

Les grand-mères – une ressource culturelle pour la santé et le bien-être des femmes et des enfants tout au long de leur vie

Judi Aubel¹

Promotion de la santé mondiale, 1757-9759 ; 2023, pp: 1–11

Résumé : Les grand-mères existent dans toutes les sociétés. Surtout dans la majorité du monde non occidental, où les aînés sont à la fois très respectés et responsables de la transmission de leurs connaissances aux jeunes générations, il existe beaucoup de récits anecdotiques sur le rôle des grand-mères dans la promotion de la santé et des soins. Cependant, en raison de la vision euro centrique et réductionniste des familles et des communautés dans la plupart des recherches, peu d'attention a été accordée au rôle des grand-mères sur les questions de santé maternelle, infantile et des adolescents en Afrique, en Asie, en Amérique latine et au Moyen-Orient, ainsi que dans les sociétés autochtones d'Amérique du Nord, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Le but de ce document est de pallier cet oubli et de souligner l'exigence de « décoloniser » la promotion de la santé dans le monde non occidental en s'appuyant sur des visions du monde, des rôles et des valeurs non occidentaux. Basée sur un large éventail de littérature publiée ou grise, cette revue met en évidence de nombreuses démonstrations de l'implication des grand-mères tout au long du cycle de vie des femmes et des enfants et souligne les rôles similaires et essentiels qu'elles jouent dans toutes les cultures. Bien que dans certaines situations les grand-mères peuvent exercer une influence négative, dans la plupart des cas, leur participation et leur soutien aux jeunes femmes et aux enfants apportent de nombreux bénéfices à travers leurs conseils et leurs soins. En envisageant les prochaines recherches et interventions dans les domaines de la santé des mères, des enfants et des adolescents, cette analyse recommande l'adoption d'une approche systémique de la famille pour identifier les l'influence et les rôles spécifiques de chaque genre et génération et d'inclure des grand-mères dans les programmes de promotion de la santé communautaire à travers les différentes phases du cycle de vie des femmes et des enfants.

Mots-clés : systèmes familiaux, grand-mères, culture, contexte socioculturel, santé de l'enfant, santé maternelle, normes sociales, santé de l'adolescent.

Introduction

Les grand-mères existent dans toutes les sociétés. Surtout dans les cultures non occidentales, où l'influence de la famille élargie subsiste, les grand-mères sont impliquées dans la vie familiale. Au sein des systèmes familiaux, elles s'occupent de la santé et du bien-être des femmes et des enfants en raison de leur statut social, de leur expérience, de leur motivation et de leur proximité. Les anthropologues évolutionnistes nous informent que depuis le commencement de l'existence humaine, les grand-mères ont joué un rôle central dans les systèmes familiaux, en tant qu'acteurs protagonistes dans l'éducation collective des enfants (1). Il existe un volume croissant de littérature provenant de la santé publique (2) mais aussi de neurosciences (3), concernant l'implication et l'impact des grand-mères sur le développement des jeunes générations. Malgré les évidences de plus en plus vastes sur le rôle des grand-mères dans le monde non occidental, la plupart des programmes de promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents ignore le rôle des femmes

âgées, ou grand-mères. Dans le monde non occidental, le rôle des grand-mères est ancré dans les systèmes culturels dont elles font partie et est donc déterminé par la structure et les valeurs de ces sociétés-la.

La structure de ces sociétés est caractérisée par : des rôles déterminés par l'âge et par le sexe ; une organisation hiérarchique découlant du sexe et de l'âge ; la responsabilité des aînés de transmettre leurs connaissances et leurs pratiques aux jeunes générations.

À l'échelle mondiale, il est désormais accepté que la culture doit être à la base de toutes les stratégies de santé et du développement des communautés. Durant la Conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2019 à Rotorua, en Nouvelle-Zélande, ce thème a été amplement discuté tout comme la distinction entre la vision dominante du monde et des valeurs euro centriques et celles des Maoris ou d'autres cultures autochtones non occidentales (4). Les valeurs fondamentales des Maoris sont similaires à celles

¹ Projet Grand-mère – Changement par la culture, Mbour, Sénégal.

Écrivez à : Judi Aubel, Directrice exécutive, Grandmother Project – Change through Culture, Via Carlo Conti Rossini 115, Rome, 00145, Italie.
Courriel: judiaubel@grandmotherproject.org

(Ce manuscrit a été soumis le 11 avril 2023. À la suite d'un examen par les pairs à l'aveugle, il a été accepté pour publication le 6 juillet 2023)

Promotion de la santé mondiale, 1757-9759 ; Vol. 0(0) : 1–11 ; 1191494 Copyright © Le(s) auteur(s) 2023, Réimpressions et autorisations : <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> D O I : 10.1177/17579759231191494 journals.sagepub.com/home/ghp

d'autres cultures non occidentales, et reposent sur une forte identité culturelle, sur l'importance des relations intergénérationnelles. Les participants autochtones au congrès ont lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle reconnaisse l'importance cruciale de la philosophie et des valeurs endogènes dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé dans le monde entier.

Ces préoccupations quant à l'ancrage culturel des efforts de promotion de la santé font écho à celles formulées par le Nigérian Airhihenbuwa (5) dans son livre *Health and Culture : Beyond the Western Paradigm*, où il a souligné que dans les sociétés africaines la culture est au centre de toutes les questions concernant la santé, et qu'il est indispensable de mieux comprendre les réalités culturelles non occidentales, y compris le rôle prééminent des aînés. De même, Aubel et Chibanda (6) ont montré qu'à l'échelle internationale la culture n'est prise en compte que de façon très superficielle dans la promotion de la santé. Les chercheurs asiatiques Kumar et al. (7) expriment leur inquiétude avec le fait que de nombreuses interventions de santé communautaire ignorent la culture.

Historiquement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'a accordé qu'une attention très limitée aux aspects culturels de la santé. Cependant, une note d'orientation de l'OMS de 2017, « *Culture Matters* », indique que l'un des principaux obstacles à l'amélioration de la santé dans le monde est « la négligence systématique de la culture » (8, p. xi).

L'élaboration de stratégies de promotion de la santé fondées sur la culture exige une compréhension approfondie du contexte culturel, et peut être soutenue par l'utilisation d'une approche qui valorise les atouts et les ressources socioculturelles des familles et des communautés. Pour renforcer les capacités communautaires, objectif prioritaire dans la promotion de la santé, il est indispensable de définir les rôles de tous les membres de la famille et de la communauté, y compris des aînés.

Le but de cet article est de montrer combien le rôle et l'influence des grand-mères sont importants tout au long du cycle de vie des femmes, des enfants et des adolescents. Pour ce faire, il s'appuie sur des recherches menées en Afrique, en Asie, en Amérique latine et parmi les peuples autochtones d'Australie et d'Amérique du Nord. Il est tout d'abord nécessaire d'expliquer la raison d'être d'une approche systémique de la famille pour comprendre les rôles et l'influence des acteurs familiaux, ainsi que les caractéristiques qui opposent les cultures individualistes occidentales aux cultures collectivistes non occidentales.

