



Etude StimNut

Stimulation psychosociale pour les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère à Koutiala, Mali.

Adaptation contextuelle et évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'une intervention.

2022-2023

Phase 1

Phase exploratoire

Rapport d'étude - Juillet 2024

Claire Bossard, Aissatou Diallo, Gregory Keane, Karine Le Roch, Pascale Lissouba, Sofia Payotte, Elisabeth Poulet, Giulia Scarpa

Table de matières

1. Introduction	6
1. 1 Contexte.....	6
1. 2. Justification.....	6
2. Objectifs	7
3. Méthode	7
3. 1 Type d'étude.....	7
3. 2 Sites d'étude.....	7
3. 3 Préparation de l'étude.....	7
3. 4 Population d'étude.....	8
3. 5 Identification des participants.....	8
3. 6 Recueil des données.....	8
3. 7 Analyse des données.....	8
3. 7. 1 Analyse des questionnaires mixtes auprès des parents/accompagnants d'enfants MAS.....	8
3. 7. 2 Analyse des données qualitatives (groupes de discussion et entretiens semi-directifs).....	9
3.8 Considérations éthiques.....	9
4. Résultats	10
4. 1 Résultats des questionnaire mixtes auprès des parents/accompagnants d'enfants MAS.....	10
4.1.1 Description de la population.....	10
4.1.2 Résultats des données sur les perceptions, normes et pratiques.....	11
4.1.3 Résultats des données qualitatives.....	13
4.2 Résultats des entretiens semi-directifs auprès des informateurs clé.....	15
4.3 Résultats des groupes de discussion.....	22
5. Recommandations	27
6. Références bibliographiques	28
7. Annexes	29

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche d'information générale du participant pour les Accompagnants / parents ≥ 18 ans et les parents/tuteurs des accompagnants / parents < 18 ans.....	29
Annexe 2 : Fiche de consentement éclairé, volontaire et libre du participant (accompagnants / parents ≥ 18 ans).....	35
Annexe 3 : Outil 1 Guide d'entretien mère / accompagnante – Etat des lieux initial.....	36
Annexe 4 : Outil 2 Guide d'entretien pour les informateurs clé - Evaluation initiale.....	45
Annexe 5 : Outil 3 Guide pour le groupe de discussion des accompagnants / parents d'enfants non-malnutris – Etat des lieux initial.....	48
Annexe 6 : Autorisations éthiques.....	53
Annexe 7 : Description socio démographique de la population d'étude (n=18, accompagnantes d'enfants MAS).....	55
Annexe 8 : Données quantitatives sur perceptions, les normes et les pratiques.....	56
Annexe 9 : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés).....	60

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description des participants.....	16
Tableau 2 : Contraintes perçues par les participants limitant la qualité des soins apportés aux enfants.....	17
Tableau 3 : Description des participants aux groupes de discussion.....	22
Tableau 4 : Recommandations des chercheurs qui émanent des questionnaires auprès des parents d'enfants MAS et des groupes de discussion de parents d'enfants non-MAS.....	27
Tableau 5 : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés).....	60

Liste des figures

Figure 1 : Pratiques de soin les plus fréquentes et contraintes évoquées dans les entretiens semi-directifs.....	16
Figure 2 : Parcours de soin type tel que présenté par les informateurs clés.....	21

Préambule et remerciements

Ce rapport d'étude est le premier d'une série de trois rapports portant sur l'étude StimNut qui s'est déroulée de juillet 2022 à juin 2023 à Koutiala au Mali. Deux rapports *ad hoc* ont été produits : pour la phase 1 "Phase exploratoire" qui constitue ce présent rapport et la phase 2 "Phase d'adaptation participative ". Le 3^{ème} rapport porte plus spécifiquement sur la phase 3 (la mise en place et l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'intervention) et contient également les informations sur le déroulé global de l'étude.

Ce rapport a été rédigé par les personnes suivantes de Epicentre ou MSF : Sofia PAYOTTE, Claire BOSSARD, Aissatou DIALLO, Pascale LISSOUBA, Giulia SCARPA et Gregory KEANE et par Karine LE ROCH d'Action Contre la Faim.

Les auteurs de ce rapport souhaitent exprimer leurs remerciements chaleureux à toutes les familles qui ont participé aux sessions, ainsi qu'au personnel de santé qui les ont accueillies, en particulier les 3 travailleuses psychosociales (Fatoumata KOUMARE, Fatoumata COULIBALY, Yaloum ONGOIBA) qui ont mis en place les sessions et Prathama RAGHAVAN qui les a formées et accompagnées lors de l'étude.

Les auteurs souhaitent également remercier le ministère de la Santé Publique et du développement Social du Mali et en particulier Abdoulaye GUINDO et Youssouf DIAM SIDIBE. Les auteurs remercient également les autorités traditionnelles de Koutiala, M'pessoba et Oula, Abdoulaye Daga THERA (préfet), Zoumana MALLE, (conseil de cercle), les membres des comités consultatif, élargi et restreint, mis en place pour les besoins de l'étude et dont la participation a été essentielle à sa bonne conduite et l'association Malienne d'Eveil au Développement durable (AMEDD) et en particulier Oumar SAMAKE pour son rôle clé de coordinateur, modérateur, PIERRE Coulibaly, Dramane DAOU, Aoua SISSSOKO et Fatoumata COULIBALY.

Les auteurs remercient l'ensemble du personnel MSF OCP et en particulier : Sami NAFARTCHE, Dramane DOUMBIA, Jean Gilbert N'DONG, René KABERA, Yvon M'BANGUI ainsi que l'ensemble des équipes de Bamako et de Koutiala, Marie Hortense KOUDIKA, les agents de saisie des données (Anne Marie SANGALA, Souleymane SYLLA, Tidiane SAMAKE) et nos collègues d'Epicentre et en particulier Sarah DIDIER.

Abbréviations

ACF	Action contre la Faim
AMEDD	Association Malienne d'Éveil au Développement Durable
CSCOM	Centre de santé communautaire
CMAM	Gestion communautaire de la malnutrition aiguë
CNESS	Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie du Mali
EPI	EPI est l'abréviation (en anglais) de Individual Protective Equipment qui signifie Equipement de protection individuelle.
ERB	Ethical Review Board
GCP -ICH	GCP est l'abréviation en anglais de Good Clinical Practice qui signifie Bonne pratique clinique- – ICH est l'abréviation en anglais de International Conference Harmonisation qui signifie Conférence international d'harmonisation
IPC	IPC est l'abréviation en anglais de Infection Prevention and Control qui signifie Prévention et contrôle de l'infection
FUSAM	Suivi des enfants sévèrement malnutri (<i>Follow-Up of Severe Acute Malnourished children</i> en anglais)
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MSF	Médecins Sans Frontières
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTP	Programme d'alimentation thérapeutique en ambulatoire
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PAT	Programme alimentation thérapeutique
PCMA	Programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
STIMNUT	Stimulation psychosociale en nutrition
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
URENA	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère
URENI	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle hospitalière

Résumé

Alors que les enfants qui survivent à la malnutrition aiguë sévère (MAS) sont non seulement exposés à un risque accru de maladie et de mortalité précoce, mais aussi à un développement cognitif et émotionnel déficient, il a été démontré qu'une stimulation psychosociale précoce auprès des nourrissons et des jeunes enfants défavorisés pouvait entraîner des bénéfices à court et à long terme sur le développement cognitif et social. Dans cette optique, Action contre la faim (ACF) a développé une intervention de stimulation psychosociale structurée en cinq sessions pour les enfants atteints de MAS à l'aide de son protocole "Follow-Up of Severe Acute Malnourished children" (traduction : suivi des enfants sévèrement malnutri, FUSAM). L'intervention psychosociale comprenait des sessions sur la communication et le jeu, l'allaitement et les pratiques alimentaires, les massages, le bain, le sommeil et les besoins de relaxation, ainsi qu'une session au début et à la fin, de partage familial.

La stimulation psychosociale est citée comme une recommandation importante dans le Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali. En revanche, dans les faits, il semble que ceci ne soit pas toujours intégré dans le traitement nutritionnel, en particulier par manque de temps, ou de moyen, ou encore de protocole standardisé qui décrive les actions à mettre en place avec les parents / accompagnants et leurs enfants.

L'objectif principal de l'étude StimNut était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention de stimulation psychosociale adaptée de FUSAM au contexte du Mali, dans le Programme d'alimentation thérapeutique (PAT) de Koutiala pour les enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de MAS. Il s'agissait d'une étude à méthode mixte (données qualitatives et quantitatives) visant à déterminer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention psychosociale en nutrition. L'étude s'est déroulée dans 2 structures de santé du MS soutenues par MSF-OCP à Koutiala (CSCOM) ainsi que dans le service pédiatrique de l'hôpital de référence de Koutiala (hôpital MSF).

La première phase de l'étude constituait un état des lieux initial (phase exploratoire) par méthode mixte visant à mieux comprendre le contexte et les principaux facteurs affectant la malnutrition au sein de la population étudiée ainsi que les expériences et les besoins des personnes consultant dans les CSCOM/l'hôpital. Cette phase est détaillée dans le présent rapport.

Les données ont été collectées via des entretiens individuels avec des accompagnantes principales (le plus souvent des mères, parfois des grands-mères) d'enfants atteints de MAS, des entretiens semi-directifs auprès d'informateurs clés et des groupes de discussion auprès de parents d'enfants non atteints de MAS puis analysées par l'équipe de recherche constituée de chercheurs locaux, d'AMEDD, d'ACF et d'Epicentre.

Les principaux résultats des analyses quantitatives et qualitatives montrent que certaines pratiques de soin du manuel FUSAM sont plus répandues (ex. alimentation) que d'autres (ex. jeu) et qu'elles varient en fonction des cas. Par ailleurs, bien que les recommandations du manuel semblent s'intégrer au système de valeurs des familles, plusieurs barrières pouvant entraver les soins des enfants ont été identifiées (ex. surcharge de travail des accompagnantes, forte dépendance des accompagnantes à l'égard des chefs de famille en cas de maladie de l'enfant, le grand nombre d'enfants par famille, le manque de moyens financiers et de connaissances, la stigmatisation des mères d'enfants MAS).

Les résultats de cette première phase ont été utilisés pour informer l'adaptation du manuel au contexte de Koutiala, en précisant quelles étaient les pratiques, normes, connaissances concernant les soins apportés aux enfants atteints de MAS, ainsi que les principales barrières pouvant y faire frein.

Des recommandations ont été élaborées à la suite de ce premier rapport (cf. recommandations).

1. Introduction

1. 1 Contexte

La période allant de la grossesse à l'âge de trois ans est bien établie comme la période la plus cruciale dans le développement d'un enfant (1). C'est durant cette période que la constitution du cerveau se fait. Lorsqu'un enfant atteint l'âge de trois ans, un nombre considérable de connexions neuronales se sont déjà formées en réponse aux interactions entre les cinq sens de l'enfant et son environnement. Ces connexions neuronales sont impactées par des facteurs environnementaux importants tels que l'état nutritionnel. Ils sont également affectés de manière critique par les interactions entre l'enfant et ses tuteurs. Il a été démontré que la combinaison de ces divers facteurs au cours de la petite enfance constitue les bases de la santé physique et du bien-être émotionnel jusqu'à l'âge adulte (2,3). Bien que nous sachions que les enfants qui survivent à la malnutrition aiguë sévère (MAS) courent non seulement un risque accru de maladie et de mortalité précoce, mais aussi d'altération du développement cognitif et émotionnel, il a été démontré que la stimulation psychosociale précoce chez les nourrissons et les jeunes enfants malnutris pouvait entraîner des effets à court et à long terme pour le développement cognitif et social (2–5). Il existe une relation critique entre l'état nutritionnel et le développement psychologique, et l'intérêt de combiner des interventions qui améliorent le développement de l'enfant et celles qui améliorent la santé et la nutrition des enfants dans un modèle de soins intégré a de plus en plus suscité d'attention au cours des dernières années (3). Ceci a été énoncé comme une recommandation dans le Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali (6). En effet dans celui-ci, il est recommandé de commencer la stimulation psycho-cognitive après la phase aiguë, lors de la réhabilitation de l'état nutritionnel. Cette stimulation psycho-cognitive doit permettre de créer une ambiance joyeuse propice à l'éveil psychologique, les accompagnantes sont incitées à ne pas punir ni donner d'ordres ; les agents de santé sont encouragés à apprendre aux accompagnantes à fabriquer elles-mêmes des jouets et à organiser des séances éducatives pour qu'elles s'approprient l'importance du jeu et de la découverte dans la stimulation psycho-cognitive et physique dont l'enfant a besoin. Il est stipulé que cela doit faire partie intégrante du traitement. En revanche, dans les faits, il semble que ceci ne soit pas toujours intégré dans le traitement nutritionnel, par manque de temps, de moyen, ou encore de protocole standardisé qui décrive les actions à mettre en place avec les parents / accompagnants et leurs enfants.

1. 2. Justification

Dans un contexte de prévalence de la MAS élevée au Népal, ACF a développé une intervention de stimulation psychosociale structurée en cinq séances pour les enfants atteints de MAS dans le protocole « Follow-Up of Severe Acute Malnourished children » (traduction : suivi des enfants sévèrement malnutri, FUSAM). Entre 2014 et 2017, le projet de recherche FUSAM a été mis en œuvre dans le district de Saptari au Népal afin d'évaluer l'efficacité d'une brève intervention psychosociale sur l'état nutritionnel, la santé et le développement de l'enfant en comparant l'effet d'une intervention nutritionnelle et psychosociale combinée (STIMNUT) à une intervention de traitement nutritionnel des enfants atteints de MAS non compliquée âgés de 6 à 23 mois admis dans le programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) dans le district de Saptari (7,8). L'intervention psychosociale comportait des séances de communication et de jeu ; une séance sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation ; une sur les besoins en massage, bain, sommeil et relaxation; et une session de partage en famille. L'adaptation du protocole FUSAM est essentielle pour intégrer les facteurs structurels, contextuels et socioculturels qui peuvent influencer l'efficacité avec laquelle l'intervention peut être mise en œuvre dans le cadre prévu. Les interventions de santé

communautaire ont plus de chance de réussir si elles sont adaptées au contexte spécifique de l'intervention (9). Il est également important que les interventions tiennent compte des besoins exprimés par les parents et les familles et consultent les principaux intervenants, y compris les professionnels de la santé locaux et les dirigeants communautaires.

2. Objectifs

L'objectif de l'étude STIMNUT est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention de stimulation psychosociale dans le cadre du programme d'alimentation thérapeutique de Koutiala (PAT) pour les enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de MAS. L'étude est divisée en trois phases consécutives : la phase 1: phase exploratoire utilisant les méthodes mixtes de recherche visant à mieux comprendre le contexte et les principaux facteurs affectant la malnutrition au sein de la population étudiée ainsi que les expériences et les besoins des personnes consultant dans les CSCOM/l'hôpital, la phase 2: une approche adaptée de la recherche participative-action (RAP) pour adapter l'intervention FUSAM au contexte de mise en œuvre; et la phase 3: la faisabilité/pilotage de l'intervention suivie d'un processus d'évaluation permettant de mesurer la faisabilité et l'acceptabilité. L'étude devait permettre d'établir si l'intégration d'une version adaptée du protocole FUSAM développé par ACF était faisable et acceptable pour les familles, les agents de santé, les communautés et les principales parties prenantes de Koutiala, au Mali.

L'objectif de la phase 1 de l'étude était de décrire les facteurs clés, les perceptions, les normes et les pratiques influençant l'état nutritionnel et le développement précoce des enfants parmi les personnes qui s'occupent d'enfants atteints de MAS, les personnes qui s'occupent d'enfants non atteints de MAS et d'autres informateurs clés. Elle fait l'objet de ce rapport. Les deux autres parties sont présentées et résumées dans des rapports distincts.

3. Méthode

3. 1 Type d'étude

La phase 1 de l'étude a recours aux méthodes mixtes et est composée de trois phases distinctes de collecte de données :

- Questionnaires mixtes auprès des accompagnantes d'enfants atteints de MAS (Annexe 3);
- Entretiens semi-directifs auprès d'informateurs clés (Annexe 4);
- Groupes de discussion auprès de parents d'enfants non atteints de MAS (Annexe 5).

3. 2 Sites d'étude

La phase 1 de l'étude s'est déroulée dans deux CSCOM du ministère de la Santé (MS) appuyées par MSF-OCP à Koutiala ainsi que dans le service pédiatrique de l'hôpital de référence de Koutiala (hôpital MSF). Ces CSCOM ont été sélectionnés par la coordination du projet MSF, en fonction de leur accès au bureau de MSF (composante sécurité), de l'opportunité de travailler avec la direction et le personnel de santé du MS sur place, et du nombre d'enfants suivis.

3. 3 Préparation de l'étude

Lors de la préparation de la phase 1, deux ateliers méthodologiques ont été organisés par le comité scientifique de l'étude (MSF, Epicentre, ACF) afin d'adapter les outils (questionnaire mixte, guide d'entretien individuel et guide des groupes de discussion) au contexte du Mali, et assurer leur appropriation par notre partenaire chargé de la collecte des données (AMEDD). Les outils et fiches de consentement ont également

été traduits en langue locale (bambara) par un traducteur certifié indépendant, puis traduites par un membre de l'équipe d'AMEDD (back translation). Les deux ont été comparées et vérifiées par l'équipe de MSF.

Des visites sur les sites retenus pour l'étude (hôpital MSF de Koutiala, CSCOM de M'pessoba et d'Oula) ont été organisées par la coordinatrice de l'étude, pour rencontrer les différents responsables et autorités locales de M'pessoba et d'Oula et les informer de l'étude.

Lors des étapes préparatoires, ont également été rencontrés le responsable nutrition du district et certains partenaires impliqués dans la malnutrition à Koutiala (UNICEF, WORLD VISION, PAM).

Un pilote a été organisé au CSCOM de Sincina pour tester les différents outils.

3. 4 Population d'étude

- 18 accompagnants d'enfants malnutris dont 8 à l'hôpital MSF de Koutiala ; 5 au CSCOM de M'pessoba et 5 à celui d'Oula.
- 13 informateurs clé dont :
 - 5 agents d'ONGs (dont des agents d'organisations locales, internationales et de projets humanitaires)
 - 4 travailleurs attachés à un centre de santé communautaire (infirmier, une accoucheuse traditionnelle, agents de relai communautaire)
 - 2 tradithérapeutes
 - 2 autorités locales (directeur technique, chargé du service du développement social et l'économie solidaire)
- 28 parents d'enfants non atteints de MAS. L'échantillonnage se caractérisait par une composition de groupes homogènes en termes de genre.

3. 5 Identification des participants

L'ensemble des participants aux interviews / questionnaires mixtes et aux groupes de discussion ont été recrutés sur les sites d'étude. Quant aux informateurs clés, ils ont été recrutés sur les aires de santé des sites de l'étude (Koutiala, M'pessoba et Oula) sur la base de leur rôle et/ou connaissances de la communauté dans laquelle ils vivent.

3. 6 Recueil des données

Le recueil des données a débuté le 21 juillet 2022 et s'est terminé le 6 août 2022. Il a été effectué par l'équipe d'AMEDD composée de deux enquêteurs et une enquêtrice, en lien avec la coordinatrice d'étude de MSF.

3. 7 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par les chercheurs d'Epicentre en lien avec l'équipe d'AMEDD et l'équipe de MSF sur le terrain.

3. 7. 1 Analyse des questionnaires mixtes auprès des parents/accompagnants d'enfants MAS

Les questionnaires administrés aux des parents / accompagnants d'enfants atteints de MAS étaient composés de questions fermées (données quantitatives) qui nous ont permis de quantifier les connaissances, attitudes et pratiques et de questions ouvertes (données qualitatives) qui nous ont permis d'explorer les

attitudes et croyances autour des pratiques de soins. Les données quantitatives et qualitatives ont dans un premier temps été analysées de manière séparée.

Partie quantitative

Des pourcentages, moyennes et médiane ont été calculés pour les données quantitatives à l'aide du logiciel STATA, version 15 (10). Lors du calcul de médiane, l'écart interquartile est également précisé. Les effectifs étant très faible, aucun autre test statistique n'a été conduit. La population d'étude est d'abord décrite, puis sont exposés les résultats des questions portant sur l'allaitement et alimentation du jeune enfant, sur les soins psychosociaux et finalement sur les autres pratiques domestiques de santé.

Partie qualitative

Dans la mesure où les questions ouvertes ressemblaient aux techniques interrogeant les matériaux verbaux spontanés (comme les tâches d'associations verbales), nous nous sommes intéressés davantage à l'expression des références symboliques contenues dans les réponses (11,12). Pour cela, nous avons regroupé les différents types de références (ex. affection, chaleur, etc.) et tenu compte de leur occurrence à l'aide du logiciel Atlas.ti (13). Dans la partie suivante, nous présenterons tout d'abord les questions qui visaient explorer les croyances et attitudes vis-à-vis des pratiques de soin puis celles sur les comportements et habitudes de soin pratiqués par les accompagnants.

3. 7. 2 Analyse des données qualitatives (groupes de discussion et entretiens semi-directifs)

Afin de mieux saisir les différentes pratiques, attitudes et croyances liées aux soins des enfants, nous avons conduit une analyse du contenu (14) à l'aide du logiciel Atlas.ti (13).

3.8 Considérations éthiques

Autorisation du comité d'éthique indépendant

L'autorisation éthique a été accordée par le comité d'éthique de MSF (ID protocole :2201) le 25 mars 2022, et par le Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS) au Mali le 13 juillet 2022. Les approbations sont données en Annexe 6.

Conduite éthique de l'étude

L'étude a été menée conformément aux principes éthiques qui trouvent leur origine dans la Déclaration d'Helsinki, et l'étude a été réalisée conformément aux bonnes pratiques cliniques (GCP) de l'ICH.

Information et consentement des participants

Chaque participant a fourni un consentement éclairé écrit pour participer à l'étude (Annexe 2). Lors de l'administration du questionnaire, les entretiens et groupes de discussion, chaque participant était assuré de la confidentialité des données, qu'il était libre d'interrompre l'entretien à tout moment ou de refuser de répondre aux questions. Le personnel a été formé aux principes éthiques de la recherche.

Toutes les données obtenues par le biais de questionnaires ont été anonymisées à l'aide d'un identifiant d'étude sans inclusion de données personnelles.

