



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. Rapport d'étude.

Octobre 2024

epicentre
ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY



Sommaire

Table des matières

Préambule et remerciements	4
Acronymes et abréviations	5
Lexique	5
Résumé	7
1. Introduction	14
1.1 Contexte	14
1.2 Justification	15
2. Objectifs	16
2.1 Objectif général.....	16
2.2 Objectifs spécifiques.....	16
3. Méthode	17
3.1 Type d'étude	17
3.2 Préparation de l'étude.....	18
3.3 Population d'étude	18
3.4 Recueil des données.....	20
3.5 Analyse des données.....	26
3.6 Autorisations éthiques	28
4. Résultats des phases 1 et 2	29
4.1 Résultats phase 1	29
4.2 Résultats phase 2	29
5. Résultats de la phase 3	30
5.1 Résultats phase 3 : mise en œuvre	30
5.2 Résultats phase 3 : acceptabilité.....	47
6. Discussion	69
6.1 Validation et possibles limites	71
7. Conclusion	72
8. Références	73

Table des illustrations

Figure 1 : Conception méthodologie et organisation générale de StimNut.....	8
Figure 2 : Différentes phases de l'étude et objectifs associés	17
Figure 3 : Inclusion des familles dans la phase 3 de l'étude.....	31
Figure 4 : Répartition des accompagnantes (n=28) à la question : « dans quelles activités vous sentez-vous compétente ? » avant et après l'intervention.....	37
Figure 5 : Répartition des accompagnantes (n=28) à la question : « Connaissez-vous des activités qui permettent à votre enfant de se rétablir de la malnutrition ? Si oui, lesquelles ? » avant et après l'intervention	38
Figure 6 : Cadre conceptuel décrivant l'interaction accompagnante-enfant à la suite des observations menées par les deux observatrices.....	40
Figure 7 : Réponses apportées (n=22) à la question : « Avez-vous appris quelque chose d'important aujourd'hui ? (Précisez) », par sessions.	45
Figure 8 : Réponses apportées (n=24) à la question : « Qu'est-ce qui vous a plu ? (Précisez) », par sessions.	46
Figure 9 : Réponses apportées (n=24) à la question : « Que souhaiteriez-vous améliorer pour la prochaine session? (Précisez) », par sessions.....	46
Figure 10 : Evolution des représentations et attitudes affectives liées	47
Figure 11 : Regards croisés sur StimNut.....	56
Figure 12 : Processus d'adaptation du rôle des TPS.....	61
Tableau 1 : Domaines de la grille PICCOLO.....	24
Tableau 2 : Description de la population d'étude	32
Tableau 3 : Nombre, type et lieux des sessions de stimulation psychosociale	34
Tableau 4 : Présence d'un membre de la famille autre que l'accompagnant principal	34
Tableau 5 : Pratiques de soins infantiles et différences avant / après intervention.....	35
Tableau 6 : Symptômes de dépression périnatale et différence avant et après l'intervention	38
Tableau 7 : Niveau de support social perçu et différences avant / après l'intervention.....	39
Tableau 8 : Scores de niveau de support social perçu par catégories et différences avant / après l'intervention	39
Tableau 9 : Résultats quantitatifs avant / après intervention et différence (du test de Wilcoxon)..	40
Tableau 10 : Niveau de satisfaction après les sessions.....	44

Préambule et remerciements

Ce rapport d'étude est le rapport complet de l'étude StimNut qui s'est déroulée de juillet 2022 à juin 2023 à Koutiala au Mali. Deux autres rapports *ad hoc* ont été produits pour les phases 1 et 2 de l'étude : "Phase exploratoire" (phase 1) et "Phase d'adaptation participative" (phase 2). Ils sont disponibles à l'adresse suivante : <https://epicentre.msf.org/stimnut-une-recherche-action-communautaire-innovante-de-stimulation-psychosociale-pour-ameliorer-0>. Pour plus de détails sur les deux premières phases, merci de vous référer aux rapports correspondants.

Ce présent rapport porte plus spécifiquement sur la phase 3 de l'étude "Mise en place et acceptabilité de l'intervention de stimulation psychosociale adaptée" tout en présentant un résumé des phases 1 et 2. Il a été rédigé par les personnes suivantes de Epicentre et MSF : Claire BOSSARD, Sofia PAYOTTE, Aissatou DIALLO, Pascale LISSOUBA, Giulia SCARPA et Gregory KEANE et par Karine LE ROCH d'Action Contre la Faim. Les annexes de ce rapport sont regroupées dans un document séparé également disponible à l'adresse suivante : <https://epicentre.msf.org/stimnut-une-recherche-action-communautaire-innovante-de-stimulation-psychosociale-pour-ameliorer-0>.

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 qui ont mis en place les sessions et Prathama RAGHAVAN, psychologue 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 et modérateur, PIERRE Coulibaly, Dramane DAOU, Aoua SISSOKO 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, Mamoutou SOUMOUTHERA 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.

Acronymes et abréviations

ACF	Action contre la Faim
AMEDD	Association Malienne d'Éveil au Développement Durable
AS	Agents de Santé
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
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
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 internationale 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 (Follow-Up of Severe Acute Malnourished children 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
RAP	Recherche action participative
RI	Répertoires interprétatifs
PCMA	Programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
STIMNUT	Stimulation psychosociale en nutrition
TPS	Travailleuses psychosociales
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

Lexique

- **Accompagnantes, ou donneuses de soins** : personnes accompagnant les enfants dans les structures de prises en charge de la malnutrition. Il s'agit le plus souvent des mères ou des grands-mères des enfants.
- **Stimulation psychosociale** : il s'agit d'une modalité par laquelle la mère ou le soignant principal apporte sécurité, chaleur et affection dont l'enfant a besoin pour grandir et se

développer, au travers d'échanges basés sur des interactions sensorielles (visuelles, auditives, tactiles), cognitives et sociales. Dans le cadre d'une intervention de stimulation psychosociale, les activités proposées pour soutenir la mère et l'enfant sont adaptées à l'âge développemental de l'enfant et visent à améliorer les compétences parentales ainsi que la qualité des interactions (définition adaptée de: (1)).

- **Modèle Precede-Proceed** : est un cadre d'évaluation coûts-avantages qui peut aider les planificateurs de programmes de santé, les décideurs et autres évaluateurs, à analyser les situations et concevoir des programmes de santé de manière efficace. Il fournit une structure complète pour évaluer les besoins en matière de santé et de qualité de vie, et concevoir, mettre en œuvre et évaluer la promotion de la santé et d'autres programmes de santé publique pour y répondre.
- **Recherche action participative (RAP)** : permet de donner leur place aux communautés dans la production des savoirs et de l'innovation, aux côtés des chercheurs. Cette modalité de recherche concernent tous les domaines scientifiques et tous les sujets, sous des formes variées. Elle favorise l'écoute des enjeux sociétaux.
- **Recherche méthodes mixtes** : design de recherche dans laquelle les chercheurs collectent et analysent des données quantitatives et qualitatives au sein d'une seule étude pour répondre à une question de recherche.
- **Empouvoirement** : Il s'agit d'un résultat et un processus (2) dans lequel les individus (ex. accompagnants d'enfants MAS) et les groupes (ex. équipe d'agents en stimulation psychosociale) développent le contrôle, l'accès aux ressources et la prise de décisions pour agir sur leur environnement (3). L'empouvoirement implique des éléments psychologiques, sociaux et structurels, focalisés sur le sentiment d'efficacité, le changement social et systémique des conditions qui limitent le potentiel des individus et des groupes. Ainsi, la notion de « pouvoir » fait référence à la maîtrise (de connaissances, pratiques, etc.) et n'a donc pas un sens lié à la domination (4).
- **Répertoires interprétatifs (RI)** : Ce sont des systèmes discursifs composés par différentes ressources linguistiques (ex. métaphores, concepts, etc.), construits et partagés socialement (ex. au sein d'une équipe d'agents de santé, au sein d'une communauté). Les répertoires interprétatifs permettent aux individus de construire des versions particulières des réalités. Ils sont flexibles et varient en fonction des contextes.
- **Altérisation** : L'altérisation (Othering) est un concept qui renvoie à des processus identitaires qui permettent à un individu ou à un groupe de catégoriser, caractériser et mettre à distance un objet (ex. une maladie, comme le VIH (5)) ou autre groupe, différent du sien. Dans cela, l'altérisation a comme fonction de protéger l'endogroupe (« nous ») et de le distinguer d'un exogroupe (« eux »). Par exemple, dans le domaine de la malnutrition, des études mettent en évidence le processus d'altérisation des mères d'enfants atteints de MAS dans les discours des membres d'une communauté (6) et dans la presse (7).
- **Lecture flottante** : première étape de l'analyse qualitative permettant de prendre connaissance des données sans procéder directement à l'exploitation des données et aux interprétations (8).

Résumé

Outre le risque accru de maladie et de mortalité précoce, les enfants qui guérissent de la malnutrition aiguë sévère (MAS) font souvent face à des retards de développement cognitif et physique. Au Mali, la MAS constitue un défi majeur, accentuant la vulnérabilité des enfants face à diverses maladies, dans un contexte marqué par une insécurité alimentaire répandue depuis 2010 et accentuée suite à la crise socio-politique de 2012. Des interventions précoces de stimulation psychosociale chez les nourrissons et les jeunes enfants malnutris ont montré des avantages significatifs à court et à long terme sur leur 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 children¹". L'intervention 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. Au Mali, bien que la stimulation psychosociale soit reconnue comme une recommandation essentielle dans le Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë, son intégration dans le traitement nutritionnel semble être entravée par des contraintes telles que le manque de temps, de ressources ou l'absence d'un protocole standardisé décrivant les actions à entreprendre avec les donneuses de soin principales.

L'objectif principal de l'étude StimNut était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'intégrer une intervention de stimulation psychosociale, adaptée du programme FUSAM, dans le contexte malien du Programme d'Alimentation Thérapeutique (PAT) de Koutiala, destinée aux enfants âgés de 6 à 23 mois souffrant de MAS. Cette étude mixte, combinant données qualitatives et quantitatives, a été menée dans deux centres de santé communautaires du ministère de la Santé Publique et du développement Social du Mali soutenues par MSF-OCP à Koutiala (CSCOM), ainsi qu'au service pédiatrique de l'hôpital de référence de Koutiala (hôpital MSF). Les objectifs spécifiques de l'étude incluaient la description des facteurs influençant l'état nutritionnel et le développement des enfants, l'adaptation du protocole FUSAM au contexte de Koutiala, le pilotage de son intégration dans le programme d'alimentation thérapeutique, l'évaluation de sa faisabilité et de son acceptabilité, ainsi que la mesure de changements avant / après l'intervention, en termes de connaissances et de pratiques des personnes fournissant les soins aux enfants (les parents ou gardiens des enfants), et des symptômes de dépression maternelle.

L'étude a été conduite en trois phases successives entre juillet 2022 et mai 2023 :

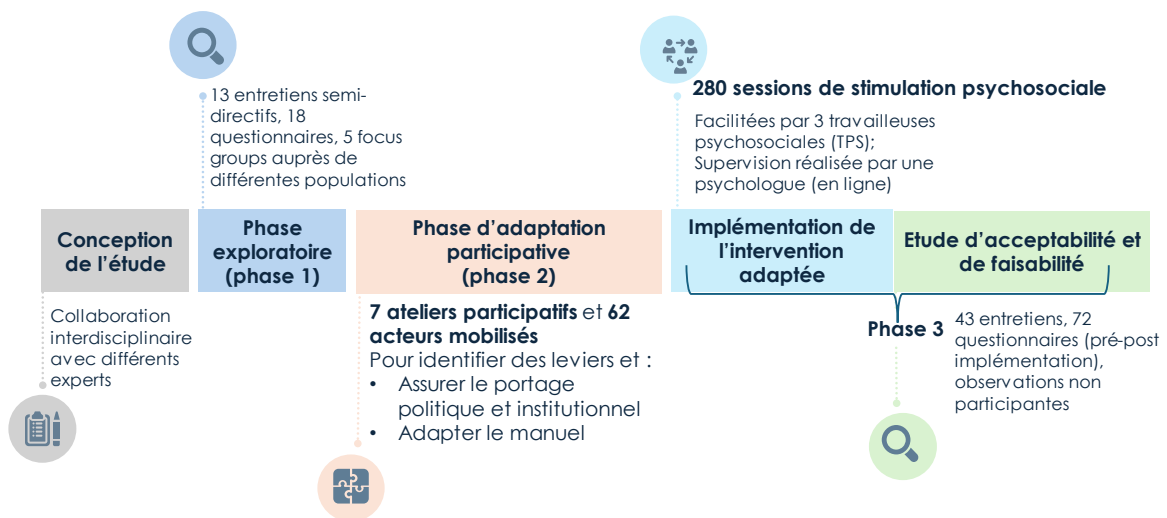
- Phase 1 (juillet – août 2022) : Une phase exploratoire initiale visant à mieux comprendre le contexte et les principaux facteurs comme déterminants de la malnutrition au sein de la population étudiée ainsi que les expériences et les

¹ Suivi des enfants sévèrement malnutri, FUSAM

besoins des personnes consultant dans les CSCOM/l'hôpital. Cette phase est détaillée dans un rapport ad hoc : "Phase exploratoire" (phase 1)².

- Phase 2 (octobre-novembre 2022) : L'adaptation de l'intervention existante FUSAM au contexte de Koutiala en utilisant une approche de recherche-action participative (RAP) impliquant les parties prenantes concernées par la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS) des jeunes enfants à Koutiala. Cette phase est également détaillée dans un rapport séparé : "Phase d'adaptation participative" (phase 2).
- Phase 3 (février – mai 2023) : La mise en place et l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'intervention adaptée dans trois sites de l'étude (deux centres de santé communautaire et le service pédiatrique de l'hôpital de référence de Koutiala).

Des méthodes diverses ont été utilisées pour la collecte des données, y compris des entretiens individuels semi-structurés, des groupes de discussion, des entretiens approfondis avec des informateurs clés, des ateliers avec des comités et sous-comités, ainsi que des observations directes des interactions accompagnante-enfant (Figure 1). Les données ont été analysées à la fois qualitativement et quantitativement pour répondre aux objectifs de l'étude.