Le cadre conceptuel : les systèmes familiaux

Dans toutes les cultures, les systèmes familiaux partagent certaines caractéristiques fondamentales : les membres de la famille sont interreliés et jouent des rôles différents ; les modes de communication et la prise de décision dépendent de l'âge et du sexe ; il existe des règles, ou des normes qui définissent les comportements acceptables et inacceptables ; il existe des traditions

culturelles et des stratégies d'adaptation pour faire face aux problèmes qui surviennent.

Dans le monde non occidental, afin de comprendre des problèmes de santé familiale il est impératif que le cadre conceptuel d'analyse soit basé sur le système familial. Cependant, celui-ci est très rarement utilisé dans les programmes de santé mondiale. Dans les pays du Sud, la plupart des recherches en santé communautaire se concentrent exclusivement sur les groupes à risque et leurs attributs cognitifs comme les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) liées, par exemple, à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (SMEA) (9). La famille nucléaire est la construction sociale de la culture occidentale et n'est pas le modèle d'organisation familiale le plus répandu dans les pays du Sud (5,6,9). L'hypothèse erronée de son universalité et la compréhension inadéquate des structures familiales dans les cultures collectivistes du monde non occidental s'ajoutent à la connaissance inadéquate du rôle des grand-mères dans les familles. De nombreuses études sur les questions de SMEA n'intègrent pas les systèmes familiaux et n'examinent pas la constellation d'acteurs au sein des familles, masquant ainsi par inadvertance le rôle des grand-mères (9). De plus, les préjugés institutionnels âgistes et sexistes à l'égard des grand-mères atténuent ultérieurement la reconnaissance du rôle des grand-mères dans les stratégies de santé familiale.

Caractéristiques des cultures collectivistes non occidentales

Contrairement aux cultures occidentales qui sont plus individualistes, les systèmes familiaux des cultures du Sud Global se caractérisent par : une hiérarchie de l'autorité déterminée par l'âge et par l'expérience ; le rôle important des aînés dans l'éducation des jeunes générations ; les rôles dépendant du genre dans différents domaines de la vie familiale ; les familles multigénérationnelles et l'éducation collective des enfants ; le processus décisionnel collectif dans les questions familiales importantes ; l'idée que les enfants appartiennent à la famille élargie et relèvent de sa responsabilité ; et les normes sociales établies par les aînés et que les jeunes doivent suivre (10).

Dans de telles cultures collectivistes, dans les familles élargies, « les individus sont intégrés dès la naissance dans des groupes internes forts et cohésifs qui, tout au long de leur vie, continuent à les protéger en échange d'une loyauté inconditionnelle (11, p. 51) ». Ces caractéristiques des cultures collectivistes renforcent le rôle des grand-mères en termes de Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent au sein des systèmes familiaux de plusieurs façons : l'expérience des grand-mères confrontées aux problèmes de SMEA est reconnue par les autres membres de la famille ; le rôle des grand-mères est de conseiller et de superviser les plus jeunes membres de la famille suivant leurs domaines d'expertise ; on s'attend à ce que les autres membres de la famille respectent les grand-mères et suivent leurs conseils ; les grand-mères participent à la prise en charge collective des femmes, des enfants et des adolescents ; dans leur domaine

d'expertise elles participent aux décisions ou elles les dirigent ; et elles sont responsables pour définir et pour suivre l'application des normes sociales.

La plupart des recherches et des programmes de santé publique portant sur la SMEA reflètent encore une approche réductionniste épidémiologique et socio psychologique, centrée sur les personnes appartenant à des groupes à risque prioritaires (12). Pour bien comprendre les rôles des différents membres de la famille et cibler les stratégies de promotion de la santé, il est nécessaire d'avoir une vision holistique ou systémique de la famille.

L'attention portée principalement sur les groupes linéaires et à risque, masque le rôle et l'influence d'autres catégories de membres de la famille, notamment ceux des grand-mères.

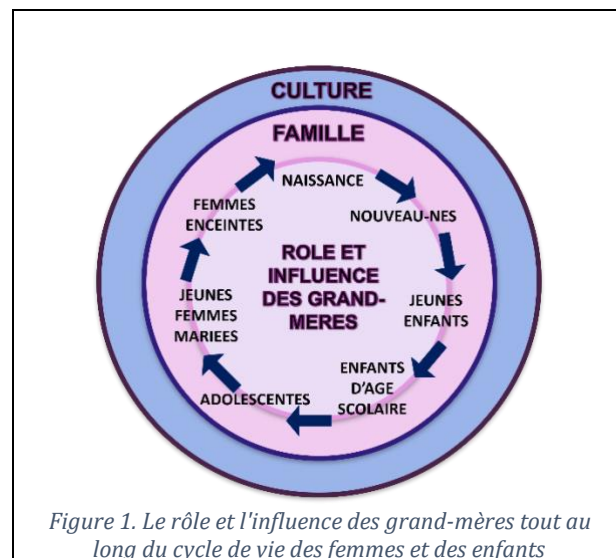
À l'heure actuelle, beaucoup de discussions portent sur l'influence du contexte sur le comportement et soulignent la nécessité d'un cadre socio-écologique pour la recherche, les politiques et les programmes de santé communautaire. Cependant, ces réflexions ne sont pas suffisamment utilisées pour comprendre les contextes familiaux et communautaires (12).

Recherche sur le rôle des grand-mères tout au long du cycle de vie des femmes, des enfants et des adolescents

Cet article est une revue argumentative, c'est-à-dire il analyse une sélection de textes qui contestent la pensée dominante et qui offrent une vision alternative ; ici sur le rôle des grand-mères dans la santé des femmes et des enfants. Le cadre conceptuel de cet article, présenté à la figure 1, repose sur mes recherches sur le rôle des grand-mères durant les 20 dernières années. Il indique le rôle des grand-mères à des étapes clés du cycle de vie : grossesse ; naissance ; nouveau-nés ; les jeunes enfants ; les enfants d'âge scolaire ; adolescence ; et les jeunes femmes mariées.

Pour cet article, j'ai effectué des recherches manuelles dans la littérature allant de 1995 à 2022 dans Google Scholar, ResearchGate et PubMed en utilisant les mots-clés : santé de l'enfant ; Grand-mères ; recherche de la santé ; la santé de la famille ; SME ; et la santé des adolescents. J'ai identifié plus de 100 études provenant de 50 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et de cultures autochtones d'Australie et d'Amérique du Nord, s'appuyant sur des articles publiés mais aussi sur la littérature grise d'organisations internationales. En raison du manque d'espace, je fais référence à 65 d'entre elles dans ce document.

S'appuyant à un corpus de recherche très diversifié, cette analyse du rôle des grand-mères dans des contextes culturels non occidentaux est le premier recueil connu sur ce sujet.



