AgEcon SEARCH
RESEARCH IN AGRICULTURAL & APPLIED ECONOMICS

*The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library*

**This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.**

**Help ensure our sustainability.**

Give to AgEcon Search

AgEcon Search
http://ageconsearch.umn.edu
aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire)

# Note de Synthese

(http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/psynindx.htm)

Numéro 61F Septembre 2003

USAID/Mali et USAID/Programme régional d'Afrique de l'Ouest

## Connaissances, attitudes et pratiques en matière de soin et d'alimentation de l'enfant : resultatspreliminaires du projet sur les liens entre la nutrition infantile et la croissance agricole (LICNAG)

**Par**

**Victoria Wise, James Tefft, Valérie Kelly et John Staatz en collaboration avec l'équipe de recherche du LICNAG***

**Accord de coopération pour la sécurité alimentaire II entre l'agence américaine pour le développement international (USAID), le bureau global, le centre de Croissance Economique et de Développement Agricole, le bureau de l'Agriculture et de la Sécurité Alimentaire et le département d'Économie Agricole de Michigan State University.**

**CONTEXTE :** La malnutrition infantile est un sérieux problème au Mali. A l'âge de 18 mois, 25% des enfants sont en retard de croissance et 40% sont émaciés1. L'étude des liens entre la nutrition infantile et le développement agricole (LICNAG) vise à mieux comprendre l'enchaînement complexe des facteurs qui affectent les résultats nutritifs des enfants maliens de moins de 5 ans vivant en milieu rural, afin de recommander des actions susceptibles d'améliorer leur bien-être. Cette note de synthèse, la seconde d'une série de compte-rendus du LICNAG, se penche sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des ménages en ce qui concerne les soins et la nutrition infantile.

**OBJECTIFS ET METHODES :** Les données de CAP ont été collectées en utilisant des questionnaires distribués à un échantillon de 811 mères et de 735 pères ayant des enfants âgés de 6 à 30 mois, vivant dans trois zones rurales: la région rizicole de l'Office du Niger dans la région de Ségou, la zone cotonnière de la région de Sikasso, et la zone du mil/sorgho dans la région de Mopti (voir Tefft et Kelly 2002 pour les détails de l'échantillonnage2) Les discussions ont été menées avec des groupes de mères et de pères pour discuter des résultats préliminaires des sondages et pour recueillir des réflexions supplémentaires sur les facteurs affectant les pratiques en matière de soins et d'alimentation. Ce document présente des résultats du LICNAG sur des pratiques recommandées par l'UNICEF et l'OMS visant à améliorer la survie, la croissance et le développement des enfants (UNICEF 2000)3. Les résultats sont groupés par type de pratiques: celles qui 1) valorisent la croissance et le développement de l'enfant; 2) contribuent à la prévention de la maladie; 3) assurent une gestion de la maladie et des soins appropriés pour les enfants malades ainsi que le soin et le soutien pour les femmes enceintes et celles qui allaitent. Le document fait ensuite état des facteurs qui influencent la capacité des femmes à suivre des pratiques recommandées, avec un intérêt particulier sur la charge de travail des femmes et les contraintes de temps.

**RESULTATS CLEFS :** Croissance et développement infantiles. Le Ministère de la Santé au Mali, en suivant les directives de l'OMS recommande que 1) les nouveau-nés ne reçoivent aucun aliment, aucun liquide (pas même de l'eau) autre que le lait maternel, pendant les 4 à 6 premiers mois, période à laquelle, 2) les enfants devraient commencer à recevoir régulièrement des aliments complémentaires fraîchement préparés, et riche en vitamines et protéines, tout en continuant à être allaités jusqu'à 2 ans et plus4. Les enfants doivent aussi recevoir

[1] Prévalence déterminée par les Z-scores inférieurs à –2 écarts types pour l'émaciation (poids/taille) et le retard de croissance (taille/âge)

[2] Cercles échantillonnés : Macina et Niono dans la région de Ségou; Kolondiéba et Koutiala dans la région de Sikasso; Bandiagara et Koro dans la région de Mopti.

[3] L'enquête LICNAG n'a pas inclus de composante de micro-nutriment parce que le comité consultatif de projet a voulu éviter d 'interférer avec une étude prévue se concentrant particulièrement sur les micro-nutriments.

[4] Le Ministère de la Santé a depuis lors changé la recommandation selon les normes internationales d'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois, au lieu de 4 à 6 mois.

des quantités adéquates de micronutrients (vitamine A, iode, fer) qui sont essentiels à leur croissance3.

Pratiques d'allaitement. Les résultats du sondage CAP montrent que les pratiques d'allaitement sont loin d'être optimales. Il est recommandé que les nouveaux-nés commencent à allaiter dans la première heure après leur naissance, pour profiter ainsi d'un bon réflexe de succion qui est habituellement à son maximum à ce moment-là. Ce réflexe assure au nouveau-né de recevoir le colostrum et aide à stimuler la production de lait de la mère. Seulement 47% des mères ont reconnu avoir allaité leur nouveau-né pendant la première heure qui a suivi la naissance, alors que 98% ont allaité pendant les premières 24 heures.

