GM dans le traitement à domicile de l'enfant malade -Accompagne le plus souvent la FAP au poste de santé</p>	<p>-Fournit les moyens financiers pour le traitement de l'enfant malade et son transport vers les structures de santé</p>	<p>Conseille de référer vers les spécialistes de santé</p>

4-2-2-1 Rôles des acteurs familiaux pendant la grossesse

Toutes les catégories interviewées, hommes et femmes, disent que « *la grossesse est une affaire de femme* ». Beaucoup de GM et FAP dans presque tous les sites disent que « *c'est la GM qui détecte en premier la grossesse et qui fait le suivi. Du fait de ses vastes connaissances et expériences, elle sait mieux ce qu'il faut faire pour une femme enceinte* ». Selon la majorité des interviewés, c'est la GM qui dicte à la FAP les attitudes et les pratiques nécessaires au bon déroulement de la grossesse parce qu'elle « *a déjà vécu la grossesse* »,

Dès le début de la grossesse et pendant toute sa durée, la GM, assistée de la tante, encadre la FAP et lui donne au quotidien des conseils sur son alimentation et sur les de travaux à faire et à éviter.

Concernant les CPN, la majorité des interviewés dans les deux contextes disent que « *c'est la tante qui accompagne le plus souvent la femme enceinte lors de ces visites* » car souvent cette responsabilité lui est déléguée quand la GM est indisponible ou ne peut pas le faire. D'autres interviewés disent que c'est plutôt la responsabilité de la GM d'accompagner la FE, surtout « *si c'est une primipare* ». La FAP qui n'a pas beaucoup d'expérience, lors de la 1ère grossesse, doit ainsi suivre les conseils et les orientations des femmes expérimentées, à savoir la tante et la GM.

Les interviewés disent que certaines GM contrôlent la prise effective des comprimés de fer des femmes enceintes. Elles sont assistées par les tantes qui jouent également le même rôle auprès des FAP.

Dans les deux contextes culturels, tous les interviewés disent que les hommes, en particulier le mari, sont peu impliqués dans les conseils qui regardent le régime alimentaire et le travail de la femme enceinte. A Lebteyhatt, les hommes disent qu'« *ils ne connaissent rien de la grossesse, ce sont les GM et les tantes qui sont plus expérimentées* ». Selon les interviewés, les maris conseillent généralement aux FAP de suivre les orientations de la GM et des sages-femmes.

De même, dans les deux contextes culturels, les FAP, les GM et les hommes disent tous que ces derniers ne s'occupent pas de la prise de fer par leurs femmes et ils « *n'accompagnent presque jamais leurs femmes aux CPN* » parce que selon eux, « *la*

majorité des hommes sont absents » et aussi parce que « culturellement il n'est pas adapté que le mari accompagne sa femme aux CPN ».

Cette absence d'implication des hommes dans les conseils, le suivi et surtout l'accompagnement de leurs femmes aux CPN s'explique par le fait que dans l'organisation sociale des communautés de nos zones d'étude, les rôles des hommes et des femmes sont différents. Culturellement, il existe des rôles qui sont attendus des hommes. L'encadrement et le suivi des femmes enceintes ne font pas partie de leurs domaines de compétence.

4-2-2-2 Rôles des acteurs familiaux avec les Nouveau-nés (NN)

Dans les deux contextes, toutes les catégories de personnes interviewées disent que *« la GM a plus de connaissances et d'expérience sur les soins et l'allaitement du nouveau-né ».*

Pendant cette première phase de la vie de l'enfant, les femmes expérimentées (GM et tantes) sont très impliquées dans les soins du nouveau-né et les conseils aux FAP. Les GM assistées par les tantes, transmettent à l'accouchée les connaissances et les compétences liées aux soins des nouveaux nés. Elles apprennent avec les aînées à tenir le nouveau-né, à allaiter, à prendre soin du cordon ombilical et à donner le bain au bébé. Les femmes expérimentées font également des massages aux nouveau-nés, le linge, préparent la soupe ou la bouillie de l'accouchée, donnent des médicaments traditionnels à l'accouchée pour arrêter les saignements et font le suivi de la prise des médicaments par l'accouchée.

Dans tous les sites, tous les interviewés disent que les GM recommandent l'administration du colostrum au nouveau-né.

Concernant les premières choses faites ou données aux nouveau-nés, les interviewés disent que ce sont les GM qui décident quelles pratiques traditionnelles suivre pour le nouveau-né. Dans certains sites peuls comme à Woloum Hatar et Léwé, le « *tobirdam* » composé de lait de chèvre mélangé aux dattes ou à une potion coranique est donné au nouveau-né. Dans quelques sites maures comme à Diock, ce sont les dattes que l'on fait goûter en premier au nouveau-né.

Pour ce qui concerne l'allaitement, après l'accouchement, les femmes disent que les sages-femmes leur donnent des conseils sur l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), le respect du calendrier vaccinal, les mesures d'hygiène et une alimentation correcte pour une bonne production de lait. Cependant, même si les FAP veulent suivre les conseils donnés par les agents de santé sur l'AME, elles ne peuvent pas s'opposer aux conseils et aux pratiques des GM.

En effet, tous les interviewées, dans les deux contextes, disent que c'est la GM qui donne davantage de conseils sur l'Allaitement Maternel. Les conseils qu'elle donne généralement sont de ne pas négliger les tétées, de respecter les mesures d'hygiène, d'adopter une bonne position pour l'allaitement et de ne pas coucher l'enfant sur le dos après les tétées pour éviter qu'il ne s'étouffe.

Pour ce qui concerne l'administration de l'eau beaucoup d'interviewés dans les deux contextes, disent que les GM conseillent aux FAP d'administrer de l'eau quand il fait très chaud. De même, la GM donne de l'eau aux nourrissons en l'absence de la FAP ou quand le bébé pleure beaucoup.

Durant ces premiers moments, la FAP suit les conseils qui lui sont donnés par les femmes expérimentées pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires aux soins des nouveaux nés.

Quant au mari, il s'occupe de la prise en charge des frais médicaux, du baptême et des besoins spécifiques du nouveau-né et de l'accouchée à savoir l'achat des couches, du biberon et de la nourriture de sa femme. Quand il est présent, il s'occupe des papiers d'état civil du nouveau-né et fait l'appel sur les deux oreilles du nouveau-né lors du baptême. Chez les peuls, le père peut choisir le prénom de son premier enfant. Toutefois, les hommes dans les deux contextes culturels ne sont pas impliqués dans les conseils et les soins du nouveau-né.

4-2-2-3 Rôles des membres de la famille dans l'alimentation du jeune enfant

La quasi-totalité des interviewés disent que c'est à partir de 6 mois que l'enfant commence à prendre d'autres aliments. Dans les deux contextes culturels presque tous les interviewés disent que c'est la GM qui sait quand introduire de nouveaux aliments. Elles disent tous que « *la GM est plus âgée et elle connaît mieux les aliments* »

qu'un enfant doit consommer ». De même, elle est chargée d'encadrer les jeunes femmes en leur enseignant la préparation de la première bouillie.

Dans beaucoup de sites de l'étude notamment à Woloum Hatar, Mbeydia, Lebteyhatt et Diock, la quasi-totalité des interviewés disent que ce sont les FAP qui d'habitude donnent à manger à l'enfant âgé de 6 mois parce que « c'est une tâche qui relève de leur responsabilité » et « *elles sont plus proches de leur enfant* ». A Léwé et Taghada Wassa, la majorité des interviewés disent que ce sont les GM qui donnent plus fréquemment à manger aux enfants parce que généralement les FAP sont « *indisponibles* » ou « *occupées par les tâches domestiques* »

Mais dans tous les sites, beaucoup d'interviewés ont noté que la FAP bénéficie de l'appui considérable de la GM dans cette tâche. Aussi, c'est la GM qui supervise la FAP et lui donne des directives concernant l'alimentation du jeune enfant. Les hommes quant à eux, ne s'intéressent culturellement pas à cette tâche, selon la majorité d'entre eux, donner à manger à l'enfant « *ne fait pas partie de leurs responsabilités* » en plus « *l'enfant est trop petit à 6 mois, seule sa mère ou la GM peuvent lui donner à manger* ».

Dans toute famille il peut avoir des enfants qui refusent de manger normalement. Les interviewés disent à l'unanimité que c'est la GM qui a plus de compétences pour encourager ces enfants à manger correctement. D'habitude les FAP confient l'enfant difficile à la GM parce qu'elle montre plus de patience, de tolérance et d'affection pour l'enfant comparée aux jeunes femmes. Selon quelques interviewées à Mbeydia. « *Les GM connaissent les parties du corps de l'enfant, elles savent où il faut toucher pour que l'enfant ne vomisse pas et mange mieux* ». En effet ces GM utilisent des techniques en appuyant sur différentes parties du corps de l'enfant pour qu'il mange bien.

Par ailleurs, pour la protection/prévention des maladies, les FAP sont conseillées par les GM et les tantes. Celles-ci donnent beaucoup de conseils sur l'alimentation et l'hygiène des enfants. Selon les interviewés, généralement, elles conseillent à la FAP de veiller sur l'alimentation de l'enfant, d'éviter de lui donner des sucreries et de s'occuper de son hygiène corporelle. D'habitude c'est la FAP qui se charge de laver les mains aux enfants mais la GM aussi est très impliquée dans cette tâche.

Quant aux pères, tous les interviewés, disent qu'« ils ne lavent pas les mains des enfants » mais beaucoup de pères interviewés disent qu'ils « font en sorte que les enfants mangent bien » en ramenant de quoi manger comme le riz, le mil et les fruits s'ils en ont les moyens.

4-2-2-4 rôles des membres de la famille dans la prise en charge de l'enfant malade

Tous les interviewées disent que quand l'enfant tombe malade, c'est la femme qui s'en aperçoit en premier parce qu'elle est plus proche de son enfant, mais que tout de suite elle consulte la Grand-Mère, plus expérimentée pour faire un diagnostic et proposer les premiers soins à domicile. La GM est souvent soutenue par la tante. Dans les sites peuls, si l'enfant ne guérit pas après les soins à domicile, la GM confie l'enfant aux tradipraticiens qui existent seulement dans les sites peuls. Dans certains sites peuls et maures, la GM peut confier l'enfant à une Grand-Mère Leader, appréciée pour ses connaissances dans les maladies des enfants et qui peut proposer un talisman et des remèdes traditionnelles. Si l'enfant ne guérit pas, la femme, avec la tante, ira au poste de santé. Selon tous les interviewés, c'est le père qui assure les frais médicaux et le transport de l'enfant malade vers le poste de santé.

4-2-3 Les acteurs communautaires de la santé

Les spécialistes de la médecine traditionnelle et moderne à savoir les tradipraticiens, sont consultés en cas de problèmes avec l'enfant ou la femme. Dans le cadre de cette étude, les acteurs communautaires n'ont pas été interviewés, mais les interviews avec les acteurs familiaux ont montré que ce sont des personnes ressources disponibles et auxquelles les GM font recours en cas de problème de santé chez les femmes et les enfants.

4-2-3-1 Les tradipraticiens

L'étude a montré que les tradipraticiens n'existent que dans les sites peuls et ils ne sont consultés selon les interviewés qu'en cas de maladie de l'enfant comme la diarrhée, pour les besoins de protection des femmes enceintes et de leur bébé contre les mauvais esprits ou encore en cas de problèmes de qualité du lait maternel. Selon la majorité des interviewés dans ces sites, l'enfant souffrant de diarrhée est d'abord

amené chez le tradipraticien qui, après diagnostic, propose des remèdes traditionnels. Si l'enfant ne guérit pas, il faudra s'adresser aux agents de santé.

4-2-3-2 les Grand-mères Leaders (GML)

Les GML font partie intégrante de l'organisation sociale des communautés et y jouent un rôle considérable en termes d'appui, d'encadrement et de conseils aux jeunes femmes moins expérimentées surtout quand elles sont enceintes ou quand leurs enfants sont malades. Bien qu'elles n'aient pas été interviewées individuellement, cette étude a montré que partout il existe des GML dans les réseaux sociaux des Grand-mères. Elles sont connues et respectées de tous et elles sont très engagées pour améliorer les conditions de vie des membres de leurs communautés. Leurs conseils sont particulièrement recherchés par les grand-mères elles-mêmes et les jeunes femmes en cas de problème de qualité du lait maternel, de diarrhée chez l'enfant ou de problèmes de vers intestinaux. Dans les sites peuls, elles sont consultées en cas de problème de qualité du lait maternel. Selon les interviewés, dans ce cas-là, elles ne proposent pas de remède mais prodiguent des conseils et orientent les FAP vers les structures de santé. Mais dans presque tous les sites en cas de diarrhée chez l'enfant ou de problème de vers intestinaux, les GML sont consultées et elles proposent des talismans ou des remèdes avec des feuilles *d'acacia raddiana* ou avec du piment.

4-2-3-3 Les agents de santé

Faute de temps, les agents de santé n'ont pas été retenus parmi les catégories d'acteurs à interviewer mais les données recueillies montrent que pour les questions de nutrition, de santé des femmes et des enfants, les sages-femmes, les Agents de Santé Communautaire et autres personnels de santé jouent un rôle important. Il faut dire que, dans presque tous les sites, les structures de santé sont géographiquement assez accessibles. La majorité des sites choisis pour la conduite de l'étude sont au bord de la route bitumée. L'accès à deux sites seulement est difficile à cause de l'enclavement et de l'état des routes. Les services proposés dans ces structures concernent autant les femmes enceintes que les nouveau-nés et les jeunes enfants. Toutefois, l'idée qui émerge des interviews est que ces structures ne sont fréquentées qu'en cas de complications et surtout si les enfants malades souffrent de diarrhée ou

de vers intestinaux. La plupart des cas de diarrhée ou de vers intestinaux sont traités en premier lieu dans le cadre familial et communautaire. Ce n'est qu'en cas de problèmes graves ou d'échec des premiers traitements que les enfants sont amenés vers les structures de santé.

Les interviewés disent que le traitement se fait au niveau des structures de santé seulement pour les enfants mal nourris.

Ces données montrent que globalement, les structures de santé sont peu fréquentées en cas de maladie des enfants comme la diarrhée ou les vers intestinaux.

L'étude a montré que la majorité des femmes enceintes fréquentent les structures de santé pour les CPN et pour les accouchements. Cependant, bien que ces femmes soient le plus souvent accompagnées pour les CPN par la GM ou la tante, la majorité des interviewés disent que souvent les sages-femmes ne communiquent qu'avec les jeunes femmes. Elles leur donnent des conseils qu'elles ne partagent pas avec les accompagnatrices. Cela constitue un problème car l'étude a montré que les femmes plus expérimentées, à savoir la GM et la tante, sont très présentes dans la vie de la femme et de son enfant.

Dans les moments critiques de la vie de la femme et de son enfant c'est-à-dire, pendant la grossesse, lors des premières semaines et mois de vie d'un enfant et en cas de maladie, la FAP est encadrée et conseillée par sa propre mère ou belle-mère qui détient plus de connaissances et d'expérience dans ces domaines. Dans les sites peuls, la valeur de l'expérience des aînés est souvent soulignée par ce proverbe : « *Mawdo sodani gandal boyi wourdé* » qui signifie : la connaissance ne s'achète pas elle s'acquiert avec l'expérience.

Même si la majorité des femmes veulent appliquer les conseils des sages-femmes, il leur est difficile de repousser les pratiques et des choix des grand-mères.

Ainsi, il faut noter que la non-implication des accompagnatrices des femmes enceintes constitue un frein à l'application effective des conseils des sages-femmes et du suivi à domicile. Elle pose également le problème fondamental, de l'ouverture, de la disponibilité et de l'accueil des sages-femmes envers celles qui viennent les consulter.

Par ailleurs, l'étude a également montré que lors de ces moments critiques, le rôle des hommes est limité comparé à celui des femmes des différentes générations. L'étude a révélé qu'ils ne sont pas impliqués dans le suivi rapproché des femmes et des enfants car, non seulement la plupart sont absents, mais aussi, cela ne rentre pas dans leur domaine de compétence. Généralement, les interviewés, disent que les hommes ne sont sollicités que quand il y a des problèmes importants ou quand il y a des besoins d'ordres financiers pour la prise en charge des femmes et des enfants.

4-3 Les normes, pratiques, conseils et soins en rapport avec la SNMI

Ce chapitre présente les résultats sur les normes, les pratiques, les conseils et les soins qui ont une influence sur la SNMI. Il s'agit essentiellement de conseils et de pratiques pour la grossesse, les soins et l'allaitement du nouveau-né, l'alimentation du jeune enfant, la prise en charge de l'enfant malade et enfin la protection/prévention des maladies de l'enfant.

4-3-1 les conseils et pratiques lors de la grossesse

Les pratiques en rapport avec la grossesse sont influencées surtout par les conseils donnés par les membres de la famille, particulièrement les grand-mères et autres femmes expérimentées comme les tantes, qui encadrent les femmes enceintes (FE) au quotidien.

4-3-1-1 Le régime alimentaire et le travail de la femme enceinte (FE)

Pendant la grossesse, les besoins nutritionnels de la femme augmentent. Une nutrition maternelle adéquate et suffisante garanti le bien-être de la mère et influence la santé et l'état nutritionnel du nouveau-né pendant les 1000 premiers jours de sa vie. Un régime alimentaire adéquat durant toute la grossesse ainsi que la réduction de la charge de travail doivent permettre à la femme de prendre raisonnablement du poids et d'assurer un poids de naissance normal au nouveau-né.