4. Résultats

4. 1 Résultats des questionnaire mixtes auprès des parents/accompagnants d'enfants MAS

4.1.1 Description de la population

Les données sociodémographiques sont présentées en Annexe 7. Parmi les 18 femmes participantes, 8 ont été interrogées (44%) alors qu'elles accompagnaient à l'hôpital un enfant en phase 1 de prise en charge (n=2) ou en phase de transition (n=6), les 10 autres femmes ont été interrogées dans un des deux CSCOM de l'étude (56%). La durée médiane d'admission dans le programme était de 11,5 jours (IQR 4-24). Les femmes interrogées étaient les mères des enfants qu'elles accompagnaient sauf dans deux cas où il s'agissait de leurs grand-mères.

L'âge moyen¹ des mères interrogées était de 26,5 ans (médiane à 28,5 ans [IQR 22-30], âge min : 19, âge max : 33). Toutes sauf une étaient mariées (n=17, 94%), 14 se déclaraient analphabètes (78%) et 4 avaient atteint un niveau d'étude primaire (22%). Parmi les 18 femmes participantes, 11 n'avaient pas d'activité génératrice de revenus (61%), les autres oui, toutes au sein du même village où elles ont été interrogées. Parmi les facteurs de vulnérabilité retenus par les enquêteurs² : 10 femmes allaitaient au moment de l'enquête, 2 femmes étaient enceintes, 2 femmes vivaient dans une famille où le père était décédé, et une présentait un handicap (dont le type n'est pas précisé).

Les enfants que les femmes accompagnaient (9 filles et 9 garçons) étaient âgés en moyenne de 0,9 mois (médiane à 1 [IQR 0,6-1,1], âge min : 6 mois, âge max : 18 mois) et nés prématurément³ pour 72% d'entre eux (n=13). Tous les enfants sont nés par voie basse, au centre de santé ou à l'hôpital dans tous les cas sauf un, né à domicile. Un enfant était en situation de handicap, et tous étaient atteint de malnutrition aigüe sévère au moment de l'enquête.

Les familles étaient composées en moyenne de 9 enfants⁴ (médiane à 8,5 [IQR 4-11], valeur min : 1, valeur max : 25). Concernant le niveau d'éducation des pères de famille, 12 étaient analphabètes (67%), 2 avaient atteint un niveau d'étude primaire (11%) et 4 un niveau d'étude secondaire (22%). Les pères ont en majorité une activité génératrice de revenus (n=14, 78%), « l'agriculture et l'élevage » étant celle la plus fréquente (n=12, 67%), suivie du commerce (n=4, 22%), de travail journalier (n=1, 6%) et d'une autre source de revenus (n=1, 6%).

¹ Deux données manquantes

² Plusieurs réponses possibles (Question 528)

³ Né avant 37 semaines

⁴ Donnée issue de la question 510 : « nombre d'enfants dans la famille »

4.1.2 Résultats des données sur les perceptions, normes et pratiques

Les données présentées sont détaillées en Annexe 8.

Allaitement et alimentation du jeune enfant

Connaissances sur l'allaitement

La majorité des femmes interrogées (n=13, 72%) ont répondu qu'il était recommandé d'allaiter un enfant dans les deux heures suivant sa naissance, 3 qu'il était recommandé de l'allaiter après les deux premières heures et 2 ne savaient pas.

Parmi les femmes interrogées, 6 (33%) ont répondu que l'allaitement maternel exclusif était recommandé jusqu'aux 6 mois de l'enfant, 4 (22%) jusqu'à 10 mois ou plus. Pour 2, il devrait être inférieur à 6 mois et 4 ne savaient pas.

Enfin, l'introduction d'aliments autres que le lait maternel devrait être faite deux ou trois mois après la naissance pour la majorité des femmes (n=16, 89%), à la naissance pour une femme, et après un an pour une.

A la question « *Souhaitez-vous avoir plus d'informations sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire ?* » les femmes étaient 16 à répondre oui (89%), 1 ne souhaitait pas et 1 n'avait pas d'avis sur la question.

Habitudes et pratiques d'allaitement

Seuls trois enfants n'étaient pas allaités au moment de l'interview, tous âgés de plus d'un an. Parmi les 15 enfants allaités, l'allaitement était exclusif pour deux (âgés respectivement de 11 et 17 mois), composé de lait maternel et d'eau pour deux (âgés de 6 et 7 mois) et mixte pour les 11 autres.

A la naissance, 12 femmes sur les 18 ont allaité leur enfant immédiatement (dans l'heure qui a suivi la naissance), 3 ont commencé au-delà d'une heure et 3 ont répondu qu'elles ne se savaient pas.

Un autre liquide (comme du lait en poudre) a été donné à l'enfant avant 6 mois dans 11 cas sur 18 (61%). Pour les autres, les mamans/accompagnantes interrogées ont déclaré n'avoir introduit aucun autre liquide que du lait maternel avant 6 mois.

Alimentation du jeune enfant

Les femmes étaient 14 à répondre⁵ que leur enfant refusait parfois de manger.

La préparation des repas est la responsabilité⁶ des mères (n=15, 89%), co-épouses (n=6, 33%), des frères et sœurs (n=3, 17%), des pères (n=3, 17%), du grand père (n=1, 6%) ou de la grand-mère (n=1, 6%). Au moment des repas, le nombre médian d'enfants qui mangent à partir du même plat est de 4,3 ([IQR2,6], min = 1, max = 15). Les femmes participantes étaient une majorité à considérer que l'accès de leur enfant à la nourriture

⁵ Une donnée manquante (Question 106)

⁶ Plusieurs réponses possibles (Question 403)

pendant les repas était « très bon » ou « bon » (n=13, 72%), pour les autres, elles le considéraient comme « moyen » (n=3, 17%), « difficile » ou « très difficile » (n=2, 12%).

Soins psychosociaux

Interaction

La plupart des femmes interrogées (n=16, 89%) ont répondu qu'il était « très important » d'interagir avec les enfants dès la naissance, une a répondu que c'était « assez important » et une « pas important ». Un peu plus de la moitié des femmes a répondu qu'il était possible d'interagir avec les enfants tout en faisant d'autres activités comme les travaux ménagers (n=10, 55%) et pour 8 (n=44%), cela n'était pas possible.

Jeux

A la question « *Avez-vous le temps de jouer avec votre enfant ?* », la majorité a répondu « oui » (n=15, 83%), et le font « occasionnellement » (n=7, 47%) ou régulièrement (n=8, 53%), tout en ayant l'habitude d'utiliser des jouets pour jouer avec leur enfant « occasionnellement » (n=6, 40%) ou régulièrement (n=9, 60%).

Massage

Toutes les femmes ont répondu qu'il était important de masser les bébés.

La majorité des femmes a l'habitude de masser son enfant « occasionnellement » (n=10, 50%) ou régulièrement (n=7, 39%), une femme n'a jamais l'habitude de masser son enfant.

A la question « *Y a-t-il des parties spécifiques du corps que vous massez plus souvent ? Si oui, lesquelles ?* »⁷, sont cités par ordre d'importance : le dos (n=16), les pieds, les mains et les jambes dans la même proportion (n=13), le ventre (n=10), la tête (n=9) et le visage (n=8). Cinq femmes ont ajouté qu'elles massaient également d'autres parties du corps de leur enfant : « le côté » (n=3), les oreilles (n=1) et la poitrine (n=1).

Sommeil

Toutes les femmes pensent qu'un bon sommeil est « très important » pour les bébés.

A la question « *Que fait votre enfant quand il veut dormir ?* », sont cités par ordre d'importance : pleurer (n=16), bailler (n=12), se frotter les yeux (n=9), ne veut pas jouer (n=3) ou secouer les bras et jambes (n=1). Deux autres femmes ont ajouté « il rit jusqu'à s'endormir » et « téter ».

Bain

La mère semble dans la majorité des cas responsable du bain⁸ (n=15), suivie par la grand-mère (citée 6 fois), les frères et sœurs (n=2) et la co-épouse (n=1) ou le père (n=1).

⁷ Plusieurs réponses possibles (Question 215)

⁸ Plusieurs réponses possibles (Question 404)

Autres pratiques domestiques de santé

C'est le père (n=17) qui décide des dépenses alimentaires/soins/santé pour l'enfant à la maison⁹, suivi de la mère (citée par 3 femmes).

Dans la majorité des cas (n=14, 78%), plus d'une personne s'occupe des enfants à la maison, tandis que dans trois cas, les femmes ont répondu qu'une seule personne s'occupait des enfants à la maison.

Le principal responsable des soins à la maison¹⁰ était la mère (n=12), le père (n=8), la grand-mère (n=7), la co-épouse (n=4) et les frères et sœurs (n=1).

4.1.3 Résultats des données qualitatives

Croyances et attitudes vis-à-vis des pratiques de soin des enfants

Le terme « *prendre soin de l'enfant* » (q. 101) évoque chez la majorité des accompagnantes l'importance de l'alimentation de l'enfant (13 occ.) et la nécessité de veiller à l'hygiène (12 occ.). Elles associent, dans une moindre mesure, le jeu (4 occ.), le sommeil (3 occ.) et le besoin de s'orienter vers les centres de santé en cas de problème (2 occ.), entre autres¹¹.

D'autre part, les accompagnantes associent *le développement physique et mental de l'enfant* (q. 103) au type d'alimentation (16 occ.), à l'allaitement (7 occ.), au jeu (5 occ.), à l'affection procurée par la mère (3 occ.) et à l'hygiène (5). Une seule d'entre elles a associé le développement de l'enfant à l'aide de la médecine traditionnelle (1 occ.)¹². Ces premiers résultats montrent donc que certaines pratiques de soins (ex. l'alimentation) sont plus rappelées que d'autres (ex. Le jeu).

En ce qui concerne les attitudes et croyances liées plus spécifiquement à l'interaction entre les accompagnantes et les enfants, les résultats montrent que de manière générale, le massage (q. 214) est une pratique valorisée (16 occ.), seulement deux participantes refusent l'idée de masser les enfants¹³. Par ailleurs, en ce qui concerne les comportements ou réactions associées à une situation où l'enfant « *ne se comporte pas bien* »¹⁴ (q. 203), les accompagnantes évoquent davantage le besoin de rappeler à l'ordre l'enfant (verbalement et/ou physiquement) (14 occ.) dans le but de garantir une bonne éducation à l'enfant (8 occ.). En revanche deux participantes insistent sur le besoin de démontrer de l'affection (2 occ.) et deux autres considèrent que gronder les enfants n'est pas un comportement acceptable (2 occ.)¹⁵.

Enfin, les participantes expriment que la difficulté à échanger avec les enfants (q. 206) s'explique par la surcharge de travail des femmes (8 occ.). Néanmoins, trois participantes soulèvent l'importance de porter

⁹ Plusieurs réponses possibles (Question 523)

¹⁰ Plusieurs réponses possibles (Question 516)

¹¹ Masser l'enfant (1 occ.) ; Assurer une bonne éducation (1 occ.) ; L'affection (1 occ.) ; Réponse redondante (2 occ.)

¹² Par ailleurs, on compte avec une absence de réponse (1 occ.) et une réponse incompréhensible (1 occ.).

¹³ « *je le ne fais pas parce je veux pas pratiquer* » (mère, 20 ans) ; « *Quand l'enfant est malade on ne le masse pas* » (mère, 29 ans).

¹⁴ Ex. « *fait du bruit, renverse qch, ..* »

¹⁵ Nous comptons aussi avec une Rép. Incompréhensible (1 occ.)

de l'attention à l'enfant, la possibilité de faire appel à d'autres personnes de l'entourage (3 occ.), le besoin de communiquer (4 occ.), de jouer avec l'enfant (4 occ.) et de lui porter de l'affection (2 occ.)¹⁶.

Pratiques et habitudes des accompagnantes

Par ailleurs, en ce qui concerne les pratiques et habitudes des accompagnantes liées aux jeux (q. 209, 212), les participantes manifestent des attitudes favorables vis-à-vis du jeu avec les enfants (29 occ.)¹⁷[08]. De plus, les accompagnantes associent le jeu avec leurs enfants à un espace où le lien affectif (9 occ.) et la communication (2 occ) développent. ¹⁸[08]. Néanmoins, deux participantes soulignent la surcharge du travail des femmes comme une contrainte (2 occ.).

En ce qui concerne la manière dont les accompagnantes encouragent et motivent les enfants (q. 202), la démonstration de chaleur et d'affection (11 occ.) est l'indicateur le plus important. Dans une moindre mesure, les participantes évoquent le jeu (5 occ.), la communication (3 occ.) et la récompense avec des aliments pour encourager les enfants (2 occ.). Seulement une participante affirme ne pas adopter des comportements qui encouragent l'enfant¹⁹.

D'autre part, quand il s'agit du bain (q. 205), plusieurs techniques sont exposées (ex. utilisation de beurre de karité²⁰). De manière générale, on pratique plusieurs bains par jour (8 occ.), l'importance de l'hygiène est rappelée (2 occ.) et le bain est associé à un moment où les accompagnantes (majoritairement responsables de laver l'enfant, 9 occ.)²¹ peuvent communiquer avec l'enfant (2 occ.), voire le masser (2 occ.).

Les journées habituelles des enfants (q. 104) se font en présence de la fratrie (8 occ.) et de la mère (9 occ.) (et dans une moindre mesure des grand-mères)²². Les accompagnantes associent la journée habituelle de l'enfant en premier lieu au jeu (11 occ.) et dans une moindre mesure au moment du repas (3 occ.) ou de l'allaitement (4 occ.) et au sommeil (2 occ.). Dans un seul cas il est rappelé la contrainte du travail de la mère pour jouer avec l'enfant (ex. « *Il joue avec la nounou après un temps je l'allaite et je lui dis byebye et continue avec mon travail.* », mère, âge inconnu).

¹⁶ Nous avons aussi une participante qui rappelle le besoin d'allaiter l'enfant (1 occ.), deux réponses redondantes.

¹⁷ Certaines déclarent utiliser des jouets (15 occ.) et d'autres de pas en avoir (6 occ.)

¹⁸ Dans une moindre mesure, il est aussi associé le besoin de surveiller l'enfant (1 occ.) et avec la stimulation physique de l'enfant (1 occ.). Nous comptons aussi avec 1 réponse incompréhensible.

¹⁹ « Je ne fais pas cela du tout » (mère, 22 ans). Nous comptons aussi avec 2 réponses incompréhensibles.

²⁰ Une participante dit utiliser du beurre de karité, et une autre dit le masser avec de la "pommade". Quelques extraits qui peuvent servir d'exemple : « Moi je lave deux fois dans la journée. Je parle avec lui au moment du bain » (mère, 25 ans) ; « Je le lave le matin avec du savon et le soir avec des médicaments, j'échange avec lui » (mère, 20 ans) ; « Je le lave vers 13h. Je chauffe de l'eau, je le lave je le sèche, je l'habille 2 ou 3 fois selon la saison. Je rie avec lui en le lavant. » (grand-mère, âge inconnu) ». En règle générale, les participantes parlent de laver l'enfant avec de l'eau tiède de du savon. Certaines soulignent que le moment du bain est un moment d'interaction avec l'enfant, deux d'entre elles expliquent que le bain est un moment propice pour effectuer des massages

²¹ On observe aussi dans un cas la présence de la grand-mère (1 occ.) et de la fratrie (1 occ.)

²² Un seul cas manifeste la présence de la nounou (1 occ.)

De manière similaire, le déroulement des repas de l'enfant (q. 105) se fait en présence des autres membres de la famille (fratrie, 4 occ. ; grand-mère, 1 occ.). Les pratiques varient, dans certains cas l'enfant mange avec les autres enfants (3 occ.) et avec la famille (6 occ.). Dans d'autres cas, l'enfant mange à part (5 occ.) :

« *Il prend de la bouille. Il mange seul. Il ne mange pas pour le moment le tot. Le tot rend l'enfant malade, car ce n'est pas riche* » (Mère, âge inconnu)

Cet extrait illustre par ailleurs que certains repas sont considérés néfastes pour la santé de l'enfant. En revanche, d'autres accompagnants mettent en avant les aliments ou recettes pratiquées (5 occ.) pour nourrir leurs enfants :

« *Je lui fais des plats spéciaux de la soupe de poisson et lui donne des fruits orange banane pommes* » (Mère, 30 ans)

Dans une moindre mesure, on observe que l'allaitement (1 occ.) et l'importance de l'hygiène (1 occ.) sont rappelés. La diversité des repas varie en fonction des revenus des accompagnantes (1 occ.)²³.

En outre, on observe que les attitudes face à un refus de l'enfant de manger (q. 107) se séparent en trois types d'attitudes :

- a) Les cas où les accompagnantes n'ont pas de réponse (6 occ.). Dans un seul cas il est précisé que le refus est associé à un choix de l'enfant : « *Il refuse seulement quand il est rassasié* » (Mère, 19 ans);
- b) Les cas où les accompagnantes associent le refus à un besoin de s'orienter vers les centres de santé (4 occ.).
- c) Les cas où les accompagnantes révèlent des comportements de persévérance, que ce soit en insistant (ex. « *Demander de manger en plaisantant* », entretien 2tdv-xwmv-xwm7) ou bien en remplaçant le repas par un autre (1 occ.) ou par l'allaitement (2 occ.). De plus, le besoin de montrer de l'affection et de la chaleur est souligné (5 occ.), et une participante révèle faire appel aux jeux pour convaincre l'enfant de manger (1 occ.).

De manière similaire, dans les situations où l'enfant est en détresse (q. 204), les accompagnantes font appel d'une part aux centres de santé (3 occ.), d'autre part au jeu (4 occ.), ont recours à l'allaitement (3 occ.) et/ou à l'alimentation (4 occ.). Dans une moindre mesure, la communication (1 occ.) et le massage (1 occ.) sont évoqués. Une seule participante a soulevé l'idée de : « *taire l'enfant* » (1 occ.).

Pour finir, en ce qui concerne la *transmission de savoir-faire / être parent* (q. 102), les accompagnantes témoignent ne pas avoir reçu des conseils sur la parentalité (8 occ.), d'autres soulignent avoir reçu des conseils des agents de santé (4 occ.), de l'entourage proche (3 occ.), de la grand-mère (2 occ.), du mari (1 occ.) et à partir des informations véhiculées à la radio (1 occ.).

4.2 Résultats des entretiens semi-directifs auprès des informateurs clé

Les analyses thématiques des entretiens avec les informateurs clés (cf. : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés) ont permis d'identifier différentes pratiques, traditions et les obstacles rencontrés au sein de la communauté de Koutiala. Dans les lignes suivantes, nous présenterons

²³ Nous comptons aussi avec une réponse incompréhensible.

des résultats sur a) les pratiques de soin d'enfants et les contraintes associées et b) sur le parcours de soin en cas de maladie.

Tableau 1 : Description des participants

Id	Profession	Genre
D2	Infirmière	Femme
D3	Agent d'une ONG internationale	Homme
D4	Agent d'un projet humanitaire international	Homme
D5	Chef d'antenne d'une ONG locale	Femme
D6	Agent d'une ONG locale	Homme
D7	Agent d'un projet humanitaire international	Homme
D8	Agriculteur et relais communautaire d'un CSCOM	Homme
D9	Chargé du service du développement social et l'économie solidaire	Homme
D10	Tradi-thérapeute	Homme
D11	Tradi-thérapeute / accoucheuse traditionnelle	Femme
D12	Accoucheuse traditionnelle	Femme
D13	Agent de santé communautaire	Femme
D14	Directeur Technique de Centre de Santé (DTC)	Homme

A) Les pratiques de soin et les contraintes associées

Dans cette partie, nous aborderons les pratiques de soins évoquées spontanément par les participants ainsi que les contraintes perçues au niveau de la cellule familiale, des ressources et des croyances et pratiques.

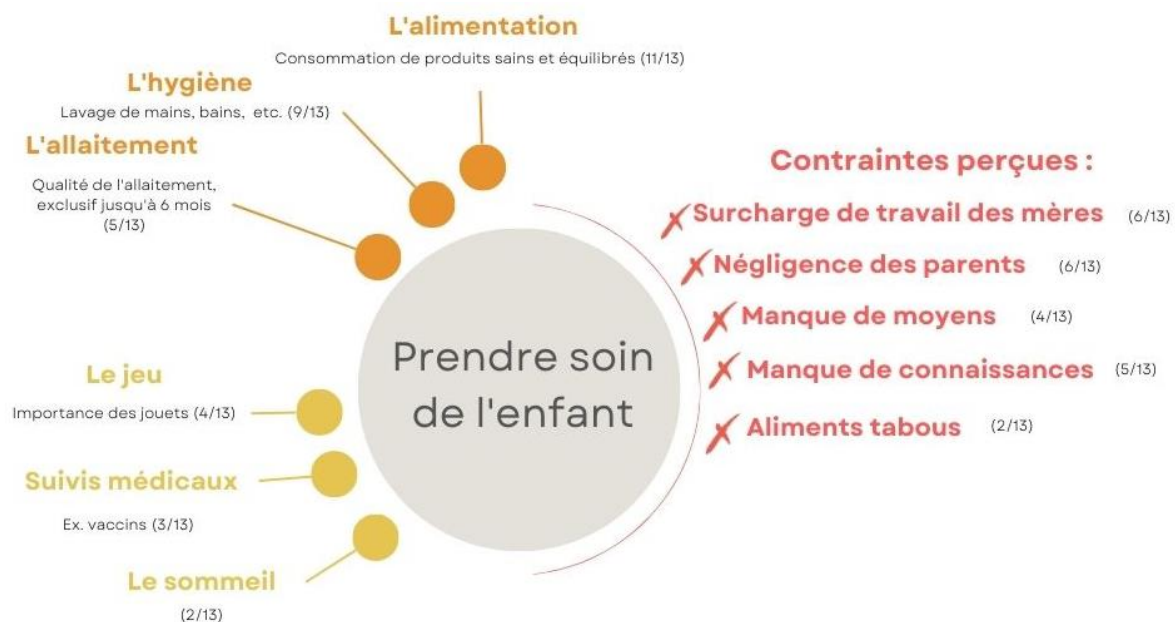


Figure 1 Pratiques de soin les plus fréquentes et contraintes évoquées dans les entretiens semi-directifs

La Figure 1 présente les pratiques de soin les plus récurrentes dans les discours des informateurs clé. En effet, l'alimentation est évoquée dans 11 entretiens, l'hygiène est évoquée dans 9 entretiens et l'importance de l'allaitement dans 5. Dans une moindre mesure, les participants évoquent l'importance du jeu (4), la réalisation des suivis médicaux (3) et le sommeil de l'enfant (2). Néanmoins, les participants ont présenté un certain nombre de contraintes qui limitent la qualité des soins apportés aux enfants. Le tableau 2 détaille les contraintes perçues par les participants.