Les résultats de l'enquête indiquent que seulement 16% des enfants étaient exclusivement allaités pendant les trois premiers mois, et qu'au cinquième mois, seulement 6% des enfants bénéficiaient exclusivement du lait maternel. Au deuxième mois, 50% des mères avaient déjà introduit de l'eau de façon régulière dans le régime de l'enfant. Il y a des différences significatives à travers les cercles : plus de 32% des enfants de la zone cotonnière (Koutiala) sont exclusivement allaités pendant les trois premiers mois, comparés à seulement 7% dans la zone de mil (Koro), et 8% dans la zone rizicole (Niono). Les enfants qui ont été exclusivement allaités étaient moins vulnérables aux maladies (25%) que ceux qui étaient nourris à l'aide d'autres liquides (34%) pendant les trois premiers mois (la différence n'est pas statistiquement significative).

Alors que l'allaitement maternel est le moyen le plus économique de nourrir un nourrisson, et réduit à la fois l'impact des maladies infantiles et le coût des soins de santé pour les nouveaux-nés malades, il a un prix. (OMS 1999). Pendant les discussions de groupe, les mères et les pères ont reconnu le coût d'opportunité élevé de l'allaitement (et le soin de l'enfant en général) si les mères arrêtaient de travailler aux tâches ménagères et dans les champs. Les mères ont aussi fait part de leur besoin en calories supplémentaires lors de l'allaitement afin de produire un volume adéquat de lait.

Parmi les raisons pour lesquelles les femmes n'allaitent pas leurs enfants exclusivement au sein (par exemple, ignorance des avantages de l'allaitement, manque de connaissances techniques pour allaiter, croyances concernant la production du lait maternel et des pratiques traditionnelles de nutrition), les femmes et les hommes ont souvent parlé des problèmes entre les contraintes de travail et les demandes d'allaitement des bébés. Bien que les mères amènent leurs jeunes enfants aux champs, plusieurs mères ont indiqué qu'elles ne prennent pas le temps nécessaire d'allaiter leur enfant sur demande pendant qu'elles travaillent (voir encadré 1).

Introduction d'aliments complémentaires. De 4 à 6 mois, il est recommandé que les enfants commencent à recevoir des aliments complémentaires riches en nutriments4. Les résultats du sondage montrent que seulement 25% des mères ont donné des aliments à leur enfant à la période recommandée, tandis que plus de 32% des enfants de l'échantillon n'ont pas reçu régulièrement d'aliments solides jusqu'à la fin du 10ème mois. Le retard d'introduction d'aliments complémentaires est le second facteur expliquant potentiellement l'accélération de l'émaciation ainsi que le retard de croissance observé dans l'échantillon d'enfants âgés de 6 à 18 mois, un âge où les enfants sont vulnérables pendant la transition entre l'allaitement et le régime adulte. Soixante-treize pour cent des mères de l'échantillon ont signalé qu'elles continuaient à allaiter quand elles ont introduit des aliments solides dans le régime de leur enfant. Soixante-quatre pour cent de ces femmes continuèrent après 18 mois. En fait, seulement 17% des enfants qui ont reçu des aliments complémentaires entre 4 et 6 mois accusaient un retard de croissance, la moitié des 35% du taux de prévalence pour ceux n'ayant pas reçu d'aliments solides au moment recommandé (statistiquement significatif à 0,01).

Un examen des pratiques nutritionnelles complémentaires classé par le niveau de revenu des mères montre que 32% des enfants ayant une mère qui perçoit un revenu situé

Encadré 1. Discussions de groupe sur les expériences d'allaitement des mères, mai 2002.

« Il y en a d'autres (mères) qui n'ont pas assez de lait (après l'accouchement) et elles aimeraient donner du jus de tamarin à leur enfant. Mais c'est cher et la plupart des mères ne peuvent pas en acheter. D'autres femmes font une bouillie de farine de mil et la donnent à leur bébé. » (Cercle de Bandiagara).

« Après l'accouchement, je n'avais pas assez de lait alors…, j'ai préparé une tisane à base de plantes locales et j'y ai rajouté du sucre. J'ai donné ça à mon enfant pendant les trois premiers mois. Ensuite, je lui faisais une bouillie de farine de riz et de sucre que je lui avais achetée. Je voulais en faire aussi pour moi, mais je n'avais pas assez de riz pour ça.» (Cercle de Macina).

« Quand les mères ne mangent pas assez, elles ne peuvent pas produire assez de lait. A trois mois déjà, mon lait était fini. » (Cercle de Kolondieba).

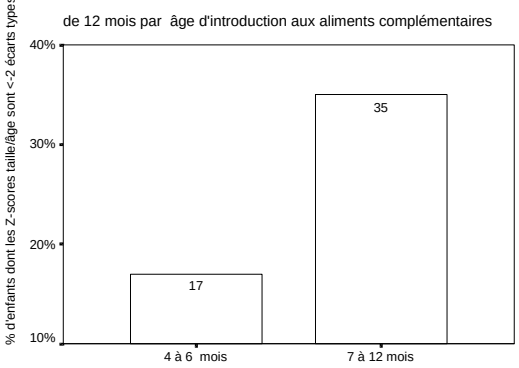
« L'allaitement est un problème. A cause du travail , nous n'avons pas beaucoup de lait. Lorsque j'ai faim, mon enfant ne reçoit pas assez de lait et il pleure. »(Cercle de Koro).