3

Figure 1: Conception méthodologie et organisation générale de StimNut

² A retrouver sur : <https://epicentre.msf.org/stimnut-une-recherche-action-communautaire-innovante-de-stimulation-psychosociale-pour-ameliorer-0>

Les principaux résultats de la phase exploratoire ont montré que certaines pratiques de soin de l'intervention FUSAM étaient plus courantes (ex. alimentation) que d'autres (ex. jeu) et qu'elles variaient en fonction des familles. Par ailleurs, bien que les recommandations du FUSAM semblaient s'intégrer au système de valeurs de la plupart des familles interrogées, plusieurs barrières pouvant entraver les soins des enfants ont été soulignées. Par exemple, la surcharge de travail des mères / donneuses de soins principales, leur forte dépendance à l'égard des chefs de famille en cas de maladie de l'enfant, le nombre élevé d'enfants par famille, le manque de moyens financiers et de connaissances, et la stigmatisation des mères vis-à-vis de la malnutrition de leur enfant. Les résultats de cette première phase ont été utilisés pour l'adaptation de l'intervention au contexte de Koutiala.

Dans la deuxième phase de l'étude, l'adaptation contextuelle de l'intervention FUSAM, sept ateliers ont été organisés avec des participants aux profils variés, répartis en trois comités : 1) le comité consultatif (autorités administratives, politiques, sanitaires, ONG) a assuré le soutien institutionnel du projet ; 2) le comité élargi (décideurs locaux, parents d'enfants MAS, personnel de santé, gestionnaires de projets, co-investigateurs) a dirigé l'organisation de la RAP ; et 3) le comité restreint, un sous-groupe du comité élargi, a travaillé sur l'adaptation de l'intervention. Le processus, modéré par AMEDD et documenté par Epicentre, a utilisé divers exercices de groupe et a suivi des principes scientifiques. Bien que des suggestions aient été faites, comme intégrer des traditions locales dans les soins, aucun changement majeur au contenu des sessions n'a été recommandé. Des propositions ont été émises pour faciliter la mise en œuvre de l'intervention, telles que la sensibilisation des familles, le soutien psychologique des mères, le renforcement des ressources humaines dans les structures de santé et l'intégration de l'intervention dans la prise en charge des enfants MAS. Les participants ont exprimé leur soutien à une mise à l'échelle rapide si les résultats étaient positifs.

Pendant la phase 3, la mise en place de l'intervention adaptée, 149 sessions de stimulation psychosociale ont été offertes à 36 familles par 3 travailleuses psychosociales (TPS) formées par une psychologue indépendante spécialiste du sujet. Des sessions de supervisions ont été proposées aux TPS toutes les deux semaines par cette même personne. Parmi les sessions effectuées, 118 étaient des sessions individuelles (79%) et 22 des sessions collectives (15%). 31 sessions ont eu lieu à l'hôpital (21%) et 114 dans l'un des CSCOM (77%). La durée médiane des sessions était de 54 minutes [IQR : 40-64], passant de 42 minutes pour la première session à 58 minutes pour la dernière. Au total, un membre de la famille, autre que l'accompagnant était présent pour 28 sessions (19%), il s'agissait principalement des pères de familles (18 sessions) et de la grand-mère (7 sessions). Des mesures ont été effectuées avant et après l'intervention. Parmi les résultats marquants, des symptômes de dépression périnatale ont été observés chez 53 % des mères avant l'intervention et chez 28 % après l'intervention ($p=0,001$). Des changements positifs dans la relation mère-enfant ont été observés pour 83 % des participants après l'intervention avec des réponses plus fréquentes et appropriées des accompagnantes envers l'état émotionnel de l'enfant.

Au niveau des résultats de l'acceptabilité, d'après les accompagnantes, StimNut a répondu à leurs deux attentes principales : contribuer à la guérison de leurs enfants et impliquer les pères dans les soins aux enfants. L'intervention StimNut a joué un rôle important dans le renforcement et la construction des liens affectifs entre les accompagnantes et leurs enfants, le soutien matériel, moral et émotionnel apporté par les membres de la famille, ainsi que dans l'établissement d'une relation de confiance avec les TPS. De plus, les accompagnantes se sont senties plus compétentes et légitimes dans les prises de décision et les soins apportés à leurs enfants. Elles ont participé, aux seins de leurs foyers, à la transmission des informations, connaissances et compétences parentales acquises ou développées au cours de l'intervention (maris/pères, coépouses, belles sœurs, voisines, etc.). Certaines d'entre elles accompagnaient même d'autres femmes de leur foyer dans l'adoption de nouvelles pratiques de soin. StimNut a également été jugé acceptable par le personnel de santé car l'intervention venait compléter et renforcer les services de soins existants pour la prise en charge de la MAS. En particulier, le personnel de santé a apprécié l'organisation structurée des sessions StimNut, la création d'espaces dédiés, les rôles et fonctions bien définis, l'introduction de nouvelles activités et de nouveau matériel. De plus, l'intervention a contribué à améliorer la relation entre le personnel soignant et les accompagnantes (reconstruction des liens de confiance, déconstruction des préjugés) et a eu des effets positifs sur les activités menées (ex. réduction du temps de consultations, accompagnantes plus sereines et mieux informées sur la santé de l'enfant). Enfin, d'après les travailleuses psychosociales (TPS), l'implémentation de StimNut a également été jugée acceptable. Ces dernières ont constaté des changements de comportement chez les accompagnantes et leurs enfants (amélioration de la relation mère-enfant, amélioration de la santé de l'enfant, amélioration de la santé mentale des accompagnantes) et, dans certains cas, un changement d'attitude d'autres membres de la famille (ex. implication de certains pères) ainsi que du personnel soignant (ex. déconstruction de préjugés). L'activité des TPS s'est adaptée aux spécificités du contexte et a rempli cinq fonctions principales : l'accompagnement du développement des enfants ; le soutien émotionnel des accompagnantes ; le référencement aux spécialistes et services ciblés ; et la médiation entre les accompagnantes et le personnel soignant.

En conclusion, l'intervention Stimnut, actuellement poursuivie à Koutiala, a eu des effets positifs sur la santé mentale des mères d'enfants MAS, la relation mère-enfant, l'implication des pères dans les soins, ainsi que sur les relations entre soignants et soignés. Faisable, moyennant l'intégration de ressources humaines formées et supervisées au sein d'un service nutritionnel existant, l'intervention a été jugée acceptable par les familles, le personnel de santé et les travailleuses psychosociales. En cohérence avec les initiatives actuelles de « soins centrés sur les patients » de MSF, cette intervention pourrait avoir des effets positifs sur les liens affectifs, le soutien familial, et la qualité des soins aux enfants et sa reproduction devrait être encouragée dans des contextes similaires et pilotée dans des contextes différents suivant la démarche proposée dans cette étude.

Phases	Outil de mesure	Résultat(s) principaux	Unité mesurée
Phase 1	<i>Questionnaires accompagnantes enfants MAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances et pratiques variables en termes d'allaitement et d'alimentation (6 femmes interrogées (33%) ont répondu que l'allaitement maternel exclusif était recommandé jusqu'aux 6 mois de l'enfant ; 16 (89%) estimaient que l'introduction d'aliments autres que le lait maternel devrait être fait deux ou trois mois après la naissance ; et 11 femmes sur les 18 (61%) ont déjà donné un autre liquide comme du lait en poudre avant les 6 mois de l'enfant). - 16 accompagnantes (89%) souhaitaient obtenir plus d'informations sur l'allaitement et alimentation des enfants. - Perception importante de l'interaction mère-enfant mais attitude plus contrastée concernant la possibilité d'interagir tout en menant les activités ménagères (16 femmes (89%) ont répondu qu'il était « très important » d'interagir avec les enfants dès la naissance. 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%). - La surcharge de travail était la principale barrière pour les mères pour prendre soin de leurs enfants. - Certaines pratiques de l'intervention FUSAM, comme l'alimentation, semblaient plus répandues que d'autres, comme le jeu, et variaient selon les familles. 	Attitudes, pratiques de soin déclarées.
	<i>Groupe de discussion des accompagnants d'enfants non-MAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines pratiques de soin de l'intervention FUSAM étaient plus répandues (ex. alimentation, hygiène) que d'autres (ex. démonstration d'affection, allaitement) et variaient selon des cas. - Les pratiques de soins des enfants liés à l'alimentation, au jeu, au sommeil et au bain étaient principalement assurés par les femmes, avec une faible participation des hommes. - Identification de plusieurs barrières perçues entravant les soins des enfants : surcharge de travail des femmes, forte dépendance des mères envers les chefs de famille en cas de maladie, grand nombre d'enfants à gérer avec un faible espacement entre les naissances, manque de moyens financiers et de connaissances, conditions d'hygiène précaires. - Stigmatisation des mères d'enfants MAS, souvent perçues comme "ignorantes", "négligentes" et "responsables" de la maladie de leurs enfants. 	Croyances et attitudes collectives liées aux pratiques de soin d'enfants.
	<i>Entretiens informateurs clé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisation des mères d'enfants MAS, perçues par certains comme ignorantes, négligentes et responsables de la maladie de leurs enfants - La surcharge de travail des femmes, l'absence de pouvoir décisionnel et la dépendance financière constituaient les principales barrières pour assurer les soins des enfants - Parcours de soin orienté d'abord vers la médecine traditionnelle et l'automédication, puis consultation au centre de santé en cas d'échec. - Normes et croyances relatives à la parentalité souvent en contradiction avec les pratiques de soins des enfants encouragées par le FUSAM. 	Croyances et attitudes liées aux pratiques de soin d'enfants.

Phase 2	<i>Documentation de l'adaptation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Suggestions et recommandations pour l'amélioration du contenu du protocole FUSAM. - Importance de la reconnaissance et de l'inclusion des parties prenantes dans l'implémentation. - Appropriation de l'intervention par les acteurs locaux, facteur crucial pour la pérennisation. 	Dynamiques collectives.
Phase 3	<i>Documentation de l'intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation progressive de la durée des sessions de stimulation psychosociale de la première à la dernière session - Les mamans se confient moins en présence des pères lors des sessions. - Poursuite de l'intervention après l'étude (maintien de 2 TPS, supervision assurée par ACF). 	Processus d'implémentation.
	<i>Questionnaire pratiques de soin (avant-après)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 6 mamans sur les 36 interrogées ont rapporté des pensées suicidaires au cours des 2 dernières semaines. - Effets positifs de l'intervention sur les attitudes et perceptions des accompagnantes concernant les pratiques de soin. - Effets positifs de l'intervention sur les pratiques de soin (jeux) des autres membres de la famille (non présents lors de l'intervention) - Diminution du nombre d'accompagnantes présentant des scores élevés de «dusukasi », un symptôme local de dépression périnatale après l'intervention. - Pas de changement notable dans la perception du soutien social par les accompagnantes avant et après l'intervention. 	Croyances & attitudes ; pratiques de soin déclarées ; Symptômes de dépression maternelle ; soutien social.
	<i>Observations interactions accompagnante-enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration significative de la qualité de la relation accompagnante-enfant après l'intervention, notamment dans les domaines de l'affection, de la réceptivité et de l'encouragement ($p < 0,0001$), et de l'enseignement ($p < 0,001$). 	Comportements, qualité de l'interaction accompagnante-enfant.
	<i>Questionnaire de satisfaction des sessions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau élevé de satisfaction des participantes vis-à-vis des sessions, augmentant au fil de l'intervention. 	Attitudes sessions.
	<i>Entretiens semi-directifs accompagnantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la perception de soi et du rôle de mère. - Renforcement des liens affectifs entre les accompagnantes et les enfants, soutien matériel, moral et émotionnel accru des membres de la famille, et création d'une relation de confiance avec les TPS. - Les accompagnantes perçoivent StimNut comme une intervention efficace, répondant à deux attentes principales : la guérison de leurs enfants et l'implication des autres membres de la famille. - Transmission des informations, connaissances acquises et compétences parentales développées au sein de l'intervention à l'entourage proche (maris/pères, coépouses, belles sœurs, voisines, etc.) 	Vécu, croyances, attitudes, pratiques déclarées.

		<ul style="list-style-type: none"> - Certaines accompagnantes guident d'autres femmes du foyer dans l'implémentation des nouvelles pratiques de soin. 	
	<i>Entretiens semi-directifs personnel de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - StimNut a renforcé les services et la prise en charge de la MAS, apportant de nouveaux concepts, activités et une organisation améliorée au sein des structures de santé, tout en renforçant la collaboration soignant-accompagnant. - Le personnel de santé a apprécié l'organisation structurée des sessions de stimulation psychosociale, et que des espaces spécifiques, des rôles déterminés, des nouvelles activités et du nouveau matériel y soient consacrés. - Stimnut a permis d'apporter un nouvel éclairage sur la malnutrition, tant aux familles qu'à la communauté. - Amélioration de la relation entre le personnel soignant et les accompagnantes : reconstruction de liens de confiance et déconstruction des préjugés. - Acquisition de nouvelles connaissances en stimulation psychosociale. - StimNut est perçu comme utile et efficace, répondant aux défis et difficultés existantes au sein de la communauté et des structures de santé. 	
	<i>Entretiens approfondis TPS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Au début de l'intervention, les TPS ont fait face à des attitudes négatives des accompagnantes (peur, manque de temps, méfiance, sentiment de culpabilité), et parfois à des difficultés avec les enfants (peu réceptifs et sociables), ainsi qu'à des discours méfiants et dévalorisants de la part de certains personnels de santé. - La supervision, le soutien de la coordination et les moments de communication en équipe ont été précieux pour surmonter ces premières difficultés. - Dès la deuxième et troisième séance, les TPS ont observé des changements d'attitude chez les accompagnantes et les enfants, gagnant progressivement leur confiance. - Déconstruction des préjugés des TPS envers les mères d'enfants atteints de MAS. - Identification des 5 rôles des TPS : l'accompagnement du développement des enfants ; le soutien émotionnel des accompagnantes ; le référencement aux spécialistes et services ciblés ; et la médiation entre les accompagnantes et le personnel soignant. - Changement d'attitude envers les enfants et implication accrue de certains pères ; changement d'attitudes chez certains agents de santé 	Vécu, croyances & attitudes.