Conclusions de la revue

Cette étude montre que dans les cultures non occidentales, les grand-mères jouent des rôles fondamentaux similaires dans les systèmes familiaux liés à la santé et au bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Bien que leurs rôles principaux soient similaires, il existe une grande diversité dans leurs pratiques liées à la culture, l'implication des grand-mères auprès des nouveau-nés est par exemple universelle alors qu'elle diffère considérablement dans la pratique. Des exemples tirés de recherches menées en Afrique et en Asie illustrent les points communs dans les rôles fondamentaux joués par les grand-mères auprès des femmes et des enfants dans les sociétés non occidentales.

Tout d'abord, dans une étude sur la santé infantile menée dans une zone périurbaine de la capitale mauritanienne, les chercheurs ont conclu que :

« Les grand-mères jouent un rôle central et multiforme dans les familles. Leur rôle étendu est établi d'une part, par leurs vastes connaissances et expériences et, d'autre part, par leur statut culturel de conseillères familiales sur les questions concernant les femmes et les enfants. On attend des jeunes femmes qu'elles écoutent leurs principales conseillères, les grand-mères, et qu'elles maîtrisent ces pratiques au fil du temps (13, p.7) ».

Les chercheurs Karmacharya *et al.* ont ensuite conclu qu'en Asie du Sud-Est, « les grand-mères sont considérées comme des dépositaires de connaissances et de sagesse sur une série de sujets domestiques. Compte tenu de leur statut vénéré, les grand-mères servent souvent de conseillères et de superviseuses à la génération suivante (14, p.2115) en ce qui concerne la santé et le bien-être des enfants. »

D'autres exemples du rôle et de l'influence des grand-mères durant les différentes étapes de la vie des femmes et des enfants dans de nombreux contextes non occidentaux, ruraux et urbains, sont présentés ci-dessous.

Le rôle des grand-mères pendant la grossesse

De nombreuses études sur la grossesse, tant dans des contextes ruraux qu'urbains, mettent en évidence l'influence positive ou négative des grand-mères sur l'alimentation, le travail, le repos et les visites prénatales des femmes. Des démonstrations du rôle de supervision des grand-mères sont rapportées par des recherches en milieu urbain : en Afrique, au Cameroun (15), au Burkina Faso (16) et au Ghana (17) ; et en Asie, au Cambodge (18), au Bangladesh (19) et dans les contextes ruraux du Pakistan (20,21). Sur la base d'une étude conduite dans les zones rurales du Mali, les chercheurs ont conclu qu'« au niveau de la famille, la *muso koroba* (grand-mère) est la principale personne de référence pour toutes les questions liées à la grossesse, compte tenu à la fois de leurs connaissances et de leurs compétences au sein des familles et du rôle consultatif qui leur est attribué par la culture (22, p. 9) ». Dans la capitale malienne, où les services de santé sont géographiquement accessibles, 90% des femmes bambara ont déclaré que leur conseillère principale pendant la grossesse était leur propre mère ou belle-mère, tandis que les 10 % restants ont déclaré qu'il s'agissait d'une voisine grand-mère (23). Dans la région périurbaine de Dhaka, Pike et ses collègues ont constaté que pendant la grossesse, les adolescentes mariées reçoivent un soutien essentiel de la part des femmes plus âgées de la famille, en particulier de leur mère et de leur belle-mère (19).

Dans les zones rurales du Pakistan, les chercheurs ont examiné le processus de prise de décision au sein du ménage durant la grossesse (20). Ils ont conclu que concernant les soins prénataux et le lieu de l'accouchement, ce sont les femmes âgées et les belles-mères qui sont les principales responsables des décisions clés concernant la grossesse. Ils ont également déclaré que durant la grossesse, une période qui est gérée par les femmes, le rôle des hommes est limité. Asim et ses collègues (21) se sont penchés sur l'alimentation pendant la grossesse et ont identifié les belles-mères comme « référentes du suivi alimentaire au sein du ménage » (p. 8). Des recherches conduites au Népal sur la répartition des aliments au sein des ménages (24) ont montré l'influence décisive des belles-mères sur le travail et l'alimentation des femmes enceintes, et leur conviction nocive selon laquelle les jeunes belles-filles devraient *manger moins et manger en dernier*.

Dans les zones rurales du Ghana, Gupta *et al.* (17) ont mis en relief le rôle influent que les grand-mères jouent auprès des femmes enceintes à travers leur soutien émotionnel, les informations et l'encadrement qu'elles fournissent - spécialement pour les jeunes femmes qui deviennent mères pour la première fois - et qui permet d'assurer la transmission de traditions culturelles, qui quelques fois s'avèrent néfastes.

Le rôle des grand-mères avant et après l'accouchement

Dans les pays du Sud, les accouchements à domicile sont fréquents, et les recherches révèlent que dans de

nombreux contextes, les femmes âgées sont présentes après l'accouchement pour s'occuper à la fois de la mère et du nouveau-né, reflétant ainsi leur responsabilité culturelle de présenter le bébé au monde. L'implication des grand-mères est également documentée dans des études menées en Afrique de l'Ouest (25), en Inde (26) et en Australie aborigène (27).

Dans les zones rurales du Ghana, Moyer *et al.* (28) ont constaté que les grand-mères assistent aux accouchements à domicile et en établissement et qu'elles jouent un rôle clé dans les soins post-accouchement, comme donner le bain au nouveau-né et à la mère et les soins du cordon ombilical. Ils ont constaté que lorsque les conseils des agents de santé et des grand-mères diffèrent, les nouvelles mères se sentent obligées de respecter l'autorité des grand-mères. Les recherches de Kane dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (25) montrent que lors des accouchements en établissement, les femmes âgées sont souvent présentes et utilisent leur autorité pour employer les pratiques prescrites par la culture en matière d'hygiène et d'initiation à l'allaitement. Dans le Karnataka, Kesterton et Cleland (26) ont documenté l'implication similaire des grand-mères après l'accouchement, lorsqu'elles appliquent leurs traditions socioculturelles, y compris celles potentiellement nocives, comme par exemple, l'administration de pré lactés et le retard de l'initiation à l'allaitement maternel.

Lowell *et coll.* (27) ont montré que, pour les communautés aborigènes d'Australie, la présence de femmes âgées au moment de l'accouchement revêt une importance culturelle capitale. De plus, « l'exclusion de ces femmes âgées, pourtant fondamentales durant le parcours de naissance, est considérée comme ayant de graves conséquences sur la santé et le bien-être de la mère et du bébé (p. 5) », surtout parce que cela limite la capacité des grand-mères à transmettre des connaissances et des traditions essentielles aux mères jeunes.