« Lorsque je travaille dans les champs, ma fille aînée vient avec moi pour surveiller le bébé. Je les assois assez loin de moi, ainsi, lorsque le bébé pleure, je ne suis pas dérangée. Elle lui donne de l'eau pour arrêter ses pleurs. » (Cercle de Niono).

« Durant la saison agricole, vous ne pouvez pas prendre vraiment soin de votre enfant. Même s'il pleure, vous devez attendre l'autorisation de votre mari pour pouvoir l'allaiter. » (Cercle de Koutiala).

dans le quartile supérieur (revenu mensuel des femmes supérieur à 20.000 FCFA) ont commencé à recevoir des aliments complémentaires pendant la période recommandée de 4 à 6 mois4, ce chiffre étant significativement supérieur (différence statistique 0,01) aux 19% des enfants ayant une mère dont le revenu se trouve dans le quartile inférieur (revenu inférieur à 3.000 FCFA mensuel)5.

Figure 1: Prévalence du retard de croissance des enfants de 12 mois par âge d'introduction aux aliments complémentaires




Alors que les raisons sous-jacentes de ces différences seront explorées dans de futures analyses multi-variées, ces résultats suggèrent une relation entre le revenu des femmes et les pratiques alimentaires.

Il y a une variation considérable, à travers les cercles, du pourcentage des enfants recevant des aliments complémentaires entre 4 et 6 mois, allant de 10 à 15% dans les cercles de Koro et de Les citations dans l'encadré 2 révèlent que tandis que certaines femmes connaissent parfaitement la période opportune pour introduire les aliments complémentaires, beaucoup d'autres ne connaissent pas et/ou ne suivent pas les pratiques nutritionnelles complémentaires recommandées.

Bandiagara dans la région de Mopti, jusqu'à 36% à Niono dans la zone de rizières irriguées de Ségou. Koro affiche non seulement le taux le plus bas, mais de plus, 18% des enfants de Koro ne reçoivent pas d'aliments complémentaires avant un an.

Nourriture et pratiques alimentaires. Le type de nourriture initialement donné aux enfants dépend de leur âge lors de l'introduction d'aliments complémentaires. Les plus jeunes enfants sont nourris typiquement de bouillie (céréale, eau, sel, et parfois jus de citron et/ou sucre), alors que les enfants de plus de 12 mois sont généralement introduits directement au repas familial. Seulement 10% des enfants de l'échantillon ont reçu des aliments de sevrage spécialement préparés pour eux, tels que des bouillies enrichies de produits protéinés, micro-nutriments et des sources de matières grasses. Alors que 100% des hommes et femmes ont affirmé que le manque d'argent était une contrainte majeure pour garantir la bonne alimentation de leurs enfants, des débats montrent que plusieurs raisons affectent la prise de nourriture des enfants.

Encadré 2. Pratiques de nutrition incluant des aliments complémentaires. Discussions de groupe, mai 2002.

« Il est préférable de commencer à introduire les enfants aux aliments à partir de 6 mois. Les bouillies auxquelles on ajoute du beurre d'arachide ou de la poudre de poisson sont les meilleures. Si tu donnes de la nourriture à des enfants trop tôt, ton enfant peut tomber malade. Mais ça n'est pas avant 17 mois que les enfants commencent à prendre du poids » (Une mère, cercle de Kolondieba).

« Les agents de santé nous ont dit que nous ne devrions pas donner d'aliments à nos enfants avant 6 mois. J'ai commencé à donner à mon enfant des aliments à 7 mois. » (Une mère, cercle de Koutiala).

« A 12 mois, nous donnons des bouillies à nos enfants, et lorsqu'ils sont habitués, du toh ou du riz. A 5 mois, la nourriture donne des diarrhées qui peuvent provoquer toutes sortes d'autres maladies » (Une mère dans le cercle de Bandiagara).

« Tant que mes seins sont pleins de lait, je ne vais pas donner d'autre nourriture à mon enfant. » (Une mère, cercle de Koutiala)

« A cause de certaines contraintes, certains enfants mangent avant 12 mois, sinon, un enfant devrait commencer à manger à 12 mois. Si tu donnes de la nourriture solide aux enfants avant 12 mois, ils ne marcheront pas tôt et tu te retrouveras encore enceinte et ça aussi fera perdre du poids à ton enfant. » (Une mère, cercle de Koro)

« Entre 4 et 5 mois déjà, les mères laissent leur bébé avec un frère ou une sœur plus grand, parce qu'elles ont trop de travail à faire. Maintenant, quand une mère laisse une distance entre elle et son enfant, l'enfant ne reçoit pas la quantité de lait dont il a besoin et qu'il a l'habitude de recevoir et le genre de nourriture qu'il devrait manger n'est pas disponible. A la fin, la personne qui s'occupe de l'enfant va devoir lui donner de la nourriture du repas familial, ce qui n'est pas approprié pour lui. C'est pour ça que les enfants ne grandissent pas et ne se développent pas comme ils devraient. » (Un père, cercle de Niono)

Nourrir un enfant demande une participation active de la personne qui s'en occupe pour s'assurer qu'il consomme des quantités suffisantes de la nourriture qui lui est offerte. Quand on a demandé aux mères ce qu'elles faisaient quand leurs enfants refusaient de manger, seulement 32% ont répondu qu'elles encourageaient activement leur enfant à manger lorsqu'il refusait. Les autres laissent l'enfant manger ce qu'il ou elle souhaite;

[5] Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre les pratiques d'allaitement et le niveau de revenu de la mère.

ou alors elles allaitent l'enfant pour compenser le repas refusé.