1 Introduction

1.1 Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'échelle mondiale en 2020, on estimait que 149 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient atteints de retard de croissance (trop petits pour leur âge), 45 millions étaient en état de malnutrition aiguë et la malnutrition était la cause sous-jacente de 3,1 millions de décès d'enfants. Environ 45 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans étaient attribuables à des facteurs liés à la nutrition (9). Les enfants malnutris, en particulier ceux souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS), présentent un risque accru de décès dus à des maladies infantiles courantes telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les principales causes sous-jacentes de la MAS chez les enfants sont liées aux conditions environnementales auxquelles les familles sont confrontées, telles que l'accès limité à la nourriture et à l'eau, ainsi que la prévalence de certaines maladies infectieuses (10). Cependant, des facteurs tels que le contexte socioculturel familial et la relation parent-enfant sont également considérés comme des éléments de risque supplémentaires pour le développement de formes graves de malnutrition. Enfin, la MAS elle-même entraîne des répercussions négatives sur la santé et le développement de l'enfant, ainsi que sur la qualité de la relation parents-enfant, complexifiant le processus de traitement et la durabilité du rétablissement. La malnutrition et une faible stimulation psychosociale sont deux facteurs cruciaux connus pour la détérioration de la croissance et du développement de l'enfant (11).

L'insécurité alimentaire et la faim sont extrêmement répandues au Mali. En 2018, d'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), on estimait que 4,1 millions de Maliens étaient en situation d'insécurité alimentaire et que 795 000 étaient confrontés à de graves difficultés alimentaires (12). Toujours d'après l'EDS, seulement 9 % des enfants de 6-23 mois avaient reçu un apport alimentaire minimum acceptable, 22 % avaient atteint la diversité alimentaire minimale et 30 % la fréquence minimale des repas. Selon les données de l'enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité rétrospective conduite en décembre 2021 au Mali, la prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale était de 10,0% [9,1-10,7 95% CI] et celle de la malnutrition aiguë sévère de 1,8% [1,5-2,2 95% CI] (5). L'étude transversale sur les indicateurs de santé des enfants de moins de 5 ans conduite par MSF et Epicentre en 2021 et 2022 dans le district sanitaire de Koutiala a révélé des prévalences de malnutrition aiguë globale, modérée et sévère respectivement de 11,5%, 9,5% et 2,6% (13).

Afin de réduire la morbidité et la mortalité infantile, MSF travaille à Koutiala depuis 2009, avec le ministère de la Santé Publique et du Développement Social du Mali, pour renforcer les soins préventifs et curatifs dans tout le district. Les principaux objectifs du projet MSF à Koutiala sont de contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans par des soins médico-nutritionnels préventifs et curatifs. Les activités de MSF en nutrition dans le district sont menées à la fois dans les services pédiatriques de l'hôpital de Koutiala et dans

les centres de santé du ministère de la Santé Publique et du développement Social du Mali (CSCOM). MSF-OCP soutient en effet 36 structures de santé rurales et 3 urbaines à Koutiala à travers un programme de décentralisation des soins pendant la haute transmission du paludisme (juillet - décembre). En 2019, un total de 165 000 consultations externes a été réalisé (pathologies les plus courantes : paludisme (54%), infections respiratoires (27%), diarrhées (8%) et infections de la peau (4%).

1.2 Justification

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 (14). C'est durant cette période que le cerveau se développe le plus rapidement. Lorsqu'un enfant atteint l'âge de trois ans, un nombre considérable de connexions neuronales se sont déjà formées en réponse aux interactions entre l'enfant et son environnement. Ces connexions neuronales sont impactées par des facteurs externes ou développementaux importants tels que l'état nutritionnel. Elles sont également affectées de manière critique par les interactions entre l'enfant et ses donneurs de soins principaux. 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 (15,16). Bien que les enfants qui guérissent de la MAS courent un risque accru de maladie, de mortalité précoce, d'altération du développement cognitif et émotionnel, les études montrent qu'une stimulation psychosociale précoce chez les nourrissons et les jeunes enfants défavorisés pouvait entraîner des effets bénéfiques à court et à long terme pour le développement cognitif et social (15,17,18). 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 la petite enfance et celles qui améliorent la santé et l'état nutritionnel des enfants dans un modèle de soins intégré a de plus en plus suscité d'attention au cours des dernières années (19,20).

Le Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali intègre le soutien psychosocial parmi les recommandations (21). En effet 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 devrait permettre de : « créer une ambiance joyeuse propice à l'éveil psychologique, les mères sont incitées à ne pas punir ni donner d'ordres ; les agents de santé sont encouragés à apprendre aux mères à fabriquer elles-mêmes des jouets et à organiser des séances éducatives pour apprendre aux mères 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, en particulier par manque de temps, ou de moyen, ou encore de protocole standardisé qui décrive les actions à mettre en place avec les donneurs de soins principaux et leurs enfants. Par ailleurs, comprendre les variables sociales et interpersonnelles spécifiques à chaque contexte et aborder certains des facteurs de risque liés à la stimulation

peut avoir un impact bénéfique sur les résultats nutritionnels et favoriser le développement positif de l'enfant.

Dans ce contexte, 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 au Népal afin d'évaluer l'efficacité d'une brève intervention psychosociale sur la nutrition, la santé et le développement de l'enfant en comparant l'effet d'une intervention nutritionnelle et psychosociale combinée (STIMNUT) à une intervention autonome 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 (22,23). L'intervention psychosociale comportait 5 séances d'échange avec les parents autour de la communication et du jeu ; pratiques d'allaitement et d'alimentation ; besoins en massage, bain, sommeil et relaxation; et une session de partage en famille. L'objet de cette étude était d'adapter cette intervention au contexte de Koutiala et d'en mesurer la faisabilité et l'acceptabilité.

2 Objectifs

2.1 Objectif général

L'objectif de l'étude STIMNUT était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration d'une intervention de stimulation psychosociale dans le programme nutritionnel thérapeutique de Koutiala pour les enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de MAS.

2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Objectif 1. 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 ;
- Objectif 2. Adapter le protocole FUSAM pour une application dans le contexte du programme d'alimentation thérapeutique de Koutiala en utilisant une approche de recherche-action participative (RAP) et en impliquant à la fois le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des enfants MAS dans les URENI/URENAS, et certains informateurs clés ;
- Objectif 3. Piloter l'intégration de la version adaptée au contexte de FUSAM aux soins prodigués dans le Programme d'Alimentation Thérapeutique de Koutiala (PAT) et conduire l'évaluation du processus de la version adaptée au contexte de FUSAM ;

- Objectif 4. Mesurer l'acceptabilité et la faisabilité de la version adaptée au contexte de FUSAM à travers des mesures qualitatives et quantitatives en utilisant une approche de méthodes mixtes ;
- Objectif 5. Évaluer les changements de connaissances et de pratiques de soins infantiles des personnes donnant les soins aux enfants (donneuses de soin principales), les symptômes de dépression des mères et les indicateurs nutritionnels préliminaires recueillis en routine, avant et après l'intervention.

3 Méthode

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une recherche action utilisant les méthodes mixtes de recherche incluant la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Une adaptation du modèle « PRECEDE-PROCEED » (24) a été utilisée comme cadre conceptuel pour adapter, mettre en œuvre et évaluer l'intervention. Ce modèle, développé pour une utilisation en santé publique, fournit un cadre pour le processus de conception, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation d'une intervention communautaire.

Comme l'illustre la **Figure 2**, l'étude s'est déroulée en 3 étapes successives permettant de répondre aux différents objectifs :

- Phase 1 : Une phase exploratoire
- Phase 2 : L'adaptation participative de l'intervention au contexte
- Phase 3 : La mise en place de l'intervention adaptée et son évaluation

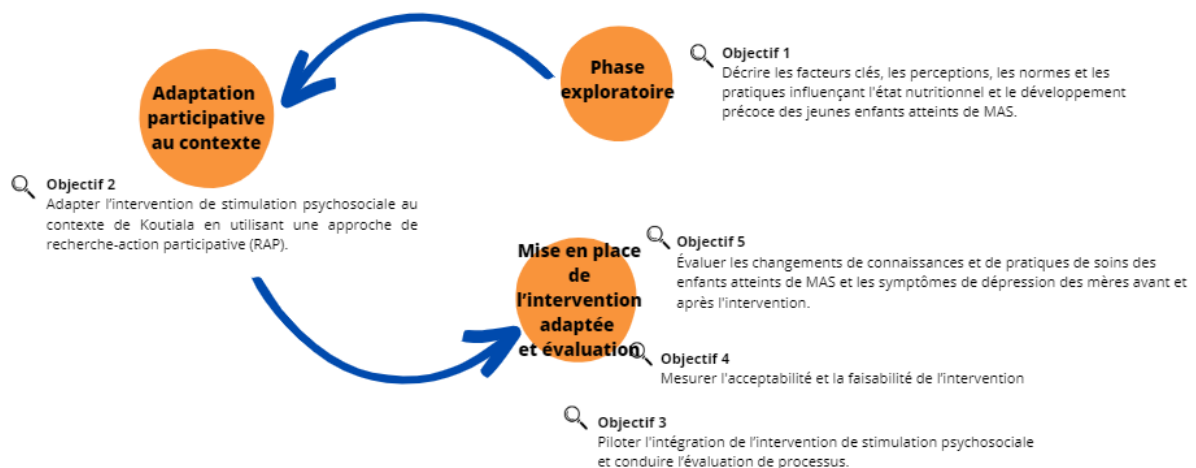


Figure 2 : Différentes phases de l'étude et objectifs associés

3.2 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 afin d'adapter les outils au contexte du Mali, et assurer leur appropriation par le partenaire local chargé de la collecte des données (AMEDD). Des visites sur les sites retenus pour l'étude (unité pédiatrique MSF de l'hôpital de Koutiala, CSCOM de M'pessoba et CSCOM d'Oula) ont été organisées en mai 2022, pour rencontrer les différents responsables et autorités locales des sites d'étude, ainsi que pour informer de la conduite l'étude. Enfin les responsables nutrition du district et certains partenaires impliqués dans la malnutrition à Koutiala (UNICEF, World Vision, PAM) ont également été rencontrés.

Pour la phase 2, l'équipe technique s'est réunie afin de former des comités, bénéficiant du soutien du Médecin chef du District qui a fourni des orientations en se référant aux plates-formes de lutte contre la malnutrition. Une réunion a été tenue en présence des autorités locales et des co-investigateurs locaux (préfet de Koutiala, son premier adjoint, le président du conseil, le Médecin chef du district, le responsable nutrition du district, le chef de projet de MSF Koutiala et le représentant de l'ONG AMEDD). L'objectif était de présenter l'étude et de valider la composition des divers comités liés à cette étude.

Pour la phase 3, les trois travailleuses psychosociales recrutées ont suivi une formation de cinq jours avec une psychologue du développement qui avait formé les équipes lors du projet de recherche FUSAM au Népal (programme en Annexe 2 du rapport des annexes). Cette formation a également été dispensée à trois agents dans chaque centre de santé communautaire (CSCOM) : le directeur technique ou son suppléant, le responsable nutrition, et une sage-femme. À l'hôpital, neuf agents ont participé : trois promoteurs de santé, deux médecins, deux infirmiers, et deux aides-infirmiers. Une semaine d'induction des travailleuses psychosociales a été organisée, pendant laquelle elles se sont familiarisées avec les outils de l'étude. Enfin une cérémonie de lancement des activités a eu lieu dans les deux sites d'étude ruraux, avec la participation de leaders communautaires, d'agents de santé, et de maires. L'objectif était de les informer et de s'assurer de leur engagement dans le processus de l'étude (il s'agissait d'une des recommandations issues de la phase 2).

3.3 Population d'étude

3.3.1 Des séances de stimulation psychosociale

Les enfants âgés de 6 à 23 mois suivis dans le cadre du PAT, dans 2 CSCOM appuyées par MSF-OCP à Koutiala et à l'hôpital MSF, ainsi que leurs donneuses de soin principales constituaient la population d'étude.

3.3.1.1 Critères d'inclusion

- Âge de l'enfant de 6 à 23 mois
- Enfant suivi dans l'un des sites d'étude pour la prise en charge de la MAS : Phase de transition (à l'hôpital) ou phase de réhabilitation (dans les CSCOM)

- Accompagnante (Parent ou donneur de soin principal) ≥16 ans

3.3.1.2 Critères de non-inclusion

- Âge de l'enfant <6 mois ou ≥ 24 mois
- Enfant uniquement accompagné d'une personne <16 ans ou incapable de donner son consentement
- Malnutrition aiguë modérée
- Maladies graves, pathologies chroniques, anomalies cliniquement apparentes, handicaps évidents et déficiences sensorielles
- Cas de rechute
- Venant d'une aire de santé à sécurité volatile (4 CSCOM Sougoumba, MOLOBALA, TIERE et SANGUELA)

3.3.1.3 Critères d'exclusion (sortie de l'étude)

- Décès de l'enfant ou du parent ou de l'accompagnant (celui ayant donné l'autorisation de participer) au cours de l'intervention
- Déménagement de la famille dans un autre district

3.3.1.4 Identification des participants

L'ensemble des participants à l'étude ont été recrutés sur les sites d'étude répondant aux critères d'inclusion. Ils avaient tous au moins 18 ans et ont consenti à leur participation en signant le formulaire de consentement manuscrit dont un exemplaire a été remis au participant et l'autre conservé par la coordinatrice du site de l'étude.