Tableau 2 : Contraintes perçues par les participants limitant la qualité des soins apportés aux enfants

Niveau	Type de barrière perçue	Exemple
Cellule familiale	Irresponsabilité parentale	<i>“Les parents aussi ne veillent pas sur les enfants. Ceux-ci sont laissés à eux-mêmes. L'enfant peut sortir à l'insu des parents pour aller dans la rue. Il peut avoir là-bas des accidents, des maladies et beaucoup d'autres choses. Donc je pense que l'un de gros problème pour les enfants, c'est ça. Le manque de suivi des parents.”</i> (Homme, tradithérapeute)
	Surcharge des femmes	<i>“Si c'est une maman la première contrainte c'est le temps. Dans nos communautés les femmes sont tellement surchargées qu'elles n'ont pas le temps de bien s'occuper de leurs enfants même si elles ont la volonté.”</i> (Homme, Agent ONG)
	Ignorance des mères	<i>“La contrainte majeure ici est l'ignorance. Moi-même je donne beaucoup de conseils à ma femme pour l'entretien des enfants. Souvent l'enfant tombe malade en son insu.”</i> (Homme, agriculteur et agent de relais communautaire)
Accessibilité et ressources	Manque de moyens financiers	<i>“L'autre contrainte c'est qu'on peut être limité financièrement aussi dans ce cadre. Parce qu'on peut avoir la volonté mais certes minime soit-il on doit mettre en place des moyens pour réunir des aspects dans ce sens. Et ça aussi c'est une contrainte.”</i> (Femme, cheffe d'une antenne d'ONG locale)
Croyances et pratiques anciennes / traditionnelles	Aliments tabous	<i>“Par exemple on peut dire qu'un enfant ne doit pas manger de la viande la nuit, ni boire du lait et ni consommé les œufs en période hivernale pour ne pas attraper le palu. Et on sait aujourd'hui que ça, ce n'est pas vrai.”</i> (Homme, agent d'un projet humanitaire international)
	Normes relatives à la parentalité	<i>“Ces communautés sont souvent traditionalistes. En termes de protection nous avons des défis surtout concernant les droits de l'enfant. Il y a aussi le poids des us et coutumes, il y a certaines pratiques qui ne sont pas vraiment à encourager.”</i> (Homme, agent d'une ONG internationale)

De manière générale, les participants exposent trois manières d'expliquer pourquoi les soins apportés aux enfants sont limités dans la communauté de Koutiala. Ces manières d'expliquer le problème, les attributions causales, font référence à trois niveaux différents : a) au niveau de la cellule familiale ; b) au niveau de l'accessibilité et des ressources ; c) au niveau des croyances et des pratiques ancrées dans la communauté, perçues comme « anciennes ».

Des contraintes perçues au niveau de la cellule familiale

On observe un consensus dans la totalité des entretiens sur la répartition genrée des soins aux enfants dans les foyers de la communauté. En effet, tous les participants s'accordent à dire que la mère de l'enfant est

celle qui s'occupe des soins (alimentation, hygiène, jeu, etc.). Néanmoins, deux types de discours sur le rôle des accompagnantes se distinguent. Le premier est fondé sur l'organisation factuelle des tâches des femmes, effectuant alors des attributions causales externes (ex. c'est parce que les femmes maliennes sont surchargées qu'elles n'ont pas le temps de s'occuper des enfants). Le deuxième est ancré dans des discours stigmatisés, où l'on effectue des attributions causales internes (ex. *les mères sont paresseuses* et donc elles n'assurent pas des soins de qualité aux enfants).

Par ailleurs, le père, en tant que chef de concession, est associé dans la totalité des entretiens à la personne responsable en cas de maladie et des dépenses du foyer, par exemple les interviewés expliquent que « *Toutes les décisions sont prises par le chef de concession* » car « *l'homme est le chef de ménage et le responsable des biens* » (Femme, infirmière).

Néanmoins, malgré le consensus sur les rôles des mères et des pères dans les types de soins prodigués aux enfants, certains informateurs clé soulèvent la problématique de la « *négligence* » ou l'irresponsabilité des parents. Trois interviewés expliquent, par exemple, que la négligence des parents est due au nombre élevé d'enfants par foyer. En effet, les interviewés lient le manque de soins voire la malnutrition à la responsabilité des deux parents :

“Les enfants souffrent de problème de malnutrition parce que les mamans ne prennent pas soin d’eux. Les femmes qui viennent avec les enfants sont généralement enceintes car ne pratiquent pas le planning familial. Les hommes aussi ne les aident pas.” (Femme, agent de santé communautaire)

En outre, les grand-mères, en tant que femmes, sont perçues pour certains interviewés comme des possibles relais des mères pour assurer les soins des enfants tels que le bain, l'alimentation, etc. Par exemple, chez la communauté Minianka, le jeu ou le bain des enfants sont des tâches qui impliquent les femmes, mais pas les hommes :

C'est la femme qui s'occupe du bain. Tant qu'elle est à la maison c'est elle qui le fait. Même si la maman n'est pas à la maison, c'est la grand-mère ou la grande sœur qui s'occupent du bain. Sinon chez nous surtout chez les minianka, l'homme ne lave pas l'enfant. (Homme, agent d'une ONG internationale).

Pour résumer, les contraintes perçues par les informateurs clé (au niveau de la cellule familiale) se résument à la surcharge de travail des femmes maliennes, à la perception des mères comme ignorantes et à l'irresponsabilité des parents. De plus, les soins donnés aux enfants suivent des normes genrés qui semblent socialement ancrées (ex. les femmes nourrissent et lavent l'enfant vs les hommes jouent avec l'enfant).

Des contraintes perçues au niveau des ressources accessibles

Certains participants soulèvent des contraintes au niveau du manque de ressources et de l'accessibilité aux soins. Par exemple, le manque de moyens financiers empêche les familles d'assurer la nourriture, les déplacements vers les centres de santé et les soins médicaux (ex. médicaments).

Des contraintes perçues au niveau des croyances et pratiques « anciennes »

Les participants opposent certains types de soins (“bien nourrir l'enfant”, “se laver les mains”, etc.) avec des normes et des pratiques qu'ils considèrent “anciennes” ou “traditionnelles”. Par exemple, l'interdiction de certains aliments perçus comme néfastes pour la santé de l'enfant ou la norme *ne pas gâter les enfants*, signe d'une mauvaise éducation. En effet, les interactions entre les accompagnantes et les enfants atteints de malnutrition peuvent être perturbées par la manière dont l'éducation est pensée dans la communauté :

*« Mais la communauté pense que [la stimulation psychosociale] c'est mal vu. Si tu le fais on dit que tu éduques mal l'enfant car il appartient à la communauté. Cela est synonyme de faire de lui un enfant gâté. Donc **on pense qu'on ne doit pas habituer les enfants à la facilité**. Sinon il souffrira le jour où il quitte ses parents. »* (Agent d'un projet humanitaire international)

Cet extrait illustre comment les interactions avec les enfants peuvent être mises en tension par la norme « *ne pas habituer les enfants à la facilité* ». Aussi, les habitudes d'alimentation semblent répondre à cette norme :

*« Par exemple si on prépare la soupe, ce sont des personnes âgées qui mangent cela et on pense que si on la donne à l'enfant, il sera gâté. Il faut qu'on laisse un peu **les anciennes pratiques** pour aider les enfants à mieux s'épanouir »* (Agent d'un projet humanitaire international)

Par ailleurs, la bonne santé de l'enfant ou la maladie sont représentées à partir des signes ou de symptômes observables directement sur le corps et/ou comportement de l'enfant. Par exemple, un interviewé expose la contradiction entre « en enfant avec gros ventre » et « un enfant bien nourri » :

« Dans certaines familles, les enfants mangent le même repas que les adultes. C'est ce qui est interdit, l'enfant aura un gros ventre mais il n'y a pratiquement rien de nutritif. » (Autorité locale)

D'après l'interviewé, la communauté pourrait faire face à une dissonance entre l'observation de la corpulence physique de l'enfant et la qualité de sa nutrition.

De manière similaire, un autre interviewé expose des tensions entre les droits (notamment en ce qui concerne les enfants) et les traditions de certaines communautés :

« Ces communautés sont souvent traditionalistes. En termes de protection nous avons des défis surtout concernant les droits de l'enfant. Il y a aussi le poids des us et coutumes, il y a certaines pratiques qui ne sont pas vraiment à encourager. » (Agent d'ONG)

Par la suite, l'agent de l'ONG donne comme exemple le mariage des enfants, ce qui implique pour les filles l'abandon scolaire. Pour résumer, ces tensions socioculturelles mettent en opposition les normes et modes de vie traditionnels avec la qualité de soins donnés aux enfants.

Par ailleurs, les témoignages soulèvent une contradiction entre le potentiel de production agricole de la communauté et le type de consommation d'aliments dans les foyers de la communauté. Plus précisément, les informateurs s'accordent à dire que la communauté possède tous les produits nécessaires pour que les enfants soient nourris, comme l'extrait suivant l'illustre :

« Ici c'est le grenier du Mali, c'est difficile de croire que nous avons la malnutrition, ça veut dire que ce que nous produisons nous ne le consommons pas. Et ce que nous consommons, nous ne savons pas l'utiliser. Sinon nous avons tout ici pour éviter la malnutrition » (Autorité locale)

Néanmoins, les informateurs présentent un dissensus en termes de qualité et du type de consommation de produits. Par exemple, l'agent d'une ONG locale perçoit des évolutions dans la manière dont les familles consomment de plus en plus de produits locaux. En revanche, un autre agent d'ONG internationale perçoit une faille dans la manière dont les habitants de la communauté consomment et conservent les produits alimentaires. D'autres informateurs attribuent la responsabilité de la faible consommation de produits sains aux accompagnantes, comme les extraits suivants l'illustrent :

*« Les femmes produisent beaucoup de légumes mais sa consommation reste faible. Cela est **dû soit à ignorance soit la cupidité**. »* (Infirmière)

« Quand on parle de ces difficultés ils vont parler de pauvreté, mais je pense bien que c'est la méconnaissance, la paresse des mamans. Nous avons ici beaucoup de produits qui peuvent nous permettre d'éviter que les enfants tombent dans la nutrition. Mais à cause de la méconnaissance et de la paresse des femmes, les enfants ne bénéficient pas de ces produits. »
(Agent d'un projet humanitaire international)

Dans ces exemples, l'attribution causale de la malnutrition chez les enfants est fondée sur des traits de personnalité (*cupides, paresseuses*) et sur le niveau de connaissances des mères (*ignorance, méconnaissance*).

Autrement dit, si la majorité des interviewés s'accorde à dire que la région a suffisamment de ressources alimentaires disponibles, ils expriment des attributions causales qui vont du niveau systémique (gestion et accessibilité à la nourriture saine) au niveau intrapersonnel (mères perçues comme incompetentes). Pour résumer, les informateurs clé exposent l'idée que "on produit beaucoup d'aliments mais on les consomme mal".

b) Le parcours de soin en cas de maladie

Les structures et acteurs identifiés dans les soins en cas de maladie s'organisent en fonction du type de soin / médecine et peuvent varier en fonction de l'état plus ou moins avancé d'une maladie. En effet, certains participants soulèvent l'automédication comme premier recours. Ensuite, la majorité des participants identifient les tradi-thérapeutes comme premiers acteurs dans la prise en charge des enfants, la médecine se fondant notamment sur l'utilisation de plantes. La prise en charge des tradithérapeutes est socialement valorisée :

« dans chaque village on peut trouver un tradithérapeute reconnu » (Agent d'un projet humanitaire).

« La communauté consulte et respecte les tradithérapeutes. » (Tradi-thérapeute, femme).

Enfin, la majorité des participants présentent les centres de santé comme les deuxièmes structures consultées en cas de maladie chez les enfants. Il s'agit des : CSCOM, ASC, des dispensaires et maternités, et du CS Réf. Plusieurs participants soulèvent que l'accès aux centres de santé a augmenté dans la mesure où la prise en charge des enfants fournie par MSF est gratuite. Néanmoins, certains participants évoquent le problème de la prise de décision tardive :

« Comme difficulté, certaines femmes ne viennent pas avec leurs enfants pour le dépistage de la malnutrition avec MSF. Ce qui peut amener des graves conséquences voire même la mort. Il y a toujours des personnes qui sont réfracteurs. » (Accoucheuse traditionnelle)

En effet, l'accès aux centres de santé nécessite l'accord du père et/ou chef de concession. Par exemple, pour un agent d'un projet humanitaire international : *« Tout est lié à l'homme »* dans la prise de décisions, de manière similaire, une autorité locale et l'agent d'un projet humanitaire expliquent :

« Les hommes n'autorisent pas très souvent les femmes à venir au centre de santé pour les activités de nutrition. » (Autorité locale)

« Souvent même si l'enfant tombe malade le mari traine à prendre la décision pour amener l'enfant au centre de santé, la femme n'ayant pas les moyens, même si la femme a les moyens, elle ne peut pas prendre la décision d'amener l'enfant au centre de santé. » (Agent d'un projet humanitaire)

La Figure 2 illustre ainsi le parcours de soin type présenté par les informateurs.

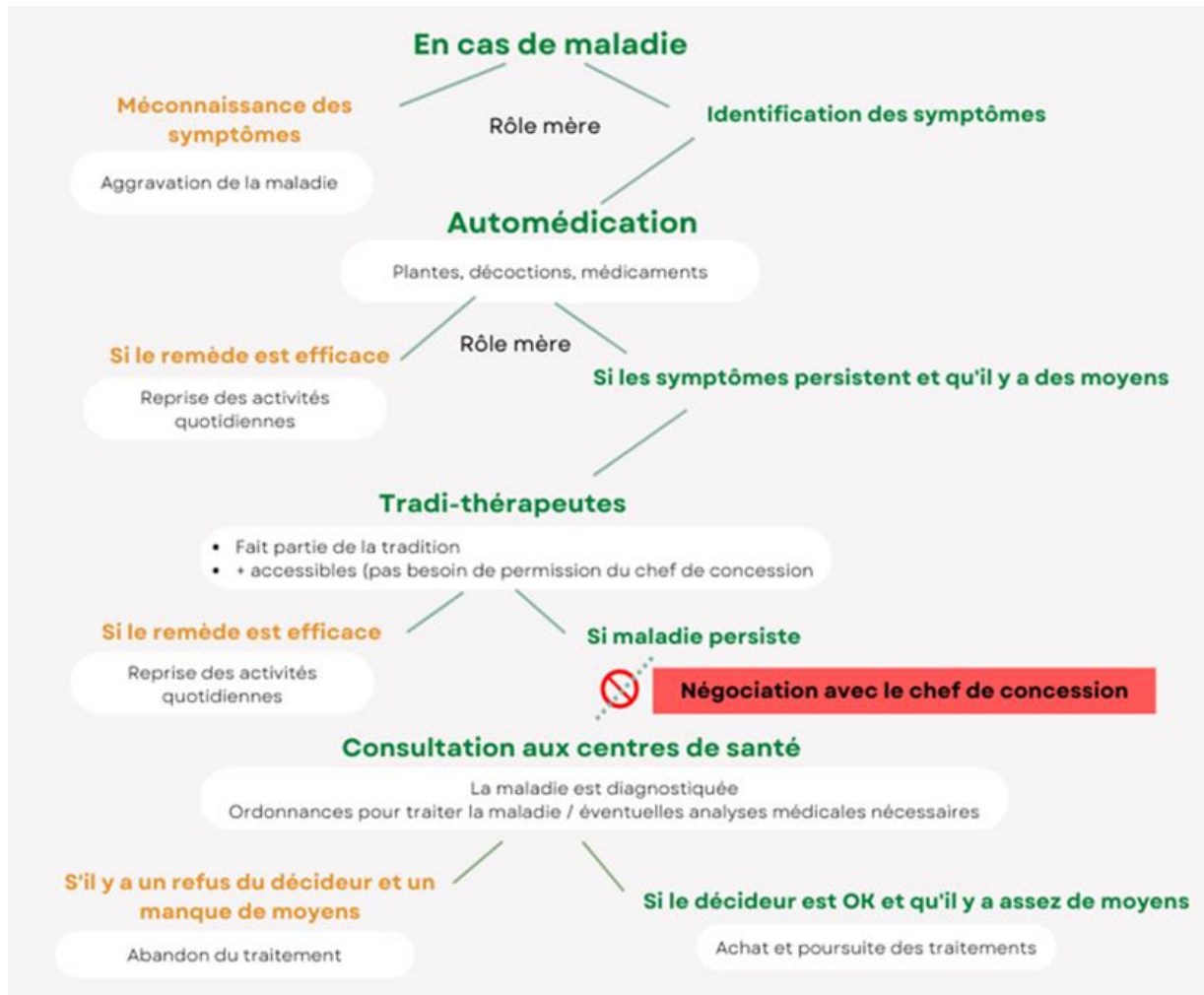


Figure 2 Parcours de soin type tel que présenté par les informateurs clés

Pour résumer, les résultats exposent que le premier enjeu est celui d'identifier les symptômes de la maladie. Ensuite, l'automédication semble le premier recours, dans la mesure où la mère peut agir en autonomie. Dans les cas où les symptômes persistent, l'orientation vers les tradithérapeutes se présente comme une solution « moins chère » et socialement acceptée pour traiter la maladie. Néanmoins, si la maladie est trop avancée, la recherche des soins au sein des centres de santé est perçue comme nécessaire mais elle demande néanmoins la négociation entre la mère et le chef de concession, responsable des dépenses du foyer. Enfin, certains participants évoquent la possibilité d'abandon du traitement donné aux centres de santé, dans les cas où la famille ne possède pas les ressources financières nécessaires.

4.3 Résultats des groupes de discussion

Cinq groupes de discussion focalisés (FGD) ont été réalisés dans les centres de santé. Les groupes (de 4 à 8 personnes) étaient constitués de parents d'enfants non-atteints de MAS et suivaient une composition homogène en termes de genre (4 groupes féminins, 1 groupe masculin).

Tableau 3 Description des participants aux groupes de discussion

Id FGD	N et Genre des participants	Lieu de passation
FGD35	5 Femmes	CSRef de Koutiala
FGD36	4 Femmes	CSRef de Koutiala
FGD37	6 Hommes	CSCOM Oula
FGD38	5 Femmes	CSCOM M'Pèssoba
FGD39	8 Femmes	CSCOM de Oula

Les résultats des groupes de discussion sont organisés en quatre parties :

1. Comment les habitants de Koutiala prennent soin des enfants
 - a. Résultats de la tâche d'association verbale (terme inducteur : *prendre soin de l'enfant*)
 - b. Caractéristiques des soins
 - c. Organisation de la cellule familiale et répartition des rôles
2. Les habitudes et pratiques de soin liées à l'alimentation, au bain, au sommeil et au jeu
3. Les freins et contraintes perçues pour prendre soin de l'enfant
4. Comment faire face à ces freins et problèmes

Comment les habitants de Koutiala prennent soin des enfants ?

Dans cette partie, nous présenterons tout d'abord les résultats de l'association verbale à partir du mot-inducteur « prendre soin de l'enfant ». Ensuite, nous aborderons les contraintes perçues par les participants qui limitent la qualité de soins donnés aux enfants ainsi que les stratégies imaginées pour y faire face.

a) Résultats de la tâche d'association verbale à partir du mot-inducteur « prendre soin de l'enfant »

Les associations verbales renvoient à trois catégories principales :

- **Des soins liés à l'hygiène** (FG36, FG37, FG38, FG39) : dans la plupart des groupes, les participants évoquent le mot « *hygiène* », certains donnent des précisions comme « *laver l'enfant s'il pleure* » (FG39), « *éviter la saleté* » (FG36, FG37), « *veiller à ce que l'enfant soit propre* », etc.
- **Soins liés à l'alimentation** (FG35, FG36, FG38, FG39) : plus précisément on retrouve les mots « *alimentation* » (dans 3 FG), « *donner nourriture saine* », « *donner des oranges ou bananes après l'allaitement* », « *donner de la bouillie enrichie avec du lait* », « *si l'enfant est propre et s'il a faim, on lui donne à manger* ».
- **Des soins liés à la protection et prévention des maladies** (FG35, FG38) : on retrouve le mot « *protection* » mais aussi des habitudes du type « *je lui donne des décoctions de Zondjè (Leptadenia*

hastata) et de *Gnaman* (*Piliostigma reticulatum*). [...]. *Si tu fais cela même si tu as un problème de lait maternel, l'enfant ne va pas le ressentir.* » (FG38)

- **Des soins liés à l'affection** (FG37, FG39). Par exemple dans le FG37 composé de pères d'enfants, les participants soulignent à plusieurs reprises l'importance de démontrer de l'amour à l'enfant et de surveiller l'état émotionnel de l'enfant (« *retrouver la joie de l'enfant s'il est mécontent* », « *amadouer l'enfant* »). Par ailleurs, dans le groupe FG39 composé de 8 accompagnantes d'enfants, les participantes lient l'état de santé de l'enfant avec l'état émotionnel de la mère « *Si l'enfant est en bonne santé la maman est heureuse et l'enfant aussi est heureux* ».

En résumé, certains soins sont évoqués de manière plus spontanée et partagée (notamment l'hygiène et l'importance de l'alimentation) que d'autres (comme l'allaitement ou l'affection). D'autres mots et actions ont été rappelés de manière moins fréquente et partagée comme « *scolariser les enfants* » (FG35), « *chercher l'acte de naissance* » (FG37). Enfin, les participants ont fréquemment évoqué des mots génériques comme « *la santé* », « *l'habillement* », « *l'entretien de l'enfant* ».

b) Caractéristiques sur les soins prodigués aux enfants par la communauté

Les réponses données à la question « *comment les habitants de Koutiala prennent soin des enfants ?* » varient en fonction du type de groupe. D'un côté, dans les groupes composés des femmes, les réponses renseignent sur les différentes techniques employées par les parents pour parvenir aux besoins essentiels / vitaux de l'enfant (FG35, FG36, FG38, FG39), comme les exemples suivants l'illustrent :

- FG35 : *le laver, l'habiller, lui donner le sein, le mettre sur le pot*
- FG39 : *allaier, s'occuper de la santé de l'enfant, l'habiller, s'occuper du sommeil de l'enfant*
- FG38 : « *on le lave proprement, on l'allait, mais avant tout on lave bien les seins, on protège l'enfant de toute saleté* » ; « *tu laves le sein avant de l'allaiter car nous partons en brousse et de retour il se trouve que les seins sont sales.* »

Veiller à l'hygiène individuelle, non seulement de l'enfant mais aussi de la mère à l'heure de l'allaitement est aussi rappelée dans le groupe FG39 (« *Tu le laves proprement et l'allaites. Si tu sors, tu laves les seins avant d'allaiter l'enfant.* »). Par ailleurs, de manière similaire que dans les groupes FG37 et FG38, le groupe FG36 établi un lien consensuel entre l'état de santé de l'enfant et l'état émotionnel de la mère.