Pendant la saison agricole, la préparation de la nourriture et l'alimentation des enfants sont particulièrement exigeantes. Pendant les séances de discussions de groupe, les femmes ont expliqué qu'elles préparent un repas, tôt le matin, avant de partir travailler aux champs. Une portion de ce repas est laissée de côté pour le (ou les) enfant(s) à consommer pendant la journée. Lorsqu'un jeune enfant est laissé aux soins de son aîné qui a la responsabilité de le nourrir, la mère n'est pas là pour contrôler la consommation de l'enfant.

Prévention des maladies. Les résultats nutritionnels positifs dépendent aussi des pratiques de soins spécifiques dans le ménage pour prévenir des maladies.

Hygiène. L'hygiène de l'enfant et la propreté de son environnement physique peuvent affecter les incidents diarrhéiques. La diarrhée est la deuxième maladie la plus courante affectant les enfants (21% de tous les cas de maladie) (Tefft et Kelly 2002). Moins de 13% de tous les participants à l'enquête se débarrassent proprement des selles de l'enfant dans des latrines, ou se lavent les mains avec du savon après être aller aux toilettes, avant de préparer des repas ou avant de nourrir leur enfant. Bien qu'il soit commun de rincer les mains des enfants dans un bol d'eau partagé avant les repas (96% des mères ont assuré qu'elles lavent les mains des enfants avant les repas) l'utilisation du savon ou un rinçage à l'eau propre est rare.

L'accès et l'utilisation d'eau potable peuvent aussi affecter les incidences de diarrhée. Selon la saison, 22% à 27% des familles se procurent l'eau qu'ils boivent dans les sources d'eau potable (par exemple les forages). Bien que 66% des villages de l'enquête possèdent un ou plusieurs forages, 1/3 d'entres eux sont cassés. Même si un forage existe dans le village, beaucoup de familles évoquent le côté pratique de chercher de l'eau d'une source saisonnière (par exemple une mare, une rivière) ou de puits ouverts. Le haut pourcentage des familles buvant de l'eau potentiellement non potable représente un facteur important de transmission de maladies, surtout étant donné le nombre important d'enfants qui ne sont pas exclusivement allaités.

Paludisme. Le paludisme est la maladie infantile la plus fréquemment mentionnée par les personnes qui s'occupent des enfants (48% de tous les épisodes de maladie) (Tefft et Kelly 2002). Dormir sous une moustiquaire, en particulier si elle a été traitée à l'insecticide, peut réduire les risques de paludisme. 36% seulement des femmes ont déclaré que leur enfant avait dormi sous une moustiquaire (imprégnée d'insecticide ou non) la nuit précédant l'entretien. Lorsqu'on demandait aux pères la cause première du paludisme, seulement 19% ont répondu: « les moustiques » ; ceci suggère donc un fort besoin d'éducation sur les causes du paludisme.

Malgré le fait que seulement 9% des pères du sondage CAP ont signalé que leur famille utilisaient des moustiquaires pour réduire les risques de paludisme, près de 24% ont signalés avoir utilisé des prophylactiques antipaludéens à un moment donné, pour protéger leur famille.

Les données de la morbidité sur l'ensemble des enfants de l'échantillon, révèlent que 13% des cas de fièvre/paludisme n'ont pas été traités tandis que la moitié des cas traités dépendaient de la médecine moderne, et l'autre moitié, de la médecine traditionnelle (Tefft et Kelly 2002)6.

Vaccinations. Soixante et un pour cent des mères interrogées pendant le sondage CAP ont dit qu'elles avaient un carnet de vaccination pour leur enfant. Parmi ces enfants, seulement 61% avaient achevé les 3 doses de DTP3 (diphtérie, tétanos, coqueluche)7. La différence dans le nombre d'enfants ayant été vaccinés et ceux qui ont un carnet de vaccination souligne un problème de suivi de croissance de l'enfant et de développement en général, et le suivi de vaccination en particulier.

Recherches de soin et gestion des maladies infantiles. En plus des actions qui promeuvent la croissance, le développement et la prévention des maladies, les soins et le soutien administrés aux enfants malades et aux femmes enceintes et celles qui allaitent ont un impact significatif sur la survie, la croissance et le développement des enfants.

Maladie et soin. Le Ministère de la Santé, en accord avec les directives de l'OMS, recommande aux parents d'utiliser la thérapie de réhydratation par voie orale, qui consiste à une alimentation continue et à l'augmentation de prise de liquides (l'eau, le lait maternel, les jus, et/ou les sels de réhydratation par voie orale) comme traitement de départ de la diarrhée à domicile, empêchant ainsi la déshydratation, et réduisant l'impact nutritionnel de la diarrhée et sa durée. Les parents doivent aussi être en mesure de reconnaître lorsque les enfants ont besoin d'un traitement médical, et le leur fournir (Wise et al. 2000).