Le rôle des grand-mères dans les soins aux nouveau-nés

A cause de l'inquiétude sur la mortalité néonatale au niveau mondial, de nombreuses études ont été menées sur les soins aux nouveau-nés. Cependant, très peu soulignent les rôles des acteurs familiaux, tandis que la majorité se concentrent sur le CAP individuel. Dans une analyse des données précédentes, sur le rôle des grand-mères dans la vie des nouveau-nés, Aube (29) a identifié des recherches provenant de plus de 70 contextes culturels non occidentaux qui évoquent la participation des membres de la famille dans les soins aux nouveau-nés, ce qui inclut le rôle des grand-mères en tant que conseillères des jeunes mères et directement en tant que soignantes. Dans cette revue, je cite une petite sélection d'articles et de rapports fournissant des preuves approfondies du rôle des grand-mères dans les soins aux nouveau-nés dans les pays du Sud : d'Afrique : Ghana (30) et Mauritanie (31) ; d'Asie : Inde (14), Ouzbékistan (32) et le Bangladesh (33) ; d'Amérique latine : Brésil (34) et

Mexique (35) ; et des contextes autochtones d'Australie (27) et du Canada (36).

La conclusion de la recherche précédente soulignait que : « Le rôle central des grand-mères dans les soins aux nouveau-nés dans les sociétés non occidentales découle de la structure et des valeurs fondamentales des cultures collectivistes (29, p. 6) ». Ces valeurs sont notamment la réciprocité, la solidarité, le sens de la hiérarchie et la responsabilité collective à l'égard des enfants, surtout chez les femmes qui s'occupent des enfants. Le modèle prédominant dans toutes les cultures montre que les familles sont conscientes de la précarité de la période néonatale et ont confiance dans l'expertise des grand-mères. Le bilan 2021 (29) montre également que les hommes ne sont que rarement impliqués directement dans les soins aux nouveau-nés et qu'ils « reçoivent plus souvent des conseils de leur famille (p. 5), plutôt que d'en donner ». Par exemple, au Ghana, Gupta *et al.* (17) montrent que c'est la mère du mari qui coordonne les soins du nouveau-né. Pendant la période néonatale, les familles sont soucieuses d'assurer la survie du nouveau-né, mais aussi de transmettre des valeurs culturelles prioritaires aux jeunes mères. Dans de nombreuses cultures, on observe une période initiale d'isolement pendant laquelle les grand-mères assurent la protection des mères et des nouveau-nés et transmettent des traditions prioritaires, comme par exemple en Ouzbékistan (37), au Sénégal (38) et au Népal (39).

Le rôle des grand-mères dans la santé du nourrisson et du jeune enfant

De nombreuses études ont documenté l'influence des grand-mères sur les pratiques d'allaitement, en particulier des primipares. Par exemple, en Afrique de la Mauritanie (31) et de l'Afrique du Sud (40) ; l'Asie du Bihar (41), du Bhoutan (42) et de la Chine (43) ; l'Amérique latine, du Mexique (44), de la Colombie (45) et de l'Équateur (46) ; et le Pacifique depuis les Samoa (47).

Une évaluation globale effectuée en 2016 sur le rôle des grand-mères dans l'allaitement maternel démontre amplement le soutien universel à cette pratique (48) ; même si elles conseillent souvent d'introduire, en plus du lait maternel, des aliments et des liquides complémentaires avant l'âge recommandé de six mois. Dans de nombreux contextes, ruraux et urbains, les recherches dévoilent que les jeunes mères demandent souvent aux femmes plus âgées et plus expérimentées de leur dire quand et comment allaiter. Par exemple, une étude sur l'allaitement maternel aux Samoa américaines a révélé « l'importance des membres de la famille pour les mères samoanes, en particulier les femmes plus âgées (47, p.84) ». Dans les zones urbaines de l'Équateur, les nouvelles mères (84%) ont souvent indiqué que les grand-mères étaient leurs principales conseillères en matière de soins aux nouveau-nés et d'allaitement, tandis que 16% ont déclaré que leurs principales conseillères étaient d'autres parentes plus âgées ou non apparentées (46).

Introduire des aliments complémentaires pour les nourrissons à partir de six mois est fortement recommandé, et de nombreux chercheurs se sont penchés sur cette étape importante. Cependant, la plupart des études théorisent que l'alimentation du nourrisson dépend uniquement des mères et se concentrent sur leur KAP, très peu examinent les rôles des autres membres de la famille. Néanmoins, le rôle des grand-mères dans l'introduction des premiers aliments à donner est de plus en plus documenté, par exemple : en Afrique, Afrique du Sud (40) et Rwanda (49) ; en Asie, Népal (14) Chine (43) ; et en Amérique latine : Colombie (50) Mexique (44). Par exemple, à Nairobi, Faye *et al.* (51) ont constaté que les mères ne sont pas les seules responsables de l'alimentation des nourrissons, que les grand-mères participent et encadrent les jeunes femmes, et que les pères ne sont pas impliqués.

Bien qu'il existe de nombreuses études sur la nutrition infantile, la plupart se concentrent de façon réductrice sur la dyade mère-enfant. Concha et Jovchelovitch (45) ont offert un bon exemple d'étude basée sur un cadre conceptuel de système familial dans les zones urbaines de Colombie. Leur analyse a révélé que « les grand-mères jouent un rôle central dans la prise des décisions et dans la mise en place d'un système de soutien holistique pour la dyade [mère-enfant] » (45, p.1). L'analyse des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) sur la nutrition infantile dans 31 pays par Schrijner et Smits (52) fournit un autre exemple de perspective systémique familiale. Ils ont constaté que la cohabitation des grand-mères avec de jeunes enfants est positivement associée à une réduction du retard de croissance. Des recherches antérieures menées en Gambie (53) et en Éthiopie (54) ont dévoilé que les grand-mères maternelles ont un effet positif sur l'état nutritionnel et la survie des enfants.

Des recherches approfondies ont été menées sur les principales maladies infantiles ; cependant, la plupart des études se concentrent étroitement sur la dyade mère-enfant. Toutefois, plusieurs études menées en Indonésie (55), Inde (56) et Ghana (57) montrent que les grand-mères jouent un rôle clé dans le diagnostic initial des maladies infantiles, le traitement à domicile et le processus de décision sur la nécessité de consulter des prestataires de soins de santé traditionnels ou formels. Au Rajasthan, Mohan *et al.* (56) ont examiné les soins dispensés aux familles en cas de maladies infantiles et ils ont conclu que les grand-mères, et d'autres personnes âgées, ont plus d'influence que les mères biologiques sur les décisions de recours aux soins.