D'un autre côté, dans le groupe FG37, composé uniquement de pères, les réponses se fondent sur une opposition entre des normes valorisées dans le groupe (ex. l'importance de la responsabilité paternelle) et les pratiques perçues comme déviantes et attribuées aux habitants « *isolés* » de la communauté :

« Si tu prêtes attention à l'enfant, si tu vois qu'il souffre seulement, fais tout ton possible pour l'amener au centre de santé. Avec certains pères, l'enfant peut tomber malade jusqu'à trois jours il ne l'amène pas au centre de santé. »

Enfin, quand il s'agit de soins psychosociaux liés à l'apprentissage :

- Dans les cas où l'enfant est en détresse (FG38²⁴), les participantes adoptent des comportements qui se fondent sur un lien materno-affectif et qui cherchent à rassurer l'enfant ;

²⁴ C'est le seul groupe dans lequel la question a été posée

- Dans les cas où l'enfant ne se comporte pas de la manière attendue par les parents (FG37, FG38²⁵) : les participants expliquent adopter différentes méthodes afin de faire comprendre à leurs enfants que ses comportements ne sont pas souhaitables (ex. menacer l'enfant, le gronder, le frapper) ;
- Dans les cas où l'enfant se comporte de manière attendue ou montre des signes de développement (FG37, FG38) : les participants mettent en avant le besoin d'encourager son autonomie et montrer des émotions positives à l'enfant.

c) Organisation de la cellule familiale et répartition des rôles

Dans les groupes composés de mères d'enfants, les participantes répondent de manière consensuelle que de manière générale, la mère est celle qui s'occupe davantage des enfants. Par ailleurs, le rôle des pères et maris est lié à la gestion des dépenses (FG35) et à la prise de décision en cas de maladie chez l'enfant (FG36, FG38, FG39). Cette répartition des rôles entre la mère et le père est expliquée dans les groupes FG37 et FG39 par le fait que le père n'est pas souvent à la maison, contrairement à la mère :

Participant 2 : (...) la femme doit prendre soin de l'enfant parce que c'est elle qui reste à la maison le plus souvent, le père reste rarement à la maison, mais c'est la mère qui reste à la maison, c'est elle qui peut prendre soin de l'enfant.

En revanche, les participantes du groupe FG36 expliquent cette répartition des rôles par le fait que les mères n'ont pas souvent des revenus ou des travaux rémunérés, elles n'ont donc pas de moyens pour acheter des ordonnances :

Traducteur : elles disent qu'elle doit avoir plus de responsabilité mais le problème est que les mamans ne travaillent pas (...) voilà, si tu as besoin de quelque chose, tu dois obligatoirement demander au mari avant de le faire

Néanmoins, pour d'autres participants le pouvoir de décision revient au père même dans les cas où les mères possèdent des revenus :

Participante : Si le mari ne se trouve pas à la maison, c'est à ce moment que la mère décide, mais si le père est à la maison c'est lui qui décide même si la mère a de l'argent, c'est le papa qui décide si tu peux aller à l'hôpital ou même acheter l'ordonnance

En dehors des rôles des parents, les participants évoquent d'autres personnes, membres de la cellule familiale et impliquées dans les soins des enfants, soit :

- FG35 : « les vieux de la famille », « la grand-mère », « les grandes sœurs », « des grands-pères ».
- FG36 : « grand-mère » qui s'occupe de l'enfant en cas d'absence de la mère et qui, d'après les participantes, a un rôle à jouer dans la prise de décisions en cas de maladie chez l'enfant.
- FG37 et FG38 : « grand-mère »

Habitudes et pratiques liées au jeu

Pour ce qui est des habitudes liées aux jeux et aux activités des enfants (cf. : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés), les participants de trois groupes s'accordent à dire que c'est le

²⁵ Ce sont les seuls groupes dans lesquels la question a été posée

rôle de la mère de décider quand l'enfant peut jouer et pour les participants d'un seul groupe la décision vient du père. Les activités liées au jeu varient en fonction des objets utilisés (ex. *jouets, poupées, clochettes, vieux ustensiles de cuisine*), de l'espace (ex. *dehors, branches d'arbre*) et de la personne avec qui le jeu s'établit (ex. *jeu de lutte* au sein de la fratrie ou *danse et chant* avec les mères). Enfin, deux groupes d'accompagnantes soulèvent l'importance du jeu dans le développement du lien affectif entre la mère et l'enfant.

Habitudes et pratiques liées à l'alimentation

Les aliments donnés aux enfants semblent varier d'un groupe à un autre. Pour certains parents, le repas des enfants est le même que celui des autres adultes. D'autres, en revanche, précisent que les enfants ont des plats spécifiques (ex. la bouillie enrichie, tô²⁶, fruits, œufs, lait). Par ailleurs, les cas où les enfants refusent de manger soulèvent des dissensus en termes de perceptions et comportements. D'une part, certains parents disent remplacer l'aliment refusé pour un autre (bouillie, sirops, allaitement). De plus, certains expriment l'importance de donner des réconforts affectifs (ex. *l'amadouer, lui prononcer des paroles*). D'autre part, ils interprètent le refus de manger comme l'expression des préférences de l'enfant (« *il n'aime pas ça* »). Enfin, si les refus persistent, les parents s'orientent vers une aide extérieure (centre de santé, tradithérapeutes, Imams).

Habitudes et pratiques liées au sommeil et au bain

De manière générale, le bain des enfants s'effectue entre 2 à 3 fois par jour, notamment avant le moment de dormir. Le massage est seulement évoqué dans deux groupes, soulevant que le massage a un impact sur le bien-être des enfants : « *Le massage ce n'est pas forcément une tradition mais beaucoup le font et surtout avec du beurre de karité, si tu fais du massage avec le beurre de karité l'enfant se sent bien.* » (FG36). D'autres parents mettent en avant d'autres techniques pour endormir les enfants, comme l'allaitement ou le portage au dos. Par ailleurs, les parents exposent le besoin d'utiliser des moustiquaires face à certains risques perçus comme les piqûres des moustiques ou l'infection provenant des parasites. Enfin, pour un groupe de parents, le sommeil de l'enfant perturbé est associé à un problème de santé chez l'enfant.

Les freins et contraintes perçues pour prendre soin de l'enfant

Pour finir, les parents ont soulevé un certain nombre de contraintes qui pourraient limiter la qualité de soins apportés aux enfants.

- Un premier type de contraintes perçues par les participants renvoient au niveau de la cellule familiale :
 - « Négligence des mères »
 - Méconnaissance des parents sur la gratuité des centres de santé
 - Espacement entre les naissances (ce qui augmente le besoin de ressources financiers et ce qui réduit le temps de soins pour chaque enfant et la disponibilité des mères pour jouer par exemple) ;
 - Surcharge de travail des femmes ;

²⁶ « *Le tô, une pâte de farine de mil, de sorgo ou de riz accompagnée d'une sauce à base de baobab, d'oseille et de gombo est le plat principal de la plupart des Maliens.* » Lenta & Milano, Mali de la terre à la table, Fondation Slow, https://www.fondazione Slowfood.com/wp-content/uploads/2015/04/ricette_mali_FRA.pdf

- Dépendance des mères à l'autorisation des chefs de concession pour emmener les enfants au centre de santé ;
- Le regard d'autrui (prendre soin de l'enfant peut être mal vu dans la communauté où la norme est de ne pas habituer l'enfant à la facilité)²⁷ ;
- Conditions d'hygiène précaires ;
- Moyens financiers de la famille (ce qui impacte, par exemple, la qualité d'aliments donnés aux enfants).

Les stratégies pour faire face aux contraintes perçues par les participants consistent dans :

- a) La sensibilisation des parents, notamment des pères et chefs de concession à l'importance des soins données aux enfants afin de les impliquer dans le suivi et traitement des maladies des enfants ;
- b) Le besoin d'adopter des recettes et d'aliments nutritifs pour les enfants ;
- c) Afin de faire face aux difficultés entraînées par les naissances rapprochées, certains participants suggèrent de rendre accessibles les méthodes contraceptives. Néanmoins, cette dernière suggestion soulève des dissensus dans les groupes. En effet, certains soutiennent que l'adaption de méthodes contraceptives ou le planning familial doivent être disponibles pour les femmes, même si les maris ne sont pas d'accord et d'autres s'opposent à cette idée.

Soins en cas de maladie chez l'enfant

Les résultats mettent en évidence deux types de parcours de soins. Un premier type de parcours de soin de l'enfant malade consiste à avoir recours tout d'abord aux tradi-thérapeutes (FG35). Néanmoins, ce type de parcours de soin créé des dissensus dans les groupes de discussion. Par exemple, dans le groupe FG36, les participantes précisent qu'elles ont recours aux tradi-thérapeutes pour les problèmes de santé liés aux accompagnantes mais pas pour les enfants. Ces derniers sont emmenés directement aux CSCOM, où la prise en charge est gratuite. Le recours des adultes chez les tradi-thérapeutes est ainsi expliqué par le fait d'économiser de l'argent.

En revanche, pour le groupe FG37, s'orienter vers les tradi-thérapeutes fait partie des anciennes pratiques de la communauté. Les participants perçoivent les pratiques traditionnelles non pas comme supplémentaires à la médecine biomédicale mais opposée :

Participant : Auparavant nous les amenions chez les vieux ou chez les vieilles. Il y avait des vieux ou des vieilles dans pratiquement tous les villages pour cela. En cas de maladie, on amène les enfants chez eux, ils les massent avec de l'huile en recitant des incantations. Mais aujourd'hui notre seul espoir, c'est le centre de santé, si les enfants tombent malade seulement, on l'amène là-bas c'est ça notre espoir.

Le deuxième type de parcours de soin en cas de maladie consiste à s'orienter directement vers les centres de santé (FG35, FG36, FG37, FG38, FG39). Par exemple, dans les groupes FG38 et FG39, les participants expliquent que si la maladie est « violente », on informe tout d'abord le père et ensuite on s'oriente vers les centres de santé. En revanche, si la maladie est perçue comme moins grave, les participants expliquent que

²⁷ Extrait groupe de discussion FG37 :

« Participant 1 : (...) je ne sais pas comment dire, que tu entretiens ton enfant jusqu'à un niveau, ce que tes collègues vont te dire.

Interviewer : Quel niveau ?

Participant 2 : Eeuh, comme tu aimes trop ton enfant.

Participant 1 : On te critique en disant que tu es en train de gâter ton enfant. Pour moi, ça c'est l'incompréhension, tout le monde doit chercher à se rapprocher de son enfant. »

le recours aux plantes se présente comme une alternative moins chère que les traitements donnés aux centres de santé.

5. Recommandations

Thème	Constat	Recommandation proposée
Allaitement et pratiques d'alimentation du jeune enfant	Connaissances et pratiques sur l'allaitement maternel ne suivent pas toujours les recommandations de l'OMS (en particulier introduction précoce d'autres aliments ou liquides que le lait maternel avant 6 mois semble fréquente)	Inclure un module sur l'allaitement maternel
	Diversification précoce ?	Inclure un module sur la diversification
	Module sur l'alimentation, recours aux aliments de proximité, ateliers cuisine	Manger une alimentation variée et équilibrée
Soins psychosociaux	L'ensemble des pratiques de FUSAM semblent correspondre aux habitudes des familles, sauf peut-être massage, sommeil ?	Mieux comprendre la pratique vis-à-vis des massages.
Organisation des tâches ménagères	Contraintes de surcharge de travail des femmes et liées à la possibilité pour elles de se rendre dans les CS	Sensibilisation à la répartition genrée des tâches ménagères ? travailler avec les mères pour identifier les leviers d'action
	Le chef de famille a un pouvoir décisionnel fort	Encourager les pères à être présents dans la vie de leurs enfants
Perception de la communauté	Stigmatisation des familles enfants MAS	Sensibilisation de la communauté
	Familles d'enfants MAS peuvent se sentir isolées	Organiser des réunions de parents pour diffuser l'information
Recours aux soins	Recours tardif aux centres de santé, qualité de l'accueil dans les CSCOM variable + barrière des coûts	Encourager les parents à amener leurs enfants aux centres nutritionnels de MSF s'ils sont malades.

Tableau 4 : Recommandations des chercheurs qui émanent des questionnaires auprès des parents d'enfants MAS et des groupes de discussion de parents d'enfants non-MAS.

6. Références bibliographiques

1. Richter LM, Darmstadt GL, Daelmans B, Britto PR, Black MM, Lombardi J, et al. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. An Executive Summary for the Lancet's Series. *Lancet* [Internet]. 2016;1–8. Available from: <http://www.thelancet.com/series/ECD2016>
2. Richter LM, Daelmans B LJ. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):103–18.
3. Daniel AI, Bandsma RH, Lytvyn L, Voskuijl WP, Potani I, Van den Heuvel M. Psychosocial stimulation interventions for children with severe acute malnutrition: A systematic review. *J Glob Health*. 2017;7(1):1–12.
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund WBG. Nurturing care for early child development [Internet]. Vol. 37, *Medico e Bambino*. Geneva: World Health Organization; 2018. 489 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
5. WHO. A Critical Link- Interventions for Physical Growth and Psychological Development. Vol. 22, *Child and adolescent health and development*. 1999.
6. Direction Nationale de la Santé. Protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë au Mali, version révisée 2011. 2011;205.
7. Le Roch K, Tofail F, Bizouerne C. Research Brief FUSAM : A Nutrition and Psychosocial trial for Treatment of Children with Uncomplicated Severe Acute Malnutrition in Nepal. *Action Contre la Faim*; 2018.
8. ELRHA. Follow-up of severely malnourished children (FUSAM): effectiveness of a combined nutrition psychosocial intervention on health and development [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://www.elrha.org/project/acf-fusam-nepal-call2/>
9. Copeland L, Littlecott H, Couturiaux D, Hoddinott P, Segrott J, Murphy S, et al. The what, why and when of adapting interventions for new contexts: A qualitative study of researchers, funders, journal editors and practitioners' understandings. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7 July):1–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0254020>
10. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 13*. 2013. College Station, TX: StataCorp LLC; 2013.
11. Richter LM, Cappa C, Issa G, Lu C, Petrowski N, Naicker SN. Data for action on early childhood development. *Lancet*. 2020;396(10265):1784–6.
12. Moliner, P., & Lo Monaco G. *Méthode d'association verbale pour les sciences humaines et sociales : Fondements conceptuels et aspects pratiques*. Presses Un. Grenoble; 2017.
13. Friese S. *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. Sage Publi. London; 2012.
14. Bardin L. *L'analyse de contenu* [Internet]. Presses Un. Paris; 2013. Available from: <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>

7. Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information générale du participant pour les Accompagnants / parents ≥18 ans et les parents/tuteurs des accompagnants / parents <18 ans



Ministère de la Santé
et des Affaires Sociales

**Cette lettre a été adaptée du protocole FUSAM*

Lettre d'information pour les adultes (≥18 ans) parents/d'accompagnants d'enfants MAS

A l'attention de l'enquêteur : Lisez cette déclaration à la personne interrogée et obtenez son consentement avant de commencer toute évaluation.

Titre de l'étude : Stimulation psychosociale en nutrition (STIMNUT), Koutiala Mali

Chercheur principal : Claire Bossard, Epicentre

Chercheurs associés :

Idrissa COMPAORE

Marc Ounténi COULDIATY

Pr. AKORY

Youssef Diam SIDIBE

Oumar SAMAKE

Gregory KEANE

Karine LE ROCH

Pascale LISSOUBA

Guilia SCARPA

Elisabeth POULET

Nom des organisations impliquées :

- Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders (MSF), Koutiala, Mali
- Epicentre, 14 - 34 Av. Jean Jaurès, 75019 Paris, France
- Ministère de la Santé et du Développement Social, Cité administrative Bamako BP 232, Mali
- Action contre la Faim, 14 Bd de Douaumont, 75017 Paris, France

Promoteur : Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders (MSF), Koutiala, Mali

Site :

Nom du participant :

N° d'identification _____ Age

Chère Madame, Monsieur,

Mon nom est,, (nom de la personne qui obtient le consentement), je travaille pour Médecins Sans Frontières (MSF) /(ou) le Département de la Santé (DoH). Vous êtes invité à participer à une étude menée par MSF et Epicentre (l'association de recherche de MSF), en collaboration avec le DoH à Koutiala. Avant de prendre votre décision de participer ou non, il est important que vous compreniez le contenu de cette notice d'information qui explique les différents aspects de l'étude. Vous pouvez lire cette notice, ou elle peut vous être lue, nous vous expliquerons et répondrons à vos questions. Avant de décider de participer ou non à cette recherche, il est important que vous compreniez pourquoi cette recherche est menée et ce qu'elle implique. Veuillez prendre le temps de lire attentivement cette lettre d'information et d'en discuter avec d'autres personnes si vous le souhaitez. Demandez-nous s'il y a quelque chose qui n'est pas clair ou si vous souhaitez plus d'informations. Si vous décidez de participer, on vous remettra cette fiche d'information à conserver et on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Si vous décidez de participer, vous serez toujours libre de vous retirer à tout moment et sans donner de raison. La décision de vous retirer à tout moment ou de ne pas participer n'affectera aucun aspect du traitement actuel ou futur de votre enfant.

Pourquoi m'a-t-on demandé de participer ?

Nous vous demandons si vous souhaitez participer parce que vous êtes un bénéficiaire du traitement médico-nutritionnel dans le cadre du programme de gestion communautaire de la malnutrition aiguë (CMAM).

Quel est le but de l'étude ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration d'une intervention de stimulation psychosociale (FUSAM) dans le programme d'alimentation thérapeutique (PAT) de Koutiala auprès des enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de malnutrition sévère aiguë (MAS). En d'autres termes, nous voudrions évaluer l'intégration de quelques séances de stimulation psychosociale dans les services normaux fournis dans les centres de santé et à l'hôpital MSF pour le programme CMAM. Dans le but d'améliorer les services fournis, nous proposons aux parents et à leurs enfants de participer à cette étude afin de mieux comprendre quel est l'impact des services fournis sur la santé et le développement des enfants ainsi que sur leur relation avec leur accompagnant principal.

Qu'est-ce que cela signifie pour moi de participer ?

Il peut vous être proposé de participer à l'une des différentes phases de l'étude : soit l'état des lieux initial qui nous aidera à adapter l'intervention au contexte local du Mali, soit la mise en œuvre de l'intervention elle-même et son évaluation. Vous pourriez être invité à une seule, ou aux deux, selon le moment où vous et votre enfant êtes suivis au centre de santé ou à l'hôpital.

➤ *Etat des lieux initial*

Si l'on vous propose de participer à l'état des lieux initial, et si vous acceptez de le faire, on vous posera quelques questions sur vous-même et votre famille. Le questionnaire devrait durer entre 45 et 60 minutes. Il vous sera également demandé de répondre à quelques questions concernant votre santé et la santé et le développement de votre enfant. L'entretien aura lieu dans le centre de santé où votre enfant est normalement pris en charge. Cette intervention devrait avoir lieu lors d'une de vos visites au centre de santé ou à l'hôpital si votre enfant est hospitalisé. Toutefois, si nous vous proposons de venir à un autre moment pour les besoins de l'étude, des frais de transport correspondant à la distance entre votre foyer et le centre de santé / l'hôpital par les transports publics vous seront alloués pour faciliter votre déplacement.

➤ *Mise en œuvre de l'intervention*

On peut également vous proposer de participer à l'intervention psychosociale qui durera 5 séances de 1h chacune (étalées sur un mois environ). Si votre enfant est suivi au centre de santé, la première session sera réalisée lors du deuxième suivi nutritionnel et ensuite pour les 4 sessions suivantes. Si votre enfant est hospitalisé, les séances commenceront pendant la phase de transition, une fois que la santé de l'enfant est stabilisée et sans interférer avec les soins dispensés par le personnel de santé et se poursuivront à l'hôpital pour la séance suivante ou au centre de santé après la sortie. Il vous sera demandé de répondre à quelques questions concernant votre santé et la santé et le développement de votre enfant, ainsi que vos connaissances concernant certaines pratiques de soins aux enfants, et ce que vous pensez (perception) de certaines pratiques de soins aux enfants. Nous prendrons également en compte certaines données importantes telles que le poids de votre enfant à la naissance et prendrons certaines de vos mesures corporelles (taille et poids). Le questionnaire devrait durer environ 60 minutes. Il vous sera demandé de répondre à ces questions à deux moments différents : la semaine avant la première session d'intervention, puis après la fin de l'intervention.

Nous vous proposerons également de participer à une séance de jeu libre avec votre enfant. Pendant celle-ci, deux membres du personnel de santé vous observeront, vous et votre enfant. Ce faisant, nous pourrions mieux comprendre comment les enfants et les personnes qui s'en occupent communiquent et interagissent ensemble.

L'intervention proprement dite sera composée de 5 séances de stimulation psychosociale comprenant des sessions sur la communication et le jeu, les pratiques d'allaitement et d'alimentation, les massages, le bain, les besoins en matière de sommeil et de relaxation, et le partage familial. Au cours de ces séances, il vous sera proposé de participer à des exercices pratiques, de partager vos préoccupations et vos réflexions sur le développement et les soins de votre enfant. Vous serez invité à poser autant de questions que vous le souhaitez. Si vous n'êtes pas disponible pour participer à ces sessions, parce qu'une autre personne se rend habituellement au centre de santé / à l'hôpital avec votre enfant, vous pouvez consentir à ce que votre enfant ait des

visites ultérieures de l'étude avec une autre personne (qui peut être l'un de vos autres enfants par exemple ou une autre personne s'occupant de votre enfant). Cependant, votre enfant ne sera pas inclus tant que vous n'aurez pas donné votre consentement formel.