Quatre-vingt-cinq pour cent des femmes du sondage CAP ont signalé que leur enfant a eu au moins une crise de diarrhée pendant les deux premières années de sa vie. De ce groupe, 44% furent traités dans un centre de santé pour leur dernière crise diarrhéique. Lorsqu'on a demandé aux femmes les méthodes de soins que les enfants ont reçus lors du dernier épisode de diarrhée, 73% ont répondu avoir augmenté la quantité d'eau donnée aux enfants pendant la maladie. Toutefois, près de la moitié des femmes ont signalé avoir réduit la quantité de lait maternel pendant la dernière crise. Pour les enfants ayant

[6] Bien que l'enquête CAP n'a pas récolté d'information sur la méthode employée, la fréquence et le nombre d'enfants d'une famille qui a reçu des médicaments anti-paludéens, la réponse indique que certaines familles en connaissent les bénéfices et les utilisations.

[7] Selon le calendrier national de vaccinations, les enfants devraient recevoir le vaccin du BCG (contre la tuberculose) à la naissance ; le DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche) à 6, 10, et 14 semaines, le vaccin conte la polio à la naissance, puis à 6, 10, 14 semaines et la rougeole à 9 mois.

déjà commencé à recevoir des compléments alimentaires, 66% des mères ont signalé avoir diminué la quantité de nourriture donnée. Les résultats corroborent l'analyse des données de morbidité et montrent que la prise de poids moyenne quotidienne pendant le mois où un enfant a souffert du paludisme/fièvre était de 0,1 gramme et 1,2 grammes en période de diarrhée. Ces niveaux sont très inférieurs aux taux recommandés par les pédiatres, ceux-ci étant d'au moins 6 grammes pour les enfants de 0 à 36 mois (Tefft et Kelly 2002).

Soins maternels. Assurer aux femmes des soins avant, pendant et après l'accouchement par des agents de santé qualifiés est associé à un résultat positif de santé et de nutrition pour les enfants (OMS 1994). Des soins prénataux aideront à réduire plusieurs des facteurs qui conduisent à un poids de naissance faible, et un accouchement sans problème limite les complications de naissance de l'enfant qui pourraient causer des handicaps et la mort des femmes et de leur enfant.

Cinquante-neuf pour cent des femmes interrogées dans le sondage CAP ont signalé avoir eu au moins une visite prénatale à un centre de santé durant leur dernière grossesse. De ce groupe, 44% eurent quatre visites au moins. Des 41% n'ayant pas assisté à des visites prénatales, 31% ont expliqué qu'elles n'ont pas les ressources financières pour pourvoir les payer, et 27% ont dit que le centre de santé était trop loin, et qu'elles n'avaient ni le temps ni les moyens de transport pour s'y rendre. Une autre portion de 13% de femmes a indiqué que leur mari ne voulait pas qu'elles aillent dans un centre. Les réponses parmi les hommes suggèrent un soutien relativement répandu pour certains types de soins prénataux ou des dépenses qui y sont liées car 84% des pères de l'échantillon ont signalé avoir payé soit pour des visites prénatales soit pour des frais relatifs à la grossesse de leur épouse.

Malgré le nombre de femmes bénéficiant des soins prénataux, seulement 27% ont signalé avoir accouché dans un centre de soins avec l'assistance d'un agent de santé qualifié. En plus des contraintes physiques que sont le transport d'une femme sur le point d'accoucher vers un centre de santé, (pouvant se situer à une grande distance du village, et pouvant être sans personnel au moment nécessaire), et le coût, il faut aussi considérer les barrières socioculturelles et psychologiques (exemple : accouchement loin du foyer ou assisté d'un agent de santé masculin, séjour loin du foyer, accoucher sur une table d'accouchement). Toutes ces raisons peuvent empêcher les femmes d'accoucher dans un centre de santé.

Les résultats de l'utilisation ou non des soins avant, pendant et après l'accouchement suggèrent que les actions futures doivent se concentrer sur le plaidoyer et l'information livrée aux parents de l'importance des soins pour la mère et le bébé. Ceci indique aussi le besoin d'inclure des interventions à propos des services prénataux dans les visites offertes par des équipes mobiles de santé. Non seulement ces actions augmenteraient le nombre de femmes bénéficiant de soins prénataux mais réduirait aussi le temps pris par les femmes à obtenir des soins.

Soins aux mères et aux nouveau-nés et système de soutien. Le soutien aux mères après la naissance de l'enfant est un facteur important affectant la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que la nutrition. Près de 4 semaines après la naissance de l'enfant, 58% des mères reprirent leur travail habituel, seulement 25% attendirent au moins 40 jours. Le travail reprend peu de temps après l'accouchement car les femmes ont peu de source d'aide avec les tâches ménagères, les soins des enfants, ou pour compenser leur part de travail dans les champs communaux. La plupart des femmes ne peuvent pas non plus risquer la perte de leurs revenus et de leurs ressources en réduisant le temps passé aux activités génératrices des revenus ou leur propres activités agricoles. En reconnaissant la nécessité de réduire la charge du travail des femmes et de soutenir une mère pendant la grossesse et l'allaitement, 64% des pères ont indiqué avoir aidé les femmes (les détails n'étant pas spécifiés) pendant ces périodes.