Dans le domaine du développement de la petite enfance (DPE), les recherches sur le rôle des grand-mères sont très limitées. Des recherches récentes menées au Pakistan (58) ont prouvé « le rôle bénéfique des grand-mères sur le développement cognitif, moteur et socio-émotionnel de la petite enfance » (p. 10). Les chercheurs ont conclu que la recherche et les interventions en matière de DPE doivent tenir compte d'autres acteurs familiaux au-delà de la dyade mère-enfant

L'implication des grand-mères dans la vie des enfants d'âge scolaire

Peu de chercheurs se sont penchés sur le rôle des grand-mères dans la vie des enfants d'âge scolaire. Littrell *et al.* (59) ont témoigné qu'en Afrique subsaharienne, « les grand-mères jouent depuis longtemps un rôle dans la santé et le bien-être des enfants » (p. 20) et cela semble être vrai dans l'ensemble des pays du Sud. L'analyse par Schrijner et Smits (60) des données DHS de 33 pays d'Afrique subsaharienne a révélé que la co-résidence des grand-mères avec les enfants a un effet positif sur leur scolarité ceci grâce au soutien qu'elles apportent aux familles et directement aux enfants. Ces chercheurs ont constaté que tous les enfants bénéficient de la présence de grand-mères, mais que « les filles profitent davantage d'une grand-mère co-résidente que les garçons (p.82) ». Une étude menée en Sierra Leone par MSD Consulting (61) a conclu que « les grand-mères jouent plusieurs rôles fondamentaux liés aux soins de santé, à l'éducation, à la protection et au développement moral des petits-enfants, principalement au niveau du ménage » (p.iv). Cette étude a révélé que la plupart des enfants ont des relations très étroites avec leurs grand-mères *qui les éduquent et les protègent* qui « leur montrent plus d'amour que leurs parents biologiques » (p. 13). L'étude a mis en relief l'existence d'une communication fréquente entre les grand-mères et les enfants, non seulement pendant la journée, mais aussi durant la nuit, car de nombreux enfants en grandissant dorment avec leurs grand-mères pendant de nombreuses années. Dans les régions d'Afrique où le SIDA est répandu, des recherches ont montré que les grand-mères jouent un rôle fondamental de soignantes auprès des enfants orphelins du SIDA ; Littrell *et al.* (59) et d'autres nous le montrent en soulignant l'engagement des grand-mères dans la santé et le développement de tous les enfants.

Le rôle des grand-mères auprès des adolescentes

De nombreux témoignages qui nous viennent d'Afrique et d'Asie soulignent le rôle des grand-mères dans la socialisation des adolescentes. Les recherches empiriques sur ce sujet sont cependant rares. Les recherches de Cattell en Afrique du Sud ont révélé le rôle des grand-mères Zoulou dans la socialisation des filles (62) et l'impératif moral des grand-mères de transmettre leurs connaissances aux jeunes générations, surtout aux petites-filles. Faisant écho aux conclusions de Cattell, le psychiatre zimbabwéen Chibanda (63) a déclaré que « dans les systèmes familiaux en Afrique, les grand-mères ont la responsabilité première de la socialisation des filles ». Sur la base de recherches menées au Malawi, Limaye *et al.* (64) confirment que l'éducation des filles en matière de santé reproductive et de la sexualité relevait traditionnellement de la responsabilité des grand-mères. De même, sur la base de données provenant de six pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, Bray et Dawes (65) ont constaté que les grand-mères et les tantes jouent un rôle important dans l'éducation des adolescents en matière de santé reproductive. Au Cameroun, l'anthropologue Notermans (15) a également constaté que les filles dorment avec leurs grand-mères pendant de

nombreuses années et que le fait de passer la nuit ensemble renforce les liens physiques et émotionnels entre elles. Elle a constaté que la plupart des adolescentes ont des relations plus fortes avec leurs grand-mères qu'avec leur mère. Deux études menées au Mali par Kane (66) et Save the Children (67) ont révélé que les grand-mères entretiennent des relations étroites avec leurs petites-filles et que la sexualité est un sujet clé de discussion entre elles. Kane a conclu que la communication entre les filles et leurs grand-mères est généralement plus ouverte qu'avec leurs mères.

Dans les contextes culturels où les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées, les femmes âgées jouent un rôle central dans la mise en œuvre de cette pratique traditionnelle et néfaste (68). Ahmadu (69 ans) soutient que le rôle des femmes âgées dans les MGF est l'expression de leur pouvoir et de leur leadership parmi les femmes de la communauté et de leur engagement à transmettre les traditions culturelles aux femmes plus jeunes.

Le soutien des grand-mères aux jeunes femmes mariées

Les jeunes femmes mariées ont besoin de soutien pour affronter leurs nouvelles responsabilités dans la vie conjugale. Dans les cultures collectivistes non occidentales, leur vie est conditionnée par le soutien et les attentes des autres membres de la famille. La plupart des études sur cette phase de la vie se concentrent sur les questions de santé reproductive et peu examinent l'influence d'autres acteurs familiaux, y compris les femmes âgées, sur les attitudes et les pratiques des femmes plus jeunes. Dans les pays suivants, nous trouvons de nombreuses démonstrations du rôle et de l'influence des femmes âgées sur le travail et la santé reproductive des jeunes femmes : Asie, Madhya Pradesh, Inde (70) ; Afrique, du Sénégal (71) et du Ghana (72) ; et l'Amérique latine de la Colombie (73). Ces études portent principalement sur l'influence des belles-mères sur les belles-filles dans plusieurs domaines, notamment les tâches domestiques, la contraception, l'accès aux services de santé reproductive et l'attitude des maris à l'égard des besoins de leurs femmes en matière de santé de la reproduction.

La plupart de ces études décrivent l'autorité des belles-mères qui délèguent du travail aux jeunes mariées et qui s'attendent à ce qu'elles se conforment à leurs conseils. Cette tendance est également documentée en Ouzbékistan (32), au Mali (22) et en Sierra Leone (2). Au Mali, White *et al.* (74) ont analysé les relations de pouvoir intrafamiliales liées au comportement des femmes en matière de santé reproductive et ont constaté que, bien que le Mali soit une société patriarcale, ce sont les belles-mères qui ont le plus d'influence sur le processus de décision concernant la santé reproductive des jeunes femmes.

Discussion

Cette analyse de recherches menées en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans les cultures autochtones

d'Australie et d'Amérique du Nord sur l'implication des grand-mères dans le MCAH fait ressortir leur rôle de premier plan d'enseignantes, de guides, et de prestataires de soins dans les familles et les communautés. Il s'agit du premier recueil de recherches sur le rôle et l'influence des femmes âgées, ou grand-mères, sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants dans les sociétés non occidentales. Les études examinées, conduites dans de nombreux et diversifiés contextes culturels, ruraux comme urbains, renforcent la conclusion que durant certaines étapes clés de la vie des femmes et des enfants, les grand-mères jouent des rôles fondamentaux similaires dans toutes les cultures, tout en encourageant des pratiques spécifiques à la culture durant chaque étape du cycle de vie des femmes et des enfants. Les facteurs qui contribuent à l'implication et à l'influence des grand-mères sont les suivants : les rôles qui dépendent du sexe et de la génération d'appartenance, attribués aux femmes âgées au sein des systèmes familiaux et culturels ; la reconnaissance par la famille de l'expérience des grand-mères dans la prise en charge des femmes et des enfants de tous âges ; le besoin de soutien des jeunes femmes, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants ; et l'engagement des grand-mères dans la transmission des valeurs et des pratiques culturelles aux jeunes générations. L'ensemble des recherches examinées démontre clairement que les grand-mères sont activement impliquées dans le MCAH à travers les cultures et que, dans la plupart des cas, leur soutien est bénéfique.