Dans les deux contextes culturels de l'étude, les GM recommandent certains aliments aux femmes enceintes. Tous les interviewés disent que la GM conseille à la femme enceinte de manger des « *aliments vitaminés* ». Les aliments qu'elles recommandent le plus souvent sont : les haricots, les légumes, les pommes de terre, les patates douces, les poissons grillés, les œufs, la viande, les pâtes alimentaires, le lait, les plats à base de mil, blé et de riz, les fruits. Certains de ces aliments sont jugés accessibles comme les légumes qui proviennent des jardins potagers (voir photo ci-dessus) et la viande. Les fruits sont jugés « *inaccessibles et moins consommés* » par les femmes enceintes parce qu'ils sont chers.

Partout, les GM déconseillent les aliments épicés, salés, amers comme le citron, la graisse et les « *aliments lourds* » tels que le couscous à base de blé ou de mil et les pâtes alimentaires pour que femme enceinte n'ait pas de problèmes de digestion. De plus, dans quelques sites peuls et maures, les GM déconseillent certains aliments comme les œufs, la bouillie de sorgho et de mil, les pommes de terre et le lait frais parce qu'elles considèrent que « *ce sont des aliments trop riches qui peuvent faire grossir le bébé et rendre l'accouchement difficile* ».



Concernant la quantité, l'étude a montré que dans presque tous les autres sites, particulièrement dans les sites peuls, la majorité des FAP et GM disent que « *la femme enceinte doit manger plus que d'habitude jusqu'au 7^{ème} mois et réduire les aliments vitaminés ensuite* ». Selon ces interviewées, la femme enceinte doit manger moins pour ne pas prendre trop de poids, pour faciliter ses déplacements, pour que le bébé ne grossisse pas trop et pour faciliter l'accouchement.

Mais dans quelques sites maures (Mbeydia et Diock), la majorité des interviewés disent que « *la femme enceinte doit manger plus que d'habitude jusqu'à la fin de sa*

grossesse ». Selon elles, la femme enceinte « *doit prendre du poids et avoir de la force pour que l'accouchement se passe bien* ».

Ainsi, ces données montrent que dans la majorité des cas, les femmes enceintes ne sont pas encouragées à manger beaucoup surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse. En ce sens, la majorité des interviewés préfère que le bébé ne soit pas gros pour faciliter l'accouchement. Une GM soutient : « *si le bébé est trop gros, la femme va subir une opération* ». Selon beaucoup de GM et FAP, le poids du bébé pourrait être source de complications pour la femme au moment de l'accouchement.

Quant aux conseils relatifs au travail de la femme enceinte, quelques rares GM dans les sites Peuls disent que la FE doit travailler comme d'habitude afin de faciliter son accouchement. Une GM peule dit à ce propos : « *A' notre époque, on ne se reposait pas, on travaillait beaucoup, mais aujourd'hui les jeunes femmes de leur propre initiative, prennent un temps de repos pendant la journée* »

Mais partout ailleurs, il est conseillé à la femme de travailler moins que d'habitude et de se reposer un moment pendant la journée, surtout pendant les heures où il fait plus chaud pour préserver sa santé et celle de son enfant. Selon beaucoup d'interviewés, « *la femme enceinte doit éviter les travaux pénibles* » comme porter de lourds fardeaux (seau d'eau ; bassines d'eau ; fagot de bois), éviter de travailler sous le soleil, de balayer en se courbant, éviter les travaux champêtres, de traire le lait ou de couper le bois.

Même, si la majorité des interviewés pense que la femme enceinte doit travailler moins pendant la grossesse, ils soutiennent presque tous, qu'elle ne doit pas arrêter de travailler. Elle doit continuer à travailler « *pour faciliter l'accouchement* », « *pour éviter le gonflement des pieds et la prise de poids.* » Selon certaines, « *trop de repos entraine la paresse* ».

La majorité des interviewées semblent avoir bien compris qu'il est important pour la femme enceinte d'éviter les travaux pénibles et de se reposer un peu pendant la journée. Mais néanmoins, il y a quelques GM, surtout, chez les peuls, qui pensent que travailler comme d'habitude est bénéfique à la femme enceinte.

4-3.1.2 Les consultations prénatales (CPN)

L'objectif des soins prénatals est de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant. La majorité des interviewés semble avoir compris l'importance des CPN, effectivement presque tous affirment que le but des CPN est de vérifier l'état de santé du fœtus et de la maman, d'obtenir des médicaments comme le fer et les comprimés contre le paludisme, faciliter l'obtention des papiers d'état civil, connaître la position du bébé, se faire prescrire des ordonnances, connaître la tension artérielle et le groupe sanguin de la femme.

Pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes, l'OMS et le Ministère de la Santé en Mauritanie recommandent un minimum de 4 visites prénatales.

La majorité des FAP et GM dans les deux contextes, disent que le nombre de CPN à faire varie entre 3 et 4. Selon beaucoup d'interviewées, les femmes qui découvrent tôt leur grossesse font 4 CPN. Mais il faut remarquer que dans un site maure (Taghada Wassa) la majorité des FAP disent qu'elles ne connaissent pas le nombre de CPN qu'une femme enceinte doit faire. Cela pourrait être un indicateur de la faible fréquentation des structures de santé lors de la grossesse par les femmes de cette zone pour rejoindre le nombre de CPN requis.

Dans les deux contextes de l'étude, les interviewés disent que la majorité des femmes enceintes font les CPN. Une GM maure à Diock affirme : « *avant, nous ne faisons pas de CPN mais la jeune génération d'aujourd'hui fait régulièrement les 4 CPN* ». Etant donné que la majorité des sites de l'étude sont au bord de la route, la plupart des interviewées ont dit qu'elles n'ont pas de problème à accéder aux postes de santé.

Seuls deux sites de l'étude, à savoir Léwé et Taghada Wassa, ont un accès difficile à cause de l'état des pistes, ce qui rend compliqué faire les CPN. Dans ces deux sites, il y a quelques FAP qui ne font pas régulièrement les CPN. Selon quelques GM à Léwé, « *les FAP qui ne font pas les CPN sont consultées par les accoucheuses*

traditionnelles ». Ces GM pensent que « *c'est important de faire les CPN dans les structures de santé mais c'est l'accessibilité qui fait défaut* ».

Par ailleurs, il y'a encore quelques GM qui refusent que les FAP fassent les CPN. Selon les GM de Lévé « *il y a des GM qui refusent que les FAP aillent se faire consulter parce qu'à leur époque, elles ne les faisaient pas. Aussi, elles pensent que c'est une manière pour les FAP de fuir les tâches ménagères* ».

Les interviewés ont identifié ainsi plusieurs facteurs défavorisant les CPN dans certaines zones. Il s'agit de l'éloignement des postes de santé, de l'état des routes, des moyens de transport, comme les charrettes, qui ne sont pas adaptés aux femmes enceintes, de l'absence de moyens financiers, de l'accueil, parfois désagréable des sages-femmes et du fait que parfois elles se déplacent au niveau des structures de santé sans trouver la sage-femme.

Toutefois, retenons que de façon globale la plupart des femmes enceintes dans les deux contextes de l'étude fréquentent les structures de santé pendant la grossesse et ont bénéficié des soins d'agents de santé qualifiés. Ce résultat est confirmé par les données du MICS (2015) qui ont révélé que dans le Brakna seuls 8% de femmes enceintes n'ont pas reçu de soins pendant la grossesse contre 83% qui ont été consultées par les sages-femmes. Dans l'Assaba, le pourcentage de femmes qui ont été consultées par les sages-femmes est plus faible : 39% contre 17% qui n'ont pas reçu de soins durant la grossesse. Les femmes enceintes qui ne fréquentent pas les structures de santé pour des soins ne sont pas très nombreuses et cela pourrait s'expliquer comme l'ont dit certains membres des communautés par l'inaccessibilité des structures de santé, les problèmes financiers, l'état des routes, le manque de disponibilité et d'ouverture des sages-femmes et la volonté de certaines GM de maintenir leurs vieilles pratiques qui n'encouragent pas les femmes enceintes à accorder suffisamment d'un intérêt aux CPN et à les suivre de façon régulière.

4-3.1.3 Protection/Prévention des Femmes Enceintes

Dans presque tous les sites les pratiques prioritaires prises par les familles pour assurer le bon déroulement de la grossesse, concernent le bien-être physique et psychologique de la femme enceinte.

Dans tous les sites, les interviewés disent qu'il est essentiel de renforcer l'alimentation de la femme pour que le bébé se développe bien. De même, presque tous disent qu'il faut veiller à la tranquillité de la femme enceinte en évitant « *de lui dire ou faire dire des paroles blessantes* » ou de la « *stresser* » et en l'aidant dans les tâches domestiques pour qu'elle ne se fatigue pas trop. A ce propos, une FAP de Diock dit : « *pendant la grossesse, les autres membres de la famille aident la FAP dans les tâches domestiques et la cuisine, mettent à sa disposition de l'argent pour ses soins et son alimentation afin que la grossesse se déroule bien et que le bébé se développe bien* ».

Dans tous les sites, les interviewés disent qu'il existe des mesures de protection des femmes enceintes contre le paludisme comme dormir sous une moustiquaire imprégnée et la prise des trois comprimés en guise de prévention que la sage-femme leur ordonne lors de la CPN.

D'autres mesures de prévention ont également été citées par certains comme se protéger du froid, ne pas sortir sous la pluie, prendre le fer et respecter les CPN.

Par ailleurs, dans tous les sites des pratiques traditionnelles et/ou religieuses sont également faites pour protéger la femme enceinte. Contrairement aux sites Maures où il n'existe pas de tradipraticiens, dans la majorité des sites peuls il existe des pratiques traditionnelles faites par le tradipraticien pour protéger la femme enceinte. Une GM à Woloum Hatar dit : « *quand une femme est enceinte, le tradipraticien lui confectionne un talisman avec un scorpion mort. C'est un moyen de protéger le bébé, il n'aura peur de rien à la naissance* ».

Il existe aussi des pratiques religieuses dans presque tous les sites maures et peuls visant à protéger la femme enceinte comme les potions coraniques, les talismans confectionnés avec les versets du coran, les prières. Selon une FAP dans un des sites maures, « *aucune pratique n'est faite pour une femme enceinte qui n'a aucun problème. Mais pour celles qui font fréquemment des fausses couches, il existe des talismans coraniques pour les protéger quand elles tombent enceinte* ». Généralement, c'est le marabout qui est sollicité pour les pratiques religieuses visant à protéger les femmes enceintes.

4-3.1.4 L'anémie

L'anémie chez les femmes enceintes est un réel problème de santé publique. Une étude publiée en 2017, portant sur « la relation entre les facteurs socio-économiques et l'anémie au cours de la grossesse » à Nouakchott en Mauritanie, montre que 49,75% des femmes enceintes sont anémiques⁴.

Dans les sites concernés par l'étude, les interviewés n'ont pas une idée claire sur la prévalence de l'anémie. Certains disent qu'il y a beaucoup de femmes enceintes qui souffrent d'anémie, d'autres disent qu'elles ne sont pas nombreuses.

Toutefois, la majorité des interviewés a une bonne connaissance des symptômes et des causes de l'anémie.

Les signes les plus fréquemment cités sont : la pâleur (paumes des mains, yeux, peau, langue), les vertiges et la fatigue. Quelques rares interviewés ont signalé d'autres symptômes comme : les pieds enflés, l'essoufflement, les crampes, la peau sèche, les lèvres sèches et fissurées, les douleurs osseuses, la respiration difficile, les maux de tête et la vision floue.

Quant aux causes, dans tous les sites, les interviewés disent que l'anémie est due principalement à « l'absence d'une nourriture adéquate et vitaminée » comme la consommation d'aliments riche en fer à savoir les haricots, la viande, le poisson grillé, les lentilles. D'autres causes ont également été citées par quelques interviewés, comme négliger la prise de fer, les vomissements répétés, les efforts physiques importants et le manque d'appétit, la consommation de tamarin ou du pin de singe.

En revanche, la prise régulière de thé par les femmes enceintes ne semble pas être perçue par la majorité des interviewés comme un facteur limitant l'absorption du fer car aucun interviewé ne l'a mentionnée parmi les aliments déconseillés. Selon les interviewés, même s'il existe certaines femmes enceintes qui continuent à boire le thé normalement, la majorité arrête d'en consommer à cause de la grossesse.

⁴Sass, Setty, Sidi Mohamed Mariem, Zein Ahmed, Elberae Ahmed, Khadouaoui Abderrazak, Khllayoun Soad, Lrhorfi L. Aicha, Bengueddour Rachid, *Relation entre les facteurs socio-économiques et l'anémie au cours de la grossesse*, Vol 13 N° 36, Nouakchott2017, P. 96

L'OMS recommande pour les femmes enceintes, une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme.

La plupart des interviewées disent que la majorité des femmes enceintes prend le fer parce qu'elles connaissent son importance. Une FAP à Woloum Hatar affirme « *je prends régulièrement le fer pour ne pas saigner lors de l'accouchement et même après l'accouchement je continue de prendre les comprimés pour être en bonne santé* ».

Cependant, dans quelques sites de l'étude certains disent qu'il y a des femmes enceintes qui ne prennent pas le fer à cause de plusieurs contraintes : l'odeur désagréable des comprimés, les nausées et les vomissements provoqués par la prise du fer. Certains interviewés précisent qu'il existe des alternatives pour les femmes enceintes pour combattre l'anémie, comme retourner chez la SF pour qu'elle prescrive « *des médicaments plus adaptés* ».

Certaines interviewées ont souligné l'absence de suivi dans la prise des médicaments par les femmes enceintes. Toutefois, quelques GM affirment de contrôler la prise du fer à domicile.

« *Je veille à ce que mes belles filles enceintes prennent chaque jours les comprimés. C'est moi qui les achète donc je ne vais pas accepter qu'elles refusent de les prendre correctement. Je reste avec elle au moment des prises* ». GM à Léwé

C'est aussi le cas d'une autre GM à Woloum Hatar qui dit « *je vis avec ma belle-fille et je n'accepte pas qu'elle prenne les comprimés derrière mon dos. Elle les prend toujours en ma présence* ».

Ainsi, il ressort de l'étude que les signes et les causes de l'anémie sont bien perçus par la plupart des interviewés. Ils semblent connaître les enjeux liés à la prise des comprimés de fer par les femmes enceintes. L'étude a montré que la majorité des femmes enceintes dans les deux contextes culturels prennent les comprimés de fer mais ce résultat est mis en rapport avec le pourcentage de femmes enceintes souffrant d'anémie et qui s'élève à peu près à 50% selon l'étude réalisée en 2017 à Nouakchott, qui devrait être relativisée. Même si beaucoup de femmes prennent le fer pendant la grossesse, il existe encore des femmes qui ne prennent pas le fer correctement à cause des effets secondaires. Dans certains sites, il existe des GM qui assurent le

suivi de la prise des médicaments parce qu'elles sont conscientes de son importance pour une femme enceinte.

4-3-2 conseils et pratiques en rapport avec les soins du nouveau-né

L'étude a montré que dans les deux contextes culturels, après l'accouchement la mère est encadrée par la GM pour tous les soins au nouveau-né. Dans tous les sites de l'étude, il existe des actions prioritaires qui sont faites pour le nouveau-né en vue d'assurer son bon développement.

Dans les sites peuls et maures, il y a des pratiques traditionnelles et religieuses visant à protéger le nouveau-né contre les mauvais esprits, contre les maladies ou encore pour faire de lui un bon musulman.

Chez les peuls, il est habituel de mettre un couteau, des brins de balai et des graines de mil sous l'oreiller du nouveau-né. Les maures, pour protéger le nouveau-né des mauvais esprits, mettent un couteau à côté de lui et lui attachent autour des deux poignets des morceaux de lames écrasés sous forme d'amulette.

Dans tous les sites maures et peuls, les GM recommandent d'éviter de laisser seul l'enfant dans la chambre pour que les mauvais esprits ne viennent échanger le bébé. Elles conseillent que l'enfant soit toujours avec quelqu'un dans la chambre jusqu'au Baptême.

Chez les peuls, il existe des pratiques traditionnelles visant à protéger l'enfant de certaines maladies comme, par exemple, garder le cordon ombilical du bébé et ces cheveux rasés lors du baptême, pour le soigner avec quand il aura des maux de ventre.

Les pratiques religieuses existent partout. En effet, selon les interviewés, l'appel à la prière est prononcé sur l'oreille droite du nouveau-né puis le second appel pour l'introduction à la prière sur l'oreille gauche afin de lui signifier l'unicité de Dieu, et les comportements à avoir pour être un bon musulman.

Par ailleurs, l'étude a montré qu'il existe dans certains sites peuls et maures d'autres pratiques traditionnelles. Généralement, des gouttes de lait ou des dattes sont données au nouveau-né à la naissance.

Dans certains sites peuls comme à Woloum Hatar et Léwé, la majorité des interviewées disent que le « *tobirdam* », qui signifie goutte de lait ou d'eau, est donné au nouveau-né. En ce sens, les FAP de Léwé précisent que « *quand il s'agit d'un accouchement à domicile, le tobirdam est donné au nouveau-né mais si l'accouchement se passe dans une structure de santé, on ne le donne pas à l'enfant* ». Dans ces zones, les interviewés disent que la majorité des femmes accouchent dans les structures de santé et respectent les conseils des sages-femmes de ne donner que le lait maternel. Cependant, il y a encore des femmes qui accouchent à domicile et qui perpétuent cette pratique.