Bien que très peu de femmes aient mentionné des tâches que leur mari ont exécutées à leur place, la majorité des femmes reconnurent l'importance des contributions financières de leur époux pendant et après la grossesse. Les membres de la famille venant de l'extérieur représentent également une source de soutien plus significative que leur mari pour le ménage et autres tâches. (45% des hommes de l'échantillon ont signalé avoir appelé un membre de la famille pour assister leur femme enceinte).
Au-delà de la période de six semaines suivant la naissance de l'enfant, la disponibilité de personnel compétent pour les soins de l'enfant est un soutien social important, qui est limité pour beaucoup de mères. Cinquante et un pour cent des mères ont signalé qu'elles laissent souvent leur nouveau-né au soin d'un autre enfant, pour des périodes dépassant 4 heures. Près de 50% des frères et sœurs responsables du bébé ont moins de 10 ans. Pour les femmes n'ayant pas laissé leur enfant au soin d'autrui, 63% ont signalé n'avoir personne de confiance pour prendre soin de lui.

Rôle des pères. Les hommes, aussi bien que les femmes ont confirmé pendant des discussions de groupe que le rôle des pères se limite à fournir de la nourriture pour les repas familiaux, et à un support financier aux femmes et aux enfants pour les soins de santé. Les pères sont peu impliqués dans les soins au jour le jour et l'occupation de leurs enfants. L'analyse des données sur la morbidité infantile montrent que les pères ont payé 48% des traitements médicaux des enfants, moyennant 1053 FCFA par traitement, tandis que les chefs de familles élargies (qui sont exclusivement des hommes) ont payé dans 16% des cas, en moyenne 1.427 FCFA par traitement (Tefft et Kelly 2002). Les responsabilités pour les provisions d'aliments sont traditionnellement partagées entre les

membres masculins et féminins d'une unité familiale qui produisent et mangent ensemble.

Encadré 3. Les difficultés de la petite enfance : le point de vue d'un père du cercle de Niono.

« Du premier jour de vie jusqu'au quarantième, l'enfant est traité comme un œuf fragile. La maman ne va nulle part avec l'enfant et ce dernier est sous les soins de toutes les femmes de la famille. Il est bien couvert pour ne pas attraper froid, le soleil ne le frappe pas, il est souvent baigné, et il est nourri aussi souvent qu'il le demande. Pendant cette période, vous trouvez que la mère est calme et n'a pas d'inquiétude et qu'elle peut prendre soin de son enfant.

Mais après le 40ème jour, l'enfant est traité comme un adulte. La mère amène l'enfant aux champs et le couche sur les tas de mil pendant qu'elle travaille. Le soleil frappe le bébé dont la peau n'est pas aussi résistante au soleil que celle d'un adulte. A ce moment-là, la maladie s'installe et même si il a été en bonne santé jusqu'alors, potelé et bien nourri, il va commencer à perdre du poids. On lui donne de l'eau qui n'est pas de très bonne qualité, parce que l'eau devrait d'abord être bouillie, pour tuer les parasites, et gardée dans une bouteille fermée jusqu'à ce que l'enfant ait besoin de boire.

Mais en réalité, l'enfant est exposé à des conditions qui ne sont pas hygiéniques, et il doit même téter dans ces conditions, seulement pour être ensuite laissé aux soins d'un autre enfant à peine plus âgé et qui pèse probablement autant, afin que la mère puisse travailler. Comment un enfant peut-il arriver à grandir dans ces conditions ? »

Les mères ont fréquemment dénoncé le manque d'accès à la nourriture comme étant une contrainte majeure pour alimenter correctement leur enfant. Le sondage CAP révèle que plus de 20% des pères ne fournissent jamais ou rarement les condiments pour le repas familial du ménage. Il est aussi intéressant de noter que plus de 40% des pères ont signalé avoir régulièrement mangé hors de leur foyer (au moins une fois dans la semaine) durant les 12 derniers mois (17% d'entre eux plus de trois fois par semaine). Les hommes mangeant hors de leur foyer représentent une pratique de plus en plus observée à travers toute l'Afrique de l'ouest, ils mangent souvent de la viande ou du poisson, qui sont rarement disponibles dans le foyer (Diagana et al. 1999).

Charge de travail lourdes et temps limité affectent la possibilité d'adopter des pratiques recommandées. La capacité des familles de pouvoir adopter des pratiques et des comportements recommandés dépendront de la connaissance des avantages d'une pratique particulière et du savoir faire pour adapter cette pratique au quotidien. Mais la connaissance seule n'assurera pas leur pratique soutenue. Les soins donnés aux enfants sont directement influencés par la charge de travail et les contraintes de temps de la personne prenant soin d'eux.