3.3.2 De l'étude d'acceptabilité

L'échantillon de l'étude d'acceptabilité était composé de 3 groupes :

- 30 accompagnantes principales ayant participé aux sessions de stimulation psychosociale (28 mères et 2 grand-mères) ;
- 9 agents de santé attachés à l'hôpital et aux centres de santé communautaire (dont 1 médecin, 1 directeur technique, 2 chargés nutrition, 1 superviseur nutrition, 1 infirmier supérieur, 3 promoteurs/éducateurs) ;
- Les 3 travailleuses psychosociales

3.3.2.1 Identification des participants

Les accompagnantes principales invitées à participer à l'entretien ont été celles qui avaient terminé les cinq séances de stimulation psychosociale. Par ailleurs, le recrutement des agents de santé s'est fait par choix raisonné afin d'atteindre une pluralité de rôles et expertises liées à la gestion de la MAS chez les enfants. Enfin, les TPS ont été invitées à participer à un entretien individuel de bilan de leurs expériences.

3.4 Recueil des données

3.4.1 Phase 1. Phase exploratoire

La première phase de l'étude a combiné les méthodes qualitatives et quantitatives pour analyser et documenter les perceptions, les normes et les pratiques influençant les soins donnés aux enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et le processus de développement des enfants.

Par ailleurs, cette première phase avait comme visée de renseigner sur les barrières et leviers à prendre en compte dans le processus d'adaptation de l'intervention FUSAM. De fait, les résultats de la phase 1 ont représenté une source de réflexion et d'arguments supplémentaires pour le travail collaboratif effectué en phase 2 (RAP). Les outils utilisés pour la phase 1 sont donnés en annexe du rapport 1.

Les données ont été collectées via :

- Des questionnaires mixtes auprès d'accompagnantes d'enfants atteints de MAS explorant les caractéristiques sociodémographiques de la famille et nutritionnelles de l'enfant ; pratiques, connaissances et perceptions de la grossesse et la petite enfance ; pratiques, connaissances et perceptions en matière d'allaitement et de nutrition (y compris perception de la malnutrition) ; les pratiques, connaissances et perceptions autour des grands thèmes des séances FUSAM (communication, coucher, jeu, sommeil, etc.)
- Des groupes de discussion auprès de donneurs de soins principaux (parents) d'enfants non atteints par la MAS afin d'explorer : les pratiques, les normes et les valeurs de la communauté concernant la prise en charge des jeunes enfants au sein des familles (perception, organisation, accompagnement) ; les facteurs socioculturels qui peuvent affecter la santé, la nutrition, et le développement psychosocial ; les savoirs et croyances sur la malnutrition véhiculées au sein de la communauté de Koutiala.
- Des entretiens semi-structurés individuels auprès d'informateurs clés explorant les enjeux de santé et sociaux touchant la communauté et les jeunes enfants en particulier ; les pratiques, les normes et les valeurs de la communauté concernant la prise en charge des jeunes enfants au sein des familles et les obstacles à la prise en charge des enfants ; les recommandations concernant les déterminants qui peuvent conduire à des troubles de l'état nutritionnel chez les enfants.

L'ensemble des entretiens et groupes de discussion a été mené en langue locale (le bambara), par un chercheur formé aux méthodes qualitatives de recueil de données, assisté d'une observatrice qualifiée.

3.4.2 Phase 2. Adaptation de l'intervention au contexte de Koutiala

L'adaptation du protocole FUSAM a été menée en utilisant une approche de recherche-action participative (RAP) qui a impliqué les parties prenantes concernées par la prise en charge de la MAS des jeunes enfants à Koutiala. La RAP est un type de recherche collective et autoréflexive qui permet d'initier, de concevoir, de mener, d'analyser, et d'agir sur des activités de recherche. Elle est collaborative, et s'appuie sur les forces, l'expertise, les compétences et les ressources de tous les participants, y compris les savoirs théoriques des chercheurs, pour déboucher sur une action concrète, un changement ou une amélioration de l'objet de la recherche (25,26). Dans le cadre de l'étude StimNut, l'objectif de cette adaptation était de développer une intervention qui soit faisable, pertinente et culturellement appropriée.

La RAP a consisté en une série de sept ateliers menés entre octobre et décembre 2022, et regroupant des participants en face à face et en ligne. Tous ces ateliers ont été modérés par notre partenaire AMEDD, en tant que partie indépendante, et documentés par Epicentre. Les participants, qui ont tous donné leurs consentements éclairés par écrit, ont été réunis dans trois types de comités. Le comité consultatif, composé de six représentants des autorités administrative, politique et sanitaire et d'organisation non gouvernementales, dont MSF, a garanti le portage politique et institutionnel du projet StimNut. Le comité élargi a inclus une quarantaine de participants dont des autorités et décideurs locaux, des membres des services et directions techniques, des gestionnaires de projets de santé, des personnels de santé engagés dans la prise en charge et la gestion des enfants MAS dont le personnel MSF actuellement en charge des enfants MAS dans les CSCOM/l'hôpital sélectionnés pour l'étude, des aidants d'enfants MAS, des informateurs clés de la communauté, et les co-investigateurs de l'étude. Enfin, le comité restreint a rassemblé 12 représentants de toutes ces parties prenantes, qui ont été nommés par leur pairs du comité élargi.

Deux ateliers ont été organisés avec les comités consultatif et élargi, afin de présenter et discuter de l'étude StimNut et l'expérience FUSAM Népal, de diffuser les résultats de l'évaluation initiale et de présenter le but, les principes et les enjeux de l'approche RAP. Il a été proposé de constituer un comité restreint avec un nombre de participants limité pour sa mise en œuvre, ce qui a été accepté. Les travaux d'adaptation de l'intervention ont donc été menés avec le comité restreint lors des quatre ateliers suivants. Les deux premiers se sont focalisés sur l'organisation de la RAP pour l'adaptation de l'intervention FUSAM, et tous les aspects et modalités de la recherche liés à la planification des activités, aux actions à entreprendre, à la réflexion sur les actions et à leur évaluation ont également été décidé en collaboration autour de questions clés, adaptées d'un guide pratique de RAP (27). Les membres du comité restreints ont été invités à réfléchir de manière critique sur les perceptions, représentations et pratiques de gestion actuelles de la MAS et encouragés à formuler des recommandations pratiques sur la façon dont le FUSAM devrait être adapté. Les deux derniers ateliers se sont concentrés sur l'adaptation effective du protocole FUSAM, session par session. Le processus a été ancré dans les principes et les pratiques de la

recherche scientifique, et a fait usage d'exercices et activités variés, issus des techniques d'apprentissage, et pratiqués individuellement, en sous-groupes ou collectivement. Les membres du comité ont également été invité à soumettre une évaluation écrite anonyme de l'organisation, du processus et des résultats de la RAP. Ces derniers, essentiellement les recommandations pour l'adaptation de l'intervention FUSAM, ont été présentés aux comités consultatif et élargi lors du dernier atelier pour leur examen, révision et validation. Lors de cet atelier, les caractéristiques et les besoins de la mise en œuvre du protocole adapté ont été discutées pour sécuriser l'engagement et l'appropriation de l'intervention par des parties prenantes.

3.4.3 Phase 3. Mise en œuvre de l'intervention adaptée au contexte

3.4.3.1 Documentation de l'intervention

Les données suivantes ont été collectées pendant l'intervention : durée de la formation dispensée, matériel utilisé lors de la formation et pour les séances, organisation de l'établissement de santé (prise en charge des participants, ressources humaines et espace physique) pour accueillir l'intervention, nombre de séances délivrées par jour, temps médian par séance, nombre et types de participants par séance (global et par type de suivi : ambulatoire vs hospitalier). Ces données ont été recueillies par des observations directes lors de séances effectuées par la coordonnatrice d'étude et par les TPS à l'aide d'un journal des entrées.

L'ensemble des outils utilisés pour le recueil de données de la phase 3 sont présentés entre les Annexes 3 et 17 des Annexes au rapport d'étude.

3.4.3.2 Mesure des changements avant / après intervention en termes de pratiques de soins infantiles et santé mentale maternelle

Pratiques de soin

Les accompagnantes participant à l'intervention ont répondu à un questionnaire avant la première séance et à l'issue de la dernière (Annexes 6 et 7) portant sur les thématiques suivantes :

- Avant l'intervention : vie de l'enfant (nombre d'enfants à la charge de la maman, place de l'enfant dans la fratrie, petit poids à la naissance, allaitement et alimentation), les connaissances, perceptions et pratiques de soins de l'enfant, données socio-démographiques sur les parents et la famille, symptômes de troubles dépressifs ou anxieux chez la mère, perception multidimensionnelle de soutien perçu par la mère.
- Après l'intervention : connaissances, perceptions et pratiques de soins de l'enfant, symptômes de troubles dépressifs ou anxieux chez la mère et multidimensionnelle de soutien perçu par la mère.

L'échelle « Dusukasi », un outil de mesure de la dépression périnatale, a été utilisé afin d'identifier les accompagnantes présentant des scores élevés de « dusukasi », un symptôme

local de dépression périnatale (28). Cet outil, issu de l'adaptation de deux instruments, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (29) et la Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (30), a fait l'objet d'une traduction précise et d'une validation en bambara, l'une des langues locales (31,32). Chaque mère était invitée à répondre à 16 questions différentes portant sur les 15 derniers jours à l'aide d'une échelle de fréquence (souvent, parfois, rarement ou pas du tout) « *Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti ?* ». Les notes suivantes étaient ensuite attribuées à chaque réponse : 3 pour souvent, 2 pour parfois, 1 pour rarement et 0 pour pas du tout, un score total moyen étant ensuite calculé pour chaque participante. La différence entre la moyenne des scores avant / après intervention a ensuite été calculée pour chaque femme, et comparée à la valeur seuil de 1,03 représentant la limite au-delà de laquelle pouvait être considérée la présence (score $\geq 1,03$) ou l'absence (score $< 1,03$) du syndrome de dépression périnatale.

La perception du soutien social a été mesurée par l'échelle multidimensionnelle de soutien social perçu (33) permettant de mesurer le niveau perçu de soutien social d'un individu auprès de sa famille, de ses amis, de ses proches et d'une personne proche / un être cher (le ou la partenaire). Chaque accompagnante était invitée à se positionner à l'aide d'une échelle de réponse en 7 catégories (Très fortement en désaccord, Pas du tout d'accord, Légèrement en désaccord, Neutre, Légèrement d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord) à 12 affirmations différentes. La moyenne des notes pour chaque affirmation a ensuite été calculée et les scores classés de la manière suivante : toute note moyenne comprise entre 1 et 2,9 a été considérée comme un faible soutien ; une note de 3 à 5 comme un soutien modéré et une note de 5,1 à 7 comme un soutien élevé.

3.4.3.3 Mesure de la qualité des interactions accompagnantes-enfant par observation

Comme proposé et décrit dans le protocole FUSAM, deux sessions d'interactions entre les accompagnantes et les enfants ont été observées, notées et analysées avant et après l'intervention afin de mesurer l'évolution et l'effet de la participation aux sessions sur la relation mère-enfant. En effet, les interactions entre les donneurs de soins principaux et les enfants jouent un rôle clé dans la santé et le développement de l'enfant, Les observations ont consisté en des sessions de jeu libre d'environ 20 minutes qui se sont déroulées dans les 2 CSCOM et l'hôpital où l'étude a été mise en œuvre. Deux observatrices indépendantes, employées par AMEDD et formées lors d'ateliers méthodologiques animés par Epicentre, ont noté les interactions en utilisant la liste de contrôle des observations liées aux résultats PICCOLO. Celui-ci inclut les interactions dans quatre domaines : affection, réactivité, encouragement et enseignement (34). Les observations par domaines sont présentées dans le Tableau 1, et l'outil complet se trouve en Annexe 10 des annexes au rapport. Si besoin (par exemple si l'enfant dormait pendant l'observation), celle-ci a été répétée pour mieux prendre en considération l'état de l'enfant.

Tableau 1 : Domaines de la grille PICCOLO

<i>Observations</i>	Domaines			
	<i>Affection</i>	<i>Réactivité</i>	<i>Encouragement</i>	<i>Enseigner</i>
1.	Parle sur un ton chaleureux	Prête attention à ce que fait l'enfant	Attend la réponse de l'enfant après avoir fait une suggestion.	Explique à l'enfant les raisons d'une action
2.	Sourit à l'enfant	Change de rythme ou d'activité pour répondre aux intérêts ou aux besoins de l'enfant	Encourage l'enfant à manipuler ses jouets	Suggère des activités pour prolonger ce que l'enfant fait
3.	Félicite l'enfant	Fait preuve de souplesse lorsque l'enfant change d'activité ou d'intérêt	Aide l'enfant à faire des choix	Répète ou développe des mots
4.	Est proche physiquement de l'enfant	Suit ce que l'enfant essaie de faire	Aide l'enfant à faire des choses par lui-même	Indique des objets ou des actions à l'enfant
5.	Utilise des expressions positives	Réagit aux émotions de l'enfant	Encourage verbalement les efforts de l'enfant	Joue à des jeux de rôles avec l'enfant
6.	Participe à l'interaction avec l'enfant	Regarde l'enfant quand il parle ou émet des sons	Offre des suggestions pour aider l'enfant	Effectuer des activités suivant une séquence de plusieurs étapes
7.	Manifeste de la chaleur émotionnelle	Répond aux sons ou aux mots de l'enfant	Montre de l'enthousiasme pour ce que l'enfant fait	Parle à l'enfant des caractéristiques des objets
8.				Demande des informations à l'enfant

Des notes ont été recueillies pour chacune des observations pour aider l'observatrice à évaluer avec précision. Une fois la notation terminée, les deux observatrices ont discuté des résultats sans modifier la note attribuée. Ensuite, les notes de chaque observation ont été additionnées pour obtenir un score par domaine, et les scores par domaine ont ensuite été additionnés pour obtenir un score PICCOLO total. Les observations étaient non-

participatives, sans interaction avec les participants, En outre, lors de la formation, les observatrices ont appris comment mettre à l'aise les parents et les enfants, et être les plus discrète possible pendant les sessions pour minimiser l'effet Hawthorne (35), qui pourrait se produire si le participant (accompagnante) se comportait différemment sachant qu'il était observé.