Encadré 6 : composition et utilité du « *tobirdam* » chez les peuls

Tobirdam	
<u>Composition</u>	<u>Utilité</u>
Lait de chèvre et dattes écrasées	Développe l'intelligence de l'enfant
Lait de chèvre mélangé à une potion coranique	Prévient les douleurs de la dentition

Selon les interviewés dans ces sites peuls, le *tobirdam* sert à prévenir les douleurs de la dentition et à développer l'intelligence du bébé. Le *tobirdam* est composé de lait de chèvre mélangé aux dattes ou du lait de chèvre mélangé à une potion coranique. A ce propos une GM dit : « *nous mélangeons le lait de chèvre avec une potion faite de versets du coran ou avec des dattes. Nous donnons à l'enfant quelques gouttes de ce mélange pour qu'il soit intelligent* » Selon certaines, la préférence est accordée au lait de chèvre, « *c'est plus léger et ça développe l'intelligence du nouveau-né* ».

Cependant dans tous les sites maures, les interviewés disent à l'unanimité qu'ils ne donnent pas le « *Tobirdam* » aux nouveau-nés. Une FAP à Taghada Wassa explique : « *aujourd'hui, on ne donne rien au nouveau-né à la naissance. On ne fait plus cette*

pratique traditionnelle (tobirdam) parce qu'on a peur que l'enfant attrape des maladies ». Aussi, ils disent tous qu'ils respectent les conseils qui leur sont donnés par les agents de santé pour les soins du nouveau-né. La seule chose donnée à l'enfant selon certaines GM à Dioc, « *ce sont les dattes que l'on écrase dans la bouche du nouveau-né en vue de faire de lui une personne de bonne moralité* ».

Cette pratique, consistant à donner des gouttes de lait et d'eau bénite à la naissance, tend à être abandonnée dans les deux contextes de l'étude, même si chez les peuls ces pratiques existent encore. Cette tendance est confirmée à la mise au sein du bébé. En effet, la quasi-totalité des interviewés dans les deux sites disent que « *le bébé est mis au sein immédiatement* » ou quelques minutes après l'accouchement parce que la plupart des accouchements se font dans les structures de santé. Les résultats du MICS 2015 qui font état de 24% d'accouchements à domicile contre 74% dans un établissement de santé dans le Brakna et 39% d'accouchements à domicile contre 61% dans un établissement de santé dans l'Assaba.

Le taux assez élevé d'accouchements dans les structures de santé devrait être traduit par la mise au sein du bébé dans la première heure de naissance. Selon le MICS 2015, dans l'Assaba, seulement 67% des nouveau-nés dans l'Assaba et 57% dans le Brakna sont allaités dans la première heure après l'accouchement. Ces chiffres montrent que la mise au sein précoce n'est pas systématiquement respectée dans les structures de santé.

De même, à l'unanimité, les interviewées dans tous les sites, disent que le colostrum, « *kandi* » en pulaar et « *el ben ahmar* » en Hasania, est donné à l'enfant. Il semble que les communautés maures et peules connaissent les bénéfices du colostrum et souvent affirment que « *c'est le premier vaccin de l'enfant* ». Selon les interviewés, il permet de « *renforcer la santé du bébé et de développer son intelligence* » et porte d'autres bénéfices. C'est ce qu'avancent les FAP de Woloum Hatar qui disent qu'il « *lave le ventre du bébé et est bénéfique pour l'accouchée puisque permettant de réduire les saignements provoqués par l'accouchement* ».

4-3-3 Conseils et pratiques en rapport avec l'alimentation de la femme allaitante

Durant l'allaitement, les besoins énergétiques de la femme augmentent beaucoup, puisqu'elle joue un rôle vital dans la dyade alimentaire qu'elle forme avec son enfant.

Selon l'UNICEF, la mère qui allaite devrait manger environ 500 calories de plus par jour qu'avant la grossesse.

Dans presque tous les 6 sites de l'étude, les interviewés disent que la femme allaitante a besoin de manger mieux que d'habitude parce que selon eux, « *elle mange pour deux* », contrairement à la femme enceinte qui doit éviter de trop manger pour ne pas faire grossir le bébé dans le ventre. De plus, la femme allaitante doit bien manger pour produire suffisamment de lait pour nourrir son bébé. En ce sens, une GM de Woloum Hatar dit : « *la femme allaitante a plus de besoins parce que son enfant dépend d'elle. Tout ce qu'elle mange est repris par l'enfant pendant l'allaitement. Si elle mange bien, elle pourra allaiter correctement son enfant et ne risque pas de maigrir* ».

Ces réponses montrent que les interviewés pensent que la femme allaitante a des besoins nutritionnels supérieurs à ceux de la femme enceinte.

Dans le cadre de cette étude, certains interviewés ont souligné que la femme allaitante a un régime spécifique qui peut durer une semaine après l'accouchement. (7 jours). Selon la majorité des interviewés, le régime de la femme allaitante pendant ces jours est souvent composé de bouillies de céréales, à base de sorgho, blé, mil ou maïs, de lait frais, du lait caillé, de la soupe de légumes et de viande ou soupe de viande aux dattes, une recette qui est plus fréquente dans les sites maures. Le régime spécifique de la femme allaitante semble riche mais dans tous les sites, les interviewés disent que les femmes allaitantes interrompent le régime après une semaine à cause des moyens financiers insuffisants, du manque de temps dû aux travaux domestiques et de l'indisponibilité des céréales en période de soudure. Beaucoup d'interviewés comme les GM de Lebteyhatt disent qu'après une semaine, « *la femme allaitante n'a pas de régime spécifique* », « *elle mange ce que les autres mangent* » comme le riz, le couscous, les arachides, les pâtes alimentaires, les biscuits. Selon ces GM, « *elle doit se remplir le ventre pour pouvoir allaiter son enfant* »

4-3-4 L'allaitement maternel exclusif

Pour tous les interviewés dans tous les sites, il est possible d'appliquer l'AME pendant 6 mois. La quasi-totalité des interviewés dit que c'est à partir de 6 mois que l'enfant commence à prendre d'autres aliments et de l'eau. Beaucoup de FAP disent que c'est la sage-femme qui leur recommande de ne pas donner de l'eau à l'enfant avant 6 mois.

Les conseils des Sages-femmes ne sont pas toujours suivis par les FAP. Les réponses obtenues à d'autres moments des interviews montrent que l'adoption de l'AME n'est pas généralisée dans ces communautés. Dans les deux contextes culturels, il y a plusieurs situations dans lesquelles de l'eau ou d'autres liquides sont données aux nourrissons bien avant 6 mois.

Dans le cas où la femme n'a pas de lait après l'accouchement, dans tous les sites, la majorité des FAP et GM disent que d'habitude, « *elles donnent au bébé du lait de chèvre chauffé ou de l'eau sucrée* » pour calmer l'enfant. Moins souvent elles donnent d'autres types de lait comme le lait concentré ou le lait vendu en pharmacie.

Si la femme n'a pas de lait à l'accouchement ou si elle a peu de lait maternel, rares sont les interviewées qui disent qu'elle doit donner le sein régulièrement pour favoriser la montée du lait. Les FAP et les GM qui connaissent ce procédé sont peu nombreuses. Certaines FAP de Taghada Wassa expliquent que : « *avant, si la femme n'avait pas de lait après l'accouchement, on remettait l'enfant à une autre femme allaitante de notre entourage. Maintenant, avec les nouvelles informations qu'on a reçues, on sait qu'il faut insister à donner le sein au bébé, c'est ce qui va favoriser la montée du lait* ».

Les causes les plus fréquentes du manque de lait selon les FAP et GM sont : l'absence d'une alimentation riche, l'état psychologique de la femme (stress, fatigue), ou son état de santé (l'anémie, lait infesté par des insectes). Toutefois, la plupart des FAP et GM interviewées disent que les femmes qui n'ont pas assez de lait sont peu nombreuses.

Les femmes avec jeunes enfants sont parfois obligées de s'absenter de la maison dans le cadre de leurs activités. En son absence, beaucoup d'interviewés dans les sites peuls et maures reconnaissent que la GM donne de l'eau à l'enfant qui reste avec elle, surtout quand celui-ci pleure beaucoup. Les pères interviewés à Lebteyhatt disent ceci : « *les médecins conseillent de ne pas donner de l'eau avant 6 mois mais quand la FAP s'absente, la GM donne de l'eau au bébé* ».

Une autre pratique fréquente selon beaucoup de FAP et GM dans les sites Maures est de donner de l'eau aux nourrissons bien avant 6 mois en période de chaleur. Une FAP à Taghada Wassa dit à ce propos : « *l'eau contenue dans le lait ne peut pas éteindre la soif de l'enfant, il faut nécessairement lui donner de l'eau surtout en période de*

chaleur ». ». Une GM à Diock dit : « quand il fait chaud et que l'enfant pleure beaucoup, on prend un peu du lait maternel qu'on dilue dans beaucoup d'eau pour le donner au bébé ».

Bien que la majorité des FAP et GM savent que le lait maternel contient de l'eau, leurs pratiques ne sont pas en ligne avec leur appréciation de la composition du lait maternel. En Temps de chaleur, elles pensent qu'il faut donner de l'eau à l'enfant, ce qui laisse croire que l'appréciation de la quantité d'eau contenue dans le lait maternel n'est pas suffisamment comprise.

Les interviewées affirment à l'unanimité que la qualité du lait maternel diffère d'une femme à une autre. D'après les FAP et les GM, il y a un « *lait riche et nutritif* » et un « *lait moins riche* » (léger/lourd). D'autres disent qu'il y'a aussi une différence de goût, certains laits sont plus sucrés et d'autres plus salés. Plusieurs fois aussi, les interviewées remarquent une différence de lait en fonction de l'état de santé de la femme (sain/pas sain). Selon elles, certaines maladies peuvent affecter le lait comme l'anémie, les abcès ou les maladies contagieuses (hépatite, sida). Une GM à Woloum Hatar nous explique comment il était possible d'établir la qualité du lait : « *avant, quand une femme accouchait on attendait pendant 3 jours la montée du lait. Une fois le lait monté, on le testait sur une fourmi. Si elle mourait au contact du lait on concluait que le lait n'était pas de bonne qualité et si la fourmi survivait, on autorisait la FAP d'allaiter son enfant* ».

Quand la GM ou la FAP jugent que le lait maternel n'est pas de bonne qualité, d'autres aliments sont donnés à l'enfant même durant les premiers mois de vie. A Mbeydia, une GM qui s'est rendu compte de la mauvaise qualité du lait de sa fille à l'accouchement soutient : « *à deux mois, j'ai commencé à donner à l'enfant une bouillie très légère* ». Une FAP à Taghada Wassa dit qu'elle a eu le même problème mais elle donnait à son enfant du lait de chèvre.

Ainsi, les données montrent qu'il y a souvent un écart important entre les conseils reçus par les FAP de la part des Sages-femmes et l'application de l'AME. Il semble que souvent l'avis des GM concernant la qualité du lait maternel ou leurs conseils quant à la nécessité de donner de l'eau à l'enfant dans certaines situations (quand l'enfant pleure, quand il fait chaud) empêchent les FAP d'adopter rigoureusement l'AME.

Même si les FAP veulent suivre les conseils donnés par les agents de santé sur l'AME, il est difficile, voire impossible, pour elles de repousser les conseils et les pratiques des GM qui jouent un rôle actif dans les soins à prodiguer à l'enfant. D'ailleurs, partout, les interviewés disent que ce sont les GM qui donnent davantage de conseils sur l'Allaitement Maternel. Elles veillent sur la régularité des tétées (allaiter le bébé à chaque fois en cas de besoin) et le bien-être de l'enfant (hygiène, position pour l'allaitement et après les tétées). De même, pour augmenter la production du lait maternel, les GM encouragent les femmes à consommer de la bouillie de mil ou de sorgho, des arachides, des haricots, du couscous au lait, de la viande, des légumes, du lait frais, des dattes, du poisson, du riz et des biscuits.

Par ailleurs, beaucoup de FAP et GM interviewées ne semblent pas bien mesurer les conséquences liées à l'administration d'eau aux nourrissons puisque beaucoup d'entre elles, ne voient pas de différences entre les bébés qui suivent l'AME et les autres. Seules certaines interviewées, surtout les femmes qui ont appliqué l'AME, disent que les bébés à qui l'on donne de l'eau avant 6 mois sont faibles et malades tandis que les autres sont bien portants, solides, marchent plus tôt et résistent mieux aux maladies. Une des FAP de Lebteyhatt parle de son expérience : « *moi j'ai commencé à appliquer l'AME depuis qu'on a été sensibilisées sur son importance. J'ai constaté que c'est bénéfique car cela favorise la santé de l'enfant. L'enfant qui reçoit de l'eau ne peut pas être en bonne santé* ».

4-3-5 Les aliments de complément

Selon l'OMS, c'est seulement après six mois, que les nourrissons doivent commencer à consommer des aliments de complément, adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus.

L'étude a montré que la GM a une grande influence quand il s'agit de choisir et d'introduire les premiers aliments. En effet, la quasi-totalité des interviewés dans tous les sites, disent que c'est la GM qui a plus de connaissances et d'expérience sur l'introduction des premiers aliments. Elle est plus âgée et « *elle connaît mieux les aliments qu'un enfant doit consommer* ». Ils reconnaissent tous que c'est la GM qui est chargée d'encadrer les jeunes femmes en leur enseignant la préparation de la première bouillie.

Même si la quasi-totalité des FAP et des GM affirment que c'est à partir de 6 mois qu'elles introduisent d'autres aliments en plus du lait maternel, l'étude a montré que dans la pratique, beaucoup de FAP et de GM introduisent d'autres liquides avant 6 mois. L'étude a aussi montré que l'âge d'introduction des premiers aliments est variable : de 2 mois à 14 mois. Plusieurs facteurs influencent le choix des familles d'introduire d'autres aliments et liquides à un certain âge. Le principal facteur dépend de l'idée que les femmes se font de la quantité ou de la qualité du lait produit par la femme. Il existe également d'autres facteurs déterminants dans le choix des familles : il s'agit de la perception des besoins nutritionnels de l'enfant, de l'influence des agents de santé, de la perception des capacités de l'enfant à manger d'autres aliments plus consistants ou encore des expériences antérieures.

La majorité des FAP et des GM disent que c'est à partir de 6 mois que l'enfant commence à prendre d'autres aliments. Les données recueillies à partir des fiches bouillies administrées à 34 FAP et 21 GM montrent que 82% des FAP et 81% des GM introduisent les bouillies à partir de 6 mois. Ces deux catégories justifient leur choix par le fait qu'au bout de six mois, « *la production de lait baisse et ne suffit plus à nourrir le bébé* ». Selon d'autres, « *c'est à cet âge que l'enfant acquiert la capacité de manger* » et elles veulent aussi se conformer aux conseils des agents de santé. D'autres disent quant à elles qu' « *à partir de 6 mois, le lait maternel n'est plus suffisant pour le bébé et il lui faut des aliments de complément* ».

Par ailleurs, environ 14% des GM disent qu'elles introduisent les premiers aliments de complément beaucoup plus tôt, entre 2 et 5 mois, à cause de l'insuffisance ou de la qualité du lait maternel.

Quelques FAP et GM décident d'introduire les aliments un peu plus tard, entre 7 et 14 mois. Elles représentent respectivement 18% et 5% de l'échantillon. Dans ce cas, leur choix est guidé par l'habitude ou par certaines représentations comme cette jeune FAP de Léwé qui dit : « *Mon enfant a 8 mois et je ne compte pas lui donner à manger avant 10 mois parce que je ne veux pas qu'il ait un gros ventre. On dit qu'un enfant qui mange tôt aura un gros ventre* ».

Les FAP et les GM ont été interrogées sur la composition de la première bouillie donnée à l'enfant. La synthèse de leurs réponses, dans le tableau ci-dessous, montre la composition des différentes bouillies. Il n'a pas été possible de recueillir des données

sur les proportions des ingrédients mis dans les bouillies ce qui rend difficile comprendre leur apport nutritionnel. Il est probable qu'il y ait des insuffisances à ce niveau.

4-3-5-1 : composition des premières bouillies

Tableau 5 : composition et fréquence des premières bouillies

Composition et fréquence des premières bouillies				
Premières bouillies	Fréquence	Composition de base		Autres composantes
		Chez les FAP	Chez les GM	
Bouillie de céréales	Très fréquent	Sorgho, mil, niébé et arachide mélangé+ eau+sucre+sel	Mil, sorgho, arachide, niébé, graines de pastèque mélangée +eau+sucre+sel	Parfois : Lait Rarement : Huile, beurre, graine de pastèque moulu chez les FAP, biscuits
Bouillie de mil ou de sorgho	Fréquent	Farine de mil+eau+sucre+sel Farine de sorgho+eau+sucre+sel		Parfois : lait concentré ou lait de vache ou de chèvre
Purée de légumes	Rarement	Courge+carotte+patate Pomme de terre+carotte+eau+ lait		

Le tableau ci-dessus, montre que les premiers aliments donnés fréquemment à l'enfant par les FAP et les GM sont des bouillies de céréales, des bouillies de mil ou de sorgho. La composition des bouillies est similaire dans chacune des catégories. Selon les FAP et les GM, la bouillie de céréale est plus fréquente. La recette de la bouillie de céréales des FAP est composée essentiellement de mil, arachide, sorgho, niébé sucre, eau, sel et lait. Chez les GM, la bouillie de céréales est surtout composée d'arachide, de mil, de sorgho, de graines de pastèque, de niébé, eau, sucre et sel.