Il vous sera également proposé de participer à un entretien supplémentaire en fin d'intervention pour évaluer l'acceptabilité de l'intervention. Ce questionnaire permettra d'évaluer dans quelle mesure vous avez aimé ou non l'intervention, ce qui pourrait être amélioré ou changé, et ce que vous en retirez. Ce questionnaire devrait durer entre 20 et 30 minutes. La discussion que vous aurez à ce moment-là avec un enquêteur sera enregistrée sur support audio. Cela nous permettra de revenir sur vos réponses et simplifiera le processus d'analyse. Comme toutes les autres données de l'étude, les enregistrements ne contiendront aucune information personnelle, ils seront identifiés par un numéro d'étude unique. Ils seront stockés sur un serveur sécurisé de MSF/Epicentre. Après la fin de l'étude, comme toutes les autres données, ils seront transportés au bureau de MSF à Bamako et seront stockés en toute sécurité pendant cinq ans, puis seront détruits.

Quels sont les bénéfices potentiels ?

Cependant, en participant, nous espérons que les informations fournies par vous et vos pairs pourront être utilisées pour développer de nouveaux services qui bénéficieront aux enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère à l'avenir. Une compensation sera prévue si vous participez à une interview (phase 1 et 3), il s'agira d'une collation pour vous et une pour votre enfant et également une ration de protection (ration alimentaire). Enfin, si vous participez à l'intervention elle-même, vous bénéficierez des conseils et échanges donnés par un agent psychosocial qui devraient vous aider à enrichir vos connaissances et savoirs-faire afin de vous occuper de votre enfant. Enfin, nous vous proposerons de prendre une photographie de vous avec votre enfant (si vous êtes d'accord) lors d'une des sessions. Aucune copie ne sera conservée par l'équipe de l'étude.

Quels sont les risques possibles ?

Nous ne nous attendons pas à ce que la participation à cette étude présente un risque physique, puisqu'il n'y a pas de prélèvement d'échantillons, ni d'examen physique autre que les mesures corporelles mentionnées précédemment. Cependant, poser des questions personnelles ou communiquer des informations personnelles peut être embarrassant pour certains participants. Vous pouvez refuser de répondre à toute question sans que cela entraîne des conséquences sur votre traitement actuel ou futur. Les procédures d'entretien se dérouleront en face à face dans une salle privée où vous pourrez indiquer que vous vous sentez à l'aise pour répondre aux questions ; si cela n'est pas possible ou si vous vous sentez mal à l'aise, veuillez-nous le faire savoir et une alternative vous sera proposée. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment, cela n'aura aucune incidence sur votre prise en charge habituelle. Si la personne qui recueille les données remarque que vous êtes extrêmement mal à l'aise et que vous pourriez avoir besoin de soutien, il le signalera au coordinateur de l'étude qui discutera avec vous des solutions possibles pour vous apporter un soutien émotionnel.

Si la personne qui recueille les données a connaissance d'une situation qui pourrait vous mettre, vous ou votre enfant, dans une position dangereuse, il la signalera au coordinateur de l'étude, qui pourrait être amené à la signaler aux autorités locales, afin que vous ou votre enfant receviez le meilleur soutien possible. Dans ce cas, il existe un risque de rupture de la confidentialité, votre identité pouvant être révélée pour votre protection ou celle de votre enfant.

Il existe également des risques pour les participants et le personnel liés à l'infection par le Covid-19. Afin de minimiser le risque de transmission du SRAS-Cov2 pendant l'étude, l'équipe adoptera des mesures de prévention et de contrôle de l'infection (IPC), telles que le maintien d'une distance adéquate avec les participants et le choix d'espaces bien ventilés ou ouverts pour les entretiens et les examens cliniques, lorsque cela est possible. Les membres de l'équipe de l'étude seront également équipés d'équipements de protection individuelle (EPI), y compris des masques médicaux, des gants et des désinfectants pour les mains à base d'alcool, qui seront utilisés pendant les entretiens et pour l'intervention psychosociale, conformément aux protocoles IPC de MSF. Dans le cas où les mesures IPC de base ne peuvent être suivies, un rendez-vous ultérieur ou un entretien dans un autre lieu sera proposé.

Comment mes informations seront-elles protégées ? (Confidentialité)

Toutes les informations recueillies sur vous et vos expériences au cours de la recherche resteront strictement confidentielles. Le nom et les coordonnées de votre enfant seront supprimés de toutes les informations que vous nous fournirez. Si vous acceptez de participer, un numéro d'étude unique vous sera attribué. Toutes les informations que vous nous fournirez contiendront votre numéro d'étude, mais pas votre nom. Les formulaires, les listes, les carnets de bord, les carnets de rendez-vous, le formulaire de consentement et toutes les listes qui relient vos numéros d'étude à d'autres informations d'identification seront conservés dans un dossier séparé, verrouillé, dans une zone à accès limité.

Les formulaires papier seront stockés dans une armoire fermée à clé/une pièce sécurisée du bureau MSF de Koutiala et les données électroniques (y compris l'enregistrement audio) seront stockées sur un serveur sécurisé MSF/Epicentre. Après la fin de l'étude, toutes les données (y compris les enregistrements audio) et les documents de l'étude seront transportés au bureau de MSF à Bamako et seront stockés en toute sécurité pendant cinq ans avant d'être détruits. Les ordinateurs seront protégés par un mot de passe. Une fois l'étude terminée, vous pouvez également contacter l'équipe MSF à Bamako, au Mali. Vous avez le droit de demander l'accès à vos données, d'en recevoir une copie pour un autre usage, de les corriger ou de les compléter, et de demander leur effacement à tout moment.

Vous êtes libre d'interrompre à tout moment le stockage de vos données sans donner de raisons, et cela n'affectera pas l'accès aux services de santé pour le présent et l'avenir. En cas d'opposition de votre part, elles ne pourront être effacées que si cela ne compromet pas sérieusement la réalisation des objectifs de la recherche.

Suis-je obligé de participer ?

C'est à vous de décider de participer ou non. Si vous décidez de participer, vous êtes toujours libre de vous retirer à tout moment et sans donner de raison, et cela n'affectera pas l'accès aux services de santé pour le moment et à l'avenir.

Comment les résultats de l'étude seront-ils utilisés ?

Nous prévoyons que les résultats de cette étude seront diffusés au sein du centre de santé et de l'hôpital où elle s'est déroulée, au sein du MS, ainsi que de MSF/Epicentre et d'ACF et également en dehors de l'organisation lors de conférences internationales et dans des revues internationales.

Une fois l'étude terminée, les informations recueillies seront analysées par un chercheur indépendant en France et les centres de santé et hôpitaux ayant participé à l'enquête recevront un résumé des résultats. Le rapport final sera partagé avec tous les partenaires (Ministère de la Santé, MSF/Epicentre ACF). MSF travaillera avec les autorités locales et les centres de santé pour partager les résultats de l'étude avec la communauté. Les résultats seront également partagés et publiés lors de conférences internationales et dans des journaux internationaux.

Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations ? (Droit de retrait)

Vous pouvez nous contacter à tout moment aux numéros de téléphone suivants :

1. Investigateur principal :

Claire BOSSARD, épidémiologiste, Epicentre à claire.bossard@epicentre.msf.org (+27 724483045)

Marc Ounténi COULDIATY, coordinateur médical, MSF OCP Bamako, Mali à msff-bamako-comed@paris.msf.org (contact local) +223 78 45 97 13

2. Président du CNESS, Tel : 20 23 95 62 ; Email : cnessnational@yahoo.fr

3. Secrétaire Permanent du CNESS, Tel : 20229544 / 76475136 Email : cnessnational@yahoo.fr

Ce protocole a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche suivant : Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS) au Mali et l'ERB de MSF. L'étude est financée par Médecins Sans Frontières.

Si vous avez des questions que vous souhaitez poser à une personne indépendante de l'étude, ou si vous souhaitez déposer une plainte au sujet de cette étude, vous pouvez contacter le Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS) du Mali au numéro suivant : (223) 20 23 95 62.

Si vous avez des questions concernant la protection de vos données, vous pouvez contacter le coordinateur MSF à msff-bamako-comed@paris.msf.org ou le délégué à la protection des données à dpo@epicentre.msf.org.

Annexe 2 : Fiche de consentement éclairé, volontaire et libre du participant (accompagnants / parents ≥18 ans)

A l'attention de l'enquêteur : Lisez cette déclaration à la personne interrogée et obtenez son consentement avant de commencer toute évaluation.

Titre de l'étude : Stimulation psychosociale en nutrition (STIMNUT), Koutiala Mali

1. Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information datée de _____ pour l'étude susmentionnée et ont eu l'occasion de poser des questions
2. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison, et que cela n'affectera en aucune façon mes droits
3. J'accepte que mes entretiens soient enregistrés afin de faciliter le processus d'analyse.
4. J'accepte que les données de cette étude soient utilisées dans des rapports, des présentations ou d'autres documents de l'organisation
5. J'accepte de participer à l'étude ci-dessus

Nom du participant

Date

Signature ou empreinte du pouce

Si j'ai participé à l'intervention, j'accepte qu'une photographie de moi et mon enfant soit prise à une des sessions

Oui Non

Nom et signature du membre de l'équipe MSF confirmant que le formulaire de CONSENTEMENT a été lu et compris par le participant :

Nom du membre du personnel

Date

Signature

Annexe 3 : Outil 1 Guide d'entretien mère / accompagnante – Etat des lieux initial

L'objectif de ce guide d'entretien est de fournir des indications sur les questions à poser aux parents / accompagnants participant à l'étude.

L'objectif général de ces entretiens approfondis est de connaître les croyances, les pratiques, les normes, les valeurs, les difficultés et éventuellement les questions des parents / accompagnants des enfants MAS concernant la prise en charge des jeunes enfants, en se concentrant sur leur santé, leur nutrition et leur développement psychosocial.

Le guide se compose de deux sections : La première partie est composée de questions ouvertes qui visent laisser la parole aux parents / accompagnants pour s'exprimer et partager leur expérience de parents / accompagnants.

La deuxième section se concentrera plus spécifiquement sur les informations sociodémographiques de l'enfant, de la mère et de la famille.

Pendant l'entretien approfondi, il est important de faire preuve d'une bonne écoute, d'empathie et de ne pas porter de jugement. Pour rappel, le bien-être du participant est le plus important. Les premières questions doivent permettre de mettre le participant à l'aise et d'établir un rapport de confiance. En présentant le contenu de l'entretien, il est important de rappeler au participant qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et que seulement son avis et expérience nous intéresse. De plus, il est important de rappeler que ses réponses resteront confidentielles et anonymes, et qu'il est libre de refuser de répondre aux questions et de se retirer de l'étude sans pénalité.

Avant de commencer l'entretien, assurez-vous que la personne que vous allez interroger est à l'aise et confortable, que le lieu est privé, puis rappelez-lui les objectifs de l'entretien. Vous pourrez continuer de recevoir les soins dont vous ou votre enfant avez besoin.

Exemple d'introduction :

Merci d'avoir accepté de vous entretenir avec nous aujourd'hui. Comme je l'ai expliqué précédemment, nous menons cette étude pour mieux comprendre l'expérience des parents /accompagnants des enfants MAS.

Nous sommes très intéressés par vos opinions, vous pouvez donc vous exprimer librement et autant que vous le souhaitez. Il n'y a pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses, et tout ce que vous direz restera confidentiel et ne sera pas associé à votre nom dans le rapport de résultats. Vous pouvez également refuser de répondre aux questions ou vous retirer de l'étude sans pénalité.

Note : en gras : Questions principales ; en italique : *Suggestions d'approfondissement* ;

[Entre parenthèses] : *Clarifications pour l'enquêteur /l'enquêtrice, ne doivent pas être utilisées comme question*

101	Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit avec l'expression « prendre soin d'un enfant »?	Réponse ouverte	
102	Avez-vous des personnes qui vous ont conseillé sur comment devenir parent ? qui ? qu'est-ce qu'elles vous ont conseillé ?	Réponse ouverte	
103	A votre avis, quels sont les facteurs qui aident l'enfant à bien se développer physiquement et mentalement ?	Réponse ouverte	
104	Pourriez-vous décrire une journée habituelle de votre enfant ? <i>Que fait-il/elle pendant la journée ? Avec qui reste-t-il / reste-t-elle ?</i>	Réponse ouverte	
105	Pouvez-vous me décrire le moment où votre enfant mange (<i>mange-t-il avant ou avec la famille ? Même repas ou différent ? Qui nourrit l'enfant ?</i>)	Réponse ouverte	
106	Votre enfant refuse-t-il parfois de manger ?	Oui Non Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1 2 99
107	Que se passe-t-il si l'enfant refuse de manger ?	Réponse ouverte	
Développement de l'enfant et soins psychosociaux KAP			
201	Quelle est l'importance de l'interaction avec les enfants dès la naissance ?	Très important Assez important Neutre Pas très important important Pas important Je ne sais pas.	1 2 3 4 5 99
202	Que faites-vous habituellement pour apprécier / encourager votre enfant?	Réponse ouverte	
203	Parfois si un enfant ne se comporte pas bien (fait du bruit, renverse quelque chose, ..) il arrive qu'il se fasse gronder, est ce que vous pensez que c'est une bonne pratique?	Réponse ouverte	
204	Que faites-vous habituellement lorsque votre bébé est en détresse, malheureux, qu'il pleure ?	Réponse ouverte	

205	Pouvez-vous me décrire le moment où vous donnez un bain à votre enfant ? (Prop: Qui lui donne le bain? A quelle fréquence? Pouvez vous décrire les échanges que vous avez avec votre enfant pendant que vous lui donnez le bain ?)	Réponse ouverte	
206	Parfois c'est un peu difficile pour les parents de causer / échanger avec les bébé (par manque de temps..) qu'est ce que vous en pensez?	Réponse ouverte	
207	Pensez-vous qu'il est possible d'interagir avec les enfants tout en faisant d'autres activités comme les travaux ménagers ?	Oui Non Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1 2 99
208	Avez-vous le temps de jouer avec votre enfant ?	Oui Non Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1 2 99
209	Si oui, comment jouez-vous avec votre enfant ?	Réponse ouverte	
210	Si vous avez le temps de jouer avec votre enfant, à quelle fréquence le faites-vous ?	Jamais Occasionnellement Régulièrement	1 2 3
211	Avez-vous l'habitude d'utiliser des jouets pour jouer avec votre enfant ?	Jamais Occasionnellement Régulièrement	1 2 3
212	Si vous utilisez des jouets, quel type de jouets utilisez-vous pour jouer avec votre enfant ?	Réponse ouverte	
213	Avez-vous l'habitude de masser votre enfant ?	Jamais Occasionnellement Régulièrement	1 2 3
214	Est-ce que vous pensez qu'il soit utile de masser un bébé lorsqu'il est malade / malnutri ?	Réponse ouverte	
215	Y a-t-il des parties spécifiques du corps que vous massez plus souvent ? Si oui, lesquelles ? (plusieurs choix possibles)	Ventre Dos Pieds	1 2 3

		Tête	4
		Visage	5
		Mains	6
		Jambes	7
		Autre préciser	8
216	Pensez-vous que le massage des bébés est important ?	Oui	1
		Non	2
		Je ne sais pas/je ne me souviens pas	99
217	Pouvez-vous me décrire le moment où vous mettez votre enfant au lit ?	Réponse ouverte	
218	Que fait votre enfant quand il veut dormir ?	Pleurer	1
		Ne veut pas jouer / s'engager	2
		Tirer les oreilles	3
		Sucer des doigts	4
		Bâillement	5
		Secousses des bras et des jambes	6
		Se frotter les yeux	7
		Autre préciser	8
		Je ne sais pas/je ne me souviens pas	99
219	Pouvez-vous me décrire la routine de sommeil de votre enfant pendant la journée ?	Réponse ouverte	
220	Pouvez-vous me décrire la routine de sommeil de votre enfant ?	Réponse ouverte	
221	Quelle est l'importance d'un bon sommeil pour un enfant ?	Très important	1
		Assez important	2
		Neutre	3
		Pas très important	4
		Pas important	5
		Je ne sais pas.	99

NUTRITION

301	Code nutritionnel :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
302	Date d'admission dans le programme de traitement	Jour/mois/année
		_ _ / _ _ / _ _
303	Type de traitement nutritionnel	
304	À votre avis, quand un enfant devrait-il commencer à être allaité ?	Immédiatement (dans les deux heures suivant la naissance)

	Après 2 heures		
			1
			2
			3
	Je ne sais pas		99
305	À votre avis, pendant combien de temps l'enfant doit-il se nourrir exclusivement de lait maternel ? <i>*exclusivement signifie : sans autre aliment/boisson, même de l'eau.</i>	Jours Mois	__ __ __ __ __
	Je ne sais pas/je ne me souviens pas		99
306	Selon vous, à quel moment faut-il introduire d'autres aliments différents du lait maternel dans l'alimentation de l'enfant ?	Jours Mois	__ __ __ __ __
	Je ne sais pas/je ne me souviens pas		99
307	Votre enfant est-il actuellement allaité ?	Oui Non Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1 2 99
309	Quand avez-vous commencé à allaiter votre enfant (colostrum compris) ?	Immédiatement (dans l'heure qui a suivi la naissance) ≥ 1 heure Jamais	0 1 2 3 99
310	Quel est le type d'allaitement en ce moment ?	Je ne sais pas. Exclusif (seulement lait maternel) Lait maternel + eau Prédominant Mixte	1 2 3
311	Est-ce que en général, vous pensez que la durée des tétées de votre bébé est adéquate (moins / plus) Réponse ouverte		
312		N/A Oui Non	4 1 2

	Avez-vous donné autre liquide (lait en poudre par exemple) à l'enfant avant 6 mois ?	Je ne sais pas/je ne me souviens pas	99
313	Quel premier aliment donneriez-vous ou avez-vous donné à votre enfant ?	Réponse ouverte	
314	Souhaitez-vous avoir plus d'informations sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire ?	Oui Non Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1 2 99
315	Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous aimeriez savoir de plus ?	Réponse ouverte	

ID |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
|__|

Naissance

401	Comment est né votre bébé ? (type d'accouchement)	Normal	1
		Instrumental avec forceps/ventouse	2
		Césarienne	3
		Je ne sais pas.	99
402		Où avez-vous donné naissance à votre enfant ?	A la maison
	Au centre de santé/hôpital/ONG		2
	Maison TBA		3

GARDE D'ENFANTS

403	Qui s'occupe de la préparation des repas ? <i>Plusieurs réponses possibles (si plus d'une, indiquer le nombre par ordre d'importance)</i>	Mère	_____
		Père	_____
		Parents	_____
		Grand-mère	_____
		Grand-père	_____
		Co-épouse	_____
		Frères et sœurs	_____
		Autres, précisez	_____
		Je ne sais pas.	99
404	Qui est responsable du bain ? <i>Plusieurs réponses possibles (si plus d'une, indiquer le nombre par ordre d'importance)</i>	Mère	_____
		Père	_____
		Parents	_____
		Grand-mère	_____
		Grand-père	_____
	Co-épouse	_____	

Frères et sœurs _____
 Autres, précisez _____
 Je ne sais pas. 99

Rédiger toute information complémentaire relative aux soins de l'enfant à la maison

IDENTIFICATION

	Date de l'entretien :	jour/mois/année	_ _ / _ _ / _ _	
501	IDENTIFIANT DE L'ENQUÊTEUR :			
502	ID. ENFANT/MÈRE :			
503	Code Enfant/Mère :			
504	Type et nom du centre	Centre OTP : précisez le nom		1
		Hôpital IPD		2

ENFANT

505	Sexe	Femme		1
		Homme		2
506	Date de naissance	Jour/mois/année	_ _ / _ _ / _ _	
507	Ou si la date de naissance est inconnue, l'âge	Années		
		Mois		
508	Poids de l'enfant à la NAISSANCE ou poids de naissance perçu	Kg	_ _ _ _	
509	Le bébé était-il prématuré (né avant 37 semaines) ?	Oui		1
		Non		2
		Je ne sais pas/je ne me souviens pas		99
510	Nombre d'enfants dans la famille			
511	Place dans la fratrie de l'enfant en question			

PARENT / ACCOMPAGNANT

512	Mère Date de naissance	Jour/mois/année	_ _ / _ _ / _ _	
513	Ou si la date de naissance est inconnue, l'âge	Années		
		Mois		
514	Statut de la mère :	Mariée à		1
		Simple		2
		Vit avec sa famille		3
		Co-épouse		4
		Je ne sais pas/je ne me souviens pas		99

515	Qui s'occupe des enfants à la maison ?	Une personne	1
		Plus d'une personne	2
516	Qui est le principal responsable des soins à la maison ? (Qui s'occupe principalement de l'enfant ?)	Mère	_____
		Père	_____
		Grand-mère	_____
		Grand-père	_____
	<i>Si plus d'une personne, indiquez le nombre par ordre d'importance</i>	Frères et sœurs	_____
		Co-épouse	_____
STATUT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE			
517	Niveau d'éducation de la mère	Analphabètes	1
		Primaire	2
		Secondaire	3
			4
518	Niveau d'éducation du père	Analphabètes	1
		Primaire	2
		Secondaire	3
			4
519	Quelles sont les activités génératrices de revenus pour le foyer ?	Agriculture / élevage	1
		Autre source de revenus	2
		Travailleur indépendant ou propriétaire d'une entreprise	3
		Travail salarié	4
		Travailleur journalier (sans revenu fixe)	5
		Envois de fonds	6
		Commerçant	7
520	La mère travaille-t-elle ?	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas / NA	99
521	Si oui, précisez où	Même village	1
		Un autre village	2
		Ce district	3
		Autre district	4
		Autre pays	5
		Autre (préciser)	6
522	Le père travaille-t-il ?	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas / NA	99
523	Qui décide des dépenses alimentaires/soins/santé pour cet enfant?	Père	1
		Mère	2
		Co-épouse	3
		Autre (préciser)	4
524	Au moment des repas, combien d'enfants (<5 ans?) mangent à partir du même plat?	Nombre des enfants < 5 ans	_ _
		Très bon	1

525	Parfois les enfants de l'âge de votre enfant ont accès aux plats, parfois c'est plus compliqué. Comment vous évaluez l'accès de votre enfant à la nourriture pendant les repas?	Bon	2
		Moyen	3
		Difficile	4
		Très difficile	5

Nombre de personnes ≥ 15 | _ | _ |

Nombre d'enfants âgés de >5 ans et de <15 ans | _ | _ |

526 Unité de production agricole

ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ (à chercher dans les DOSSIERS MÉDICAUX – ou suite à la discussion avec la mère)

527	Facteurs de vulnérabilité (ENFANT)	Enfant mal nourri	1		
		Début de grossesse	2		
		Enfant orphelin d'un seul parent	3		
		Enfant orphelin de 2 parents	4		
		Enfant placé en famille d'accueil	5		
		Enfant handicapé	6		
		Victime de violence	7		
		Mère ou père disparu/décédé	9		
		528	Facteurs de vulnérabilité (MERE)	Adulte gravement malade	1
				Adulte avec un handicap	2
				Femme enceinte	3
				Séparé(e) ou divorcé(e) (épouse/époux)	4
Veuf/veuve	5				
Femme allaitante	6				
Victime de violence	7				
Détresse psychologique générale	8				
Réfugiée	9				
Répudiée	10				
Déplacée	11				
Communauté marginalisée	12				

Guide d'entretien STIMNUT phase 1 :

Entretiens individuels – Informateurs clés

L'objectif de ce guide d'entretien est de fournir des indications sur les questions à poser aux informateurs clé participant à l'étude. Ces questions doivent être adaptées à la position, aux circonstances et aux caractéristiques des personnes interrogées.