Notes de terrain

Des notes de terrain concernant les interactions accompagnantes-enfant après la notation PICCOLO ont été collectées et rédigées en français par les deux observatrices, puis analysées thématiquement par Epicentre. Les notes de terrain sont une partie importante de la recherche qualitative. Elles sont notamment utilisées pour enrichir les données et fournir le contexte de l'étude (36,37). En fait, l'analyse du contexte peut aider à comprendre comment, pourquoi et pour qui une intervention est bénéfique ou non (38). La définition du contexte est en fait "la combinaison de facteurs accompagnant la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention et susceptibles d'en influencer les résultats [...]. Il comprend l'ensemble de l'environnement dans lequel le projet se déroule" (39).

L'analyse thématique comprend six étapes, dont la familiarisation avec les données, le codage, la génération de thèmes initiaux, l'examen des thèmes, la définition et le changement de nom des thèmes, et la rédaction (40). Comme cadre conceptuel pour l'analyse des notes de terrain, nous avons utilisé une version adaptée du modèle de Barnard (41) pour expliquer l'interaction entre les accompagnantes et les enfants pendant les observations, et définir les différentes situations contextuelles qui ont contribué aux changements de comportements.

3.4.3.4 Mesure de satisfaction après chaque session

A la fin de chaque session de stimulation psychosociale, les TPS ont recueilli une évaluation quantitative de la séance en fonction de l'expérience du participant (Annexe 9). La première partie était un outil simple de mesure globale de la session et du niveau d'énergie après la séance (utilisant des échelles graphiques). Les scores ont ensuite été calculés, les scores les plus élevés indiquant une plus grande satisfaction. Par ailleurs, plusieurs questions ouvertes ont été posées aux participants sur ce qu'elles avaient appris lors de la session, ce qui leur a plu et ce qu'elles souhaitaient améliorer pour la prochaine session.

3.4.4 Phase 3. Evaluation de l'acceptabilité post intervention

3.4.4.1 Mesures d'acceptabilité

L'étude d'acceptabilité a été réalisée avec des entretiens semi-structurés auprès des accompagnantes (Annexe 14) et des agents de santé (Annexe 15) et des entretiens approfondis auprès des TPS (Annexe 16).

Les guides d'entretien ont été construits à partir du modèle d'acceptabilité développé par Sekhon *et al* (42) dans l'objectif d'évaluer l'acceptation globale de l'intervention psychosociale, son contenu et son mode de prestation. Le guide d'entretien consacré aux accompagnantes était composé de 25 questions portant sur le passé (vécu avant et durant StimNut), présent

(après StimNut) et futur (imagination d'un scénario fictif). De plus, afin de mieux comprendre la perception de certaines compétences parentales (l'alimentation, la communication et le jeu), le guide d'entretien pour les accompagnantes intégrait une échelle Likert¹ (graduation allant de 1 = pas du tout d'accord à 4 = tout à fait d'accord). Dans l'objectif de faciliter la compréhension des modalités de réponse, les chiffres étaient illustrés par des verres (plus ou moins remplis) représentant le niveau de confiance dans différentes pratiques de soin. Par ailleurs, le guide d'entretien semi-structuré consacré aux informateurs clé était composé de 16 questions concernant les perceptions sur l'intervention StimNut et sur les pistes d'amélioration. Enfin, le guide d'entretien approfondi consacré aux TPS comptait 28 questions qui renvoyaient aux thèmes suivants : activité professionnelle avant StimNut, perceptions de StimNut, retours d'expérience, évaluation de chaque session et pistes d'amélioration.

Une équipe d'enquêteurs locaux a réalisé les entretiens auprès des agents de santé et des accompagnantes, après avoir bénéficié d'un atelier méthodologique. Ces entretiens ont été réalisés dans les structures de santé, dans des salles privées. En revanche, les entretiens réalisés auprès des TPS ont été réalisés en ligne et conduits par une chercheuse associée à l'étude. Par ailleurs, certains entretiens se sont déroulés en français et d'autres en langue locale (notamment avec les accompagnantes), et ensuite traduits en français. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits. Tous les participants ont reçu une fiche d'information et ont signé un formulaire de consentement pour réaliser l'entretien et être enregistrés.

3.4.4.2 Mesures en cas d'abandon

Un court entretien a été proposé aux accompagnantes ayant abandonné l'intervention en cours. Le guide d'entretien visait à mieux comprendre le vécu des participants, les attitudes à l'égard de l'intervention, et les barrières ou obstacles qui auraient pu les empêcher de continuer. De plus, l'entretien avait pour but de recueillir des recommandations pour améliorer et adapter le programme aux besoins des participants (Annexe 17).

3.5 Analyse des données

Les données ont été analysées par les auteurs de ce rapport.

3.5.1 Données quantitatives

L'analyse des données quantitatives a été effectuée à l'aide du logiciel Stata (Stata Corporation, College Station, Texas, USA) (43). Des statistiques simples non ajustées ont été calculées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon, les pratiques de soins et les mesures de santé mentale maternelle.

Les changements en termes de perceptions, pratiques de soins infantiles et santé mentale maternelle et de la qualité de l'interaction mère-enfant ont été évalués à l'aide du test de Wilcoxon. Il s'agit d'un test statistique non paramétrique appliqué à des données appariées, ce qui signifie qu'il y a deux mesures prises sur le même ensemble de sujets. Le test évalue

si la distribution des différences entre les observations appariées est symétriquement centrée autour de zéro. La différence entre les mesures avant et après l'intervention est considérée significative dès lors que la p-value est inférieure à 0,05.

Concernant la mesure de la qualité de l'interaction entre accompagnantes et enfants, la fiabilité inter-observatrices a été calculée, pour les observations « avant » et « après » l'intervention. Il s'agissait de mesurer statistiquement l'homogénéité des notes données par les deux observatrices face à la même observation, en d'autres termes, de mesurer quantitativement leur degré de consensus. Pour cela, un modèle bayésien a été utilisé pour estimer le Kappa de Cohen, une mesure statistique utilisée pour évaluer le niveau d'accord entre deux évaluateurs. Le modèle a été implémenté en utilisant le langage de programmation Stan (44).

3.5.2 Données qualitatives

3.5.2.1 Questions libres des questionnaires quantitatifs

Pour l'analyse du contenu des questions libres des questionnaires quantitatifs, les catégories suivantes reprenant les thématiques des sessions et plus globalement les thématiques de l'intervention psychosociale (le bien-être de l'enfant et de la mère et les interactions/ liens affectifs) ont été utilisées :

Pour les pratiques de soin :

1. Alimentation : le repas ; manger ; nomme des aliments ; allaitement ; moment du repas
2. Jeu et communication : jeu ; jouet ; jouer ; rire
3. Bain et massage : bain ; massage ; sommeil ; toilette
4. Portage : porter au dos ;
5. Autres : habiller ; bercer ; endormir ; les médicaments

Pour les formulaires de satisfaction des sessions :

1. Alimentation : le repas ; manger ; nomme des aliments ; allaitement ; moment du repas
2. Jeu et communication : jeu ; jouet ; jouer ; communiquer ;
3. Bain et massage : bain ; massage ; dormir ; sommeil ; toilette ; entretien
4. Autres : famille ; santé des enfants ; prendre soin ; prise en charge de l'enfant
5. Bien-être et développement de l'enfant : heureux développe apaise relax content ; intelligent ; développe l'esprit ; actif
6. Bien-être de la mère : apaise ; rôle de la mère ; relax
7. Interactions/liens affectifs : lien affectif ; interactions

Les résultats sont présentés en fonction de l'évolution des réponses par question et par catégorie à chaque session.

3.5.2.2 Entretiens d'acceptabilité

L'analyse des entretiens semi-directifs et approfondis a combiné une démarche inductive, guidée par le modèle d'acceptabilité de Sekhon et al. (42), et une démarche déductive, à travers l'approche d'analyse de la psychologie critique discursive (45)³.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Atlas.ti (46) et se sont déroulées en plusieurs étapes. Tout d'abord, des lectures flottantes ont permis d'identifier les thèmes principaux qui structuraient chaque entretien. Ensuite, à travers les comparaisons des différentes observations et indicateurs, nous nous sommes focalisés sur l'analyse des contenus et dynamiques (ex. les comparaisons temporelles « avant-après » et interpersonnelles (ex. eux, moi, nous), les sens donnés à l'intervention, la manifestation (explicite ou latente) des attitudes affectives liées, etc.). Ainsi, une liste de codes a été développée nous renseignant sur différentes caractéristiques des discours (ex. positions, répertoires interprétatifs). Enfin, nous avons mobilisé les différentes composantes de l'acceptabilité des interventions de santé proposées par Sekhon (42), afin de procéder à une restructuration et redéfinition plus précise des codes. Par ailleurs, les résultats de l'échelle Likert utilisée dans les entretiens auprès des accompagnantes ont été calculés à partir de la moyenne des réponses.

3.6 Autorisations éthiques

3.6.1 Autorisation des comités d'éthique

L'approbation éthique a été accordée par le Comité d'examen éthique (Ethics Review Board) de MSF (Protocole ID: 2201) et le Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS) de Bamako au Mali (Protocole ID : 2022097). Toutes les approbations sont fournies en Annexe 19.

3.6.2 Conduite éthique durant l'étude

L'étude a été menée conformément aux principes éthiques issus de la Déclaration d'Helsinki, et elle a été réalisée en respectant les Bonnes Pratiques Cliniques (GCP) du Conseil international pour l'harmonisation des exigences techniques relatives aux produits pharmaceutiques à usage humain (ICH), y compris l'archivage des documents essentiels.

3.6.3 Information et consentement des participants

Chaque participant a fourni un consentement éclairé écrit pour participer à l'étude (Annexe 4). Les participants ont été assurés de la confidentialité des réponses qu'ils donnaient, et qu'ils étaient libres d'arrêter à tout moment ou de refuser de répondre à certaines questions. Le

³ Pour plus de détails, voir l'encadré dans l'annexe 18.

personnel a été formé aux principes éthiques de la recherche. Les intervieweurs étaient en mesure d'orienter les participants vers les services de conseil de MSF en cas de besoin.

Toutes les données obtenues par le biais des questionnaires ou des entretiens ont été anonymisées en utilisant un identifiant d'étude, sans inclure d'identificateurs personnels tels que les noms.

4 Résultats des phases 1 et 2

4.1 Résultats phase 1

Les principaux résultats des analyses quantitatives et qualitatives montrent que certaines pratiques de soin de l'intervention FUSAM sont plus répandues (ex. alimentation) que d'autres (ex. jeu) et qu'elles varient en fonction des familles ou des situations. Par ailleurs, bien que les recommandations de l'intervention FUSAM semblent s'intégrer au système de valeurs des familles, plusieurs barrières pouvant entraver les soins à apporter aux enfants ont été identifiées (ex. surcharge de travail des mères, forte dépendance des mères 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 de l'intervention 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. Pour plus de détails, merci de se référer au rapport de la phase 1 (voir préambule).

4.2 Résultats phase 2

Globalement, la RAP StimNut a atteint ses objectifs. Les membres du comité restreint ont identifié plusieurs défis d'ordre structurel, impactant l'accès et la disponibilité des services de santé, et d'ordre socio-culturel liés au contexte familial et social des mères d'enfants MAS, les principales donneuses de soin dans la communauté, notamment leur surcharge de travail et le manque de pouvoir décisionnel concernant la santé de leur enfant et le manque d'implication des pères. Néanmoins, ils ont également souligné que des leviers étaient déjà en place pour capitaliser la mise en place de l'intervention psychosociale adaptée, car elle était alignée avec les directives nationales, . De plus, elle était en cohérence avec les pratiques actuelles de soin et de nutrition des enfants et pouvait valoriser les activités communautaires liées à la nutrition, déjà en place. Les recommandations du comité ont donc visé à capitaliser ces éléments, aborder les barrières et proposer des adaptations répondant à trois critères essentiels : quelles soient ancrées dans le domaine psychosocial, considérées comme importantes/pertinentes en termes de santé publique et qu'elles demeurent faciles à mettre en place, réalistes, faisables et acceptables.

Outre quelques éléments suggérés, tels que l'usage de coutumes locales et de traditions ancestrales de soins pour les enfants, aucun changement majeur au contenu des sessions n'a été recommandé, mais plusieurs propositions ont été formulées pour créer des conditions propices sur le plan familial, social, sanitaire et institutionnel à la mise en œuvre de l'intervention. Celles-ci ont inclus une approche communautaire pour sensibiliser les membres de la communauté, et notamment les chefs de famille et les autres personnes décisionnaires du foyer, pour soutenir et aider les mamans ou donneuses de soins, le renforcement de capacités des structures de santé en terme de ressources humaines formées, d'espace et d'équipement dédiés, une offre gratuite de l'intervention sous forme collective ou individuelle au sein de ces structures, et son intégration dans la prise en charge existence des enfants MAS pour faciliter les référencements. Lors de la restitution de l'intervention adaptée au comité élargi, ces recommandations ont été discutées, révisées, puis validées, et les éléments prioritaires pour sa mise en œuvre ont été explicités. Tous les participants se sont engagés à soutenir et promouvoir l'intervention, et ont exprimé leurs souhaits de sa mise à l'échelle rapide dans le district à l'issue de la phase 3 si les résultats étaient concluants. Enfin, l'organisation, le processus et les résultats de la RAP StimNut ont été évalués positivement par une grande majorité des participants notamment en termes de la modération, de la participation de chacun, de la collaboration entre les membres, des restitutions du travail et des objectifs atteints. Pour plus de détails sur la phase 2, merci de se référer au rapport de la phase 2 (voir préambule).

5 Résultats de la phase 3

5.1 Résultats phase 3 : mise en œuvre

5.1.1 Inclusions

La phase 3 de l'étude a été mise en place du 6 février au 29 mai 2023. Parmi les 47 familles éligibles, 40 ont été incluses dans l'étude, dont 17 à l'hôpital et 23 dans un des deux centres de santé. Au cours de l'intervention, 1 enfant est décédé et a bénéficié d'une seule session au niveau de l'hôpital, 2 familles ont abandonné en cours d'intervention et une famille constitue un cas de « perdu de vue ». 36 familles ont poursuivi l'intervention dans sa totalité (**Figure 3**), les résultats présentés dans cette partie concernent ces familles.