La bouillie de mil ou de sorgho préparée assez souvent par les FAP et les GM est composée essentiellement de farine de mil ou farine de sorgho, eau, sucre, sel. Ces bouillies sont parfois enrichies avec du lait (lait concentré, lait de vache, lait de chèvre) et rarement avec de l'huile, du beurre, des graines de pastèques moulues ou des biscuits.

La purée de légumes fait également partie des premiers aliments mais elle est rarement préparée par les FAP et les GM. Elle est composée de courges, carottes et patates ou pomme de terre, carottes, eau et lait.

4-3-5-2 : Les pratiques d'alimentation avec le jeune enfant

Dans beaucoup de sites notamment à Woloum Hatar, Mbeydia, Lebteyhatt et Diock, la quasi-totalité des interviewés disent que c'est la FAP qui d'habitude donne à manger à l'enfant âgé de 6 mois parce que c'est une tâche qui relève de sa responsabilité et elle est plus proche de son enfant.

La FAP est souvent aidée par la GM qui nourrit l'enfant si elle est indisponible ou occupée par les tâches domestiques. C'est la GM qui supervise la FAP et lui dit comment alimenter l'enfant.

Selon les interviewées l'outil le plus utilisé pour donner à manger à l'enfant est le gobelet en plastique. La petite cuillère et la petitealebasse sont aussi utilisées souvent pour faire manger les enfants. Selon les interviewés ce sont les outils les plus adaptés à l'enfant. De rares interviewés disent qu'elles utilisent le biberon pour donner de la bouillie à l'enfant.



Les observations obtenues d'une simulation avec une poupée, montrent que partout les approches verbales et non verbales sont utilisées par les FAP et GM pour encourager l'enfant à manger.

Les approches des GM et des FAP sont presque identiques. L'approche verbale, dans tous les sites, les GM et FAP se traduit en chansons pour l'enfant : « hayo hayo » chez les peuls, « ya woni woni » « lahila ha ila lah » chez les maures. Dans les deux contextes, les GM et FAP parlent aussi à l'enfant pour l'encourager à manger. L'approche non verbale s'exprime à travers des sourires, des applaudissements, les FAP et les GM font danser l'enfant, jouent avec lui et lui font des câlins.

Ces comportements, observés directement montrent que dans tous les sites, la stratégie la plus utilisée par les FAP et les GM avec un enfant qui refuse de manger est une approche active et non agressive. Elles font toutes preuve de grande patience au moment de nourrir l'enfant.

Selon les interviewés, peu de femmes utilisent une approche agressive due à l'énervement et au manque de patience.

Les FAP et les GM reconnaissent toutes que l'enfant difficile est très souvent confié à la GM qui sait mieux l'encourager à manger. Selon elles, la GM a plus de patience, de tolérance et d'affection envers l'enfant. Les GM savent quelles parties du corps il faut toucher pour que l'enfant ne vomisse pas et mange mieux.

Comme il n'a pas encore les compétences pour manger seul, les interviewés disent que généralement « *l'enfant d'un an mange en compagnie de sa maman ou de sa GM* ». Un enfant de deux ans mange d'habitude avec toute la famille et parfois avec son père s'il s'agit d'un petit garçon.

4-3-6 Prise en charge de l'enfant malade

Les enfants de moins de 5 ans peuvent être affectés par plusieurs types de maladies : les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la malnutrition et le paludisme. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés particulièrement aux normes, aux pratiques et aux attitudes relatives à la prise en charge des enfants atteints de diarrhée ou mal nourris.

On observe que la GM joue un rôle central dans la prise en charge à domicile de l'enfant. Les interviewés disent à l'unanimité que la GM est la première personne appelée en cas de maladie de l'enfant. Du fait de ses connaissances et de son statut de personne expérimentée c'est elle qui diagnostique en premier les maladies et s'occupe du traitement à domicile et du suivi de l'enfant malade.

4-3-6-1 : L'enfant atteint de diarrhée

Selon les données du MICS 2015, en Mauritanie, la prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 12 à 23 mois et correspond à la période de sevrage. La plupart des décès dus à la diarrhée dépendent de la déshydratation.

Les données du MICS 2015 montrent également que dans 32% des cas de diarrhée, des conseils et/ou traitement ont été demandés dans une structure de santé.

L'étude montre que la prise en charge de la diarrhée se fait en premier lieu au niveau familial et communautaire et ce n'est qu'en cas de complications que les cas sont référés au niveau des structures de santé.

Selon les interviewés, si la FAP constate que son enfant a la diarrhée elle consulte d'abord la GM qui a acquis de l'expérience sur ces questions. C'est donc la GM, qui après avoir fait un diagnostic, proposera les premiers soins à domicile. Si l'enfant ne guérit pas, elle demandera un avis aux les tradipraticiens qui existent dans les villages peuls mais pas dans les sites Maures. Dans certains sites peuls et maures, la GM peut aussi s'adresser à une GML si l'enfant ne guérit toujours pas, et enfin, aux structures de santé. Tous les interviewés soutiennent que le rôle du père consiste, dans une telle situation, à assurer les frais médicaux de l'enfant et son transport vers la structure de santé.

Dans tous les sites, tout le monde dit que le traitement proposé par la GM est composé d'une part de liquides et d'autre part, de remèdes maison. La majorité des interviewés dit que les GM conseillent de renforcer l'allaitement et l'administration de liquides comme la Solution de Réhydratation Orale préparée à domicile, mais en réalité la plupart des remèdes proposés ont pour but de stopper la diarrhée et non de réhydrater l'enfant. Les remèdes maison proposés par les GM pour arrêter la diarrhée sont : l'eau de riz, le pin de singe, la bouillie de farine ou de riz, une infusion de cendre ou de thé vert, les biscuits, asperger d'eau fraîche le ventre de l'enfant ou le faire asseoir dans une bassine d'eau fraîche. Ces remèdes traditionnels sont aussi proposés par les GML et le tradipraticien, en plus des talismans.

Les résultats du MICS 2015 montrent qu'en ce qui concerne la consommation de boissons, seulement 11% des enfants atteints de diarrhée ont reçu plus de liquides contre 55% qui en ont reçu moins. Ces données combinées aux résultats de notre étude montrent que durant un épisode de diarrhée, les FAP et GM ne donnent pas suffisamment d'importance à l'administration des liquides, ce qui peut aggraver l'état de santé des enfants.

Lors des épisodes de diarrhée chez l'enfant, presque tous les interviewés dans tous les sites disent, qu'en ce qui concerne les pratiques d'alimentation, il est préférable d'encourager l'enfant à manger pour qu'il ne s'affaiblisse pas. Un interviewé dit à ce propos « sac bolo darotako », ce qui signifie qu'« un sac vide ne peut tenir debout ». Rares sont ceux qui disent qu'il est préférable d'attendre que l'enfant ait envie de manger. Selon Les FAP de Diock « *il est préférable de le laisser jusqu'à ce qu'il ait envie de manger. S'il continue à manger la maladie va s'aggraver* ».

Les résultats du MICS montrent que seulement dans 6% des cas de diarrhée les rations alimentaires ont été augmentées, que dans 58% des cas elles ont été réduites et qu'elles ont été interrompues complètement seulement dans 8% des cas.

Toutefois, une fois l'enfant guérit, la quasi-totalité des FAP et GM, disent qu'il mange comme d'habitude. Il n'a pas de régime particulier. Seules les FAP de Lebteyhatt disent qu'il doit être nourri autrement pour éviter les récives. Les pratiques alimentaires après l'épisode de diarrhée ne favorisent donc pas le rétablissement.

Ainsi, les résultats de cet étude, triangulés avec les données du MICS, montrent que le traitement de la diarrhée chez l'enfant au niveau familial et communautaire présente des limites : pendant et après la maladie, la priorité n'est pas accordée à l'administration de liquides et à l'adaptation de l'alimentation, ce qui contribue à l'affaiblissement et peut conduire au décès de l'enfant.

Par ailleurs, le lavage des mains au savon est une des 7 mesures thérapeutiques conseillées pour réduire le nombre de décès par diarrhée. Selon les interviewés, l'enfant doit se laver les mains avant de manger, après la défécation et après avoir joué. La quasi-totalité des interviewés disent que c'est la FAP qui lave le plus souvent les mains aux enfants. Pour beaucoup « *elle a la responsabilité de veiller sur son enfant et sur son hygiène puisque c'est elle qui prépare et sert les repas* ». Selon les interviewés, la GM aussi lave les mains aux enfants surtout en l'absence de la FAP. Généralement, quand la FAP est indisponible, elle veille sur leur hygiène. De même, selon les interviewés, les GM donnent aux FAP beaucoup de conseils sur l'hygiène des enfants comme laver les mains avec du savon, porter des chaussures, veiller sur l'hygiène de la nourriture et aller au poste de santé en cas de maladie.

Les hommes ne sont pas du tout impliqués dans le lavage des mains des enfants parce que cette tâche ne relève culturellement pas de leur responsabilité et parce que la plupart du temps les hommes ne sont pas à la maison.

4-3-6-2 : La malnutrition

La moitié des décès chez les enfants est liée à la malnutrition. Selon les résultats du MICS, en Mauritanie, près de 25% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale modérée ou sévère, 28% accusent un retard de croissance et 15% sont émaciés ou trop maigres pour leur taille. Les enfants de plus d'un an ont une insuffisance pondérale ou un retard de croissance beaucoup plus élevés que les bébés de moins de 12 mois. C'est à cet âge que beaucoup d'enfants cessent d'être allaités au sein et sont exposés à de l'eau, de la nourriture et à un environnement contaminés.

Selon les interviewés, la principale cause de la malnutrition est la pauvreté qui rend difficile aux familles d'assurer aux enfants une bonne alimentation, suffisante et riche en vitamine. D'autres facteurs ont également été cités par les interviewés comme la mauvaise qualité et l'insuffisance du lait maternel qui peut avoir un impact sur le développement de l'enfant et sur sa santé.

D'autres facteurs peuvent contribuer à la malnutrition mais sont rarement cités par les interviewés comme les maladies fréquentes, les facteurs héréditaires, la non-application de l'AME, la négligence de la FAP qui ne veille pas à nourrir correctement l'enfant.

Les interviewés n'ont pas cité directement l'impact des vers intestinaux, des conditions d'hygiène et de salubrité de l'environnement sur l'état nutritionnel des enfants. Questionnés sur les causes et sur les effets des vers intestinaux sur la santé des enfants, ils semblent cependant comprendre le lien entre la malnutrition et ces deux facteurs. Selon les interviewés, les causes les plus fréquentes des vers intestinaux sont : les aliments sucrés, le fait de manger du sable, les aliments et les eaux sales et le manque d'hygiène comme le fait de ne pas se laver les mains avant de manger. La viande de bœuf et des jujubes sont aussi cités.

Les enfants qui ont des vers intestinaux sont peu nombreux, selon la majorité des interviewés. Les signes les plus fréquentes sont : les vomissements, les nausées, le ventre ballonné, un mauvais développement, les lèvres sèches, la peau irritée (boutons), la faiblesse, les démangeaisons au niveau de l'anus. D'autres signes rarement cités sont : l'anémie, le visage enflé, la nervosité et des maux de ventre.

Les interviewés, dans tous les sites, disent qu'ils n'existent pas de tradipraticiens ou de GML capables de traiter les cas de malnutrition. Selon eux, les cas de malnutrition sont traités au niveau des postes de santé où l'on reçoit de la farine enrichie. Cette farine est composée de sorgho, maïs, haricot, riz, arachide, lait et sel.

Des traitements pour les vers intestinaux sont proposés au niveau familial par les GM et au niveau communautaire par les GML. Les remèdes qu'elles proposent sont : une infusion d'haricots, les feuilles d'acacia raddiana, du riz pimenté ou encore un mélange de gomme arabique avec du sucre.

Chapitre V- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les conclusions et les recommandations de cette étude vous seront présentées dans ce chapitre.

5-1 Conclusions

Les conclusions sont organisées autour des trois principales dimensions de l'étude :

1. La structure de la famille et les valeurs culturelles et religieuses qui influencent la SNMI
2. Les rôles et les influences des acteurs familiaux et communautaires sur la SNMI
3. Les normes et les pratiques dans la santé et la nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

La structure de la famille et les valeurs culturelles et religieuses qui influencent la SNMI

La structure et l'organisation des familles, dans les deux contextes de l'étude, sont celles des sociétés collectivistes où l'individu s'identifie au groupe et se conforme obligatoirement aux décisions collectives. En ce qui concerne les SNMI les acteurs familiaux de toutes les générations participent aux soins et donnent des conseils aux femmes enceintes et allaitantes et pour les jeunes enfants. Les rôles diffèrent selon le statut de l'individu dans la structure familiale. Dans les deux contextes culturels de l'étude, les questions de santé sont essentiellement gérées par les femmes plus âgées qui ont plus d'expérience, à savoir la GM paternelle ou maternelle et les tantes paternelles ou maternelles. Dépositaires des valeurs, des normes et des pratiques culturelles et traditionnelles, les aînées sont chargées de les transmettre aux plus jeunes qui, à leur tour, les respectent et les perpétuent.

A l'intérieur de la famille c'est la GM qui incarne l'autorité, elle est au centre de toutes les décisions qui regardent la grossesse, l'allaitement, les soins, l'alimentation et la prise en charge des enfants malades. Elle encadre les plus jeunes (FAP et jeune fille) qui doivent suivre ses orientations.

L'étude a clairement montré que les hommes ne sont pas directement impliqués dans l'encadrement et le suivi quotidien des femmes et des enfants. Ils sont les « chefs de famille » mais ne sont pas pour autant les premiers à décider sur les questions liées au fonctionnement de la famille. Le rôle principal de chef de famille est celui d'assurer les dépenses de base à savoir la nourriture, les vêtements, les frais liés à l'éducation des enfants et aux soins de santé des femmes et des enfants. Les hommes interviewés ont tous dit que ce sont les GM qui ont plus d'expérience sur les questions relatives à la SNMI et qu'elles doivent appuyer les experts en cas de besoin. Ils ont également dit que la SNMI ne rentre pas culturellement dans leur domaine de responsabilité.

Au moment de l'étude, au mois d'avril, dans les deux contextes culturels, la plupart des hommes étaient partis en exode ou à la recherche de pâturage. Ceci constitue un indicateur important quant à leur implication limitée, surtout à ce moment de l'année, dans les soins et conseils concernant la SNMI.

Les rôles et influences des acteurs familiaux et communautaires sur la SNMI

Dans cette étude nous avons analysé les rôles des acteurs au niveau de la famille et leur influence directe ou indirecte sur la SMNI, dans une moindre mesure, les rôles des acteurs communautaires. Nous avons souligné les rôles joués par chacun de ces acteurs, durant les moments critiques que les femmes enceintes et allaitantes traversent, aussi dans les soins des nouveau-nés et des enfants.

La centralité des GM dans la vie familiale et sur les questions de la SNMI

Les résultats de l'étude indiquent que dans les deux contextes culturels, la GM joue un rôle central dans la famille et dans la vie de tous ses membres. Son expérience et ses connaissances lui confèrent un statut particulier. Elle est la conseillère de tous les membres de la famille, particulièrement des jeunes couples. Elle incarne l'autorité et a une grande influence sur les décisions concernant la vie familiale et les questions de SNMI en particulier.

L'étude a montré que c'est la GM (paternelle ou maternelle) qui conseille et encadre la femme dans tous les moments critiques liés à sa santé et à son alimentation et à celles de ses enfants. Les données recueillies montrent que l'apport des hommes, dans la santé et la nutrition des femmes et des enfants, est surtout d'ordre financier et logistique. Dans la vie de tous les jours, ils ne participent pas aux conseils et aux soins de SNMI.

Pendant la grossesse, la GM assure le suivi en indiquant à la FAP les attitudes et les pratiques à observer pour son alimentation, son travail, les CPN et sa protection. Même si la FAP suit plusieurs CPN, comme il est conseillé, le contact avec la sage-femme est très limité par rapport au contact continue qu'elle a avec la GM qui la conseille et la surveille constamment pendant 9 mois.

La GM est la principale conseillère de la FAP en ce qui concerne les **soins et l'allaitement du nouveau-né**. Même si la FAP reçoit des conseils de la part de la sage-femme, c'est la GM qui lui indique les soins à donner au nouveau-né et les premières choses à faire pour l'initier à la vie. De même, c'est la GM qui supervise au quotidien les gestes et pratiques liés à l'allaitement maternel.

Selon l'ensemble des acteurs familiaux interviewés, la GM a plus de connaissances et d'expérience sur **l'alimentation du jeune enfant**, elle décidera quand et quels

aliments donner en premier à l'enfant. De même, elle est chargée d'enseigner la préparation de la première bouillie à la FAP, elle supervise et soutient la FAP dans l'alimentation du jeune enfant. Parfois les enfants refusent de manger comme il est souhaité. Dans ces situations, c'est la GM qui donne à manger à l'enfant parce qu'elle est plus patiente et tolérante. Son expérience joue un rôle important mais elle aussi plus de temps de la FAP car elle a moins de travaux domestiques à faire.