L'objectif général des entretiens semi-directifs avec les informateurs clés de la communauté de Koutiala est de connaître les pratiques, les normes et les valeurs de la communauté concernant la prise en charge des jeunes enfants au sein des familles, en se concentrant sur leur santé, leur nutrition et leur développement psychosocial, et de décrire certains obstacles et facilitateurs de la prise en charge des enfants. Les informateurs clé ont une connaissance de première main de la communauté et peuvent fournir des informations sur la question d'intérêt et leurs perspectives sur les solutions possibles. Le guide se compose de trois sections : La première partie explorera le statut et le rôle de l'enquêté dans la communauté, son point de vue sur les problèmes sanitaires et sociaux qui affectent la communauté et les jeunes enfants en particulier. La deuxième section se concentrera plus spécifiquement sur les pratiques, les mœurs, les processus et les normes de la communauté concernant la nutrition et la stimulation psychosociale des jeunes enfants. La troisième partie est consacrée aux recommandations des personnes interrogées.

Pendant l'entretien approfondi, il est important de faire preuve d'une bonne écoute, d'empathie et de ne pas porter de jugement. Pour rappel, le bien-être du participant est le plus important. Les premières questions doivent permettre de mettre le participant à l'aise et d'établir un rapport de confiance. En présentant le contenu de l'entretien, il est important de rappeler au participant que ses réponses resteront confidentielles et anonymes dans les rapports, et qu'il est libre de refuser de répondre aux questions et de se retirer de l'étude sans pénalité.

Avant de commencer l'entretien, assurez-vous que la personne que vous allez interroger est à l'aise et confortable, que le lieu est privé, puis rappelez-lui les objectifs de l'entretien.

Exemple d'introduction :

Merci d'avoir accepté de vous entretenir avec nous aujourd'hui. Comme je l'ai expliqué précédemment, nous menons cette étude pour comprendre les facteurs qui affectent la santé des jeunes enfants, en particulier leur état nutritionnel et leur développement psychosocial. Lorsque nous parlons de jeunes enfants, nous entendons les enfants âgés de 6 à 23 mois. Nous souhaitons savoir comment les membres de votre communauté s'occupent de leurs enfants sur ces questions, quels sont les défis auxquels ils sont confrontés et ce qui les aide. Nous vous avons invité à cet entretien parce qu'en tant que (Insérer le poste ou le titre de l'informateur clé), vos opinions et perceptions peuvent nous aider à comprendre les facteurs qui affectent la santé et la croissance des jeunes enfants. Nous vous serions également très reconnaissants si vous pouviez nous donner des idées et des suggestions sur la manière dont MSF peut adapter ses programmes pour soutenir plus efficacement les jeunes enfants et les personnes qui s'en occupent. Je tiens à préciser que nous ne travaillons pas pour les services de santé locaux. MSF nous a demandé de mener cette recherche de manière indépendante. Nous sommes très intéressés par vos opinions, vous pouvez donc vous exprimer librement et autant que vous le souhaitez. Il n'y a pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses, et tout ce que vous me direz restera confidentiel et ne sera pas associé à ton nom dans le rapport de résultats. Vous pouvez également refuser de répondre aux questions ou vous retirer de l'étude sans pénalité.

Note : en gras : Questions principales ; *en italique* : *Suggestions d'approfondissement* ;
[Entre parenthèses] : *Clarifications pour l'enquêteur, ne doivent pas être utilisées comme questions d'approfondissement.*

A. Rôle dans la communauté et description de la communauté

1. Pouvez-vous me parler de vous et m'expliquer quel est votre rôle ? Que faites-vous pour la communauté ?

- *Depuis combien de temps vivez-vous dans cette communauté ?*
- *Quelles sont vos responsabilités ?*
- *Quelles sont vos principales activités avec les jeunes enfants (6-23 mois) et les personnes qui s'en occupent ?*

2. Pouvez-vous me parler de votre communauté ?

- *Quels sont les aspects positifs de la vie dans votre communauté ?*
- *Quels sont les aspects négatifs de la vie dans votre communauté ?*
- *Quels sont les problèmes ou les défis qui affectent votre communauté ?*
- *Quels sont les problèmes spécifiques qui affectent les jeunes enfants dans votre communauté ?*

3. Pouvez-vous me dire quelles sont les pratiques de soins dans votre communauté, pour les adultes, les enfants et plus particulièrement les jeunes enfants ?

- *Quelles sont les personnes ou les structures qui fournissent des services de soin dans votre communauté ? Lesquelles fournissent des services aux jeunes enfants ou sont destinées à ces derniers ?*
- *Que font les gens lorsqu'ils sont malades ou ont des problèmes de santé ? Qui consultent-ils ?*
- *Que font les gens lorsque leurs enfants sont malades ou ont des problèmes de santé ? Qui consultent-ils ? Qui prend la décision d'amener l'enfant chez le médecin ?*
- *En général, que pensent les membres de la communauté des services de santé disponibles dans la communauté ?*
- *Et plus précisément, que pensent-ils des services de santé disponibles pour les enfants ?*

B. Soins aux enfants, santé, nutrition et développement psychosocial des enfants

4. Que fait habituellement une personne qui s'occupe d'enfants ? Y a-t-il des tâches spécifiques à accomplir lorsqu'on garde des enfants de moins de 2 ans ?

- *Quelles sont les principales pratiques/activités ?*
- *Qui est/sont le(s) principal(aux) accompagnant (s) ? Si c'est un parent, quel est le rôle de l'autre parent ? Qui d'autre est impliqué ?*
- *Qui prend les décisions concernant les pratiques/activités de garde d'enfants ? Pourquoi ?*
- *Qu'est-ce qui est considéré comme une bonne pratique/activité de garde d'enfants dans votre communauté ? Pourquoi ?*

Exemples :

1 ; Nutrition/alimentation : Comment/à quelle fréquence les jeunes enfants sont-ils nourris ? par qui ? Quelle est l'alimentation des enfants (allaitement maternel, exclusif ou mixte) ? Qui décide de l'alimentation de l'enfant ? Qui fournit/achète la nourriture ? Qui cuisine la nourriture (le cas échéant) ?

2. Bain : Comment/à quelle fréquence les jeunes enfants sont-ils baignés ? Par qui ? Qui décide du moment du bain ?

3. Le sommeil/la sieste : Quand/comment les enfants sont-ils endormis ? Par qui ? Qui décide de l'endormissement des enfants ?

4. Activités de loisirs/divertissements/jeux : Quand/comment les enfants se divertissent-ils/jouent-ils ? Avec ou par qui ? Qui décide du moment où l'enfant joue/se divertit ? Des jouets sont-ils utilisés ? Quels jouets ?

5. D'autres pratiques/activités sont menées avec l'enfant ? Quand/comment, par qui ? Décideur ? Pourquoi ces pratiques/activités ?

5. Quelle est la perception de la communauté concernant la stimulation psychosociale des jeunes enfants de moins de 2 ans pour leur développement ?

- *Pensent-ils que c'est important ? Pourquoi ou pourquoi pas ?*
- *Si la stimulation psychosociale est importante, quelles sont les activités ou les pratiques utilisées ?*

6. Quelles peuvent être les contraintes pour un accompagnant lorsqu'il s'occupe d'un jeune enfant ?

C. Commentaires et recommandations

7. Pensez-vous qu'il est possible d'aider et d'encourager les accompagnants / parents confrontés à ces difficultés ? Comment ? Avez-vous des recommandations pour améliorer la situation des accompagnants / parents au niveau des centres de santé ?

8. Notre entretien touche à sa fin, avez-vous des commentaires ou des questions sur les sujets que nous avons abordés ?

Avant de conclure l'entretien, résumez les principaux sujets abordés et clarifiez les questions en suspens qui ont été soulevées pendant l'entretien ou les contradictions apparentes.

Remerciez le participant pour son temps et sa participation et mettez fin à l'entretien.

Annexe 5 : Outil 3 Guide pour le groupe de discussion des accompagnants / parents d'enfants non-malnutris – Etat des lieux initial

Guide d'entretien STIMNUT Phase 1 :

Groupe de discussion des accompagnants / parents d'enfants non-malnutris

L'objectif de ce guide d'entretien est de fournir des indications sur les questions à poser aux personnes s'occupant d'enfants non-malnutris participant à la discussion de groupe. Ces questions doivent être adaptées à la position, aux circonstances et aux caractéristiques des personnes interrogées.

L'objectif général des discussions de groupe avec les personnes s'occupant d'enfants non-malnutris est de connaître les pratiques, normes et valeurs de protection de la communauté en matière de soins aux jeunes enfants au sein des familles et d'identifier les facteurs clés qui peuvent avoir un effet positif sur la santé, la nutrition et le développement psychosocial des jeunes enfants. Les parents d'enfants non-malnutris peuvent avoir des pratiques, des approches ou des stratégies susceptibles d'éclairer les soins apportés aux enfants souffrant de malnutrition sévère ou à risque de malnutrition sévère. Ce guide est composé de trois parties : La première partie visera à décrire brièvement les perceptions générales de la prise en charge des enfants chez les participants, ainsi que l'organisation et le soutien, la deuxième section se concentrera plus spécifiquement sur leurs pratiques et processus de prise en charge concernant la santé, la nutrition et la stimulation psychosociale des jeunes enfants. La troisième section portera sur les commentaires et recommandations des personnes interrogées concernant les activités de garde d'enfants.

Pendant le groupe de discussion, votre rôle sera de modérer et de faciliter, et non de diriger la discussion. Vous devriez également avoir un observateur pour prendre des notes sur la communication non verbale. Vous devez avant tout vous assurer que tous les sujets d'intérêt sont explorés, et n'intervenir que pour demander des éclaircissements, interpellier les participants qui ne parlent pas et respecter le temps. Comme toujours, il est important d'être à l'écoute, de faire preuve d'empathie et de ne pas porter de jugement. En écoutant attentivement et en établissant un contact visuel, les participants comprennent que leur contribution est précieuse, ce qui les encourage à partager encore plus. Pour rappel, le bien-être des participants est le plus important. Les questions initiales doivent contribuer à mettre les participants à l'aise et à établir un rapport de confiance et de confort au sein du groupe. En introduisant la discussion, il est important de rappeler aux participants que leurs réponses resteront confidentielles et anonymes dans les rapports, et qu'ils sont libres de refuser de répondre aux questions et de se retirer de l'étude sans pénalité.

Avant de commencer l'entretien, assurez-vous que les membres du groupe sont à l'aise, que le lieu est privé, puis rappelez-leur les objectifs de la discussion.

Exemple d'introduction :

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette discussion de groupe et de nous avoir accordé votre temps. Comme vous le savez, nous travaillons actuellement à l'amélioration des services que nous soutenons pour les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois

souffrant de malnutrition sévère et leurs accompagnants. Nous souhaitons en savoir plus sur la manière dont les accompagnants et les parents de la communauté, comme vous, s'occupent de leurs jeunes enfants et les élèvent, notamment en ce qui concerne les questions de santé, de nutrition et de stimulation mentale. Nous vous avons invité à cet entretien car, en tant que parents et accompagnants de jeunes enfants non-malnutris, vos perceptions et vos expériences peuvent nous aider à comprendre quelles pratiques et activités peuvent avoir un effet positif sur la santé et la croissance des jeunes enfants. Nous apprécierions également beaucoup que vous nous donniez des idées et des suggestions sur le type de soutien dont peuvent avoir besoin les parents et les soignants, et sur la manière dont MSF peut adapter ses programmes pour soutenir plus efficacement les jeunes enfants et les soignants.

Nous espérons qu'au cours de notre discussion d'aujourd'hui, vous pourrez tous partager et comparer vos expériences et vos perceptions de la prise en charge de jeunes enfants. Nous avons quelques sujets spécifiques à aborder et des questions que nous poserons, mais nous espérons qu'elles permettront d'initier et de stimuler une discussion libre et ouverte. Nous avons prévu une discussion d'une heure et demie et comme nous avons plusieurs sujets à aborder, il se peut que je passe de temps en temps à la question suivante, mais n'hésitez pas à m'arrêter si vous voulez ajouter ou demander quelque chose.

Nous allons enregistrer notre discussion car nous voulons être sûrs de n'oublier aucun commentaire. Je tiens cependant à vous assurer que tous vos commentaires sont confidentiels et ne seront utilisés que dans le cadre de nos recherches. L'enregistrement ne sera pas diffusé en dehors de notre équipe et, dans les rapports ultérieurs, rien de ce que vous direz ne sera associé à votre nom. En outre, il y a quelques règles de base que nous devons suivre :

- Nous tenons beaucoup à ce que chacun participe, car nous apprécions votre contribution et nous aimerions que vous nous fassiez part de vos pensées honnêtes et ouvertes. Il se peut donc que je fasse appel à vous si je n'ai pas eu de nouvelles, ou que je propose que nous passions à un format de table ronde afin que chacun ait l'occasion de s'exprimer.*
- Comme nous allons enregistrer le groupe, et par respect pour les autres, nous demandons qu'une seule personne s'exprime à la fois. Vous pouvez lever la main ou faire un signe à nous, les modérateurs, lorsque vous souhaitez intervenir dans la discussion.*
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et nous accordons la même valeur à toutes les contributions, alors n'hésitez pas à vous exprimer, que vous soyez d'accord ou non. Il est en fait utile d'entendre différents points de vue. Vous êtes également encouragés à poser toutes les questions que vous souhaitez au fur et à mesure, que ce soit à moi ou aux autres membres de notre discussion.*

Je tiens à préciser que nous ne travaillons pas pour les services de santé locaux. MSF nous a demandé de mener cette recherche de manière indépendante. Nous sommes très intéressés par ce que vous voudrez bien partager avec nous, vous pouvez parler librement. Vous pouvez également refuser de répondre aux questions ou vous retirer de l'étude sans pénalité.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, nous y répondrons et nous pourrions ensuite procéder à la discussion de groupe.

DÉMARRER L'ENREGISTREMENT

Note : en gras : Questions principales ; *en italique* : *Suggestions d'approfondissement* ; [Entre parenthèses] : *Clarifications pour l'enquêteur, ne doivent pas être utilisées comme questions d'approfondissement.*

B. Perceptions générales et organisation de la prise en charge des jeunes enfants

- 1. Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit avec l'expression « prendre soin d'un enfant » ?**
- 2. Pouvez-vous me décrire comment vous occupez-vous des enfants dans votre communauté ?**
 - *Qui s'occupe des enfants ? Qui est/sont le(s) principal(aux) responsable(s) ? Si c'est un parent, quel est le rôle de l'autre parent ? Qui d'autre est impliqué ? Quel autre soutien est disponible ?*
 - *Qui prend les décisions concernant les pratiques/activités de soin d'enfants ? Comment ? Pourquoi ?*
 - *Quels sont les problèmes/facteurs qui vous empêchent de donner des soins à votre enfant ?*
- 3. Quels sont les défis ou les difficultés liées à la garde d'un jeune enfant ? Comment ces difficultés peuvent-elles être surmontées ?**

D. Pratiques et processus concernant la santé, la nutrition et le développement psychosocial des jeunes enfants

- 4. Que font habituellement les responsables d'enfants de votre espace familial lorsque l'enfant est malade ou a un problème de santé ?**
 - *_qui consultent - ils en premier ? (tradithérapeute ou service de santé)*
 - *Quand consultent-ils ? Où vont-ils ?*
 - *Quelle est l'opinion générale sur les services de soins de santé disponibles pour les enfants ?*
- 5. Que mangent habituellement les jeunes enfants dans votre espace familial ? Et que se passe-t-il quand ils refusent de manger ?**
 - *Comment/à quelle fréquence un jeune enfant mange-t-il ?*
 - *Qui nourrit l'enfant ?*
 - *Qui décide de ce que l'enfant va manger ?*
 - *Qui fournit/achemine la nourriture ? Qui cuisine les aliments (le cas échéant) ?*
 - *Un autre repas est-il proposé à l'enfant lorsqu'il refuse de manger ?*
 - *Les parents cherchent-ils à connaître les causes de refus ?*

- L'enfant est-il amené au centre de santé ou chez les tradi-thérapeutes ou chefs religieux lorsqu'il refuse de manger ?

6. Quelles sont les habitudes de bain des jeunes enfants de votre espace familial ?

- *Comment/où/à quelle fréquence les jeunes enfants sont-ils baignés ? Par qui ?*
- *Qui décide du moment du bain ?*

- **Quelles sont les habitudes de sommeil des jeunes enfants de votre espace familial ?** *Quand/comment l'enfant est-il mis au lit ?*
- *Par qui ? Qui décide du moment où l'enfant doit dormir ?*
- *Combien de temps l'enfant dort-il ?*
- *Que se passe-t-il si un enfant refuse de dormir ?*

7. Quel type d'activités fait un jeune enfant dans votre espace familial ?

- *Comment votre enfant joue-t-il/se divertit-il ?*
- *Quand/comment les enfants se divertissent-ils/jouent-ils ? Où avec qui ?*
- *Qui décide du moment où l'enfant doit jouer/se divertir ?*
- *Les jouets sont-ils utilisés ? Quels jouets ?*

8. Que fait habituellement la personne qui s'occupe de l'enfant dans les situations suivantes ?

- **L'enfant est en détresse, agité, contrarié.**
- **L'enfant a fait quelque chose de bien, il cherche à être félicité.**
- **L'enfant se comporte mal ou désobéit.**

9. Y a-t-il des activités à faire avec les enfants ? Lesquelles ? Pourquoi faites-vous ces activités avec eux ?

10. Que considérez-vous comme de bonnes pratiques/activités pour le bien-être des enfants ? Pourquoi ?

E. Commentaires et recommandations

11. Quels sont vos recommandations et conseils concernant la prise en charge des jeunes enfants ?

- a. *Aux autres parents/ accompagnants*

b. Aux programmes et services nutritionnels

12. Notre discussion touche à sa fin, avez-vous d'autres commentaires ou questions sur les sujets que nous avons abordés ?

Avant de conclure le groupe, l'observateur peut résumer les principaux points qui ont été abordés et clarifier les questions en suspens qui ont été soulevées au cours de l'entretien ou les contradictions apparentes.

Remerciez les participants pour leur temps et leur participation et mettez fin à l'entretien.

Annexe 6 : Autorisations éthiques

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LA
SANTÉ ET LES SCIENCES DE LA VIE (CNESS)
Sis à Djikoroni-Para face au Boulevard Mohamed VI
Contigu au CHU-Hôpital de Dermatologie de Bamako
(ex CNAM/Institut Marchoux).
Tél. : 20 23 95 62 / BPE : 5241 Bamako-Mali
Email : cnessnational@yahoo.fr/ presidenteness@gmail.com

N°2022 - 097 /MSDS-CNESS

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Bamako, le 13 JUILL 2022

**Le Président du Comité National d'Éthique pour la
Santé et les Sciences de la Vie**

A

**Madame Claire Bossard
Investigateur Principal**

du protocole de recherche intitulé «Adaptation contextuelle et évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'une intervention de stimulation psychosociale en nutrition pour les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère à Koutiala, Mali (STIMNUT)».

Le Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la vie ayant étudié votre protocole version 3 du 05/07/2022 vous donne son approbation pour la mise en œuvre dudit Protocole après observation des procédures administratives. La mise en œuvre de l'étude ne pourra démarrer qu'après l'obtention d'une autorisation dûment signée par une autorité administrative.

Nous avons apprécié les corrections dont votre protocole a fait l'objet après un premier passage devant le Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la vie (CNESS).

Nous insistons sur le fait que vous devez nous avertir de tout événement indésirable survenant au cours de l'étude et lié à l'étude dans les sept (7) jours ouvrables.

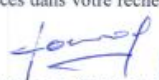
Nous insistons également sur l'élaboration de la fiche de consentement éclairé, libre et volontaire de chaque participant et de la renouveler à chacune des étapes.

La protection et la confidentialité doivent être respectées en toute rigueur.

Nous vous rappelons que le CNESS peut venir contrôler l'exécution de vos travaux sur le terrain à tout moment.

Le CNESS exige de votre part un rapport annuel décrivant l'évolution de vos travaux et un rapport final avant toute publication dans des revues. En cas de restitution publique, le CNESS demande à être présent en même temps que les autorités concernées.

Madame l'Investigatrice principale, nous vous souhaitons succès dans votre recherche et nous vous présentons nos salutations distinguées.


Professeur Sambou SOUMARE
Officier de l'ordre du Mérite de la Santé



Ethics Review Board
Instituted by Médecins Sans Frontières

Dr Claire Rieux
Medical Director
Médecins Sans Frontières
14-34 Avenue Jean Jaurès
75019 Paris, France

Cc : Mathieu Bichet, Klaudia Porten

25 March 2022.

Re: Ethics approval of "Psychosocial Stimulation in Nutrition (STIMNUT) - Contextual adaptation and feasibility and acceptability assessment of a psychosocial stimulation in nutrition for children with severe acute malnutrition in Koutiala (STIMNUT), Mali", version 2 dated in March 2022 (ID:2201).

Dear Dr Rieux,

Thank you for your reply to our review of the above-mentioned protocol. We are happy with the answers of the investigators and thus, approve the protocol. Please ensure that all people associated with the research receive a copy of the final, approved protocol.