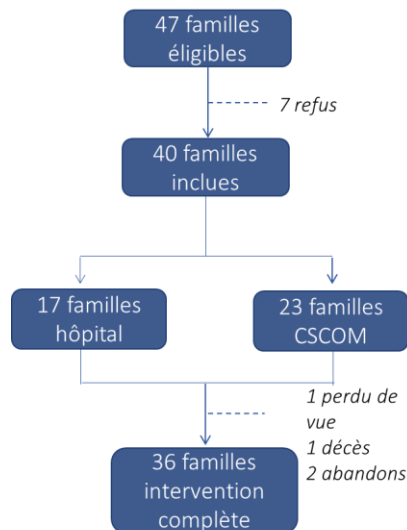


Figure 3 : Inclusion des familles dans la phase 3 de l'étude

5.1.2 Description de la population

La description sociodémographique des familles incluses et ayant suivie l'intervention dans son intégralité est donnée dans le **Tableau 2**. Parmi les 36 familles, 14 ont été incluses (39%) alors qu'elles accompagnaient un enfant à l'hôpital, les autres ont été recrutées dans un des deux CSCOM d'étude (61%). Les accompagnantes étaient les mères des enfants sauf dans deux cas où il s'agissait de la grand-mère.

Les enfants ayant participé à l'intervention (22 filles et 14 garçons) étaient âgés en moyenne de 12 mois. Environ 2/3 étaient nés avec un petit poids de naissance (tel que perçu par leur accompagnant principal). L'âge moyen des mères était de 28 ans (IQR 22-30). La plupart des accompagnantes se déclaraient analphabètes (81%) et 6 avaient atteint un niveau d'étude primaire (17%). Parmi les 34 mères participant, 22 ont déclaré avoir une activité génératrice de revenus (64%), toutes au sein de leurs villages.

Les accompagnantes avaient un nombre médian de 4 enfants à charge (valeur max : 13). Concernant le niveau d'éducation des pères, 19 étaient analphabètes (53%), 16 avaient atteint un niveau d'étude primaire (45%). Les pères avaient en majorité une activité génératrice de revenus (n=31, 86%), le plus souvent dans leur village. « L'agriculture et l'élevage » étaient l'activité la plus fréquente du foyer (n=28, 78%), suivie du commerce (n=6, 17%). Les accompagnants principaux étaient 67% à se percevoir « moyennement pauvre » et 25% « pauvres ».

Tableau 2 : Description de la population d'étude

Données sociodémographiques

Site d'inclusion (n, %)	
<i>hôpital</i>	14, 39%
<i>OTP</i>	22, 61%
Sexe de l'enfant (n, %)	
<i>Fille</i>	22, 61%
Age médian de l'enfant en mois n[IQR]	
<i>Fille</i>	12 [9,14]
<i>Garçon</i>	12 [10,12]
Nombre d'enfants à charge de l'accompagnant principal	
<i>Médiane n[IQR]</i>	4 [2,5-6]
<i>Valeurs min, max (n)</i>	1, 13
Age médian des mères en années n[IQR]	28 [22, 30]
Niveau d'éducation de l'accompagnant principal	
<i>Analphabète</i>	29, 81%
<i>Primaire</i>	6, 17%
<i>Secondaire</i>	1, 3%
Niveau d'éducation du père (n, %)	
<i>Analphabète</i>	19, 53%
<i>Primaire</i>	16, 45%
<i>Secondaire</i>	1, 3%
Activité rémunératrice du foyer (n, %)	
<i>Mère</i>	22, 64%
<i>Père</i>	31, 86%
Lieu de l'activité professionnelle pour la mère (n, %)	
<i>Même village</i>	22, 100%
Lieu de l'activité professionnelle pour le père (n, %)	
<i>Même village</i>	25, 80%
<i>Un autre village</i>	2, 7%
<i>Ce district</i>	1, 3%
<i>Autre district</i>	3, 10%
Activités génératrices de revenus pour le foyer (n, %)	
<i>Agriculture</i>	28, 78%
<i>Elevage</i>	4, 11%
<i>Travailleur indépendant ou propriétaire d'une entreprise (petit commerce, chauffeur, etc)</i>	6, 17%
<i>Travail salarié</i>	1, 3%
<i>Autre source de revenus</i>	4, 11%
Catégorie sociale perçue par l'accompagnant principal	

<i>Non pauvre / Sorotigi</i>	0
<i>Moyennement pauvre / don kafisa</i>	24, 67%
<i>Pauvre / Fan tan</i>	9, 25%
<i>Pauvre Absolu / fan tan yèrè yèrè</i>	3, 8%

Données médicales

Enfants avec un petit poids à la naissance (n, %)	
<i>Fille</i>	15, 68%
<i>Garçon</i>	9, 64%
Allaitement actuel (n,%)	28, 78%
Si non, a été allaité? (n,%)	8, 100%
<i>Sevrage brutal</i>	5, 63%
<i>Arrêt graduel ou progressif</i>	2, 25%
<i>nsp</i>	1, 12%
Pour les enfants non allaités actuellement, âge au sevrage (en mois)	
n[IQR]	8 [14,18]

5.1.3 Documentation de l'intervention

5.1.3.1 La formation et les supervisons

Les trois TPS recrutées pour l'étude ont suivi une formation de cinq jours dispensés par une psychologue du développement. Le programme de cette formation est détaillé en Annexe 2. En plus des TPS, d'autres professionnels de santé ont participé à cette formation pour garantir la contribution et l'implication des parties prenantes aux différents sites de l'étude :

- Pour les deux CSCOM : trois agents pour chaque CSCOM, comprenant le directeur technique ou son suppléant, le responsable nutrition et une sage-femme.
- À l'hôpital : les trois promoteurs de santé, deux médecins, deux infirmiers et deux aides-soignants (postes MSF).

Pendant la durée de l'étude et à la suite de la formation, neuf sessions de supervision ont été organisées pour les TPS par la formatrice en présence de la coordinatrice de terrain. Ces sessions ont permis de partager les difficultés et les ressentis des participants, et de proposer collectivement des alternatives aux problèmes rencontrés. Une synthèse de ces sessions est proposée en Annexe 26.

5.1.3.2 Les sessions de stimulation psychosociale

Un total de 149 sessions a été effectué, comprenant 118 sessions individuelles (79%) et 22 sessions collectives (15%). Parmi les sessions, 31 sessions ont eu lieu à l'hôpital (21%) et 114 dans l'un des CSCOM (77%). La durée médiane des sessions était de 54 minutes [IQR : 40-64], passant de 42 minutes pour la première session à 58 minutes pour la dernière (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre, type et lieux des sessions de stimulation psychosociale

	Sessions (n)	Sessions individuelles (n, %)	Nombre de sessions collectives (n, %)		CSCOM	Hospital	Durée médiane (min)
			2 familles	3 familles			
Accueil de la Famille	31	25 (81%)	4 (13%)	2 (6%)	18 (58%)	12 (48%)	42
Communication & Jeu	30	22 (73%)	6 (20%)	2 (7%)	23 (77%)	5 (23%)	52
Alimentation & Allaitement	33	29 (88%)	2 (6%)	2 (6%)	26 (79%)	6 (21%)	56
Relaxation, Détente & Sommeil de l'enfant	29	22 (76%)	6 (21%)	1 (3%)	24 (83%)	5 (23%)	56
Partage Famille	26	20 (77%)	4 (15%)	2 (8%)	23 (88%)	3 (15%)	58
Total	149	118 (79%)	22 (15%)	9 (6%)	114 (77%)	31 (21%)	

Au total, un membre de la famille, autre que l'accompagnant principal était présent pour 28 sessions (19%) (Tableau 4), il s'agissait principalement des pères de familles (18 sessions) et de la grand-mère (7 sessions).

Tableau 4 : Présence d'un membre de la famille autre que l'accompagnant principal

	Nombre de sessions individuelles	Nombre de sessions Collectives	Nombre de sessions total
Père	13	5	18
Grand-mère	6	1	7
Grand-père	1	0	1
Frère et sœur	11	0	1
Co-épouse	1	0	1
Total membres	32	6	28

5.1.4 Mesure des changements avant / après intervention

5.1.4.1 Pratiques de soins infantiles

Après l'intervention, les accompagnantes étaient plus nombreuses à déclarer aimer partager certaines activités avec leurs enfants comme : le bain ou la toilette, les massages, les repas, le portage, la sieste et les moments de jeu. Elles étaient également plus nombreuses à applaudir leur enfant, le prendre dans les bras, ou à jouer avec lui lorsque celui-ci se comporte bien, et également à avoir des attitudes positives (lui parler doucement, le bercer,

ou jouer avec lui) lorsque l'enfant est en détresse, malheureux, ou qu'il pleure. Si l'enfant refuse de manger, les accompagnantes étaient plus nombreuses à « jouer avec lui et essayer à nouveau » après l'intervention. Enfin, on constate qu'après l'intervention, les pères et grand-mères (autres membres de la famille non présents lors de l'intervention) étaient plus nombreux à jouer avec les enfants qu'avant l'intervention. Les variables pour lesquelles la différence avant / après intervention est significative apparaissent en gras dans le **Tableau 5** : Pratiques de soins infantiles et différences avant / après intervention (p-value < 0,05).

Tableau 5 : Pratiques de soins infantiles et différences avant / après intervention

	Avant intervention		Après intervention		p-value
	n	%	n	%	
Activités qu'aiment faire les mamans avec leurs enfants					
Le bain / la toilette de l'enfant	28	78	36	100	0,0078
L'allaitement	20	56	26	72	0,0703
Le moment du massage	6	17	32	89	0,000
Le moment des repas	23	64	35	97	0,0018
Lors du portage au dos	19	53	29	81	0,0129
Pendant la sieste ou le repos	1	3	7	19	0,0703
Les moments de jeu	10	28	34	94	0,000
Que faites-vous habituellement lorsque votre enfant se comporte bien ?					
Je le félicite	8	22	7	19	1
Rien de particulier	3	8	0	0	1
Je l'applaudis	8	22	18	50	0,0414
Je lui donne quelque chose	10	28	11	31	1
Je lui dis des mots gentils / d'appréciation	8	22	5	14	0,5078
Je le prends dans les bras ou le porte au dos	13	36	24	67	0,0127
Je joue avec lui / elle	7	19	22	61	0,0074
Que faites-vous habituellement lorsque votre bébé est en détresse, malheureux, qu'il pleure ?					
Je lui parle doucement	3	8	13	36	0,0129
Je ne fais rien de particulier	1	3	1	3	1
Je lui chante une chanson	1	3	5	14	0,125
Je le gronde	2	6	0	0	0,5
Je lui fais des caresses	1	3	6	17	0,125
Je lui donne des tapes dans le dos	2	6	1	3	1
Je le berce	23	64	32	89	0,0225
Je l'allaiter ou lui donne à manger	15	42	19	53	0,8036
Je le prends dans les bras ou le porte au dos	9	25	14	39	0,3018
Je joue avec lui / elle	2	6	10	28	0,002
Que faites-vous quand votre enfant refuse de manger ?					
Je le force	4	11	0	0	0,125
Je le laisse faire	1	3	1	3	1
J'attends et j'essaie à nouveau	13	36	10	28	0,6291
Je mets la cuillère dans sa bouche	1	3	0	0	1
Je ne fais rien de particulier	2	6	0	0	0,5
Je remplace par un autre aliment	9	25	8	22	1

Je joue avec lui et j'essaie à nouveau	12	33	26	72	0,0013
Je l'emmène au centre de santé	8	22	12	33	0,3438
Je l'emmène chez le tradi-thérapeute / religieux	2	6	2	6	1
Je le berce ou le porte	11	31	17	47	0,2379

Pensez-vous qu'il est possible d'interagir (communiquer) avec les enfants tout en faisant d'autres activités comme les travaux ménagers / activités quotidiennes ?

Oui	22	61	25	69	
Non	4	11	0	0	0,872
Oui, avec de l'aide	6	17	5	14	
Autre (préciser)	4	11	6	17	

Si vous avez le temps de jouer/communiquer avec votre enfant, à quelle fréquence le faites-vous ?

(Si la personne ne joue pas avec son enfant, noter "jamais")

Plusieurs fois par jour	29	81	34	94	
1 fois par jour	2	6	1	3	
Plusieurs fois par semaine	1	3	0	0	0,1172
Jamais	1	3	0	0	
Autre (préciser)	3	8	1	3	

Si d'autres membres de la famille jouent avec l'enfant, veuillez préciser qui joue le plus souvent.

Père	8	22	22	61	0,0026
Frères / sœurs	33	92	35	97	0,625
Oncle	1	3	2	6	1
Co-épouse	7	19	7	19	1
Tante	4	11	10	28	0,0703
Grand-mère	8	22	20	56	0,0005
Grand-père	1	3	5	14	0,125
Belle-sœur ou beau frère	3	8	3	8	1
Autre (préciser)	3	8	1	3	1

Avez-vous l'habitude de masser votre enfant ?

Oui	33	92	35	97	
Non	2	6	0	0	0,75
Quelqu'un d'autre le fait	1	3	0	0	
Autre (préciser)	0	0	1	3	

Si oui, à quelle fréquence ?

Plusieurs fois par jour	24	67	29	81	
1 fois par jour	4	11	3	8	
Plusieurs fois par semaine	2	6	1	3	0,1265
Autre (préciser)	3	8	0	0	

Autre (préciser)	3	8	0	0	
------------------	---	---	---	---	--

5.1.4.2 Perception des compétences parentales

A la question « *Dans quelles activités vous sentez-vous compétente ?* », au global, « l'alimentation » et « bain et massage » étaient les activités où les accompagnantes se sentaient le plus compétentes avant l'intervention. Après l'intervention, les accompagnantes mentionnaient plus fréquemment « jeu et communication » ainsi que « portage » (Figure 4).