Conclusions

Cette étude de recherches effectuées dans l'ensemble du monde non occidental fournit de nombreuses démonstrations de l'influence très active dans de multiples aspects de la MCAH recouvert par les membres clés de la famille : les femmes âgées ou les grand-mères. La plupart des chercheurs et des praticiens du comportement et de la santé publique continuent d'ignorer les démonstrations du rôle omniprésent et culturellement déterminé des grand-mères auprès des jeunes générations, qui proviennent de l'anthropologie évolutionniste (1) comme des recherches récentes dans de nombreux contextes différents. Plusieurs facteurs contribuent à l'incongruité entre les rôles multiples des grand-mères dans la vie familiale et leur implication très limitée dans les interventions du MCAH : certaines de leurs pratiques sont nuisibles donnant l'impression que les grand-mères constituent un obstacle à la promotion de la MCAH ; la perception qu'elles ne se détachent pas de la tradition et résistent au changement ; les attitudes âgistes et sexistes à leur égard ; les modèles conceptuels euro centriques dominants de la santé qui négligent la structure et l'influence de la famille élargie qui dominent les sociétés collectivistes non occidentales ; et le féminisme de la troisième vague qui se concentre sur les jeunes femmes et les filles tout en ignorant le rôle et la sagesse des membres plus âgées de la fraternité de femmes (75).

Les résultats de cette étude confirment la conviction croissante que la recherche et les interventions en promotion de la santé doivent être enracinées dans le

contexte culturel, comme l'affirme le psychologue camerounais Nsamenang, « intervenir de manière appropriée, c'est fonder la théorie, la recherche et la pratique dans le contexte culturel local (76, p.75) ». Sa pensée trouve un écho dans les appels actuels à la décolonisation des valeurs et des approches occidentales dominantes en matière de santé mondiale. Dans une critique des modèles dominants dans la recherche et la pratique de la santé mondiale, Aubel et Chibanda (6) ont fait valoir que « les modèles conceptuels de la santé et de la maladie fondés sur les valeurs individualistes euro centriques et la famille nucléaire négligent de nombreux aspects déterminés par la culture des systèmes familiaux dans les cultures non occidentales (p. 3) », y compris le rôle et l'expérience des aînés. Une perspective socio-écologique soutient également la conceptualisation de la santé au sein des systèmes familiaux communautaires et culturels. Les travaux de Nsamenang suggèrent certaines implications pratiques pour la décolonisation des programmes de santé communautaire. Il affirme que « Toutes les initiatives de développement devraient avant tout comprendre les systèmes familiaux et communautaires culturellement construits, y compris les ressources culturelles qu'ils incarnent » (7, p. 3).

Pour élaborer un programme partant d'une perspective systémique, la recherche formative devrait identifier et cibler dans les interventions tous les acteurs qui exercent une influence sur les questions abordées et qui sont présents au sein des systèmes familiaux et communautaires. La plupart des recherches formatives sur le MCAH se concentrent étroitement sur les facteurs cognitifs, par exemple, le CAP, les groupes à risque et négligent ainsi d'autres individus qui exercent une forte influence au sein des systèmes familiaux, comme les grand-mères.

La plupart des programmes MCAH n'ont pas reconnu pleinement le rôle des grand-mères et ne les ont pas considérées comme une ressource culturelle stratégique pour le changement. Plusieurs stratégies d'inclusion des grand-mères ont démontré l'ouverture des grand-mères au changement et permis d'obtenir des résultats positifs dans les collectivités, par exemple au Laos, où l'on s'occupe de la santé de l'enfant (77) ; Malawi, tant en ce qui concerne les soins aux nouveau-nés (78) que le SIDA(64) ; Sierra Leone sur la nutrition infantile (2) ; Le Zimbabwe sur la santé mentale (79) ; et le Sénégal sur la santé maternelle et infantile (80) et sur le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines (81). Dans tous ces programmes, les grand-mères ont refusé l'idée qu'elles sont trop âgées pour apprendre et pour modifier leurs pratiques.

L'impact de nombreux efforts de promotion de la santé dans les pays du Sud a sans doute été limité par l'incapacité à comprendre, à respecter et à développer de manière exhaustive les visions du monde, les rôles et les valeurs inhérents à des contextes culturels spécifiques. La décolonisation de la santé mondiale dans le monde non occidental impose une réflexion sur les concepts et les modèles de santé euro centriques dominants et le développement de cadres alternatifs ancrés dans la culture. Cet article contribue aux efforts de

décolonisation en illustrant et en soulignant l'importance de comprendre et d'exploiter les rôles et les stratégies culturellement enracinés des familles non occidentales en ce qui concerne leur santé et leur bien-être. Il y a longtemps, les anthropologues médicaux Chrisman et Kleinman (82) ont discuté de l'importance primordiale du cadre familial où des conseillers non professionnels jouent un rôle central dans la promotion de la santé et la guérison. Ils se sont montrés inquiets de l'attitude des planificateurs en santé publique qui se concentrent principalement sur les systèmes de santé formels et négligent ouvertement l'influence déterminante du système de santé familiale.

Leurs préoccupations sont toujours d'actualité. Cette étude valorise une catégorie omniprésente mais négligée d'acteurs familiaux, les grand-mères, et attire notre attention, une fois de plus, sur la nécessité de mieux comprendre le système de santé familial dans les efforts de promotion de la santé communautaire. L'engagement à élaborer des stratégies de promotion de la santé plus ancrées dans la culture des pays du Sud, fait appel à des chercheurs et des planificateurs qui adoptent un cadre de gestion des systèmes familiaux (83) pour mieux comprendre et valoriser les rôles, l'influence et les ressources des membres de la famille en matière de promotion de la santé familiale.

Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

L'auteur n'a reçu aucun soutien financier pour la recherche, la paternité et/ou la publication de cet article.