Please note that:

- If the study is not started within the next twelve months, this approval will not be valid anymore, and you should submit a Request for Amendment (with the new schedule and the rationale for the delay);

- Any planned substantial revisions/changes to the protocol must be submitted to the Ethics Review Board through a Request for Amendment, for further review and approval;

- Any occurrences during the research that may affect its ethical acceptability, such as serious adverse events or other unforeseen events, must be reported to the Ethics Review Board;

- Once the study is completed or if it is stopped prematurely, the Ethics Review Board should be notified with an End of Study Notification. Please also send us copies of the final research report and any related publications.

- Please note that some research studies involving human participants should be registered in one of the WHO-accepted primary registers (<https://www.who.int/ictrp/network/primary/en/>). It is the researchers' responsibility to check when this is the case. We recommend that researchers check if individual studies need to be registered.

This approval is contingent upon approvals of the protocol by all necessary local ethics committees/institutional review boards and, when applicable, national regulatory authorities.

Please send us in due time a copy of the ethics approval of the National Ethics Committee for Health and Life Sciences (CNESS) in Mali.

With best regards

For the ERB,



Raffaella Ravinotto
Chairperson, Ethics Review Board

Members of the Ethics Review Board

Chair: Dr Raffaella Ravinotto, Belgium
raffaella.ravinotto@gmail.com

Vice-chair: Dr Emman Dito Djara, Ethiopia
EmmanDito3@gmail.com

Special advisors:

Prof Doris Schopper, Switzerland
Prof Ross Upshur, Canada

Prof Asim Ahmad, Pakistan
Dr Sunita Sheel Sandhu, India
Dr Matthias Borchert, Germany
Dr Adelaide Doussan, Canada & France
Prof Yell Cong, China
Dr Ama Edwin, Ghana
Prof Calvin Ho, Singapore
Prof Jantina De Vries, South Africa
Dr Amar Jassal, India

Dr Jo Robeyns, Belgium
Prof Eunice Kamwari, Kenya
Dr Ana Palmiero, Argentina
Dr Ghaleb Hussein, Sudan
Prof Lisa Schwartz, Canada
Dr Jerome Amir Singh, South Africa
Prof Edwin Wiers, Kenya

Executive Officer: Dr Emman Ahmed, Egypt
MSFRB-Executive@msf.org

Annexe 7 : Description socio démographique de la population d'étude (n=18, accompagnantes d'enfants MAS)

Variable	Modalités	n	%
Site étude	hôpital	8	44
	OTP	10	56
	URENI phase 1	2	11
Type de traitement nut	URENI transition	6	33
	URENAS phase 2	10	56
Durée traitement, jours médiane [IQR] (min, max)	11,5 [4-24] (min : 3, max : 41)		
Sexe enfant	Fille	9	50
	Garçon	9	50
Age enfant	Médiane à 1 [IQR 0,6-1,1], âge min : 6 mois, âge max : 18 mois)		
Prématurité bébé	oui	13	72
	non	5	28
Age mère	19-24 ans	6	33
	25-30	9	50
	> 31	1	6
	DCD	1	6
Statut de la mère	nsp	1	6
	Mariée à	17	94
	Vit avec sa famille	1	6
	Analphabètes	14	78
Niveau d'éducation de la mère	Primaire	4	22
	Secondaire	0	
La mère travaille-t-elle ?	Oui	7	39
	Non	11	61
Niveau d'éducation du père	Analphabètes	12	67
	Primaire	2	11
	Secondaire	4	22
Le père travaille-t-il ?	Oui	14	78
	Non	4	22
	Agriculture / élevage	12	67
Quelles sont les activités génératrices de revenus pour le foyer ?	Autre source de revenus	1	6
	Travailleur journalier (sans revenu fixe)	1	6
	Commerçant	4	22
Nbre enfants dans la famille, médiane [IQR] (min, max)	8,5 [4, 11] (min : 1, max : 25)		

Annexe 8 : Données quantitatives sur perceptions, les normes et les pratiques.

Allaitement et alimentation du jeune enfant

304	À votre avis, quand un enfant devrait-il commencer à être allaité ?	AA	Immédiatement (dans les deux heures suivant la naissance)	13
			Après 2 heures	3
			nsp	2
			3 mois	1
305	À votre avis, pendant combien de temps l'enfant doit-il se nourrir exclusivement de lait maternel ?*exclusivement signifie : sans autre aliment/boisson, même de l'eau.	AA	5 à 6 mois	1
			6 mois	6
			10 mois ou plus	4
			Je ne sais pas/je ne me souviens pas	4
			0	1
306	Selon vous, à quel moment faut-il introduire d'autres aliments différents du lait maternel dans l'alimentation de l'enfant ?	AA	2	4
			3	12
			12	1
307	Votre enfant est-il actuellement allaité ?	AA	Oui	15
			Non	3
309	Quand avez-vous commencé à allaiter votre enfant (colostrum compris) ?	AA	Immédiatement (dans l'heure qui a suivi la naissance)	12
			≥ 1 heure	3
			nsp	3
			Exclusif (seulement lait maternel)	2
310	Quel est le type d'allaitement en ce moment ?	AA	Lait maternel + eau	2
			Prédominant	
			Mixte	11
312	Avez-vous donné autre liquide (lait en poudre par exemple) à l'enfant avant 6 mois ?	AA	Oui	11
			Non	7
			Je ne sais pas/je ne me souviens pas	

314	Souhaitez-vous avoir plus d'informations sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire ?	AA	Oui	16
			Non	1
			Je ne sais pas/je ne me souviens pas	1
			Mère	15
			Père	3
			Parents	0
			Grand-mère	1
403	Qui s'occupe de la préparation des repas ? Plusieurs réponses possibles (si plus d'une, indiquer le nombre par ordre d'importance)	AA	Grand-père	1
			Co-épouse	6
			Frères et sœurs	3
			Autres, précisez	0
			Je ne sais pas.	0
Soins psychosociaux				
404	Qui est responsable du bain ? Plusieurs réponses possibles (si plus d'une, indiquer le nombre par ordre d'importance)	PSY / bain	Mère	15
			Père	1
			Parents	0
			Grand-mère	6
			Grand-père	0
			Co-épouse	1
			Frères et sœurs	2
			Très important	16
			Assez important	1
201	Quelle est l'importance de l'interaction avec les enfants dès la naissance ?	PSY / interaction	Neutre	0
			Pas très important	0
			important	1
207	Pensez-vous qu'il est possible d'interagir avec les enfants tout en faisant d'autres activités comme les travaux ménagers ?	PSY / interaction	oui	10
			non	8
208	Avez-vous le temps de jouer avec votre enfant ?	PSY / jouer	oui	15
			non	3
210		PSY / jouer	Occasionnellement	7

	Si vous avez le temps de jouer avec votre enfant, à quelle fréquence le faites-vous ?		Régulièrement	8
			Jamais	0
211	Avez-vous l'habitude d'utiliser des jouets pour jouer avec votre enfant ?	PSY / jouer	Occasionnellement	6
			Régulièrement	9
			Jamais	1
213	Avez-vous l'habitude de masser votre enfant ?	PSY / massage	Occasionnellement	10
			Régulièrement	7
			Ventre	10
			Dos	16
			Pieds	13
215	Y a-t-il des parties spécifiques du corps que vous massez plus souvent ? Si oui, lesquelles ? (plusieurs choix possibles)	PSY / massage	Tête	9
			Visage	8
			Mains	13
			Jambes	13
			oui	18
216	Pensez-vous que le massage des bébés est important ?	PSY / massage	non	0
			Pleurer	16
			Ne veut pas jouer / s'engager	1
			Tirer les oreilles	0
			Sucer des doigts	0
218	Que fait votre enfant quand il veut dormir ?	PSY / sommeil	Bâillement	12
			Secousses des bras et des jambes	1
			Se frotter les yeux	3
			Je ne sais pas/je ne me souviens pas	
			Très important	18
			Assez important	0
			Neutre	0
221	Quelle est l'importance d'un bon sommeil pour un enfant ?	PSY / sommeil	Pas très important	0
			Pas important	0
			Je ne sais pas.	0

Autres pratiques domestiques de santé

515	Qui s'occupe des enfants à la maison ?	PRA	Une personne	3
			Plus d'une personne	14
			Mère	12
			Père	8
516	Qui est le principal responsable des soins à la maison ? (Qui s'occupe principalement de l'enfant ?)*Si plus d'une personne, indiquez le nombre par ordre d'importance	PRA	Grand-mère	7
			Grand-père	0
			Frères et sœurs	1
			Co-épouse	4
			Père	17
			Mère	3
523	Qui décide des dépenses alimentaires/soins/santé pour cet enfant?	PRA	Co-épouse	0
			nsp	1
524	Au moment des repas, combien d'enfants (<5 ans?) mangent à partir du même plat?	AA	Nombre d'enfants < 5 ans (médiane)	4,3 [2, 6] max
				15
			Très bon	9
			Bon	4
525	Parfois les enfants de l'âge de votre enfant ont accès aux plats, parfois c'est plus compliqué. Comment vous évaluez l'accès de votre enfant à la nourriture pendant les repas?	AA	Moyen	3
			Difficile	1
			Très difficile	1
106	Votre enfant refuse-t-il parfois de manger ? (1 nsp)	AA	oui	14
			non	3

Légende couleur associée au tableau :

AA	Allaitement et alimentation du jeune enfant
PSY	Soins psychosociaux
PRA	Pratiques domestiques de santé

Annexe 9 : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés)

Regards croisés sur la communauté

Le tableau suivant présente les résultats de l'analyse de contenu de 13 entretiens auprès d'informateurs clés. Plus précisément, le tableau contient les représentations de la communauté et les tensions socioculturelles identifiées. Leurs spécificités sont décrites et illustrées à partir de différents verbatims (la colonne Occurrences (Occ.) renvoie à tous les entretiens où le sous-thème est présent).

Tableau 5 : Tableaux d'analyse thématique (entretiens auprès des informateurs clés)

Thème	Sous-thème	Description	Occ.	Verbatim
Représentations de la communauté	<i>Une communauté travailleuse et solidaire</i>	Il est mis en avant le potentiel d'exploitation (en termes d'agriculture) et la tendance à agir de manière collective.	2 travailleurs de santé ; 3 agents d'ONG ; Autorité locale ;	« De façon générale ces communautés sont réceptives, elles s'adaptent au changement, même si ce n'est pas facile, elles sont mobilisables. » (Agent d'ONG internationale) « Une communauté stable, travailleuse, qui dispose des ressources dont on a besoin » (Agent d'un projet humanitaire) « Les aspects positifs sont la solidarité, la communauté se mobilise en cas de problème » (Agent d'un projet humanitaire international)) « C'est une communauté qui est basée sur l'entraide, les gens sont très solidaires ici » (Autorité locale) « Ici notre activité principale c'est l'agriculture et pendant la saison sèche, nous faisons le maraichage » (Accoucheuse traditionnelle)
	<i>La recherche et l'accès aux soins, une question ambivalente</i>	L'évolution en termes de recherche et d'accès aux soins en cas de maladie s'estompe face au constat de certaines familles qui restent à l'écart des centres de santé, qualifiés de « réfracteurs »	Agent d'ONG ; 2 travailleurs de santé	« Les enfants, même en cas de malnutrition étaient laissés à eux-mêmes par les chefs de famille soit par méconnaissance ou manque de moyen. Ces derniers temps nous constatons de plus en plus leur affluence vers les centres de santé » (Agent d'ONG locale) « Parmi la communauté il y a toujours des réfracteurs. Ils ne viennent au CSCOM que lorsqu'ils sont gravement malades.

				<p><i>De la même manière certaines femmes enceintes ne viennent que lorsqu'elles sont malades » (Infirmière)</i></p> <p><i>« Comme difficulté, certaines femmes ne viennent pas avec leurs enfants pour le dépistage de la malnutrition avec MSF. Ce qui peut amener des graves conséquences voire même la mort. Il y a toujours des personnes qui sont réfracteurs. » (Accoucheuse traditionnelle)</i></p>
Des tensions socio-culturelles qui affectent le développement de l'enfant	<i>L'insécurité</i>	La montée des groupes d'attaque affecte les familles de la communauté.	Agent d'ong	<i>« On entend des mouvements des groupes, des attaques dans le cercle voisin et qui se propagent vers chez nous. Ce qui est inquiétant. » (Agent d'ONG)</i>
	<i>Les modes de vie traditionnels</i>	Certaines pratiques et croyances locales sont en contradiction avec les droits et soins des enfants (ex. le mariage infantile)	2 agents d'ONG	<p><i>« C'est communauté sont souvent traditionnaliste. En termes de protection nous avons des défis surtout concernant les droits de l'enfant. Il y a aussi le poids des us et coutumes, il y a certaines pratiques qui ne sont pas vraiment à encourager. » (Agent d'ONG internationale)</i></p> <p><i>« Par exemple si on prépare la soupe, ce sont des personnes âgées qui mangent cela et on pense que si on la donne à l'enfant, il sera gâté. Il faut qu'on laisse un peu les anciennes pratiques pour aider les enfants à mieux s'épanouir. » (Agent de projet humanitaire international)</i></p>
	<i>Des familles nombreuses</i>	Le nombre d'enfants est évalué comme une contrainte pour assurer la qualité des soins aux enfants	Agent d'un projet humanitaire ; Autorité locale ; Travailleur de santé	<p><i>« le plus souvent dans beaucoup de localité, la femme ou le mari ne s'occupe pas de l'enfant comme il le faut, parce que nous avons beaucoup d'enfant. » (Agent d'un projet humanitaire)</i></p> <p><i>Les enfants souffrent de problème de malnutrition parce que les mamans ne prennent pas soin d'eux. Les femmes qui viennent avec les enfants sont généralement enceintes car ne pratiquent pas le planning familial. Les hommes aussi ne les aident pas. (agent communautaire)</i></p>
	<i>La consommation d'aliments locaux</i>	Contraste évoqué entre la production d'aliments locaux	Travailleur de santé ; 2 agents d'ONG ;	<i>« Les femmes produisent beaucoup de légumes mais sa consommation reste faible. Cela est dû soit à ignorance soit la cupidité. » (Infirmière)</i>

	VS le type de consommation de produits.	Autorité locale	<p>« L'aspect négatifs, c'est surtout la consommation, j'ai constaté que ce qu'ils produisent à l'image de Sikasso, parce que j'ai fait les deux ans, ils ne consomment pas ça quoi, voilà. Ils ne consomment pas ça et puis la conservation aussi n'est pas bien faite par ce qu'elle produit et elle conserve mal les produits. » (Agent d'ONG internationale)</p> <p>« Ici c'est le grenier du Mali, c'est difficile de croire que nous avons la malnutrition, ça veut dire que ce que nous produisons nous ne le consommons pas. Et ce que nous consommons, nous ne savons pas l'utiliser. Sinon nous avons tout ici pour éviter la malnutrition » (Autorité locale)</p>
--	---	-----------------	--

Regards croisés sur les pratiques de soin et ses contraintes

Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'analyse de contenu de 13 entretiens auprès d'informateurs clés. Plus précisément, chaque colonne présente les différents thèmes en lien avec les pratiques de soin que nous avons identifiées ainsi que les contraintes à l'heure de prendre soin des enfants évoquées par les participants.

Types de pratiques de soins	<i>Une alimentation saine et équilibrée</i>	L'alimentation saine et équilibrée est mise en avant par la presque totalité des participants. *Un seul participant rappelle aussi l'importance de l'alimentation équilibrée depuis la grossesse (Autorité locale)	4 travailleurs de santé, 5 agents d'ONG, Autorité locale 2 tradi-thérapeutes	<p>« Les bonnes pratiques sont une alimentation adéquate... » (Infirmière)</p> <p>« Comme bonne pratique : on doit donner à l'enfant en plus du sein, des aliments riches. » (Accoucheuse traditionnelle)</p>
------------------------------------	---	---	--	---

<i>La qualité de l'allaitement</i>	La qualité de l'allaitement est évoquée mais peu développée	3 travailleurs de santé, 2 autorités locale	« Adopter la position idéale pour la bonne prise du sein. En donnant du sein à l'enfant la maman doit le regarder et parler avec lui. En ce moment il est content. (rire) » (Accoucheuse traditionnelle)
<i>Veiller à l'hygiène des enfants</i>	Les comportements pro-hygiène sont rappelés dans la quasi-totalité des entretiens.	4 travailleurs de santé, 3 agents d'ONG, 2 tradithérapeutes	« Bains » (infirmière) « Lavage des mains » (agent d'ONG internationale) « Le laver, le nettoyer s'il fait des selles » (agent de projet humanitaire)
<i>Le jeu</i>	*Dans un seul entretien le besoin d'entretenir une relation affective avec l'enfant (Accoucheuse traditionnelle)	1 Agent d'ONG, 3 travailleurs de santé	. « ... l'amadouer, jouer avec lui. S'il pleure on l'allaité en collant son corps contre le tien, ce qui développe l'affection entre l'enfant et sa mère. », (Accoucheuse traditionnelle)
<i>Veiller au sommeil de l'enfant</i>	Le sommeil de l'enfant est certaines fois évoqué comme un type de pratique de soin mais pas développé	2 travailleurs de santé	« le sommeil » (agent communautaire)
<i>L'adoption de comportements préventifs</i>	Il s'agit de comportements qui veillent à la santé de l'enfant en termes médicaux	Agent d'ONG ; Travailleur de santé ; Agent d'ONG locale	« La vaccination » (accoucheuse traditionnelle) ; « utilisation des moustiquaires » (Agent d'ONG internationale) « il faut un suivi générale de l'enfant, les réactions par rapport à l'audition, par rapport à l'ouïe, par rapport à sa façon de marcher, de manger, de parler, pour pouvoir détecter anomalies à temps et faire la prise en charge avant que ça ne soit compliqué. » (Agent d'ONG locale)
<i>Les signes de la bonne santé / maladie</i>	L'identification de la maladie et/ou mal-être de l'enfant se passent notamment à travers	Travailleurs de santé, Agent	Si l'enfant est bien portant, il mange bien et dors bien. Mais l'enfant qui a un souci de santé surtout de malnutrition, ne fait que pleuré et est tout le temps de mauvaise humeur. (Infirmière)

		l'observation du jeu et de l'humeur.	d'une ONG, Tradi-thérapeute	<p><i>Si tu vois qu'un enfant est propre c'est qu'il a bien mangé aussi. Il est difficile de rencontrer un enfant de deux qui n'a pas marché. Si l'enfant est propre quand même dis-toi qu'il mange bien (Agent d'une ONG locale)</i></p> <p><i>« Si tu vois que l'enfant ne joue plus tu dois chercher à savoir pourquoi. Si tu constates des anomalies il faut chercher à le soigner pour qu'il continue de jouer comme d'habitude. » (Tradi-thérapeute, homme)</i></p> <p><i>« Si l'enfant joue, il est content. S'il est content, ses parents aussi sont heureux. Mais s'il est malade, les parents ne sont pas contents. Donc c'est très important. » (Accoucheuse traditionnelle)</i></p> <p><i>« Si l'enfant est en bonne santé toute la famille est contente. Mais s'il est malade nous sommes tous tristes. » (Accoucheuse traditionnelle)</i></p>
Les contraintes	<i>Des femmes surchargées</i>	Les faibles soins procurés à l'enfant sont liés à la surcharge des femmes. D'autres associent explicitement la surcharge des femmes à une cause de la malnutrition.	Travailleur de santé ; 4 agents d'ONG ;	<p><i>« Si c'est une maman la première contrainte c'est le temps. Dans nos communautés les femmes sont tellement surchargées qu'elles n'ont pas le temps de bien s'occuper de leurs enfants même s'elles ont la volonté. » (Agent d'ONG)</i></p> <p><i>« quand on parle de malnutrition, quand on parle de l'allaitement maternel exclusif, c'est le temps demandé que la femme doit consacrer à allaiter son enfant qu'elle n'accorde pas. Surtout quand elle est en train de travailler et que l'enfant pleure, et qu'elle vient s'asseoir, elle donne le sein à l'enfant, si en tétant l'enfant laisse le sein un peu pour s'amuser et revenir, pour la femme il est rassasié, voilà, ou bien elle vient lui donner de l'eau et continue ses travaux. Je pense que cette</i></p>

			<p><i>affection se sont les périodes de téter et de manger là. » (Agent d'un projet humanitaire)</i></p> <p><i>« Les femmes sont tellement occupées qu'elles n'ont pas le temps à consacrer à l'entretien des enfants. » (Agent d'ONG locale)</i></p> <p><i>« la femme a trop de travaille à faire, elle doit aller au champs, elle doit chercher du bois de chauffe , elle doit preparer. Elle n'a pas pratiquement de temps de repos. Alors que l'homme a un temps de repos. Ce dernier peut profiter de ses temps de repos pour prendre soin de l'enfant. » (Agent d'un projet humanitaire international)</i></p> <p><i>« La grande difficulté est que les femmes travaillent trop au champ et n'ont pas très souvent le temps de s'occuper de leurs enfants. Après le champ elles sont occupées par les travaux ménagers jusqu'à une heure tardive de la nuit. Ce qui est difficile à corriger. » (Accoucheuse traditionnelle)</i></p>
<i>Négligence des accompagnants</i>	Par exemple, un tradi-thérapeute et un agent de santé communautaire évoquent comme contrainte le manque d'attention à la sécurité des enfants (ex. brulures, blessures, etc.)	Tradi-thérapeutes, Agent d'ONG ; Travailleur de santé	<p><i>Certaines femmes ne s'occupent pas de l'enfant, et d'autres le frappent, ce n'est pas normale. L'enfant doit être bien entretenu, il doit être amadoué. (Accoucheuse traditionnelle)</i></p> <p><i>Les parents aussi ne veillent pas sur les enfants. Ceux-ci sont laissés à eux-mêmes. L'enfant peut sortir à l'insu des parents pour aller dans la rue. Il peut avoir là-bas des accidents, des maladies et beaucoup d'autres choses. Donc je pense que l'un de gros problème pour les enfants, c'est ça. Le manque de suivi des parents. (Tradi-thérapeute, homme)</i></p> <p><i>Maintenant les femmes ne voient que le centre de santé. Alors qu'on peut trouver tous les médicaments avec les plantes. Le grand défaut des femmes maintenant est qu'elles ne prennent pas</i></p>