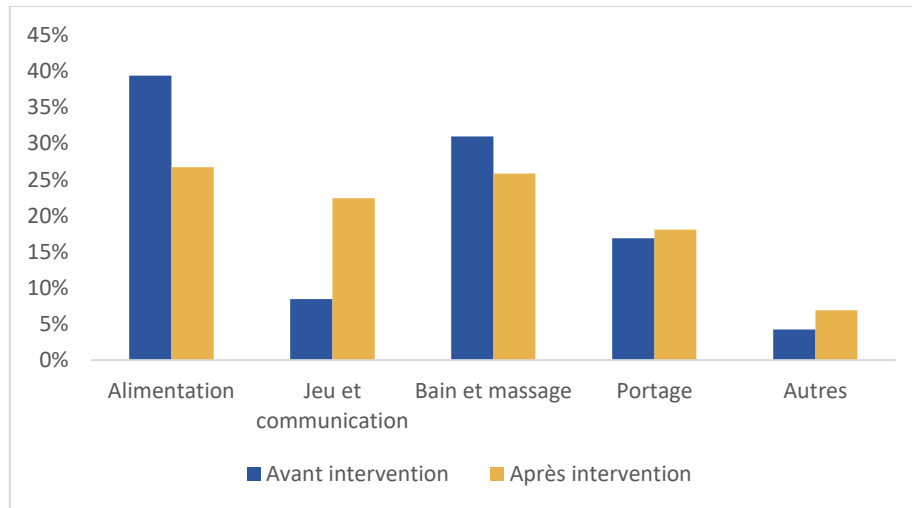


Figure 4 : Répartition des accompagnantes (n=28) à la question : « dans quelles activités vous sentez-vous compétente ? » avant et après l'intervention

5.1.4.3 Besoins exprimés

Au global, « l'alimentation » et « bain et massage » étaient les activités où les accompagnantes exprimaient avoir le plus besoin d'aide (*Question : Dans quelles activités vous auriez besoin d'aide ?*). Il s'agissait principalement d'aide financière et venant d'une autre personne.

5.1.4.4 Connaissance d'activités permettant à l'enfant de se rétablir de la MAS

A la question « *Connaissez-vous des activités qui permettent à votre enfant de se rétablir de la malnutrition* », les accompagnantes étaient nombreuses à citer « l'alimentation » avant l'intervention, alors que le « jeu et communication » ainsi que « bain et massage » et « portage » étaient également rapportées après l'intervention (Figure 5).

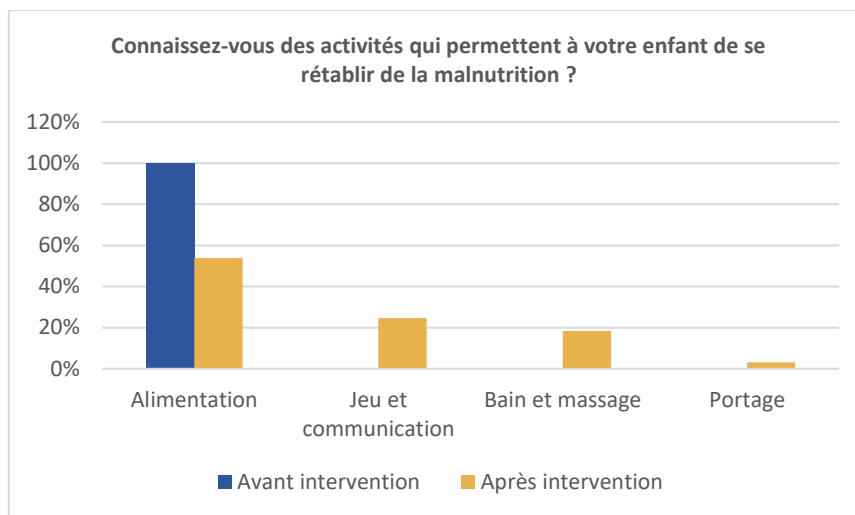


Figure 5 : Répartition des accompagnantes (n=28) à la question : « Connaissez-vous des activités qui permettent à votre enfant de se rétablir de la malnutrition ? Si oui, lesquelles ? » avant et après l'intervention

5.1.4.5 Santé mentale maternelle

La santé mentale maternelle a été mesurée par différents scores issues de deux échelles présentées dans « Phase 3. Mise en œuvre de l'intervention adaptée au contexte ».

Dépression périnatale

Les accompagnantes étaient moins nombreuses à présenter des symptômes de dépression périnatale après l'intervention (n=10) qu'avant (n=19) (différence significative, **Tableau 6**).

Tableau 6 : Symptômes de dépression périnatale et différence avant et après l'intervention

	Avant l'intervention		Après l'intervention		p-value
	n	%	n	%	
Score moyen < 1,03 (absence de symptômes de dépression périnatale)	17	47,2	26	72,2	0,0011
Score moyen ≥ 1,03 (présence de symptômes de dépression périnatale)	19	52,8	10	27,8	

Idées suicidaires

Parmi les 36 accompagnantes, 6 mères ont exprimé avoir eu des idées suicidaires lors des deux dernières semaines, dans le cadre de la passation de l'échelle Dusukasi⁴ (questionnaire

⁴ 6 mères ont répondu de manière positive (c'est-à-dire rarement pour 4, parfois pour 1 et souvent pour une autre) à la question « au cours des deux dernières semaines, vous avez eu des pensées de mettre fin à votre vie »

pré-intervention). Pour celles-ci, un système de référencement spécifique a été mis en place : un rendez-vous médical leur a été proposé avec un médecin indépendant de l'étude afin de pouvoir établir le niveau de risque de passage à l'acte. Des visites de suivi spécifiques individuelles ont été organisées pour ces mères. En parallèle, un atelier de 3 heures a été conduit par un psychiatre et une psychologue sur l'évaluation et la prise en charge des accompagnantes ayant répondu positivement à la question sur les idéations suicidaires.

Soutien social perçu

Le niveau de soutien social perçu avant et après l'intervention était élevé pour la majorité des accompagnantes avant et après l'intervention, sans différence significative (respectivement 67% et 64% des participantes ont rapporté un niveau de support perçu élevé) (Tableau 7).

Tableau 7 : Niveau de support social perçu et différences avant / après l'intervention

		Avant l'intervention		Après l'intervention		p-value
		n	%	n	%	
Niveau de support perçu	Bas	2	5,6	3	8,3	0,8872
	Moyen	10	27,8	10	27,8	
	Elevé	24	66,7	23	63,9	

Aucune différence significative n'a été observée non plus dans les scores calculés par catégories (Tableau 8).

Tableau 8 : Scores de niveau de support social perçu par catégories et différences avant / après l'intervention

Moyenne [IQR]	Avant l'intervention	Après l'intervention	p-value
Etre cher	6 [5,2;6,5]	6 [5,3;6,5]	0,7764
Famille	5,8 [5,2;6,3]	6 [5,1;6,3]	0,4662
Amis	4,8 [3,0;5,5]	4,4 [3,0;5,5]	0,7944

5.1.4.6 Observations des interactions accompagnante-enfant

Au total, 36 observations avant et 34 après intervention ont été menées par deux observatrices indépendantes. Deux observations ont été menées avec la grand-mère, la mère n'étant pas disponible ou malade.

Composante quantitative

Fiabilité inter-observatrices

En moyenne sur l'ensemble des variables d'observation, le Kappa de Cohen était pour les mesures avant l'intervention de 0,906 (IC95 : 0,697-0,988), valeur minimum : 0,634, valeur maximum : 0,977 et après l'intervention : de 0,874 (IC95 : 0,533-0,991), valeur minimum : 0,699, valeur maximum : 0,978. Ces estimations suggèrent un niveau très élevé d'accord entre les deux observatrices (détail des valeurs en Annexe 19).

Mesures avant / après

Comme le montre le **Tableau 9**, la différence moyenne de notation entre chaque domaine (affection, réceptivité, encouragement et enseignement) avant et après l'intervention était positive, avec une différence significative ($p < 0,0001$) pour les domaines de l'affection, de la réceptivité et de l'encouragement, et $< 0,001$ pour l'enseignement. Cela signifie que les accompagnantes et les enfants ont obtenu de meilleurs résultats pendant les sessions d'observation dans chaque domaine de PICCOLO après avoir reçu l'intervention StimNut.

Tableau 9 : Résultats quantitatifs avant / après intervention et différence (du test de Wilcoxon)

Test de Wilcoxon	Domaines PICCOLO	Avant	Après	Différence moyenne	Niveau de significativité
Score total (en moyenne pour les deux observatrices)	Affection	12,5	13,7	1,21	$p=0,0000$
	Réactivité	11,7	13,7	1,96	$p=0,0000$
	Encouragement	9,6	12,7	3,17	$p=0,0000$
	L'enseignement	4,6	6,4	1,80	$p=0,0004$

Composante qualitative

Au cours de l'analyse, les facteurs influençant l'interaction accompagnantes-enfant pendant les sessions ont été identifiés, ainsi que les actions/réactions correspondantes de chaque composante du couple accompagnantes/enfant. Nous avons résumé les résultats des observations dans la **Figure 6**.

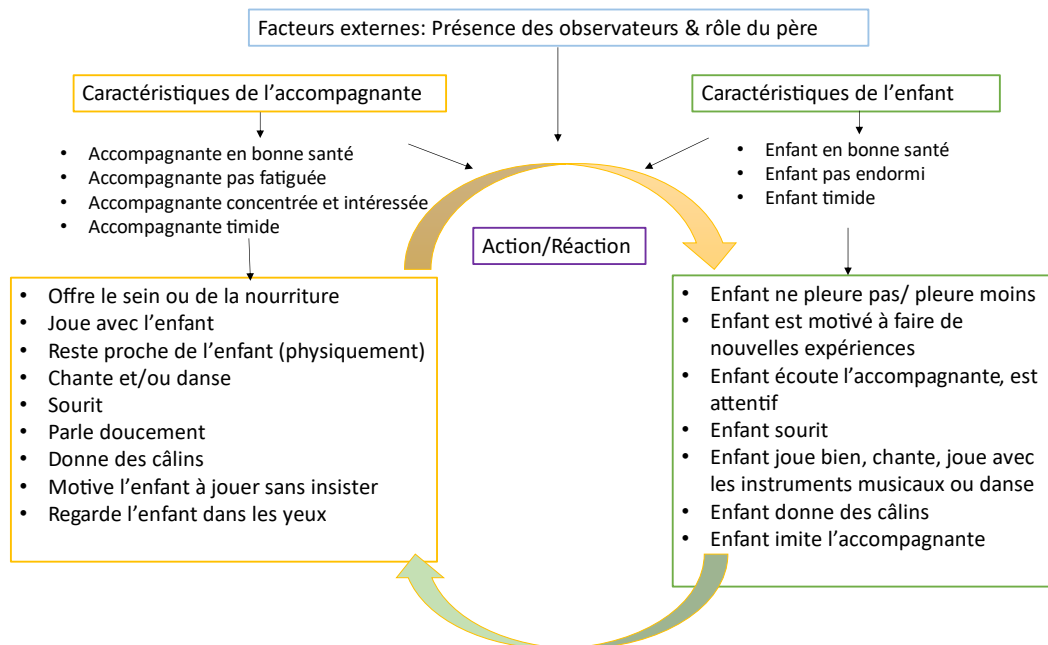


Figure 6 : Cadre conceptuel décrivant l'interaction accompagnante-enfant à la suite des observations menées par les deux observatrices.

Nous avons observé que des facteurs externes (liés aux observatrices et au rôle du père dans la prise de décision pour faire les observations), et des facteurs liés à l'accompagnante et à l'enfant ont eu un impact sur les observations.

Facteurs externes influençant l'interaction accompagnante-enfant

- Les observatrices

Comme le souligne la littérature, l'observatrice peut avoir un impact sur les participants et sur l'interaction entre l'accompagnante et l'enfant. Selon les observatrices, les accompagnantes et les enfants se sont habitués aux observations et semblaient plus détendus lors de la deuxième session que lors de la première :

"Bébé boude beaucoup et ne supporte surtout pas notre présence, nous avons réajusté notre position pour ne pas se faire voir par lui, avec toute la discrétion possible, il ne veut pas jouer et pleurer"(Observatrice, pré-intervention).

"Il est bien plus joyeux, n'est pas effrayé par notre présence et communique avec sa maman qui est encore plus joyeuse il y a beaucoup de complicité, de jeu et de joie" (Observatrice, post intervention).

- Le rôle du père dans le processus de décision

Quelques accompagnantes ont indiqué que le père, qui est le chef de famille, autorisait ou non les accompagnantes et l'enfant à participer aux séances d'observation. Bien que la plupart des accompagnantes aient déclaré être heureuses de poursuivre les observations après les mesures avant-intervention, un père n'a pas accepté de prendre part à l'étude, et la mère et l'enfant n'ont donc pas participé à la deuxième session.

« Maman pense que son mari ne sera pas d'accord qu'elle continue les séances" (Observatrice, pré-intervention) »

Facteurs influençant l'interaction accompagnante-enfant liés à l'accompagnante et à l'enfant

Parmi les facteurs liés à l'accompagnante et à l'enfant, nous avons identifié : une mère/accompagnante malade et fatiguée, une mère qui n'était pas intéressée ou concentrée pendant la session, un enfant malade, un enfant qui dormait ou voulait dormir, et une mère/accompagnante ou un enfant très timide.

- Accompagnante malade et fatiguée

Les observatrices ont indiqué que les accompagnantes malades n'étaient pas en mesure d'interagir avec leurs enfants et que, pour cette raison, les enfants étaient plus susceptibles d'être stressés pendant la session de jeu et de ne pas être motivés.

« Maman en état de grossesse est très triste pendant la séance » (Observatrice, pré-intervention).

Les observatrices ont signalé que les accompagnantes malades ne pouvaient pas bouger pendant la séance, et que leurs enfants ne bougeaient pas beaucoup non plus en conséquence. L'observatrice a également souligné la différence entre la première et la deuxième séance, lorsque la mère se sentait mieux :

« Maman aussi va bien aujourd'hui elle n'est plus fatiguée, elle est sereine, moins timide car elle a enfin son bébé, elles s'amusent bien ensemble » (Observatrice, post intervention).