Enfin, c'est la GM qui **s'occupe de l'enfant malade**, et c'est elle qui est consultée en priorité par la FAP. Plus expérimentée, elle fait le diagnostic et propose les premiers soins à domicile. Si l'enfant ne guérit pas, elle décide de s'adresser aux spécialistes communautaires, à savoir, les tradipraticien (ne)s, les GML ou, encore, aux agents de santé.

Influence des « spécialistes de santé » communautaires

D'après les résultats de l'étude, **les tradipraticiens** existent seulement dans les sites peuls. Ils sont consultés en cas de maladie de l'enfant comme la diarrhée ; en cas de problème de qualité du lait maternel et ils assurent la protection des femmes enceintes et des nouveau-nés contre les mauvais esprits. Généralement, ils proposent des talismans ou des remèdes traditionnels

Dans toutes les communautés il y a des GML qui ont de bonnes connaissances sur les questions de SNMI : ressource communautaire disponible, elles appuient et conseillent les jeunes femmes. Elles sont souvent consultées par les GM surtout en cas de problèmes de qualité du lait maternel, de diarrhée chez l'enfant, ou de vers intestinaux. Elles proposent, des remèdes traditionnels et des talismans.

Les agents de santé ont aussi un rôle important dans les questions de SNMI. Toutefois, même si les structures de santé sont géographiquement assez accessibles, elles ne sont fréquentées qu'en cas de problèmes graves. Les enfants malades parviennent dans ces structures en cas d'échec des premiers traitements à domicile ou au niveau communautaire.

En ce qui concerne les **sages-femmes**, l'étude montre qu'habituellement les FAP qui font les CPN sont accompagnées par la GM ou la tante. Généralement ces agents ne

communiquent qu'avec la femme enceinte lors de ces visites. Cette absence de considération pour l'accompagnatrice, représente un frein pour l'application des conseils que les jeunes femmes reçoivent dans la mesure où elles s'opposent difficilement aux des pratiques et aux choix des GM.

Les normes et les pratiques en rapport avec la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

Les comportements des FAP et des autres membres de la famille en ce qui concerne les SNMI sont fortement influencés par la GM qui encadre, conseille et montre des pratiques qui devraient être adoptées. La GM transmet des normes et des pratiques qui sont ancrées dans la culture et la religion, certaines sont bénéfiques à la santé mais d'autres ne le sont pas. Toutefois, les interviews avec les GM montrent leur intérêt et esprit d'ouverture aux nouvelles idées concernant la SNMI.

Normes et pratiques pendant la grossesse

L'étude montre que pendant la grossesse, les pratiques qui regardent l'alimentation et le travail de la femme enceinte sont fortement influencées par la GM qui l'encadre au quotidien.

Alimentation de la femme enceinte

Généralement les GM conseillent aux femmes enceintes de manger des « aliments vitaminés » et déconseillent les aliments épicés, salés, amers et lourds. Dans certains sites peuls et maures les GM déconseillent aux femmes enceintes certains aliments jugés trop riches parce qu'ils font grossir le bébé dans le ventre. Dans la majorité des sites, particulièrement dans les sites peuls, les GM recommandent aux femmes enceintes de manger plus que d'habitude jusqu'au 7^{ème} mois mais de réduire ensuite la consommation alimentaire. Cette consigne reflète l'inquiétude liée à l'excessive prise de poids, qui risque de faire trop grossir le fœtus et de rendre difficile l'accouchement. De façon générale, les FAP et les GM ne comprennent pas que la femme doit prendre du poids pour contribuer au développement optimal du bébé et pour avoir la force d'accoucher sans complications.

Travail de la femme enceinte

L'étude montre que les GM conseillent généralement aux femmes enceintes de travailler moins que d'habitude et de se reposer pendant la journée.

Consultations Prénatales (CPN)

Dans plusieurs sites de l'étude, les interviewées FAP disent que la majorité des femmes font 3 ou 4 CPN. D'après les interviewés rarement les FAP ne font pas les CPN. Les FAP qui font des CPN citent cependant des contraintes liées à ces visites comme l'inaccessibilité des structures de santé dans certains sites ; l'état des routes ; l'indisponibilité des sages-femmes ; le manque d'ouverture de certaines sages-femmes ; et la résistance de certaines GM à les laisser faire ces visites.

Protection de la femme enceinte

L'étude montre que les familles sont toutes conscientes que la grossesse est une période à risque pour la femme du point de vue physique, psychologique et mystique. Elles prennent des mesures pour protéger la femme enceinte en fonction de leurs moyens, elles essaient par exemple d'améliorer son alimentation, lui conseillent de dormir sous une moustiquaire imprégnée et de suivre certaines pratiques traditionnelles et religieuses. Ces mesures de protection sont coordonnées par les GM, vu leur compétence en matière.

L'anémie

La majorité des interviewés dans les deux contextes de l'étude connaissent des symptômes et des causes de l'anémie. Ils disent que la majorité des femmes enceintes prennent correctement le fer, bien que ceci soit impossible à vérifier. Certaines femmes enceintes ne le prennent pas régulièrement « *à cause de l'odeur* » et « *des effets secondaires* ». Seulement quelques GM disent de veiller strictement à la prise des comprimés de fer par les femmes enceintes.

Les soins du nouveau-né

Selon les interviewés, les pratiques traditionnelles qui consistaient à donner de l'eau bénite et/ou des gouttes de lait de chèvre au nouveau-né ne sont plus suivies ; il est cependant impossible de vérifier cette information. Beaucoup d'accouchements se font actuellement dans les structures de santé où normalement l'enfant devrait être mis au sein immédiatement après la naissance. Toutefois, selon le MICS 2015, il y a toujours

un pourcentage important d'accouchements à domicile, presque un tiers dans la région d'Assaba (39%) et un quart dans la région de Brakna (26%). Par ailleurs, selon le MICS la mise au sein dans la première heure arrive à 67% à Assaba et à 57% à Brakna ce qui veut dire que la mise au sein immédiate n'est pas encore systématique dans ces communautés.

Alimentation de la femme allaitante (FA)

La majorité des interviewés disent que les besoins nutritionnels de la FA sont supérieurs à ceux de la femme enceinte. Toutefois dans la pratique, le régime alimentaire de la femme allaitante ne diffère pas trop de celui des autres femmes. D'habitude, la FA a un régime spécial qui peut durer une semaine après l'accouchement. Le régime riche qu'elle a parfois pendant cette période ne dure pas à cause des moyens financiers limités, du manque de temps des FAP pour suivre le régime (elles sont occupées par les travaux domestiques) et de l'indisponibilité des céréales en période de soudure.

L'Allaitement Maternel Exclusif (AME)

Les données de l'étude ont montré qu'il existe des limites dans l'application des conseils des agents de santé (sages-femmes et ASC) en rapport avec l'AME. La majorité des FAP dans tous les sites disent qu'elles font l'AME, mais elles affirment aussi que la plupart des FAP et des GM donnent de l'eau aux bébés à plusieurs occasions : quand il fait chaud ; quand le bébé pleure ; quand la FAP est absente ; et si la GM juge que le lait maternel n'est pas de bonne qualité. Les FAP et les GM ne semblent pas bien connaître la composition du lait maternel, qui est principalement de l'eau pure et ne mesurent pas les risques liés à l'administration de l'eau sur la santé des enfants.

Les aliments de complément

La quasi-totalité des FAP et GM dans tous les sites disent que l'enfant commence à manger d'autres aliments à partir de 6 mois. Selon les interviewés, c'est surtout la GM qui décide quand donner les premiers aliments à l'enfant. Du fait de son expérience et de son statut de conseillère en SNMI, elle montre aux FAP comment préparer les premières bouillies, dont celle plus fréquemment préparée est la bouillie de céréales.

Tous reconnaissent que dans ces apprentissages, la FAP est essentiellement encadrée et supervisée par la GM qui, d'habitude, donne à manger à l'enfant âgé de 6 mois. En outre, dans certains cas c'est la GM elle-même qui donne à manger au jeune enfant. Pour faire manger les enfants difficiles, c'est surtout la GM qui intervient car elle a plus de patience et connaît des astuces.

Prise en charge de l'enfant malade

Les résultats de l'étude montrent le rôle central des GM dans la prise en charge des maladies des enfants au sein des familles. Généralement ce sont elles qui font le diagnostic initial, proposent des traitements à domicile et éventuellement décident de s'adresser aux spécialistes communautaires ou aux agents de santé.

Par exemple, lors d'un épisode de diarrhée, c'est la GM qui gère la maladie au niveau familial et choisit les remèdes pour traiter la maladie. Cependant, l'étude montre que la priorité n'est accordée ni à l'administration de liquides ni à l'adaptation de l'alimentation pendant et après la guérison. Selon le MICS 2015, seulement un petit pourcentage d'enfants atteints de diarrhée reçoit plus de liquides que d'habitude (14.2% à Assaba et 4.8% à Brakna). Dans les deux zones beaucoup d'enfants mangent « beaucoup moins que d'habitude » (18% à Assaba et 16.8% à Brakna). Les structures de santé ne sont généralement consultées que quand la maladie devient grave.

Les enfants mal nourris, selon tous les interviewés, sont pris en charge au niveau des structures de santé. La malnutrition est principalement causée par la pauvreté qui limite la capacité des familles d'assurer aux enfants une alimentation riche et suffisante. Les interviewés disent que les enfants qui ont des vers intestinaux ne sont pas nombreux et ils sont traités tout d'abord au niveau familial et communautaire par les GM et les GML.

5-2 Recommandations

Le tableau ci-dessous expose les recommandations formulées pour le renforcement de la stratégie communautaire du projet AIM Health Plus

Tableau 6 : Recommandations pour la stratégie communautaire à partir des résultats de la recherche formative et en rapport avec les objectifs du projet AIM

Recommandations pour la stratégie communautaire à partir des résultats de la recherche formative et en rapport avec les objectifs du projet AIM		
Thèmes prioritaires à développer/renforcer	Personnes à impliquer en fonction du rôle qu'elles jouent	Idées et/ou activités clés à renforcer ou à développer
La famille et les valeurs culturelles et religieuses qui contribuent au bien-être des femmes et des enfants		
Responsabilité intergénérationnelle (IG) et collective envers les femmes et les enfants au sein des familles	Les GM et tantes	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la reconnaissance de l'importance de la collaboration entre les jeunes mères et grand-mères (GM) -Élaborer de petites chansons sur l'importance de la collaboration entre les mères et GM dans la SNMI (Par exemple, au Sénégal dans notre programme de Développement Holistique des Filles nous avons une chanson qui parle de la solidarité être les GM et mères pour appuyer les jeunes filles. Cette chanson est chantée chaque fois qu'il y a des rencontres communautaires avec elles.)
Communication et collaboration entre les FAP, les GM et les tantes au sein de la famille	Les GM, tantes et FAP	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser des forums de femmes afin de leur permettre d'échanger sur les questions de SNMI et de décider ensemble des mesures à prendre pour le bien être des femmes et des enfants. Il s'agit des rencontres qui ont comme objectif de renforcer la communication et susciter le dialogue entre les GM et mères sur les différents thèmes de SMI. Il n'y a pas une seule façon d'organiser de telles rencontres, nous n'avons pas de recette pour le faire. Lors de ces forums, <i>les histoires sans fin</i>, constituent un outil intéressant à utiliser. Voir document : <i>Stories-without-an-ending</i> (en anglais). - Organiser des séances sous l'arbre avec les FAP et GM/tantes ensemble pour qu'elles aient toutes la même information concernant les questions de SNMI
Le rôle central des GM au sein des familles	Tous les acteurs communautaires (Les pères de famille, les femmes, les leaders religieux	<ul style="list-style-type: none"> -Reconnaissance et appréciation du rôle des GMs. -Organiser des activités périodiques qui regroupent seulement les GM pour leur montrer du respect

	et traditionnels, les ASC)	<p>-Organiser des journées d'hommage aux GM avec la participation de tous les acteurs communautaires. Voir pages 32 au 34 dans le document : GMP-WV Développement Holistique des Filles - Sénégal</p> <p>-Organiser des séances de discussions avec les acteurs communautaires sur les préjugés vis-à-vis des GM</p>
La communication entre les agents de santé (sages-femmes et ASC) et les GM/tantes	Sage femmes et ASC	<p>-L'importance de la communication directe entre les SF et les GM et tantes</p> <p>- Rencontres/discussion avec les agents de santé (SF et ASC) pour voir la possibilité d'instaurer la communication entre eux et les GM/tantes pour le suivi de la femme enceinte. Mener des discussions avec les SF et ASC pour qu'ils/elles : a) identifient les rôles joués par les GM dans les familles et communautés ; et b) réfléchir sur les possibilités de les impliquer dans les activités de SNMI.</p> <p>Lors de ces rencontres la discussion pourrait aborder, par exemple, l'allaitement maternel. D'abord les GM/ tantes peuvent partager leurs idées sur l'allaitement, les conseils qu'elles donnent sur l'allaitement maternel, l'eau et d'autres liquides et pourquoi elles le font. Ensuite les ASC peuvent partager leurs idées/connaissances sur l'AME. Il faut que ces séances soient sous forme de « dialogue » plutôt que comme « la sensibilisation directive basée sur des messages ». Encore une fois il serait intéressant d'élaborer et d'utiliser dans ces rencontres des <i>histoires sans fin</i> sur des thèmes prioritaires de SMI.</p> <p>-Discussion de cette question avec les directeurs au niveau de la Région Médicale sur la possibilité que les agents de santé puissent discuter avec les GM à la suite de la visite des femmes enceintes. Ceci devrait assurer que les GM aient la même information que les femmes et qu'il y ait l'entente et une synergie d'efforts lors de la grossesse.</p> <p>-Organiser un atelier pour les ASC pour renforcer leurs compétences en communication basées sur l'écoute et le dialogue plutôt que sur la dissémination des messages.</p>
La valorisation des valeurs culturelles et religieuses qui contribuent au bien-être des femmes et des enfants en générale	Tout le monde Imam	<p>- Encourager les imams à parler davantage des valeurs culturelles et religieuses qui valorisent la famille et son rôle dans la SNMI. Identifier les passages du coran et d'autres textes saints qui sont en rapport avec la SNMI et les partager avec les imams. Organiser une journée de partage avec eux pour voir leur disponibilité d'agir dans ce sens.</p>

		-Utilisation des prières au début et à la fin de toute activité pour reconnaître l'importance de la religion dans la vie des communautés.
Les rôles et influences des acteurs familiaux et communautaires aux moments critiques de la vie des femmes, des nouveau-nés et des jeunes enfants		
Rôle des membres de la famille lors de la grossesse	GMP et Tantes FAP ASC Maris	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître le rôle central des GM comme conseillères et responsables du bon déroulement de la grossesse de leurs belles-filles et filles. Lors de toute formation ou discussion sur des thèmes de la SNMI, reconnaître l'importance du rôle des GM. - Discuter avec les ASC de comment ils pourraient renforcer leurs relations et collaboration avec les GM et tantes pour favoriser l'adoption des bonnes pratiques vis-à-vis des femmes enceintes. - Chanson d'appréciation du rôle des GM lors de la grossesse pour valoriser et encourager les GM dans leur rôle d'accompagnante des jeunes femmes enceintes lors de la grossesse. Appuyer la FAP pour qu'elle puisse diminuer son travail et se reposer plus pendant la journée - Discussions avec les maris sur la nécessité pour la femme enceinte de diminuer son travail pendant toute la période de la grossesse pour qu'il décide qui pourrait l'aider à accomplir les multiples tâches domestiques.
Pratiques liées à la grossesse	GM/tante et FAP	-Renforcer la conscience de l'importance pour la femme enceinte de prendre plus de poids pour assurer au bébé un bon développement et une bonne santé. Organiser de multiples séances de discussion sur ce thème car l'idée traditionnelle est que la FE ne doit pas prendre trop de poids.
Rôle des membres de la famille vis avis de l'alimentation de la femme enceinte	GM et tante Hommes	<ul style="list-style-type: none"> -Importance pour la femme de manger plus que d'habitude pendant toute la grossesse, surtout le dernier trimestre, pour prendre du poids afin de contribuer au développement du fœtus et avoir la force d'accoucher sans difficultés - renforcer l'importance de consommer la protéine (viande, poisson, niébé) et les fruits pendant toute la grossesse - Conduire des discussions avec les maris des besoins nutritionnels des femmes enceintes pendant toute la grossesse pour qu'ils font le maximum pour fournir à leurs femmes des aliments conseillés, notamment la protéine (viande/foie, poisson, niébé) et les fruits.