ORCID iD

Judi Aubel  <https://orcid.org/0000-0003-2304-6100>

References

1. Sear R, Coall D. How much does family matter? Cooperative breeding and the demographic transition. *Pop Dev Rev.* 2011; 37: 81–112.
2. MacDonald C, Aubel J, Aidam B, Webb-Girard A. Grandmothers as change agents. *Curr Dev Nutr.* 2020; 4: 1–9.
3. Rilling JK, Gonzalez A, Lee M. The neural correlates of grandmaternal caregiving. *Proc Biol Sci.* 2021; 288: 1–10.
4. Ratima M. Leadership for planetary health and sustainable development: health promotion community capacities for working with Indigenous peoples in the application of Indigenous knowledge. *Glob Health Promot.* 2019; 26: 3–5.
5. Airhihenbuwa CO. *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm.* New York, NY: Sage; 1995.
6. Aubel J, Chibanda D. The neglect of culture in global health research and practice. *BMJ Global Health.* 2022; 7: e009914.
7. Kumar V, Kumar A, Ghosh AK, Samphel R, Yadav R, Yeung D, et al. Enculturating science: community-centric design of behavior change interactions for accelerating health impact. *Semin Perinatol.* 2015; 39: 393–415.
8. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *Lancet.* 2014; 384: 1607–1639.
9. Aubel J, Martin S, Cunningham K. Introduction: a family systems approach to promote maternal, child and adolescent nutrition. *Matern Child Nutr.* 2021; 17(S1): e13228.
10. Sudarkasa N. African and Afro-American family structure: a comparison. *Black Scholar.* 1980; 11: 37–60.
11. Hofstede G. *Culture and Organizations: Software of the Mind.* London: McGraw-Hill; 1991.
12. Glass TA, McAtee MJ. Behavioral science at the crossroads in public health: Extending horizons, envisioning futures. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 1650–1671.
13. Karmacharya C, Cunningham K, Choufani J, Kadiyala S. Grandmothers' knowledge positively influences maternal knowledge and infant and young child feeding practices. *Public Health Nutr.* 2017; 20: 2114–2123.
14. Notermans C. Sharing home, food and bed: paths of grandmotherhood in East Cameroon. *Africa.* 2004; 74: 6–26.
15. Ouoba D. *Rôle et influence des grand-mères en matière de santé maternelle et infantile.* Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, 2021.
16. Gupta M, Aborigo R, Adongo P, Rominski S, Hodgson A, Engmann C, et al. Grandmothers as gatekeepers? The role of Grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana. *Glob Public Health.* 2015; 10: 1078–1091.
17. World Vision. *Formative Study: Grandmothers as the Living God.* Phnom Penh, Cambodia, 2020.
18. Pike V, Ramage AK, Bhardwaj A, Busch-Hallen J, Roche ML. Family influences on health and nutrition practices of pregnant adolescents in Bangladesh. *Matern Child Nutr.* 2021; 17(S1): 1–12.
19. Mumtaz Z, Salway SM. Gender, pregnancy and the uptake of antenatal care services in Pakistan. *Social Health Illn.* 2007; 29: 1–26.
20. Asim M, Ahmed ZH, Nichols AR, Rickman R, Neiterman E, Mahmood A, et al. What stops us from eating: a qualitative investigation of dietary barriers during pregnancy in Punjab, Pakistan. *Public Health Nutr.* 2021; 25: 760–769.
21. HKI. *Une étude qualitative sur la préparation de la naissance et la santé néonatale.* Bamako
22. Diarra D. *L'étude du rôle des grand-mères bambara dans la*

- prise en charge socio-éducative des femmes et des nouveau-nés dans le milieu urbain. Bamako. INFTS ; 2009.
23. Morrison J, Dulal S, Harris-Fry H, Basnet M, Sharma N, Shrestha B, et al. Formative qualitative research to develop community-based interventions addressing low birth weight in the plains of Nepal. *Public Health Nutr.* 2018; 21: 377–384.
 24. Kane H. Soins des nouveaux-nés: les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance. *Santé Publique.* 2020; 32: 17–27.
 25. Kesterton AJ, Cleland J. Neonatal care in rural Karnataka: healthy and harmful practices, the potential for change. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009; 9: 20.
 26. Lowell A, Kildea S, Liddle M, Cox B, Paterson B. Supporting aboriginal knowledge and practice in health care: lessons from a qualitative evaluation of the strong women, strong babies, strong culture program. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15: 19.
 27. Moyer CA, Aborigo RA, Logonia G, Affah G, Rominski S, Adongo PB, et al. Clean delivery practices in rural northern Ghana: a qualitative study of community and provider knowledge, attitudes, and beliefs. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12: 50.
 28. Aubel J. Grand-mères – une ressource familiale négligée pour sauver la vie des nouveau-nés. *BMJ Glob Santé.* 2021; 6 : 1 à 9.e00380.
 29. Bazzano AN, Kirkwood BR, Tawiah-Agyemang C, Owusu-Agyei S, Adongo PB. Beyond symptom recognition: care-seeking for ill newborns in rural Ghana. *Trop Med Int Health.* 2008; 13: 123–128.
 30. Diagan MM, Kane H. Alimentation des nourrissons à Nouakchott: entre recommandations médicales et instructions des grand-mères. *Santé Publique.* 2016; 28: 235–343.
 31. Project Hope. The role of Grandmothers and other household actors in maternal and child health. Navoi, Uzbekistan; 2003.
 32. Hillenbrand E. Maternal Malnutrition and Poverty as Perceived Barriers to Exclusive Breastfeeding in Rural Bangladesh. New York, NY: Helen Keller International; 2012, pp.1–16.
 33. Gross F, Pacheco IC, Oliveira NM, Beheregaray F. Influence of grandmothers on infant feeding: what they say to their daughters and granddaughters. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24: 534–540.
 34. Banda-Perez AJB, Alvarez-Aguirre A, Manchay RJD. Rituales para cuidar al neonato según la cosmovisión de comunidades Nahuas. *Eureka.* 2021; 18: 221–237.
 35. Kandasamy MV, Oremus M, Hill T, Wahi G, Wilson J, Davis A, et al. Elder women's perceptions around optimal perinatal health: a constructivist grounded- theory study with an Indigenous community in southern Ontario. *CMAJ Open.* 2017; 5: E411–E416.
 36. Barrett JB. Doctors, clerics, healers, and neighbors: religious influences on maternal and child health in Uzbekistan. Dissertation, University of Texas, Austin, 2008.
 37. Niang CI. Recherche formative sur la santé péri/ néonatale a Kébémere, Senegal. Dakar: BASICS/ USAID; 2003.
 38. Lama TP, Khatry SK, Katz J, Le Clerq SC, Mullany LC. Illness recognition, decision-making, and care- seeking for maternal and newborn complications: a qualitative study in Sarlahi District, Nepal. *J Health Popul Nutr.* 2017; 36(Suppl 1): 1–14.
 39. Wrottesley SV, Priorschi A, Slemming W, Cohen E, Dennis C-L, Norris SA. Maternal perspectives on infant complementary feeding practices in Soweto, South Africa. *Public Health Nutr.* 2020; 24: 3602–3614.
 40. Alive & Thrive. Nutrition practices in Bihar: results of a formative research study. FHI360. Washington, DC, 2017.
 41. Pemo K, Phillips D, Hutchinson AM. An exploration of breastfeeding practices of Bhutanese women. *J Hum Lact.* 2019; 35: 181–191.
 42. Yue A, Zhang N, Liu X, Tang L, Luo R, Yang M, et al. Do infant feeding practices differ between Grandmothers and mothers in Rural China? Evidence from Rural Shaanxi Province. *Fam Community Health.* 2018; 4: 233–243.
 43. Reyes LI, Frongillo EA, Moore S, Blake CE, Gonzalez W, Bonvecchio A. Functions of social networks in maternal food choice for children in Mexico. *Matern Child Nutr.* 2021; 30: 1–11.
 44. Concha N, Jovchelovitch S. Grandmothers: central scaffolding sources impacting maternal and infant feeding practices in Colombia. *Matern Child Nutr.* 2021; 17(Suppl 1): e13162.
 45. Buitron F, Sandoval M. Cambios biológicos y socio culturales en el puerperio desde las experiencias de las abuelas, madres y futuras madres. Universidad del Ecuador, Quito, 2018.
 46. Hawley NL, Rosen RK, Strait EA, Raffucci G, Holmdahl I, Freeman JR, et al. Mothers' attitudes and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. *Women Birth.* 2015; 28: e80–e86.
 47. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of Grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 1–11.
 48. Ahishakiye J, Bouwman L, Brouwer ID, Matskio E, Armaklemesu M, Koelen M. Challenges and responses to infant and young child feeding in rural Rwanda: a qualitative study. *J Health Popul Nutr.* 2019; 38: 1–10.
 49. Olaya & Fonseca. Relación entre el inicio temprano de la alimentación complementaria y la incidencia de diarrea y/o estreñimiento en niños menores de 4 meses. *Lecturas Sobre Nutrición.* 2004; 11: 72–84.
 50. Faye CM, Fonn S, Kimani-Murage E. Family influences on child nutritional outcomes in Nairobi's informal settlements. *Child Care Health Dev.* 2019; 45: 509–517.
 51. Schrijner S, Smits J. Grandparents and children's stunting in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med.* 2018; 205: 90–98.
 52. Sear R, Mace R, McGregor IA. Maternal grandmothers improve nutritional status and survival of children in rural Gambia. *Proc Biol Sci.* 2000; 267: 1641–1647.
 53. Gibson MA, Mace R. Helpful grandmothers in rural Ethiopia: a study of the effect of kin on child survival and growth. *Evol Hum Behav.* 2005; 26: 469–482.
 54. Gryboski KL. Household management of infant health: Java, Indonesia. Dissertation, Boston University, 1995.
 55. Mohan P, Iyengar SD, Agarwal K, Martines JC, Sen K. Care-seeking practices in rural Rajasthan: barriers and facilitating factors. *J Perinatol.* 2008; 28: S31–S37.
 56. McGadney-Douglass BF, Douglass R, Apt NA, Antwi P. Ghanaian mothers helping adult daughters: the survival of malnourished grandchildren. *J Assoc Res Mothering.* 2008; 7: 112–124.
 57. Chung EO, Hagaman A, LeMasters K, Andrabi N, Baranov V, Bates LM, et al. The contribution of Grandmother involvement to child growth and development: an