Puisque les enfants en dessous de 4 ans sont pris en charge à priori par leur mère, la charge de travail de celle-ci joue un rôle majeur dans la détermination de la qualité des soins donnés à un enfant. En plus du temps investi aux soins ou à la gestion des soins apportés aux enfants, les hommes et les femmes interrogés ont affirmé que les femmes sont responsables (à différents degrés en fonction des régions) pour les tâches ménagères (rassembler le bois, puiser/emmener l'eau, préparer les repas), la main d'œuvre agricole des champs familiaux ou individuels ainsi que pour d'autres activités productives et lucratives. Les informations du sondage CAP et le groupe central mènent à plusieurs conclusions intéressantes sur la relation entre la charge de travail des femmes et le soin des enfants :

- Vingt-neuf pour cent des mères ont signalé que les taches ménagères leur prennent une grande partie de leur temps, réduisant ainsi le temps qui leur reste pour pouvoir s'occuper correctement de leurs enfants.
- Se référant aux pratiques alimentaires, 10% des mères disent qu'elles n'ont pas assez de temps pour nourrir adéquatement leurs enfants. Ce résultat corrobore les résultats ci-dessus montrant que seulement 32% des femmes encouragent leur enfant à manger, une tâche importante qui demande du temps lorsque les aliments solides sont introduits dans le régime alimentaire de l'enfant.
- Cinquante-six pour cent des pères ont signalé que leurs épouses n'avaient pas assez de temps pour prendre soin de leur enfant. Tandis que 54% des pères ont indiqué que les taches quotidiennes telles que rassembler du bois, puiser de l'eau et préparer des repas limitent le temps dont disposent les mères pour prendre soin comme il faut de leurs enfants, seulement 26% ont signalé que les tâches agricoles dans les champs (surtout le désherbage et les récoltes, selon le système de production) affectent la possibilité des mères de prendre soin de leurs enfants.
- Dans les discussions de groupe, la majorité des femmes ont proclamé que les tâches ménagères quotidiennes sont les plus difficiles et prennent le plus de leur temps. Alors que tout aussi exigeant, elles voient leur travail aux champs comme saisonnier.
- Lorsqu'on leur a demandé comment aider les mères pour qu'elles puissent avoir plus de temps pour nourrir leurs enfants, les hommes aussi bien que les femmes ont mentionné le besoin d'avoir des repas riches en céréales et des points d'eau courante communautaires.
- Quarante-trois pour cent des pères ont signalé que la maladie des mères est une contrainte majeure empêchant les soins corrects des enfants. L'indice de l'OMS sur la durée de vie montre que les femmes maliennes perdent 23.5% de leur espérance de vie à cause d'une mauvaise santé (10.5 ans) contre 18.5% (7.9 ans) pour les hommes (OMS 2001).

Ces faits montrent la nécessité que tous les membres d'un ménage fournissent des efforts pour surmonter la productivité assez basse des entreprises familiales, y compris l'agriculture. Les femmes n'ont pas souvent d'autre choix que d'aller aux champs et accomplir des tâches ménagères, même si les exigences demandées pour les accomplir menacent la santé et l'alimentation de leurs

Encadré 4. Discussions de groupe sur la charge de travail des femmes. Mai 2002

« Les hommes ne peuvent pas faire le même travail que les femmes. Les femmes travaillent tôt le matin jusqu'à tard le soir. Dès qu'elles ont fini une tâche, elles en commencent une autre. Les hommes ne font pas ça. Comment voulez-vous qu'une femme se repose ? Les femmes souffrent d'une façon que les hommes ne connaîtront jamais ». (Un père, cercle de Macina).

« Je ne pense pas qu'il y ait d'autre nourriture pour les enfants que celle qui est préparée le matin. Les enfants mangent cette nourriture pendant la journée, et c'est à cause de l'énorme quantité de travail. Ici, le travail qu'une femme fournit aux champs est très, très important. » (Un père, cercle de Koutiala)

« Si c'est la saison agricole, les femmes n'ont pas un moment de repos. Depuis le repiquage jusqu'à la récolte, les femmes sont séparées de leur bébé et n'ont pas le temps de s'en occuper. Dans les rizières, elles n'ont pas même le temps de les approcher pour les allaiter. Souvent il y a des enfants qui pleurent excessivement » (Un père, cercle de Macina)

« J'ai remarqué qu'entre le mois de Septembre et le mois de Novembre l'ambulance va et vient. Depuis notre champs on entend la sirène trois ou quatre fois par jour. Et ce n'est jamais un homme dans l'ambulance, c'est toujours un femme. Tous les jours on entend parler de telle ou telle femme qui a eu un accouchement difficile, ou qui est morte en couches, et ça arrive souvent. Mais on ne peut rien faire. Comment quelqu'un qui est pauvre peut dire à sa femme d'arrêter de travailler ? » (Un père, cercle de Macina)

enfants. Si la productivité était plus élevée pour l'agriculture et pour les tâches quotidiennes des femmes, alors les ménages se trouveraient dans de meilleures conditions pour investir dans les soins des enfants (exemple, libérer du temps pour les mères ou employer une aide ménagère).

**IMPLICATIONS DES RESULTATS CLEFS :** Il est évident que les connaissances qu'ont les parents, les autres personnes responsables du soin des enfants et les communautés restent une contrainte majeure pour l'adoption des pratiques pouvant avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des enfants. Seulement 19% des pères savent que les moustiques causent le paludisme, seulement 16% des mères allaitent exclusivement leur enfant pendant les trois premier mois, et seulement 32% des enfants reçoivent des aliments complémentaires entre 4 et 6 mois4.