			<p><i>soin des enfants. C'est ça leur problème. (Tradi-thérapeute, femme)</i></p> <p><i>Certains enfants nous disent dans la rue que « votre médicament est amère, moi je ne l'ai pas pris ». Ils ne protègent pas les enfants contre les moustiques. (Relais communautaire)</i></p> <p><i>Ceux-ci sont laissés à eux-mêmes. Souvent tu rencontres des enfants dans la rue et tu te demandes s'ils sont même des parents. Par exemple on ne sait pas si l'enfant a bien mangé ou pas, s'il a dormi sous une moustiquaire ou pas (Agent d'un projet humanitaire international)</i></p>
<i>Manque de moyens</i>	<p>Les participants mettent en avant le manque de moyens financiers comme une contrainte pour prendre soin des enfants.</p> <p>Un seul participant expose la problématique du manque de produits alimentaires, notamment pendant la période d'hivernage (Agent communautaire)</p>	2 agents d'ONG ; Traavailleur de santé ; Autorité locale	<p><i>« Les moyens aussi peuvent constituer une contrainte. Si l'enfant tombe malade et il n'y a pas d'argent pour les ordonnances surtout pour les femmes car la décision vient d'ailleurs. Même pour les soins gratuits souvent il est difficile pour les femmes d'y faire accéder leurs enfants. » (Agent d'ONG internationale)</i></p> <p><i>L'autre contrainte c'est qu'on peut être limité financièrement aussi dans ce cadre. Parce qu'on peut avoir la volonté mais certes minime soit-il on doit mettre en place des moyens pour réunir des aspects dans ce sens. Et ça aussi c'est une contrainte. (Agent d'ONG locale)</i></p>
<i>Difficulté à assurer les déplacements aux centres de santé</i>	<p>Pour les habitants de certaines zones, l'accessibilité aux centres de santé peut être contrainte par les moyens de transports</p>	2 agents ONG	<p><i>« Concernant la distance si on prend l'aire de santé de Ngoutjina qui couvre Kapala non fonctionnel, la distance entre ces deux villages vaut 07 à 10 kilomètres. C'est ce qui amène les gens à se rendre au site ASC le plus proche ou aux cabinets de soins. Ce qui fait que le site ASC a tendance à se transformer en CSCOM. » (Agent d'ONG)</i></p>

<i>Les aliments tabous</i>	Certains aliments avec des qualités nutritionnelles pour l'enfant sont interdits	2 agents ONG	<p>« La consommation du lait et des produits laitiers à un certain âge qui sont souvent prohibés dans certaines communautés, les œufs aussi » (Agent ONG internationale)</p> <p>« Par exemple on peut dire qu'un enfant ne doit pas manger de la viande la nuit, ni boire du lait et ni consommé les œufs en période hivernale pour ne pas attraper le palu. Et on sait aujourd'hui que ça, ce n'est pas vrai. » (Agent d'un projet humanitaire international)</p>
<i>Manque de connaissances</i>	Le manque de soins procurés aux enfants est associé au manque de connaissances. Dans certains cas, le manque de connaissances est perçu comme une cause de la malnutrition (Agents d'ONG, Autorité locale, Travailleur de santé)	3 agents d'ONG, Travailleur de santé, Tradi- thérapeute,	<p><i>La contrainte majeure ici est l'ignorance. Moi-même je donne beaucoup de conseils à ma femme pour l'entretien des enfants. Souvent l'enfant tombe malade en son insu. Les gens n'accordent pas d'importance à l'entretien des enfants. (Relais communautaire)</i></p> <p>« peut être par méconnaissance on peut briser certaines étapes qui s'avèrent nécessaires pour assurer un bon développement, ça on peut le faire parce qu'on ne connaît pas, ça c'est une contrainte. » (Agent d'ONG locale)</p> <p>« La méconnaissance aussi parce qu'il y a des pratiques que les gens ne connaissent pas, si tu ne connais pas quelque chose , tu ne peux pas le pratiquer. » (Agent d'ONG internationale)</p> <p>« les femmes ne savent pas préparer les repas... » (Agent d'une ONG locale) « les enfants ne sont pas formés à l'école dans le domaine de la lutte contre la malnutrition » (Agent d'ONG locale)</p> <p><i>En termes de difficultés on peut citer l'ignorance et la pauvreté. (Infirmière)</i></p> <p><i>La difficulté c'est l'ignorance, il y'a la pauvreté aussi. (Relais communautaire)</i></p>

			<p><i>« il y a des cas de méconnaissance, pas qu'ils sont réticents mais ils ne connaissent pas, beaucoup de personnes ne connaissent pas ça c'est un fait de la société. Parce que c'est un sujet qui n'était pas d'actualité et non connu. » (Agent d'ONG locale)</i></p> <p><i>Dans certaines familles, les enfants mangent le même repas que les adultes. C'est ce qui est interdit, l'enfant aura un gros ventre mais il n'y a pratiquement rien de nutritif. (Autorité locale)</i></p>
Prendre soin de l'enfant : des rôles genrés	<i>Les soins de l'enfant, une affaire de femmes</i>	La mère est considérée dans la totalité des entretiens comme la responsable principale des soins de l'enfant. Néanmoins, elle est relayée par d'autres femmes : grand-mères, grandes sœurs, nounous.	<p>Totalité des entretiens.</p> <p><i>C'est la femme qui s'occupe du bain. Tant qu'elle est à la maison c'est elle qui le fait. Même si la maman n'est pas à la maison, c'est la grand-mère ou la grande sœur qui s'occupent du bain. Sinon chez nous surtout chez les minianka, l'homme ne lave pas l'enfant. (Agent d'un projet humanitaire international)</i></p>

<p><i>En cas de maladie, le pouvoir de décision de la prise de soin appartient à l'homme</i></p>	<p>L'homme (chef de concession) est responsable des membres de la famille en cas de maladie et des dépenses du foyer. Il s'agit majoritairement du père et mari, qui a donc le rôle de prendre la décision de type de soin à donner à l'enfant malade.</p>	<p>Totalité des entretiens.</p>	<p>« Parfois on [les mères] vient nous dire que malgré ma volonté, telle ou telle personne n'a pas accepté. » (Agent d'ONG internationale)</p> <p>« Souvent même si l'enfant tombe malade le mari traine à prendre la décision pour amener l'enfant au centre de santé, la femme n'ayant pas les moyens, même si la femme a les moyens, elle ne peut pas prendre la décision d'amener l'enfant au centre de santé » (Agent d'un projet humanitaire)</p> <p>Si la femme s'hasarde à faire parce que tu as de l'argent, le jour où tu n'as pas d'argent, on va dire que la dernière fois, c'est toi qui es partie sans notre autorisation, comme tu es une femme hautaine il faut le gérer maintenant. (Agent d'un projet humanitaire)</p> <p>« Tout est lié à l'homme » (agent d'un projet humanitaire international)</p> <p>Comme aspects négatifs : les hommes n'autorisent pas très souvent les femmes à venir au centre de santé pour les activités de nutrition. (Autorité locale)</p> <p>« Les femmes ont des problèmes de déplacement et le problème de soutien de leur mari. Mais nous sommes en train de sensibiliser les hommes. » (Autorité locale)</p>
--	--	---------------------------------	---

Résultats de l'association verbale « prendre soin de l'enfant » (groupes de discussion)

Le tableau ci-dessous présente les mots que les participants des groupes de discussion ont associé au terme « *prendre soin de l'enfant* »

FG35	FG36	FG37	FG38	FG39
Alimentation	Alimentation	Entretien de l'enfant	Entretien de l'enfant	L'hygiène
Habillement	Entretien	Être courageux pour habiller l'enfant	Alimentation	La santé
Protection	Garder l'enfant	Chercher acte de naissance	Allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois	<i>Si l'enfant est en bonne la maman est heureuse et l'enfant aussi est heureux</i>
Scolarisation de l'enfant	Hygiène (éviter saleté)	Prêter attention à l'état de santé de l'enfant	Donner des oranges ou bananes après l'allaitement	Laver l'enfant s'il pleure
La santé	Donner de la nourriture saine	Hygiène (éviter la saleté, veiller à ce que l'enfant soit propre)	Donner de la bouillie enrichie avec du lait	Si l'enfant est propre et si l'enfant a faim , on lui donne à manger
	Donner de l'eau	Amadouer l'enfant	<i>Après l'accouchement (...) moi, je donne des décoctions de « zondjè » (Leptadenia hastata)</i>	
		Retrouver la joie de l'enfant s'il est mécontent	Laver l'enfant	
		Démonstration d'amour du père vers l'enfant	<i>« je lui donne des décoctions de Zondjè (Leptadenia hastata) et de Gnaman ((Piliostigma reticulatum). [...]. Si tu fais cela même si tu as un problème de lait maternel, l'enfant ne va pas le ressentir. »</i>	

Recommandations données par les informateurs clés

Type de recommandation	Nbr d'occurrences	Verbatims
Sensibilisations Les participants proposent de réaliser + de sensibilisations pour faire face à la méconnaissance en termes de nutrition, de santé, de soins.	Recommandation présente dans 7 interviews. (3 travailleurs de santé ; 4 agents d'ONG)	« Pour aider et encourager les mamans il faut les sensibiliser. Si une maman connaît l'importance des bonnes pratiques d'entretiens, elles s'organisent pour mieux s'occuper des enfants. » (Infirmière) « La seule recommandation c'est accentuer les séances de communication et de sensibilisation. » (Agent d'ONG internationale)

		<p>« Moi c'est surtout la sensibilisation, voilà. La sensibilisation pour amener les gens à une prise de conscience et de décision, voilà c'est la seule chose que je vois » (Agent d'un projet humanitaire)</p> <p>« Je pense que moi à mon niveau je peux formuler certaines recommandations notamment à pouvoir continuer la sensibilisation au niveau des communautés, constituer des noyaux, les apporter des appuis techniques pouvant être appliqués dans la communauté dans les différentes familles. » (Agent d'ONG locale)</p> <p>« La première des choses, il faut de temps en temps organiser les séances de sensibilisation et d'informations à l'endroit des femmes, car beaucoup manquent de connaissance. » (Agent d'une ONG locale)</p> <p>« Je demande d'ajouter la malnutrition au curricula de l'éducation. Tout le monde doit être formé sur les causes et conséquences de la malnutrition. On doit aussi continuer avec la sensibilisation et l'information. » (Agent d'une ONG locale)</p> <p>« On peut remédier à cette situation par la sensibilisation des femmes et aussi, et surtout les hommes. C'est l'ignorance qui fait cela. Il faut vraiment sensibiliser les hommes. Comme les femmes écoutent les hommes, les choses peuvent changer. » (relais communautaire)</p> <p>« On peut les aider en les soutenant d'avantage et en leur donnant suffisamment d'informations sur les bonnes pratiques à adopter pour l'entretien des enfants. » (agent communautaire)</p>
<p>Impliquer / sensibiliser les pères de famille</p>	<p>Présent dans 5 interviews (2 agents d'ONG ; 1 travailleur de santé ; 1 tradi-thérapeute, Autorité locale)</p>	<p>« Il est possible de les aider. Il faut continuer la sensibilisation. Car même avec la volonté de la maman et le soin gratuit au CSCOM, certains décideurs ne laissent pas les femmes venir avec leurs enfants. Il faut donner les informations utiles non seulement aux mamans, mais aussi aux décideurs. Si les gens savent qu'il y a tel service à tel endroit, ils adhèrent. » (Agent d'ONG internationale)</p> <p>« Ce qu'on peut considérer comme bonne pratique, tous les deux parents doivent prendre soin de l'enfant et pas seulement la maman car elle a beaucoup à faire. [...]. Parce que la femme a trop de travail à faire, elle doit aller au champ, elle doit chercher du bois de chauffe, elle doit préparer. Elle n'a pas pratiquement de temps de repos. Alors que l'homme a un temps de repos. Ce dernier</p>

		<p><i>peut profiter de ses temps de repos pour prendre soin de l'enfant. » (agent d'un projet humanitaire international)</i></p> <p><i>« Si la mère est très occupée, le père doit pouvoir s'occuper de l'enfant. C'est ce que je disais. Le père doit aider la maman parce que cette dernière est très occupée. Il doit même y avoir une autre personne en dehors des deux parents qui s'occupe de l'enfant. Comme ça au moment de la cuisine, cette dernière peut prendre soin de l'enfant. » (agent d'un projet humanitaire international)</i></p> <p><i>« Je vous demande de rassembler les pères pour les informer et les éduquer sur les bonnes pratiques et leur importance dans le domaine de la nutrition. » (relais communautaire)</i></p> <p><i>« Je demande aux hommes de s'impliquer davantage dans l'entretien des enfants, ils doivent vraiment aider les femmes pour ces activités. » (tradi-thérapeute, femme)</i></p> <p><i>« Ce que j'ai à dire les hommes doivent soutenir les femmes, car dans la plupart des cas le problème se situe au niveau des hommes. Les femmes font la demande et les décident. Notre sensibilisation se portent sur la prise de décision, si un enfant est malade amené direct au centre de santé. Par exemple un enfant peut tomber malade et son père est absent si la décision n'est prise la maladie peut empirer avant son retour. Le défis qui nous attends est de sensibiliser et convaincre les hommes à soutenir les femmes. » (Autorité locale)</i></p>
Impliquer tous les membres de la famille	Présent dans 2 interviews (Agent d'ONG, travailleur de santé)	<p><i>« Il faut impliquer les grands parents dans toutes les actions à entreprendre dans la communauté car les derniers mots les reviennent. » (Agent d'ONG internationale)</i></p> <p><i>« Comme bonne pratique tous les membres de la famille doivent prendre soin de l'enfant. Car la femme a trop de travail à faire. Si elle doit encore s'occuper seule de l'enfant, c'est difficile. Donc tous les membres de la famille doivent apprendre les bonnes pratiques et s'occuper ensemble des enfants. » (relais communautaire)</i></p>
Démonstrations culinaires, encourager la consommation de produits locaux	Présent dans 2 interviews (2 agents d'ONG)	<p><i>« troisièmement, regrouper les femmes une fois par semaine pour faire des démonstrations culinaires car beaucoup de femmes ne savent pas préparer les petits mets pour les enfants et échanger entre elles. » (Agent d'une ONG locale)</i></p> <p><i>« valoriser les produits locaux qui sont très riches (feuilles de niébé, de baobab) pour la nutrition des enfants. » (agent d'un projet humanitaire international)</i></p>

Améliorer l'accueil des parents dans les centres de santé	Présent dans 1 interview (autorité locale)	« Assurer un bon accueil au centre de santé pour les accompagnants. Rémunérer les chargés nutrition. Faire une motivation pour les mamans (en nourriture) quand elles viennent pour la prise en charge des enfants malnutris car souvent le temps d'attente est long et les mamans ont faim. Et motiver les agents de santé. (...).Renforcer la capacité des ASC pour la bonne prise en charge locale des cas de malnutrition aigüe modérée (MAM). » (Autorité locale)
Création d'espaces de jeu pour les enfants	Présent dans 1 interview (Agent d'ONG)	« Deuxièmement créer un espace pour les enfants dans tous les quartiers pour permettre aux enfants de s'épanouir. » (Agent d'une ONG locale)

Les pratiques et habitudes alimentaires au sein des familles de Koutiala (groupes de discussion)

Habitudes et pratiques liées à l'alimentation	FG35	FG36	FG37	FG38	FG39
Aliments donnés aux enfants	Dissensus Certaines participantes disent donner aux enfants le même repas que les adultes, d'autres disent donner aux enfants de la bouillie	/	Du tô ou de la bouillie	« Ce que les agents de santé disent, on doit nourrir l'enfant avec de la bouillie enrichie, du lait des œufs, c'est ça la bonne nutrition » Bouillie enrichie, lait, œufs, bananes, oranges	Les aliments varient en fonction des possibilités de la famille. Les participants évoquent les aliments suivants : Bouillie, du tô, du riz, du couscous. Pour les enfants de 6 à 23 mois : du lait maternel, de la soupe de poisson, des bananes.
Perceptions du refus de manger et actions	Remplacer par un aliment que l'enfant aime et s'il ne mange tjrs pas on l'amène au centre de santé ;	Emmener l'enfant au centre de santé + jouer avec l'enfant,	Perçu comme l'expression de préférences de l'enfant (« il n'aime pas ça ») + signe de maladie.	« Tu lui donnes du sein, si tu donnes du tô, s'il refuse, tu lui donne de la bouillie, s'il refuse, en	Le refus est interprété comme un signe de maladie.

		<i>l'amadouer, lui prononcer des paroles</i>	Actions : remplacer l'aliment par un autre + surveiller son appétit Dans des cas rares, les participants disent que certaines personnes emmènent les enfants chez les tradi-thérapeutes / imams Cf. extraits	<i>ce moment tu l'allaites il se calmera. »</i> Le refus du lait maternel et d'autres aliments est interprété comme un symptôme de maladie Dissensus en termes d'actions : Certaines participantes disent s'orienter vers les centres de santé, d'autres disent s'orienter vers les tradi-thérapeutes ou des religieux.	Les actions évoquées sont : emmener l'enfant aux centres de santé, remplacer l'aliment par un autre / par du lait (maternel ou pas), lui donner des « <i>sirops</i> » ou médicaments qui donnent l'appétit à l'enfant. ²⁸
Choix des aliments de l'enfant	Père & mère		Père	Mère	Mère
Préparation des repas + acte de donner à manger	Rôle de la mère + grand-mère		Mère	Mère ; nounou ; le père si la mère n'est pas présente	C'est la mère qui prépare le repas mais les parents donnent à manger + sœur
Routine (heure, nbr de repas, etc.)	/	« <i>Il n'y a pas d'heure précise pour manger, si l'enfant a faim seulement tu lui donnes à manger. »</i>	« <i>Les petits enfants peuvent manger 4 fois par jour »</i>	« <i>Chaque fois que l'enfant a faim il doit manger, si tu sens qu'il</i>	« <i>Si l'enfant est bonne santé, il peut manger trois fois par jour. »</i>

²⁸ L'extrait suivant explique que dans les cas où l'enfant refuse de manger, la mère peut avoir recours à des médicaments qui donneraient de l'appétit à l'enfant : « *« S'il refuse de manger tu l'amènes au centre de santé, l'agent consulte et peut donner des sirops et autre médicament qui va permettre à l'enfant de manger. On peut aussi lui proposer un autre aliment qu'il préfère ou lui donner des sirops qui favorisent l'appétit. Il arrive que l'agent de santé consulte l'enfant et la maman. »* (FG39)

				<i>a faim tu lui donne à manger »</i>	<i>« Il passe la journée à téter. »</i>
Le sevrage	/	Le sevrage a lieu à l'âge de 20 mois sauf si la mère est enceinte (et donc le sevrage s'effectue avant) ou si la mère est malade (le sevrage s'effectue immédiatement)	/	/	/
Introduction d'aliments	/	6 mois (de l'eau y compris)	/	/	/

Les pratiques et habitudes liées au jeu (groupes de discussion)

	FG35	FG36	FG37	FG38	FG39
<i>Qui décide qd l'enfant joue</i>	Mère	Mère	Père	Mère	/
<i>Qui joue avec l'enfant</i>	Frères	Mère, avec d'autres enfants	Avec les autres enfants, avec la fratrie, mère	Avec les autres enfants, avec les nounous	Fratrie, mère
<i>Activités</i>	Jouets ; lutte entre frères ; poupées ; vieux ustensiles de cuisine	Chanter, danser, sourire, jouets	Dehors ; on coupe des branches d'arbre pour fabriquer des choses ; pour les plus petits des jouets (clochettes, poupées). La mère peut faire danser l'enfant	Jouets (poupées, clochettes, etc.)	Jouets (poupées, clochettes, etc.)
<i>Autres</i>	/	/	/	Permet d'établir un lien affectif	Permet d'établir un lien affectif + permet la communication

Dans la totalité des groupes, les participants expliquent que les enfants jouent davantage avec d'autres enfants. Dans trois groupes, les participants précisent que ce sont les mamans qui jouent aussi avec les enfants. Deux groupes s'accordent à dire que le jeu est un moyen d'établir un lien affectif entre les parents et l'enfant. En termes d'activités, les participants indiquent l'utilisation de jouets (ex. poupées, clochettes, etc.) mais aussi d'autres objets (ex. vieux ustensiles de cuisine). Par ailleurs, deux groupes précisent que les accompagnantes peuvent jouer avec les enfants à travers le chant et la danse.

Les pratiques et habitudes liées au sommeil & au bain (groupes de discussion)

	FG35	FG36	FG37	FG38	FG39
Habitudes liées au sommeil					
<i>Qui s'en occupe</i>			Mère	Mère	/
<i>Infos sur la routine</i>	Après le bain et le repas	Après le bain ; L'enfant dort entre 1 ou 2 heures en journée	L'enfant en bonne santé dort facilement la journée entre les repas	Après le bain	/
<i>Actions spécifiques</i>	Utilisation des moustiquaires,		S'il y a un refus de dormir persistant, emmener au centre de santé ; Utilisation des moustiquaires ; si les maisons ne sont pas cimentées, faire attention aux parasites (car les enfants dorment par terre)	Le porter au dos puis le mettre dans le lit, utilisation de moustiquaire	/
<i>Stratégies pour endormir l'enfant</i>	Mère se couche à côté ; donner le sein ; l'amadouer ;	Le promener pour qu'il s'en dorme		Allaitement, le dorloter, le porter au dos	/
Habitudes liées au bain					
<i>Qui s'en occupe</i>	Grand-mère ; grande sœur ; frères ; mères	/	Mère	Grand-mère puis mère	/

<i>Qui décide</i>	Mère ou grand-mère	/	Mère	La mère. Dans certaines circonstances le père (ex. quand il fait froid)	/
<i>Actions spécifiques</i>	Laver, masser, habiller	<i>« Le massage ce n'est pas forcément une tradition mais beaucoup le font et surtout avec du beurre de karité, si tu fais du massage avec le beurre de karité l'enfant se sent bien. Beaucoup ont pris cette habitude de faire le massage après le bain avec du beurre de karité »</i>	/	Laver dans une bassine avec du savon ou avec une plante bouillie. Réchauffer l'eau s'il fait froid	/
<i>Fréquence</i>	2 fois par jour	3 fois par jour (matin, midi et soir)		3 fois par jour (matin midi et soir, avant 17h)	3 fois par jour, pas après 17h
<i>Autres</i>	/	En cas de maladie respiratoire, certains médecins conseillent de ne pas laver les enfants	Tradition de ne pas laver les enfants après le coucher du soleil (<i>« c'est nos parents qui nous ont enseigné, ... »</i>)	/	/



Epicentre

14-34 av Jean Jaurès, 75019 Paris, France
Association loi 1901

+33(0)1 40 21 55 55

epimail@epicentre.msf.org
www.epicentre.msf.org