		<ul style="list-style-type: none"> - Écrire une histoire-sans-fin sur ce thème qui pourrait être utilisée avec les groupes d'hommes et de femmes
Appui à l'alimentation de la femme enceinte	GM et tantes FAP Pères de famille	<ul style="list-style-type: none"> -Encourager les pères de famille à acheter le foie ou le poisson pour leurs femmes enceintes aussi fréquemment que possible/ une fois par semaine - Composer une chanson sur « les maris qui s'occupent de leurs femmes enceintes en achetant le foie ou le poisson pour elles pour avoir un bébé bien portant » - Renforcer les jardins potagers des GM et FAP à travers un appui technique pour qu'elles puissent produire davantage de légumes riches en nutriments (Betteraves, carottes, tomates, courges, etc...). Celui-ci est très important car sans accès aux fruits et légumes recommandés, les femmes enceintes et les familles ne pourraient pas se les procurer. Il serait également bénéfique de promouvoir les arbres fruitiers pour fournir des fruits.
Pratiques liées à l'anémie	GM et tantes FAP	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la conscience de l'importance de prendre les comprimés de fer lors des repas pour éviter les vomissements -Encourager les GM et tantes à suivre la FE pour la prise du fer folate tous les jours avant l'accouchement et trois mois après - Décourager la consommation du thé qui réduit l'absorption du fer et contribue à l'anémie chez la FE. Élaborer une histoire-sans-fin sur ce thème-là. N.B. pour l'élaboration de plusieurs histoires sans fin sur des thèmes prioritaires, on pourrait proposer un membre du staff de GMP pour appuyer cette activité.
Le rôle des membres de la famille avec le nouveau-né (NN)	GM et tantes	<ul style="list-style-type: none"> -Reconnaitre le rôle important des GM/tantes dans le suivi du nouveau-né et de la mère - Valoriser les pratiques traditionnelles bénéfiques avec les NN perpétuées par les GM et tantes (le massage, les berceuses, les talismans, etc.) - Impliquer les GM et tantes dans les activités du projet pour leur permettre de renforcer leurs connaissances - Organiser des activités éducatives avec les GM et tantes pour leur permettre de « partager leur expérience » et d'« acquérir de nouvelles connaissances »

Les pratiques concernant les soins des nouveau-nés (NN)	GM et tante FAP Agents de santé (Sages-femmes, ASC)	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer à renforcer l'importance de la mise au sein dans la première heure ce qui n'est pas encore fait systématique lors des accouchements à domicile - Continuer à renforcer l'administration du colostrum aux nouveau-nés -Renforcer leurs connaissances sur l'importance de faire téter l'enfant pour stimuler la production du lait - Renforcer auprès des sages-femmes et ASC l'importance de la mise au sein dans la première heure - Renforcer les liens entre les GM et ASC
L'alimentation de la femme allaitante	GM et tantes Pères de famille	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'importance d'un régime de meilleure qualité pour les femmes qui allaitent et surtout pendant les 6 mois de l'AME - Expliquer aux pères de famille l'importance de l'AME et des besoins nutritionnels des femmes pour pouvoir le faire, afin qu'ils essaient d'appuyer davantage la disponibilité des aliments, surtout le foie, la viande et poisson, les légumes et les fruits
Le rôle des membres de la famille dans l'allaitement maternel	GM et tante FAP	<ul style="list-style-type: none"> - rReconnaitre le rôle des GM/tantes comme conseillères sur l'allaitement dans tout matériel produit et toute activité menée sur ce thème-là. -Impliquer ces conseillères dans toute activité éducative concernant l'allaitement. -Séances avec les GM/tantes et FAP pour discuter sur comment appuyer les FAP pour les aider à faire l'AME dans leur vie de tous les jours étant donné leur volume de travail et sur comment les autres femmes ou hommes peuvent les aider pour leur donner plus de temps pour allaiter
Les pratiques concernant l'allaitement maternel	GM et tante FAP	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer leurs connaissances du concept de l'AME et la justification de ne pas donner de l'eau. -Renforcer leurs connaissances sur « la quantité importante d'eau contenue dans le lait maternel » ce qui n'est pas suffisamment compris - Renforcer l'idée que la qualité du lait maternel ne diffère pas d'une femme à l'autre

Le moment d'introduction des aliments de complément	GM et tante FAP	- Renforcer l'idée d'attendre jusqu'à 6 mois pour introduire des aliments de complément, surtout si la femme a fait l'AME.
La composition des premières bouillies	GM et FAP	-AIM devrait mener une petite étude supplémentaire, sur la base des observations de la préparation et composition des premières bouillies afin de pouvoir formuler des recommandations précises sur comment les améliorer. La méthodologie utilisée dans cette étude, principalement, les interviews, n'a pas été adéquate pour déterminer les proportions d'aliments utilisées dans la préparation des premières bouillies.
La manière d'alimenter l'enfant	FAP et GM	-L'importance de parler avec l'enfant pendant qu'il mange pour contribuer au développement du langage (élaborer une histoire-sans-fin sur ce thème-là.) - Encourager l'utilisation de techniques traditionnelles douces pour encourager l'enfant à manger - Valoriser le rôle des GM qui appuient la femme dans le processus d'alimentation de l'enfant
Prise en charge de l'enfant malade	GM/tantes FAP Agents de santé (Infirmiers, SF et ASC)	- Reconnaître le rôle central joué par la GM dans le diagnostic et traitement à domicile dans tous cas de maladie infantile - Souligner l'importance de donner beaucoup de liquides à tout enfant malade et de l'encourager à manger pour combattre sa maladie - Encourager les agents de santé à communiquer avec les GM en cas de traitement d'un enfant malade pour assurer une stratégie de traitement harmonisée
Prise en charge de l'enfant atteint de la diarrhée	GM/tantes FAP	- Mettre un accent particulier sur l'importance de faire boire l'enfant atteint de la diarrhée des quantités importantes d'eau comme premier recours, avant même d'aller chercher des SRO - Renforcer auprès des GM/tantes et mères d'enfant l'importance d'encourager l'enfant atteint de diarrhée à manger pendant sa maladie et de manger plus que d'habitude une fois qu'il guérit.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Aabel Judi, ould Yahya Sidi, Diagana Fatoumata, Ould Isselmou Sidina. (2006). Le contexte socioculturel de la malnutrition à Arafat, un milieu periurbain de Nouakchott : l'expérience et l'autorité dans la famille et la communauté. World Vision et The Grandmother Project, Nouakchott, Mauritanie
- 2- Aabel Judi et Rychtarik Alyssa. 2015. Focus sur la Famille et la Culture. Guide pour la réalisation d'une étude participative sur la nutrition maternelle et infantile, Grandmother Project, TOPS Micro Grants- USAID
- 3- Cibles Mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'insuffisance pondérale à la naissance. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2017
- 4- Cibles Mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'allaitement au sein. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2017
- 5- Diagana Moussa Salatou, Kane Helene. 2016. *Alimentation des nourrissons à Nouakchott : entre recommandations médicales et instructions des Grand-mères*, Santé Publique, Vol.28 N°2
- 6- Office National de la Statistique (ONS). 2016. *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2015, Rapport final*. Nouakchott, Mauritanie.
- 7- Office National de la Statistique (ONS), 2014. *Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages*, Mauritanie
- 8- Office National de la Statistique (ONS), 2013. *Recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH) volume 1*, Mauritanie
- 9- Pires Alvaro, (1997) *Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique* in Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques, Montréal, Gaetan Morin, 405 pages
- 10-Projet de note d'orientation pour la conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Johannesburg, 1-3 Aout 2013
- 11-Rapport annuel UNICEF Mauritanie 2017

12-Sass, Setty, Sidi Mohamed Mariem, Zein Ahmed, Elberae Ahmed, Khadouaoui Abderrazak, Khllayoun Soad, Lrhorfi L. Aicha, Bengueddour Rachid. (2017), Relation entre les facteurs socio-économiques et l'anémie au cours de la grossesse, Vol 13 N° 36, Nouakchott

13-World Vision (2015) Rapport final d'évaluation Accès-Santé Infantile et Maternelle (Santé AIM), Mauritanie

SITES WEB

www.adjectif.net/spip/spip.php?article58

ANNEXE I

Thèmes et objectifs de l'étude

Objectifs généraux de l'étude en rapport avec les trois composantes du cadre conceptuel :

Investiguer **la structure des familles et les valeurs** culturelles et religieuses qui influencent la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes, et les enfants de 0 à 2 ans ;

Identifier *les rôles et les influences*, les mécanismes de prise de décision et de communication au sein des familles dans le domaine de la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

Analyser *les normes et pratiques* dans les familles en rapport avec la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

Thèmes à investiguer et objectifs spécifiques

Composante 1 :

La structure et les valeurs culturelles et religieuses qui ont une influence sur la santé et nutrition maternelle et infantile (SNMI)

1.1 Savoir si **la structure des familles** est nucléaire/individualiste ou élargie/collectiviste ;

1.2 Savoir si **les différentes générations de femmes et d'hommes sont impliquées** dans les conseils et les soins des femmes enceintes et allaitantes, les nouveau-nés et les jeunes enfants ;

1.3 Savoir s'il y a une **hiérarchie d'autorité et d'influence** vis-à-vis des décisions familiales concernant le développement et l'éducation des enfants ;

1.4 Savoir si **les aînés transmettent des valeurs et pratiques** aux plus jeunes membres de la famille ;

1.5 Savoir si **les valeurs religieuses et culturelles** ont une influence sur la prise en charge des femmes et des enfants dans le contexte de la famille et de la communauté.

Composante 2 :

Les rôles et influences des différents acteurs familiaux et communautaires sur la santé et nutrition des femmes et des enfants de 0 à 2 ans

Thème : Rôles et influences au niveau de la famille→

2.1 le rôle des hommes/maris dans la famille : comprendre leur rôle dans la famille et spécifiquement leur implication dans les questions de nutrition/santé des femmes et des enfants

2.2 Le rôle des grands-pères dans la famille : comprendre leur rôle dans la famille et spécifiquement leur implication dans les questions de nutrition/santé des femmes et des enfants

2.3 Le rôle des grand-mères : comprendre le rôle des grand-mères (c'est-à-dire les belles-mères et les mères des jeunes femmes) dans la société et dans la famille et spécifiquement le rôle qu'elles jouent dans la promotion de la nutrition et santé des jeunes enfants et des femmes

2.3a savoir si les GMs sont en contact avec les agents de santé et dans quelles situations

2.3b savoir si les GMs sont en contact avec les tradipraticiens et dans quelles situations

2.3c savoir si les GMs sont intéressées d'apprendre de nouvelles idées/informations sur la SNMI

2.4 Le rôle des jeunes femmes (les femmes en âge de procréer) : comprendre leur rôle dans la famille et spécifiquement dans les questions relatives aux pratiques nutritionnelles et sanitaires pendant la grossesse, avec les nouveau-nés et les jeunes enfants

2.5 Le rôle des grandes filles dans la famille vis-à-vis de la santé/nutrition des plus jeunes enfants

Thème : Rôle et influence au niveau de la communauté→

Le rôle et influence des leaders grand-mères dans la communauté

2.6 Savoir s'il existe des « GMs leaders » dans la communauté

2.7 savoir si les GMs leaders ont une influence sur la SNMI au sein des familles

Le rôle des agents de santé traditionnels et modernes dans la SNMI

2.8 Connaître le rôle joué par les agents de santé dans la SNMI

2.9 **Le rôle des tradipraticiens sur la SNMI** : connaître les types de problèmes de santé et nutrition des femmes enceintes et allaitantes et des jeunes enfants qui sont amenés chez les tradipraticiens.

Composante 3:

Les normes, pratiques, conseils et soins liés à la SNMI proposés/entrepris par les acteurs familiaux et communautaires

La femme enceinte : son alimentation et son travail

- 3.1 ...Connaître les personnes qui donnent des conseils sur l'alimentation de la femme enceinte et les influences mutuelles (dans la famille, entourage & communauté)
- 3.2 connaître les aliments conseillés à la femme enceinte
- 3.3 connaître les aliments déconseillés à la femme enceinte
- 3.4 savoir s'il y a une différence entre le travail de la femme enceinte et celui de la femme qui n'est pas enceinte

- 3.5 savoir si la femme enceinte se repose pendant la journée
- 3.6 connaître la quantité de nourriture consommée par la femme pendant la grossesse comparée à avant la grossesse

Les consultations prénatales (CPN)

- 3.7 Savoir s'il y a un nombre idéal de CPN ou si cela dépend de la femme
- 3.8 Connaître l'objectif des CPN
- 3.9 Savoir qui participe dans les consultations prénatales (CPN)
- 3.10 Connaître les facteurs qui défavorisent les CPN

La prévention/protection de la femme enceinte

- 3.11 Connaître les actions (pratiques) prioritaires prises par les familles pour assurer le bon déroulement d'une grossesse
- 3.12 Savoir si l'anémie est perçue comme un problème chez la femme enceinte
- 3.13 Connaître la cause de l'anémie chez la femme enceinte (selon la communauté)
- 3.14 Identifier les contraintes à la prise des comprimés de fer pendant la Grossesse
- 3.15 Savoir s'il y a des stratégies pour protéger les femmes enceintes du paludisme

L'alimentation de la femme allaitante

Savoir si la femme allaitante a besoin d'un régime alimentaire différent de celui d'une femme qui n'allait pas
Connaître la perception des besoins alimentaires de la femme allaitante comparés ceux de la femme enceinte

L'alimentation/l'allaitement et les soins du nouveau né

- 5.1 Connaître la première chose donnée à l'enfant pour donner suite à l'accouchement
- 5.2 Connaître l'appréciation du « premier lait » (le colostrum)
- 5.3 Savoir à quel moment l'enfant commence à téter
- 5.4 Connaître la composition du lait maternel (selon la communauté)
- 5.5 Savoir qui donne plus de conseils à l'accouchée sur le lait maternel et sur l'allaitement maternel
- 5.6 Savoir si la « qualité du lait » de toutes les femmes est la même
- 5.7 Connaître la raison pour laquelle certaines femmes « n'ont pas assez de lait »
- 5.8 Connaître l'appréciation de l'idée de donner seulement le sein (allaitement maternel exclusif (AME) pendant les premiers 6 mois
- 5.9 connaître l'emploi du temps de la femme et le rapport entre son travail et l'allaitement

- 5.10 Savoir s'il y a des stratégies ou remèdes pour augmenter la production du lait maternel
- 5.11 Connaître les conseils donnés par la sage-femme pour les soins des nouveau-nés
- 5.12 Savoir si les tradipraticiens sont consultés quand il y a des problèmes avec le lait maternel
- 5.13 Connaître le rôle joué par les différents acteurs familiaux avec les nouveau-nés

L'introduction des aliments de complément

- 6.1 connaître le moment auquel les premiers aliments (en dehors du lait maternel) sont donnés à l'enfant
- 6.2 Savoir pourquoi ils introduisent des aliments de complément à ce moment-là
- 6.3 savoir si le moment d'introduction des bouillies est le même pour tous les enfants ou s'il diffère
- 6.4 connaître l'acteur familial qui a plus d'expérience sur quand et comment introduire les premiers aliments aux jeunes enfants
- 6.5 connaître les personnes qui conseillent sur l'alimentation de complément (le moment et le contenu)
- 6.6 Connaître la composition des premières bouillies (quels aliments ?)
- 6.7 Savoir qui donne des conseils pour la préparation des bouillies l'enfant

Les pratiques d'alimentation

- 6.8 observer le contexte dans lequel les jeunes enfants sont alimentés (hygiène, bruit et d'autres distractions)
- 6.9 savoir qui donne à manger d'habitude aux jeunes enfants : mères, GMs, enfants aînés, pères
- 6.10 connaître l'outil utilisé pour nourrir le jeune enfant (main, cuillère, louche dealebasse, etc.)
- 6.11 connaître l'approche verbale et non-verbale utilisées pendant que l'enfant est alimenté
- 6.12 connaître les stratégies utilisées pour donner à manger aux jeunes enfants qui ne veulent pas manger normalement (approche active, passive ou agressive)
- 6.13 Savoir qui donne à manger à « l'enfant difficile » qui ne veut pas manger
- 6.14 Savoir s'il est mieux pour les enfants de 1 an et de 2 ans de manger seul ou avec quelqu'un

La prise en charge de l'enfant malade (la diarrhée)

- 7.1 connaître les facteurs qui expliquent le fait que certains enfants ne grandissent pas bien et qu'ils sont souvent malades
- 7.2 comprendre les rôles joués par les membres de la famille quand un enfant tombe malade (GM, mère, père, grand-mère) dans le processus de ; diagnostic ; traitement ; référence aux spécialistes en dehors de la famille
- 7.3 connaître les conseils des GMs quand un enfant fait une diarrhée concernant : l'administration des liquides, l'allaitement maternel et l'alimentation
- 7.4 connaître les conseils et pratiques concernant la quantité de liquides donnée à l'enfant qui fait une diarrhée

7.5 connaître les situations dans lesquelles des spécialistes sont consultés (tradipraticiens et agents de santé)

La malnutrition

8.1 Savoir pourquoi certains enfants grandissent plus lentement que d'autres

8.2 connaître la cause des vers intestinaux

Pratiques en rapport avec l'hygiène de l'enfant

9.1 connaître les moments prioritaires pour le lavage des mains

9.2 savoir qui est impliqué dans le lavage des mains des enfants

Introduction: Nous travaillons avec WV qui collabore avec le ministère de la santé. WV travaille dans votre communauté et ailleurs dans la zone de X pour appuyer les efforts des familles à améliorer la santé et bien-être des femmes, des enfants et des familles en général. Nous menons des interviews dans plusieurs communautés de la zone sud/nord avec divers groupes, à savoir les FAP, pères et grand-mères, pour discuter de leurs expériences et points de vue sur la santé des femmes et des enfants. Nous aimerions discuter avec-vous de vos expériences et idées liées à certains aspects de sante maternelle et nutrition des femmes et des enfants. Vous n'êtes pas obligé de participer mais nous espérons que vous serez d'accord pour le faire. Acceptez-vous de participer ?