- observational study in rural Pakistan. *BMJ Glob Health*. 2020; 5: e002181.
58. Littrell M, Murphy L, Kumwenda M, Macintyre K. Gogo care and protection of vulnerable children in rural Malawi: changing responsibilities, capacity to provide, and implications for well-being in the era of HIV and AIDS. *J Cross Cult Gerontol*. 2012; 27: 335–355.
 59. Schrijner S, Smits J. Les grand-mères et la scolarisation des enfants en Afrique subsaharienne. *Hum Nat*. 2018 ; 29: 65–89.
 60. MSD Consulting. Évaluation du rôle et de l'influence des grand-mères sur la vie des enfants. Freetown, Sierra Leone. 2018.
 61. Cattell MG. Socialisation des petites-filles par les grand-mères zouloues. *S Afr J Gerontol*. 1997; 6: 14–16.
 62. Chibanda D. Personal Communication, 23 October 2019, Toronto, Canada.
 63. Limaye RJ, Rimal RN, Mkandawire G, Kamath V. Tapping into traditional norms for preventing HIV and unintended pregnancy: harnessing the influence of grandmothers (Agogos) in Malawi. *Int Q Community Health Educ*. 2015; 36: 53–70.
 64. Bray R, Dawes A. Parenting, family care and adolescence in East and Southern Africa; an evidence- focused literature review. Innocenti Discussion Paper. UNICEF Office of Research, Innocenti, Florence, 2016.
 65. Kane F. La communication en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescentes de 10 à 19 ans à Kangaba. Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux. Bamako, Mali, 1998.
 66. Save the Children. Recherche formative de l'approche grand-mère. Bamako, Mali, 2018.
 67. Shell-Duncan B, Moreau A, Wander K, Smith S. The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: a factorial focus group analysis. *PLoS One*. 2018; 13: e0199217.
 68. Ahmadu S. Cutting the Anthill: the symbolic foundations of female and male circumcision rituals among the Mandinka of Brikama, The Gambia. PhD thesis, Anthropology Department, LSE, London, 2005.
 69. Char A, Saavala M, Kulmala T. Influence of mothers-in-law on young couples' family planning decisions in rural India. *Reprod Health Matters*. 2010; 18: 154–162.
 70. Babalola S, Gueye A. Etude qualitative sur les comportements liés à la SMNI/SR. NNEMA/USAID, Dakar, Senegal, 2017.
 71. Yakong VN. Rural Ghanaian women's experiences of seeking reproductive health care. Thesis. College of Graduate Studies, University of British Columbia, Okanagan, 2008.
 72. Martinez TY, Garzon LP, Calvo CF. Salud reproductiva femenina en el sur de la Amazonia colombiana. *Anthropologica*. 2019; 43: 203–226.
 73. White D, Dynes M, Rubardt M, Sissoko K, Stephenson R. The influence of intrafamilial power on maternal health care in Mali: perspectives of women, men and mothers-in-law. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013; 39: 58–68.
 74. Lipman V. The invisibility of older women in international development. In: Bamford S-M, Watson K (eds). *Has the Sisterhood Forgotten Older Women?* London: ILC; 2013, pp.111–114.
 75. Nsamenang AB. Culture and human development. *Int J Psychol*. 2008; 43: 73–77.
 76. Aubel J, Sihalathavong D. Participatory communication to strengthen the role of grandmothers in child health. *J Int Commun*. 2001; 7: 76–97.
 77. Aubel J. Custodians of tradition promote positive changes for the health of newborns. SCF, Malawi, 2006.
 78. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe. *JAMA*. 2016; 316: 2618–2626.
 79. Aubel J, Toure I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Soc Sci Med*. 2004; 59: 945–959.
 80. Institute for Reproductive Health. Grandmothers project - Change through culture: program for girls' holistic development: qualitative research report. Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, DC, 2019.
 81. Chrisman NJ, Kleinman A. Popular health care, social networks and cultural meanings: the orientation of medical anthropology. In: Mechanic D (ed.). *Handbook of Health, Health Care & Health Professions*. New York, NY: Free Press; 1983, pp.569–590.
 82. Denham S. *Family Health: A Framework for Nursing*. Philadelphia, PA: Davis Publishers; 2003