Des stratégies de communication efficaces doivent être développées au niveau des cercles et des communes avec des objectifs précis et l'implication des partenaires de tous les secteurs. Les interventions auront plus de chance de réussir si elles sont basées sur l'évaluation des programmes antérieurs, afin d'identifier les stratégies qui ont eu du succès, et les conditions spécifiques de ce succès, de même que leur coût. L'impact de ces stratégies dépend largement de leur contrôle attentif, l'évaluation, la documentation systématique et la répartition des expériences. Les stratégies de communication ne peuvent pas laisser échapper l'importance de l'établissement des mécanismes efficaces au niveau communautaire pour soutenir des comportements nutritionnels et sanitaires positifs.

Cependant, le changement de comportement ne revient pas simplement à fournir aux personnes qui s'occupent des enfants des informations correctes. Des conditions et des facteurs particuliers, qu'on retrouve dans certains secteurs, doivent exister pour qu'un changement soit effectif et durable. Ils incluent des systèmes d'appuis sociaux, des charges de travail réduites et une économie du temps qui permettront une productivité supérieure et l' accès à des ressources financières productives.
Il est bien évident que les exigences du travail et des soins des enfants sont en compétition pour le temps dont disposent les mères. On a besoin d'essayer des stratégies innovatrices pouvant augmenter les options de soins des enfants pour les femmes. Ceci pourrait inclure la création de crèches communautaires, un plus grand rôle des hommes dans les soins des enfant, et des groupes de partage du travail. Il serait important d'apprendre à partir des expériences des communautés des autres pays.

Les moulins céréaliers et les sources d'eau potable fonctionnelles sont une priorité pour diminuer la charge de travail des femmes dans leur foyer. Pourtant, nous avons trouvé un pourcentage élevé de villages où les infrastructures communautaires ne fonctionnaient pas, à cause des structures de gestion inefficaces et du manque d'entretien. Il serait aussi utile de documenter et disséminer les leçons et les méthodes utilisées par les projets qui ont réussi à développer des structures de gestion transparentes et efficaces dans les organisations communautaires, afin de pouvoir être reproduites dans des villages et des programmes de développement communaux.

Au cours de cette étude, les hommes et les femmes ont, de façon répétitive, fait allusion à la constante pauvreté dans leur vie. La pauvreté et le manque de ressources conditionnent les actions des parents dans tout ce qu'ils font. Les groupes de discussion révèlent que la pauvreté se manifeste à plusieurs niveaux, de la mère travaillant dans un champ qui ne s'arrête pas pour allaiter son enfant, à la femme enceinte n'ayant pas d'argent pour des soins prénataux, ou encore, la jeune mère incapable de produire assez de lait maternel, car elle-même a faim. Elle affecte aussi la famille n'ayant pas les moyens d'acheter des moustiquaires, de payer les dépenses de santé et qui souvent ne mangent qu'un seul repas par jour avec ni le temps ni les ressources pour préparer tous les repas riches en nutriments dont un enfant a besoin pendant la journée.

Cette synthèse a examiné les pratiques nécessaires des ménages et des communautés pour améliorer la santé et la nutrition des enfants. Elle a souligné l'importance d'améliorer ce que savent les parents sur les pratiques clefs et de créer les conditions qui favorisent leur adoption. Une meilleure santé et une meilleure nutrition dépendent aussi de l'existence de politiques et programmes coordonnés entre des secteurs et à tous les niveaux. Des rapports ultérieurs présenteront les résultats des discussions avec le personnel des centres de santé communautaires et du cercle et les chefs du village et les représentants du village plus récemment élus, au sujet des contraintes et des difficultés à développer des interventions multi-sectorielles durables.

**RÉFÉRENCES :**

Diagana, B, F. Akindes, K. Savadogo, T. Reardon, and J. Staatz. 1999. Effects of the CFA Franc Devaluation on Urban Food Consumption in West Africa: Overview and Cross-country Comparisons. Food Policy 24.5, October.

Tefft, James, and Valerie Kelly in collaboration with LICNAG Research Team. 2002. Understanding and Reducing Child Malnutrition in Mali, Interim Research. Findings for the Project on Linkages between Child Nutrition and Agricultural Growth (LICNAG), Ministry of Health/Sahel Institute/Michigan State-coordinated study.

UNICEF. 2000. Report of the International Workshop on Improving Children's Health and Nutrition in Communities. Durban, South Africa, 20-23 June 2000.

Victora, C.G., J. Brice, O. Fontaine, and R. Monasch. 2000. Reducing Deaths from Diarrhea Through Oral Rehydration Therapy. Bulletin of the World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 1994. Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 1999. IMCI Information, Integrated Management of Childhood Illness, WHO/CHS/CAH. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2001. World Health Report.

*Équipe de recherche du LICNAG: Modibo Diarra (DSSAN/CPS/MH), Fatimata Ouattara (INRSP), Aissata Diani (IER), Guediouma Tangara (DNSI) ; Mbaye Yade et Daouda Keita (MSU/INSAH) ; Valerie Kelly, John Staatz et James Tefft (MSU) ; Chris Penders (University of Michigan) ; et Victoria Wise (Consultante). Les points de vue exprimés dans le présent document sont exclusivement ceux des auteurs.

Les travaux de cette synthèse ont été menés aux termes de l'accord de coopération n° 3 sur la sécurité alimentaire entre USAID (l'agence des Etats-Unis pour le développement international) et Michigan State University par le biais du Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire). L'agence de l'USAID/Mali a également fourni à cet accord de coopération un financement supplémentaire pour la présente recherche.