Au cours de l'entrevue, nous aimerions prendre des notes parce que nous voulons rappeler les choses importantes que vous allez dire, mais on ne va pas à écrire qui a dit quoi (anonymat).

Présenter les membres de l'équipe d'étude, puis demander à chaque participant de donner son prénom (seulement). Facilitateur écrit les noms des participants en cercle.

Demandez à chaque participant:

- Quel est votre prénom?
- Combien d'enfants avez-vous?

LES ROLES DES MEMBRES DE LA FAMILLE :

Montrer un à un les dessins de: Le mari, la FAP, la GM, le GP, et la fille aînée et demander aux participants d'identifier chacun.

1. Montrez chaque dessin et poser la question: Quel est le rôle joué par : le père, la mère, la fille aînée, le grand-père et la GM dans la famille? (pour chacun chercher les réponses de 4-5 participants)

2.2 Quelle est la différence entre une famille avec une GM et une famille sans GM?

Mettez les cinq dessins devant les participants et donner à chaque participant un capuchon de bouteille.

Je vais vous poser quelques questions au sujet des rôles et de l'expérience des différents membres de la famille sur plusieurs thèmes :

⁵ Les questions ne contiennent pas le "pourquoi" et "pourquoi pas" mais l'enquêteur doit à tout moment poser ces questions de reliance pour comprendre davantage les reponses donnees.

→ LA FEMME ENCEINTE / LA GROSSESSE

→ DESSIN de la femme enceinte et autour d'elle, les autres membres de la famille (ajouter la tante paternelle)

3.1 VOTER: Lequel de ces acteurs de la famille a plus de connaissances et de l'expérience sur la grossesse? Pourquoi celui/celle-là?

3.2 à 3.4 DESSIN : *GM qui parle avec la femme enceinte*

Que voyez-vous dans le dessin ?

L'alimentation et le travail de la femme enceinte

Quels sont **les conseils que la GM donne** à une femme enceinte pour que la grossesse se passe bien? Qu'est ce qu'elles conseillent concernant :

→ La femme, combien elle doit manger ? (Plus, moins, comme d'habitude?)

3.2 les aliments qu'elle devrait manger ?

3.3 les aliments qu'elle devrait éviter de manger?

3.4 son travail : les GM conseillent de travailler comme d'habitude, moins ou plus que d'habitude?

2.1 DESSIN : **le mari** qui parle avec sa femme enceinte. Que voyez-vous dans le dessin ? Quels sont les conseils que les hommes donnent à leurs femmes quand elles sont enceintes ?

Est-ce que les hommes donnent des conseils surs : leur alimentation ; leur travail ?

2.1 a DESSIN du **grand-père**. Est-ce que les grands-pères/beaux-pères donnent des conseils aux femmes enceintes ?

3.9 Pendant **les trois derniers mois de la grossesse** pensez-vous qu'une femme enceinte doit diminuer ou augmenter ce qu'elle mange ?

3.5. Quand une femme est enceinte est-ce qu'on vous conseille de travailler toute la journée ou de se reposer à un moment pendant la journée ?

3.2 à 3.3 Si vous êtes enceinte est ce que vous préférez prendre un peu de poids ou prendre beaucoup de poids ?

3.6 Dans votre village est-ce qu'il y a des femmes qui souffrent de l'anémie « » (en langue locale) ici ? Elles sont nombreuses ou peu nombreuses ?

3.6a. Comment est-ce que vous pouvez savoir qu'une femme a l'anémie ? (Quels sont les signes de l'anémie ?)

3.7 Qu'est ce qui cause l'anémie ?

Les consultations prénatales (CPN)

3.7 Combien de CPN pensez-vous qu'une femme doit faire ? En effet, il est recommandé que les femmes enceintes fassent 4 CPN pendant la grossesse. Nous savons que beaucoup de femmes ne font pas 4 CPN pendant la grossesse. Qu'est ce qui explique cela ?

2.8 **Dessin de la sage-femme** : Quels sont les conseils que les sagefemmes donnent aux femmes enceintes ?

La protection/prévention de la femme enceinte

3.11 Qu'est-ce que les familles font pour protéger la femme enceinte pour que la grossesse se déroule sans problème et le bébé se développe bien avant l'accouchement ?

3.14 Les sage femmes recommandent que les femmes enceinte prennent des comprimés de fer. Selon vous est-ce que se sont toutes les femmes ou seulement certaines qui devraient prendre les comprimés de fer ?

3.14a On sait que certaines femmes enceintes ne prennent pas le fer tous les jours. Qu'est ce qui peut expliquer cela ?

Les soins, l'alimentation/l'allaitement du nouveau-né

DESSIN : Le nouveau-né sur la natte

Qu'est-ce que vous voyez ici ?

Quand vous accouchez, est-ce-que vous préférez que le bébé soit assez petit ou assez gros ?

Dessins : **Le père, GM, GP, FAP, tante paternelle** autour du bébé

VOTER : Qui a plus d'expérience vis-à-vis du nouveau-né concernant les soins et son alimentation ?

Pourquoi cette personne-là a plus d'expérience ?

5.1 Pendant les premières heures et jours de vie, suivant la tradition, qu'est-ce qui est donnée au nouveau-né ? Quels sont les pratiques traditionnelles faites au nouveau-né pour le protéger ?

5.3 Quand est ce que l'enfant commence à téter ?

Si la femme n'a pas du lait le premier jour qu'est-ce que vous faites ?

5.12 Quel est **le rôle joué par le mari** vis-à-vis : a) du nouveau-né ; b) de la nouvelle accouchée ?

5.12 Est-ce que le mari donne des conseils vis-à-vis du nouveau-né ?

5.12 Après l'accouchement, quel est **le rôle de la GM** : a) avec le bébé ; b) avec la mère ?

5.12 Est ce que **la tante paternelle** joue un rôle avec le nouveau-né ?

5.12 Suite à l'accouchement, quel est le rôle de la mère avec son bébé ?

5.2 Qu'est ce qui est fait avec *le colostrum* ? (utilisant **le terme local**)

5.11 Qu'est-ce que les sages-femmes conseillent pour : les soins du nouveau-né pendant les premières semaines ; pour l'alimentation du nouveau-né?

5.3 A quel moment est-ce que vous commencez-vous à donner de l'eau aux bébés ?

5.10 Est-ce que vous faites quelque chose pour augmenter la production du lait maternel ?

5.6 Est-ce que la qualité du lait maternel diffère d'une femme à l'autre ?

Qu'est ce qui est fait pour résoudre ce problème ?

5.7 Est-ce qu'il y a parfois des femmes qui n'ont pas assez de lait ? Selon vous, cette situation est due à quoi ?

Si une femme n'a pas assez de lait qu'est-ce qu'on lui conseille de faire ?

5.8 Pensez-vous qu'un bébé peut grandir et être en bonne santé s'il ne reçoit que du lait maternel et pas d'eau pour les 6 premiers mois de la vie?

Est ce qu'il y a des femmes dans le village qui n'ont pas donnée de l'eau à leur bébé avant 6 mois ? Si oui, comment est-ce que leurs enfants étaient ?

Étant donné qu'il fait très chaud, si on ne donne pas de l'eau à un enfant pendant les premiers mois est-ce qu'il peut survivre ?

Merci d'avoir partagé vos idées. Les informations recueillies dans cette interview seront partagées avec World Vision pour leur permettre d'élaborer leurs programmes communautaires visant à améliorer la nutrition et la santé des femmes et des enfants dans votre communauté et dans d'autres communautés dans la zone.

Guide d'interview de groupe → les FAP * ⁶Partie B.

Introduction: Nous travaillons avec le projet World Vision qui collabore avec le Ministère de la Santé. Nous allons continuer notre causerie aujourd'hui. Hier nous avons appris beaucoup de choses auprès de vous concernant vos familles et vos idées vis-à-vis de plusieurs questions en rapport avec la nutrition et santé des femmes et des enfants. Aujourd'hui nous allons continuer la causerie pour vous poser d'autres questions. Vous n'êtes pas obligé de participer, mais nous espérons que vous serez d'accord pour le faire. Acceptez-vous de participer ?

L'alimentation de la femme allaitante

4.1 Pensez-vous que le régime d'une femme qui allaite devrait être le même ou différent d'une femme qui n'allait pas ?

4.2 pensez-vous que c'est la femme enceinte ou la femme allaitante qui devrait mieux manger ?

L'introduction des aliments de complément

VOTER : DESSINS → enfant qui a 6 mois assis + mère, père, GM, GP, tante, grande fille

6.4 Qui a le plus d'expérience et de connaissances sur les premiers aliments à donner aux jeunes enfants ?

6.5 Qu'est-ce que les différents acteurs familiaux conseillent vis-à-vis du moment qu'il faut introduire le premier aliment et sur la préparation de cette bouillie ?

6.5 Avec votre premier enfant, on vous a conseillé de commencer à donner la première bouillie à quel âge? Qui vous a conseillé ainsi ? Et qui d'autres ?

6.7 Quand une femme à son premier enfant, qui lui enseigne comment préparer la première bouillie pour lui/elle ?

Les pratiques d'alimentation

DESSIN : une petite fille assise (6 à 7 mois) et autour d'elle mettre → FAP, GM, tante, grande fille, père, GP

VOTER (deux capuchons [un noir et un d'une autre couleur] pour chaque participant):

6.9 D'habitude qui donne à manger à l'enfant qui a 6 ou 7 mois [capuchon noir] ?

6.9 Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui donne à manger à l'enfant de 6 ou 7 mois ? [capuchon de l'autre couleur]

⁶ Les questions ne contiennent pas le "pourquoi" et "pourquoi pas" mais l'enquêteur doit à tout moment poser ces questions de relance pour comprendre davantage les réponses données.

6.10 Qu'est-ce qui est utilisé pour donner la bouillie à l'enfant ? (la petite calebasse, une petite cuillère, une tasse, où ?

6.11 Comment est-ce que vous faites pour encourager l'enfant à manger ?

6.12 Imaginez un enfant qui a dix mois qui mange déjà la bouillie, mais parfois il refuse de manger convenablement. Comment vous faites pour que cet enfant mange convenablement ?

6.13 (DESSINS membres de la famille:) Avec les enfants qui n'aiment pas beaucoup manger, qui dans la famille a plus de compétences pour les encourager à manger ?

6.12 AVEC LA POUPEE : Qui peut nous montrer comment **vous faites** avec un bébé qui ne veut pas beaucoup manger ?

6.13 Comment font **les GM** pour encourager un enfant à manger ? Montrez-nous avec la poupée.

6.14 VOTER : Est-ce qu'un enfant qui a un an mange seul ou avec quelqu'un ? Le plus souvent avec qui ? Et parfois avec une autre personne ?

6.14 Est-ce qu'un enfant qui a 2 ans mange seul ou avec quelqu'un ? Le plus souvent avec qui ? Et parfois avec une autre personne ?

6.11 Avec un bébé de quelques mois est-ce qu'il est approprié de lui parler pendant qu'il mange ?

6.11 Avec un enfant d'un an est-ce qu'il est approprié de parler avec lui pendant qu'il mange ?

6.15 Pour les enfants, parmi les aliments dont vous disposez est-ce qu'il y en a certains qui sont plus vitaminés que d'autres ? Lesquels ?

Prise en charge de l'enfant malade

7.2 DESSINS des 5 membres de la famille : Quel est le rôle de chaque membre de la famille quand un enfant est malade (par exemple s'il a une diarrhée) ?

7.2 : Si un jeune enfant a la diarrhée, qui fait le premier constat

7.3 Qui parmi les membres de la famille propose les premiers soins ?

7.4 Souvent l'enfant qui est malade n'a pas beaucoup d'appétit. Est-ce qu'il est mieux de « laisser reposer son ventre » ou est-il mieux de « le pousser pour qu'il mange » ?

7.4 Si l'enfant a la diarrhée qu'est-ce qui est important de faire pour qu'il guérisse ?

7.7 Une fois qu'un enfant guérisse, doit-il manger comme d'habitude ou doit-il être nourri autrement.

Expliquer pourquoi ?

La malnutrition

8.1 Placer 10 pierres sur la natte. Expliquez que chaque pierre représente un enfant de moins de 5 ans. Expliquez que les résultats des études dans la région montrent que pour 10 enfants, il y en a trois qui sont plus petits et pèsent moins que la normale. Pourquoi pensez-vous qu'il y a tant d'enfants ne sont pas aussi grand et développé comme prévu?

8.1 Il y a 1 an, le même jour, Maimouna et Alice ont mis au monde, toutes les deux, les bébés garçons. Maintenant, après un an le fils de Maimouna est trois cm. plus grand que le fils d'Alice? Qu'est ce qui peut expliquer la différence de taille des deux garçons?

7.5 Est ce qu'il y a des tradipraticiens dans la zone qui peuvent traiter/guérir la malnutrition ?

8.2 Est-ce qu'il y a des enfants dans le village qui ont des vers intestinaux.

8.2 Selon vous qu'est ce qui cause les vers intestinaux chez l'enfant ?

8.2 Selon vous est ce que les vers intestinaux ont un effet sur la santé des enfants ou pas tellement ?

Pratiques en rapport avec l'hygiène de l'enfant

9.1 Est ce qu'il y a des moments dans la journée ou il est important de laver les mains des enfants ?

9.2 VOTER avec plusieurs capuchons : qui est impliqué dans le lavage des mains des enfants

Observation des femmes avec enfants dans le groupe : Comment sont-elles pour calmer un enfant qui pleure ?

Merci pour avoir partagé vos idées. Nous avons constaté que vous êtes vraiment des mères engagées qui font tout pour assurer le bien-être et le développement de vos enfants. Les informations recueillies dans cette interview sera utilisée dans le rapport nous allons écrire. Il sera partagé avec World Vision pour voir comment renforcer leurs programmes communautaires visant à améliorer la nutrition et la santé des femmes et des enfants pour votre communauté et pour autres communautés dans la zone.

25 mars, 2019 GMP-WV/AIM

Guide d'interview de groupe → les GM ⁷ Partie A

Introduction: Nous travaillons avec World Vision qui collabore avec le Ministère de la Santé. Nous menons des interviews dans beaucoup de communautés de la région avec divers groupes, à savoir les FAP, pères et grand-mères pour discuter de leurs expériences et points de vue sur la nutrition et la santé des femmes et des enfants. Compte tenu du statut de la GM dans notre société et de leur expérience, nous voulions rencontrer les GMs afin d'en apprendre de leurs expériences avec les enfants et les femmes. Nous aimerions discuter avec-vous de vos expériences et idées liées à certains aspects de sante maternelle et nutrition des femmes et des enfants. Vous n'êtes pas obligé de participer. Nous espérons que vous serez d'accord pour le faire. Acceptez-vous de participer ?

Au cours de l'entrevue, nous aimerions prendre des notes parce que nous voulons rappeler les choses importantes que vous allez dire, mais on ne va pas à écrire qui a dit quoi (anonymat).

Présenter les membres de l'équipe de l'étude, puis demander à chaque participant de donner son prénom (seulement).

Demandez à chaque participant:

- Quel est votre prénom?
- Combien de petits enfants avez-vous?

LES ROLES DES MEMBRES DE LA FAMILLE :

Montrer un à un les dessins de: Le mari, la FAP, la GM, le GP, et la fille aînée et demander aux participants d'identifier chacun.

1. Montrez chaque dessin et poser la question: Quel est le rôle joué par : le père, la mère, la fille aînée, grand-père et GM dans la famille?

2.2 Quelle est la différence entre une famille avec une GM et une famille sans GM?

Mettez les cinq dessins devant les participants et donner à chaque participant un capuchon de bouteille.

⁷ Les questions ne contiennent pas le "pourquoi" et "pourquoi pas" mais l'enquêteur doit à tout moment poser ces questions de reliance pour comprendre davantage les reponses donnees.

Je vais vous poser quelques questions au sujet des rôles et de l'expérience des différents membres de la famille sur plusieurs thèmes :

La femme enceinte/la grossesse

→ DESSIN de la femme enceinte et autour d'elle, les autres membres de la famille (ajouter la tante paternelle)

3.1 VOTER: Lequel de ces acteurs de la famille a plus de connaissances et de l'expérience sur la grossesse? Pourquoi celui/celle-là?

3.2 à 3.4 DESSIN : *GM qui parle avec la femme enceinte*

Que voyez-vous dans le dessin ?

En tant que GM, avec une longue expérience dans la matière, quels sont les conseils que vous donnez à une femme enceinte concernant son travail, son alimentation et sa santé ?

Qu'est-ce que vous conseillez concernant :

→ Combien de repas la femme doit manger par jour ?

3.2 Les aliments qu'elle devrait manger ?

3.3 Les aliments qu'elle devrait éviter de manger?

3.4 Son travail : vous conseillez de travailler comme d'habitude, moins ou plus que d'habitude?

2.1 DESSIN : le mari qui parle avec sa femme enceinte. Que voyez-vous dans le dessin ? Quels sont les conseils que les hommes donnent à leurs femmes quand elles sont enceintes ?

2.1 a DESSIN du grand-père. Quels conseils est-ce que les grands-pères/beaux-pères donnent aux femmes enceintes ?

3.9 Pendant les trois derniers mois de la grossesse pensez-vous qu'une femme enceinte doit diminuer ou augmenter ce qu'elle mange ?

3.5. Quand une femme est enceinte est-ce que vous lui conseillez de travailler toute la journée ou de se reposer à un moment pendant la journée ?

3.2 à 3.3 Si votre belle-fille est enceinte, est ce que vous préférez qu'elle prenne un peu de poids ou beaucoup de poids ?

3.6 Dans votre village est-ce qu'il y a des femmes qui souffrent de l'anémie « » (En langue locale) ici ? Elles sont nombreuses ou pas nombreuses ?

3.6a. Comment est-ce que vous pouvez savoir qu'une femme a l'anémie ? (Quels sont les signes de l'anémie ?)

3.7 Qu'est ce qui cause l'anémie ?

3.8 Il est recommandé que les femmes enceintes fassent 4 CPN pendant la grossesse. Quelles sont les raisons qui expliquent que beaucoup de femmes enceintes ne font pas toutes les 4 CPN ?

2.4 **Dessin de la sage-femme** : Quels sont les conseils que les sage-femmes donnent aux femmes enceintes ?

Il est recommandé que les femmes prennent des comprimés de fer pendant la grossesse. Nous savons que certaines femmes ne le font pas. Pourquoi certaines femmes ne prennent pas du fer pendant la grossesse ?

→LE NOUVEAU-NE : LES SOINS, L'ALLAITEMENT ET D'AUTRES PRATIQUES

DESSIN : Le nouveau-né sur la natte → les autres autour d'elle : père, GM, GP, tante paternelle

3e. A l'accouchement est-ce que vous préférez que le bébé soit assez petit ou assez gros ?

VOTER : Qui a plus d'expérience vis-à-vis du nouveau-né concernant les soins et son alimentation ?

Pourquoi cette personne-là a plus d'expérience ?

2.2 Pendant les premiers jours de vie, suivant la tradition, qu'est-ce qui est donnée au nouveau-né ? Quels sont les pratiques traditionnelles faites au nouveau-né pour le protéger ?

5.6 Si la femme n'a pas de lait les premiers jours qu'est-ce que vous faites.

2.2 Après l'accouchement, quel est votre rôle : a) avec le bébé ; b) avec la mère ?

2.1b. Quel est le rôle joué par le mari vis-à-vis : a) du nouveau-né ; b) de la nouvelle accouchée ?

2.2 Est ce que la tante paternelle joue un rôle avec le nouveau-né ?

2.3 Suite à l'accouchement, quel est le rôle de la mère avec son bébé ?

2.3 Qu'est ce qui est fait avec *le colostrum* ? (utilisant **le terme local**)

2.4a. Qu'est-ce que les sages-femmes conseillent pour les soins et l'alimentation du nouveau-né pendant les premières semaines ?

5.4 A quel moment est-ce que vous conseillez de donner de l'eau aux bébés ?

5.8. Est-ce que vous donnez des conseils pour augmenter le lait maternel ?

5.3 Est-ce que la qualité du lait maternel diffère d'une femme à l'autre ?

Qu'est ce qui est fait si une femme n'a pas du lait de bonne qualité ?

5.5 Est-ce qu'il y a certaines femmes qui n'ont pas assez de lait ? selon vous, qu'est-ce qui explique que certaines femmes n'ont pas beaucoup de lait ?

Qu'est-ce qui est conseillé de faire face à ce problème ?

5.6/5.2 Pensez-vous qu'un bébé peut grandir et être en bonne santé s'il ne reçoit que du lait maternel et pas d'eau pendant les 6 premiers mois de la vie?

Étant donné qu'il fait très chaud ici, est-ce qu'il est possible de ne pas donner de l'eau à un enfant pendant les premiers mois ?

5.2 Est ce qu'il y a des femmes dans le village qui n'ont pas donnée de l'eau à leur bébé avant 6 mois ? Si oui, comment est-ce que leurs enfants étaient ?

Merci d'avoir partagé vos idées. Les informations recueillies dans cette interview seront partagées avec WV pour leur permettre d'élaborer leurs programmes communautaires visant à améliorer la nutrition et la santé des femmes et des enfants dans votre communauté et dans d'autres communautés dans la zone.

Guide d'interview de groupe → les GM * ⁸Partie B.

Introduction: Nous travaillons avec WV qui collabore avec le Ministère de la Santé. Nous allons continuer notre causerie aujourd'hui. Hier nous avons appris beaucoup de choses auprès de vous concernant vos familles et vos idées vis-à-vis de plusieurs questions en rapport avec la nutrition et santé des femmes et des enfants. Aujourd'hui nous allons continuer la causerie pour vous poser d'autres questions. Vous n'êtes pas obligé de participer, mais nous espérons que vous serez d'accord pour le faire. Acceptez-vous de participer ?

[6] LES PREMIERS ALIMENTS

VOTER : DESSINS → enfant qui a 6 mois assis + mère, père, GM, GP, tante, grande fille

2. Qui a le plus d'expérience et de connaissances sur les premiers aliments à donner aux jeunes enfants ?

2b. Quels sont les conseils que vous donnez vis à vis de l'introduction des premiers aliments aux jeunes enfants ?

6.2 Vous conseillez de commencer à donner les premières bouillies à quel âge? Pourquoi à cet âge-là ?

6.1. Quels sont les conseils donnés par chacun de ces acteurs vis-à-vis du premier aliment de l'enfant ?

Quand une femme a son premier enfant qui l'enseigne comment préparer la première bouillie pour son enfant ?

[7] PRATIQUES D'ALIMENTATION ACTIVE ET D'EVEIL

1 DESSINS : une fille de 6 à 7 mois assise → autour d'elle les dessins : FAP, GM, tante, grande fille, père, GP

7.5 VOTER (deux capuchons [noir et d'une autre couleur] pour chaque participant): D'habitude qui donne à manger à l'enfant qui a 6 ou 7 mois [capuchon noir] ? Est-ce qu'il y a d'autres personnes ? [capuchon de l'autre couleur]

15a. Qu'est-ce qui est utilisé pour donner la bouillie à l'enfant ? (la petite calebasse, une petite cuillère, une tasse ?)

⁸ Les questions ne contiennent pas le "pourquoi" et "pourquoi pas" mais l'enquêteur doit à tout moment poser ces questions de relance pour comprendre davantage les réponses données.

7.4 Pour un enfant qui a dix mois qui mange déjà la bouille, est ce qu'il y a des moments où il refuse de manger convenablement. Qu'est ce qui peut expliquer que certains enfants n'aiment pas manger comme il faut? Énumérer toutes les raisons que vous connaissez.

7.3 Comment vous faites pour encourager ces enfants-là à manger convenablement?

7.6 (DESSINS membres de la famille: Avec les enfants qui n'aiment pas beaucoup manger, qui dans la famille a plus de compétences pour les faire manger ?

AVEC LA POUPEE : Qui peut nous montrer comment **vous faites** avec un bébé qui ne mange pas comme il faut ?

Montrez-nous comment font **les FAP** pour faire manger un enfant capricieux ?

Est-ce qu'un enfant qui a un an mange seul ou avec quelqu'un ? Le plus souvent avec qui ? Et parfois avec une autre personne ?

Est-ce qu'un enfant qui a 2 ans mange seul ou avec quelqu'un ? Le plus souvent avec qui ? Et parfois avec une autre personne ?

Avec un bébé de quelques mois est-ce qu'il est approprié de parler avec lui pendant qu'on lui donne à manger?

Avec un enfant d'un an est ce qu'il est approprié de parler avec lui pendant qu'il mange ?

[8] VALEUR NUTRITIF DES ALIMENTS POUR LES ENFANTS

8.1 parmi les aliments dont vous disposez, est ce qu'il y en a certains qui sont plus vitaminés et qui sont bon pour les enfants ? Lesquels ?

8.2 Est-ce qu'il y a des aliments qui sont déconseillés pour les jeunes enfants ?

[9] ALIMENTATION DE L'ENFANT MALADE

DESSINS des 5 membres de la famille : Quel est le rôle de chaque membre de la famille quand un enfant est malade (par exemple s'il a une diarrhée) ?

9.1 : Si un jeune enfant a la diarrhée, qui fait le premier constat

Qui parmi les membres de la famille propose les premiers soins ?

10.6 Comment est-ce que les enfants attrapent la diarrhée ?

10.3 Si un enfant à la diarrhée qu'est-ce qui est fait pour lui : à la maison, chez le tradipraticien, à la case de santé ?

10.2 Souvent l'enfant qui est malade n'a pas beaucoup d'appétit. Est-ce qu'il est mieux de « laisser reposer son ventre » ou est-il mieux de « le pousser à manger »?

10.3 Une fois qu'un enfant guérisse, doit-il manger comme d'habitude ou doit-il être nourri autrement.

Expliquer pourquoi.

[10] ALIMENTATION, HYGIENE ET MALNUTRITION

10.1/2/3 Placer 10 pierres sur la natte. Expliquez que chaque pierre représente un enfant de moins de 5 ans. Expliquez que les résultats des études dans la région montrent que pour 10 enfants, il y en a trois qui sont plus petits et pèsent moins que la normale. Pourquoi pensez-vous qu'il y a tant d'enfants ne sont pas aussi grand et développé comme prévu?

10.1/2/3 Il y a 1 an, le même jour, Maimouna et Alice ont mis au monde, toutes les deux, les bébés garçons. Maintenant, après un an le fils de Maimouna est trois cm. plus grand que le fils d'Alice? Qu'est ce qui peut expliquer la différence de taille des deux garçons?

S'il y a un enfant qui ne « grandit pas aussi vite qu'il faut », quelles sont les causes de la malnutrition?

Est ce qu'il y a des tradipraticiens dans la zone qui peuvent traiter/guérir la malnutrition ?

10.6 Est-ce qu'il y a des enfants dans le village qui ont des vers intestinaux.

Selon vous qu'est ce qui cause les vers intestinaux chez l'enfant ?

10.8 Certaines personnes pensent que les selles des enfants peuvent porter des maladies et d'autres disent qu'elles ne sont pas dangereuses. Quel est votre avis là-dessus ?

[11] PRATIQUES D'EVEIL/DEVELOPPEMENT INFANTILE

11.1a À partir de quel âge est-ce que vous commencez à parler à l'enfant ? Pourquoi à cet âge-là ?

→ Avec un enfant qui à deux ans, qui dans la famille passe plus de temps à parler et à jouer avec lui ? Est-ce qu'il y a une autre personne qui parle et joue souvent avec l'enfant qui a deux ans ?

11.1b Est-ce que vous faites les contes aux enfants ? Si oui, à partir de quel âge ? Pensez-vous qu'il est utile de faire des contes aux enfants ?

11.2 Est ce que les enfants ont des jouets ? Lesquels ? A partir de quel âge vous leur remettez des jouets ? Est-ce qu'il est utile pour un enfant d'avoir des jouets ? Pourquoi ?

Observer les.....

Merci pour avoir partagé vos idées. Nous avons constaté que vous êtes vraiment des grand-mères avec beaucoup d'expérience, très engagées et que vous faites tout pour assurer le bien-être et le développement des enfants et des femmes. Les informations recueillies dans cette interview sera utilisée dans le rapport nous allons écrire. Il sera partagé avec World Vision pour voir comment renforcer leurs programmes communautaires visant à améliorer la nutrition et la santé des femmes et des enfants dans votre communauté et pour d'autres communautés dans la zone.

25 mars 2019

Guide d'interview → les hommes aînés et les hommes avec des enfants de moins de 2 ans

Introduction: Nous travaillons avec WV qui collabore avec le Ministère de la Santé. Nous menons des interviews dans beaucoup de communauté de la région avec divers groupes, à savoir les FAP, père et grand-mères pour discuter de leurs expériences et points de vue sur la nutrition et la santé des femmes et des enfants. Nous savons que vous jouez un rôle important dans vos familles dans la promotion de la santé et le bien-être de vos épouses et enfants. Nous aimerions vous poser quelques questions concernant les rôles joués par les différents membres de la famille en rapport avec la santé et la nutrition des femmes et des enfants. Vous n'êtes pas obligé de participer mais nous espérons que vous pouvez accepter.

Demander à chacun :

1. Quel est votre prénom ?
2. Quel type de travail faites-vous ?
3. Quel est l'âge de votre plus jeune enfant ?
4. Est-ce que vous habitez à part avec votre femme ou avec la grande famille ?

Questions pour tous les participants :

1.1 DESSINS de la FAMILLE Nucléaire (FN) et la FAMILLE élargie (FE) : Ici dans votre communauté est-ce les familles se ressemblent plus à la FN ou à la FE ?

1.3 Pour un enfant qui grandit est-ce qu'il y a une différence entre sa vie dans une FN et une FE ?

1.3 a. Pour une femme enceinte, est ce qu'il y a une différence entre sa vie dans une FM et une FE ?

2.2 Dans la famille, qui vous donne des conseils concernant les questions/problèmes en rapport avec le bien-être/santé de vos femmes et de vos enfants ?

2.2a. Quelle est la différence entre une famille avec une GM et une famille sans GM?

ROLES DES DIFFERENTS MEMBRES DE LA FAMILLE

Montrer les dessins des 5 membres de la famille et leur demander de les identifier. Poser les dessins sur la natte/devant les participants. Demander : Quel est le rôle de chacun ? (Demander à 4 à 5 personnes pour chaque rôle).

GROSSESSE

DESSIN → un mari qui parle avec sa femme enceinte. Qu'est-ce que vous voyez ici ?

3.1 à 3.3. Quand votre femme est enceinte, quels sont les conseils que vous lui donnez ?

Quels sont les conseils donnés par les autres membres de la famille : la GM et le GP ?

4. VOTER: Lequel de ces 5 membres de la famille a plus d'expérience avec la grossesse? Pourquoi celui-ci ?

LES NOUVEAU-NÉS:

DESSIN du NOUVEAU-NE SUR LA NATTE entoure des 5 membres de la famille (père, GP, GM, jeune fille, tante paternelle)

VOTER Dans la famille qui a plus d'expérience vis-à-vis de l'alimentation & les soins des nouveau-nés ?

Avec le nouveau-né, pendant les premières semaines de vie du bébé, quel est le rôle joué par : Vous-même/le mari, la GM, le GP, la tante paternelle, la grande fille, la sagefemme ?

6a. Est-ce que vous donnez à votre femme des conseils sur la façon de nourrir son bébé ?

6b. Pensez-vous qu'un bébé peut grandir et être en bonne santé s'il ne reçoit que du lait maternel et pas d'eau pour les 6 premiers mois de la vie?

11. Est-ce que c'est une femme enceinte ou une femme qui allaite qui a besoin de manger plus que d'habitude et des aliments de meilleure qualité ?

LES PREMIERS ALIMENTS

DESSIN : enfant garçon de 6-7 mois assis →

7. Quand pensez-vous que l'enfant devrait commencer à manger des aliments en plus du lait maternel?

Qui prépare la bouillie pour l'enfant le plus souvent ? Et quelqu'un d'autre parfois ?

VOTER avec 2 capuchons : (capuchon noir) Qui donne à manger à l'enfant le plus souvent ?

(Capuchon d'une autre couleur) Et est ce qu'il y a quelqu'un d'autre qui parfois donne à manger à l'enfant ?

Avec un enfant de 6 mois (comme dans le dessin) est ce que vous participez à donner à manger à l'enfant ?

Avec un enfant de 2 ans, est ce que vous lui donnez à manger parfois ou est-ce que c'est le travail des femmes ?

La prise en charge de l'enfant malade

(DESSINS des membres de la famille) : Dans la famille, quand un enfant est malade, qui a plus de connaissances a / pour diagnostiquer le problème et b/ pour faire le premier traitement à domicile ?

9. Quand un enfant est malade dans la famille quel est le rôle joué par : vous-même ; ta femme ; ta mère ; ta tante ; le GP ?

ALIMENTATION, CROISSANCE ET SANTÉ

10.1/2/3 Est-ce que vous connaissez la malnutrition ?

Selon vous Pourquoi il y a certains enfants qui ne grandissent pas normalement ?

10.1/2/3 Il y a 1 an, le même jour, Maimouna et Alice ont mis au monde, toutes les deux, les bébés garçons. Maintenant, après un an le fils de Maimouna est trois cm. plus grand que le fils d'Alice? Qu'est ce qui peut expliquer la différence de taille des deux garçons?

14. En tant que pères, quelles sont les choses que vous faites pour que vos enfants grandissent bien et qu'ils soient en bonne santé ?

DESSINS – la fille assise (qui a 6 à 7 mois)

Quand un enfant, fille ou garçon a 6 mois est ce que vous jouez avec cet enfant-là ? (Fréquemment ou rarement ?)

A partir de quel âge est-ce que vous commencez à parler avec un enfant ?

Pourquoi à cet âge-là ?

Pourquoi pas plus tôt ?

IMPLICATION des hommes et des GM dans les programmes communautaires de nutrition/santé

Souvent, les programmes portant sur la nutrition et la santé des femmes et des enfants impliquent les jeunes mères d'enfants.

a. Pensez-vous que ces programmes devraient cibler uniquement les jeunes femmes ou pensez-vous qu'ils seraient bénéfiques également d'impliquer **les GM**? Pourquoi ?

b. Pensez-vous que ces programmes devraient aussi impliquer **les hommes** ? Pourquoi ?