- Accompagnante qui n'était pas intéressée ou concentrée pendant la session

Certaines mères, en particulier pour les mesures avant-intervention, n'étaient pas intéressées par le jeu avec leur enfant ou n'étaient pas concentrées pendant la session. Cependant, dans certaines circonstances, l'enfant semblait heureux de jouer sans le soutien de sa mère :

« Jeune mère, un peu timide pas très motivée et ne bouge pas mais répond aux différentes manifestations de l'enfant (pas tous) l'enfant est très enthousiaste, elle joue beaucoup » (Observatrice, avant-intervention).

- Enfant malade

Les observatrices ont noté que lorsque l'enfant était très malade, même si la mère était motivée pour jouer, l'interaction était très limitée :

« La séance commence par des pleurs, bébé qu'elle a faim, on lui donne des biscuits qu'elle mange bien mais continue quand même de pleurer, maman est courageuse même si elle ne sourit pas et la motivation à jouer avec bébé n'est pas suffisant probablement à cause de sa santé », (Observatrice, Pre-intervention).

Certains enfants ont présenté des diarrhées, des gripes ou d'autres infections, d'autres se sont révélés faibles en raison de leur état nutritionnel, en particulier lors des mesures avant-intervention. Dans certains cas, l'incapacité de l'enfant à interagir avec sa mère a rendu ce dernier moins motivé pour poursuivre la séance de jeu :

« Bébé ne semble pas en forme (enrhumée), maman commence à s'impatienter (demande si ce n'est pas terminé et dit que bébé ne veut pas jouer) », (Observatrice, avant-intervention).

- Enfant qui dormait ou voulait dormir

Les observatrices ont noté que les enfants qui voulaient dormir étaient peu susceptibles de jouer et d'interagir avec les accompagnantes au moment des observations.

« Maman est en état de grossesse déjà observé mercredi passé dont le bébé était irrité et ne voulait que dormir - aujourd'hui bébé n'a pas joué », (Observatrice, avant-intervention).

- Mère ou enfant très timide

Les observatrices ont expliqué que, lorsque la mère ou l'enfant étaient très timides, il était peu probable qu'ils interagissent pendant les observations, et que le score de PICCOLO était plus faible pour cette raison. Par exemple, ils ont indiqué qu'une mère timide était moins susceptible d'encourager le bébé à jouer et à bouger, et que l'enfant n'était pas très réactif :

« La séance est timide, calme car maman est calme et bébé aussi, elles ne jouent pas maman a donné juste une peluche à l'enfant qui l'a pris et l'a déposé. Maman assise, elle nous regardait puis

elle a pris bébé, l'a mis sur ses genoux pour lui donner le sein ; bébé s'endort jusqu'à la fin de la séance », (Observatrice, Post-intervention).

Cependant, une mère timide n'influence pas toujours la réaction de l'enfant :

« Maman réservée et ne bouge pas mais bébé par contre, fait le tour de la salle en rampant, très joyeuse elle touche à tout et tapote sa mère qui l'aide à dire quelques mots, pousse les jouets vers bébé mais joue pas beaucoup », (Observatrice, après-intervention).

Comparaison des observations AVANT et APRES

Comme le montre la différence positive des scores obtenus lors des observations avant / après l'intervention, l'interaction accompagnante-enfant s'est améliorée après l'intervention. L'amélioration a été particulièrement mise en évidence dans les parties "encouragement" et "enseignement", pour lesquelles la notation n'était pas applicable dans certaines sessions avant l'intervention. Dans l'une des sessions, par exemple, l'observatrice a signalé que l'accompagnante n'avait pas l'habitude de jouer avec l'enfant avant l'intervention StimNut :

« Séance tendue maman et bébé pas habituées à jouer ensemble, bébé attiré par un jouet mais maman ne l'encourage pas à y toucher », (Observatrice, avant -intervention).

Après l'intervention, l'interaction accompagnante (mère) -enfant a complètement changé et la compréhension entre les deux s'est nettement améliorée :

« Séance très animée par rapport à la dernière, bébé est bien portant, maman est contente, elle tape sur le djembe en chantant et demande à bébé de jouer, danser, [...] cette fois une très bonne interaction, de la complicité, ils se comprennent », (Observatrice, après-intervention).

Les observatrices ont également noté qu'après l'intervention, les accompagnantes encourageaient davantage leurs enfants à jouer et que ces derniers imitaient et répétaient souvent les sons, les jeux ou les actions présentés par leur mère :

« Maman met la peluche dans la calebasse et demande à bébé de lui donner son bain, chose faite par le bébé qui ensuite se couche [...] elle [bébé] s'exprime par des sons, maman comprend et répond maman l'encourage à jouer, elle touche tous les jouets et le bébé en prend un autre », (Observatrice, après-intervention).

Les observatrices ont également signalé que la mère et l'enfant se souriaient davantage et qu'ils se regardaient dans les yeux pendant toute la durée de l'observation :

« Maman lui parle en regardant dans les yeux [...] belle complicité entre les deux (communication, sourire, regards) bébé et maman se passent les jouets et se complètent », (Observatrice, après-intervention).

Réflexion des observatrices

Au cours des séances de débriefing, les deux observatrices ont convenu qu'il n'y avait pas beaucoup d'observations pour lesquelles la notation différait, car elles ont indiqué que l'outil PICCOLO était facile à suivre et intuitif, ce qui a permis d'éviter les erreurs d'interprétation

des observations. Les notes de terrain ont permis de recueillir des informations plus détaillées sur l'interaction entre la mère et l'enfant, bien que le niveau de détail ait varié d'une session à l'autre et d'une observatrice à l'autre. Les observatrices ont indiqué qu'après l'intervention, elles se sentaient plus à l'aise pour observer les accompagnantes et les enfants que lors des premières séances précédant l'intervention.

Elles ont également fait valoir que la conduite des observations dans un environnement différent de celui de l'hôpital aurait pu les aider à observer dans un contexte plus "réaliste" les accompagnantes et les enfants.

5.1.5 Mesure de satisfaction après chaque session

5.1.5.1 Réponses aux questions chiffrées

Globalement les mesures de satisfaction après les sessions étaient élevées pour l'ensemble des sessions. On observe que les deux indicateurs mesurés augmentaient au fur et à mesure des sessions (**Tableau 10**) en passant de 4,3 en moyenne pour la session 1 à 4,7 pour la session 5. En ce qui concerne la note attribuée aux sessions, elle passe de 4,7 à 5 en moyenne.

Tableau 10 : Niveau de satisfaction après les sessions

		Moyenne	Deviation standard	Min	Max
Niveau d'énergie après la session (sur 5)	Session 1	4,3	0,85	1	5
	Session 2	4,7	0,45	4	5
	Session 3	4,8	0,44	4	5
	Session 4	4,6	0,55	3	5
	Session 5	4,7	0,51	3	5
Note de la session (sur 5)	Session 1	4,7	0,59	3	5
	Session 2	4,8	0,47	3	5
	Session 3	4,9	0,40	3	5
	Session 4	4,8	0,40	4	5
	Session 5	5,0	0,17	4	5

5.1.5.2 Réponses aux questions libres

Question 1 : Avez-vous appris quelque chose d'important aujourd'hui ? (Précisez).

Sur l'ensemble des sessions, le « bien-être et développement de l'enfant » était la catégorie qui incluait le nombre le plus élevé de réponses, suivie par « l'alimentation ». La catégorie

« alimentation » regroupait un nombre de réponses plus élevé aux sessions 1 et 2. Ensuite, venaient dans l'ordre les catégories « jeu et communication », « bain et massage », « bien-être de la mère », « interactions/liens affectifs » et « autres ». La catégorie « interactions/liens affectifs » était plus représentée à la session 5 (Figure 7).

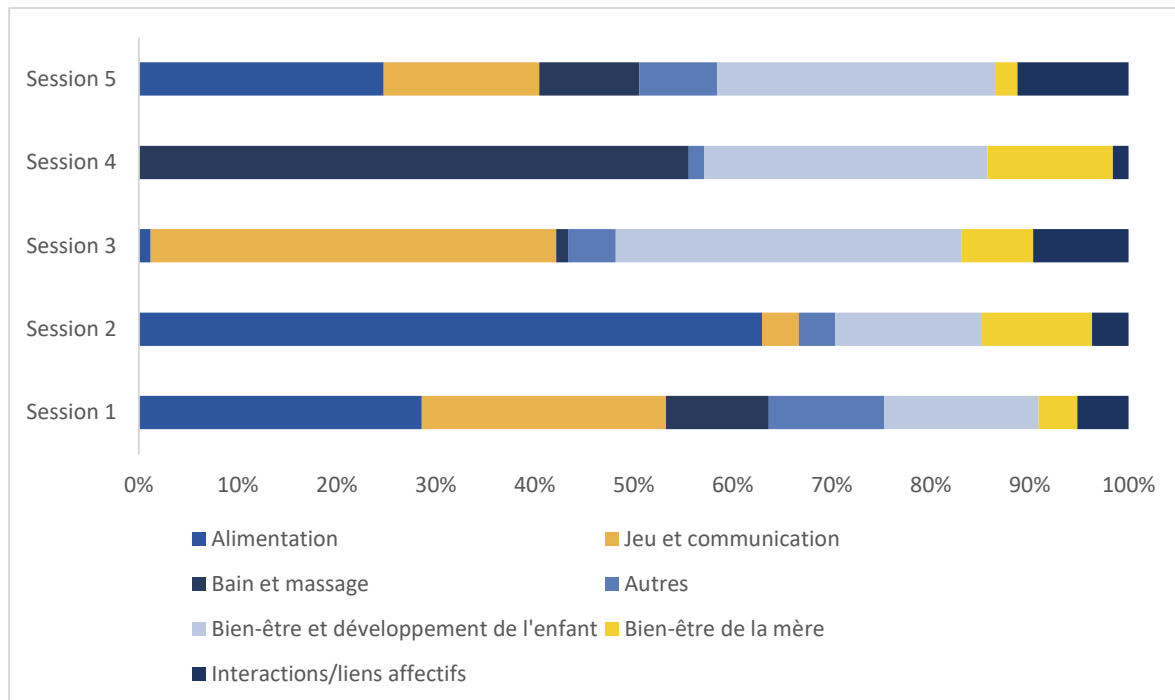


Figure 7 : Réponses apportées (n=22) à la question : « Avez-vous appris quelque chose d'important aujourd'hui ? (Précisez) », par sessions.

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a plu ? (Précisez).

Sur l'ensemble des sessions, « l'alimentation » était la catégorie qui incluait le nombre le plus élevé de réponses suivie par « bain et massage ». La catégorie « alimentation » regroupait un nombre de réponses plus élevé aux sessions 1 et 2. Ensuite, venaient dans l'ordre les catégories « bien-être et développement de l'enfant », « jeu et communication », « interactions/liens affectifs », « autres » et « bien-être de la mère ». Les catégories « alimentation » et « bain et massage » étaient plus représentées à la session 5 (Figure 8).

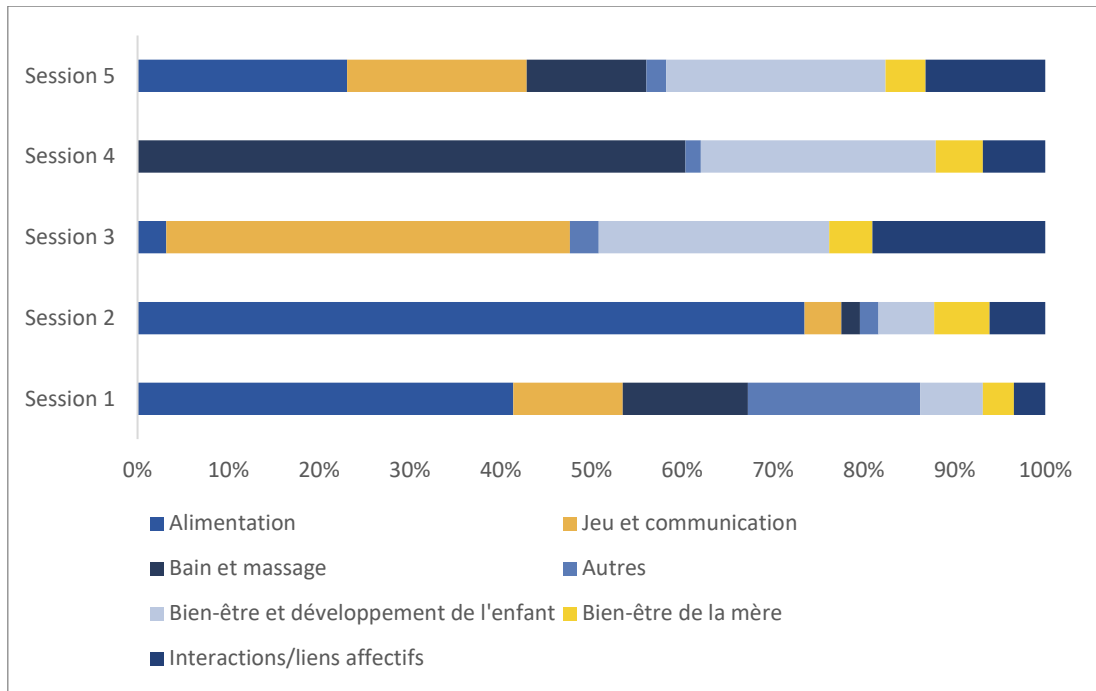


Figure 8 : Réponses apportées (n=24) à la question : « Qu'est-ce qui vous a plu ? (Précisez) », par sessions.

Question 3 : Que souhaiteriez-vous améliorer pour la prochaine session (précisez)?

Au global, « l'alimentation » est la catégorie qui inclus le nombre le plus élevé de réponses suivie par « jeu et communication ». La catégorie « alimentation » regroupe un nombre de réponses plus élevé aux sessions 1, 2 et 5. Ensuite, viennent dans l'ordre les catégories « bain et massage », bien-être et développement de l'enfant », « autres », « bien-être de la mère », et « interactions/liens affectifs ». La catégorie « alimentation » et « jeu et communication » sont plus représentées à la session 5 (Figure 9).

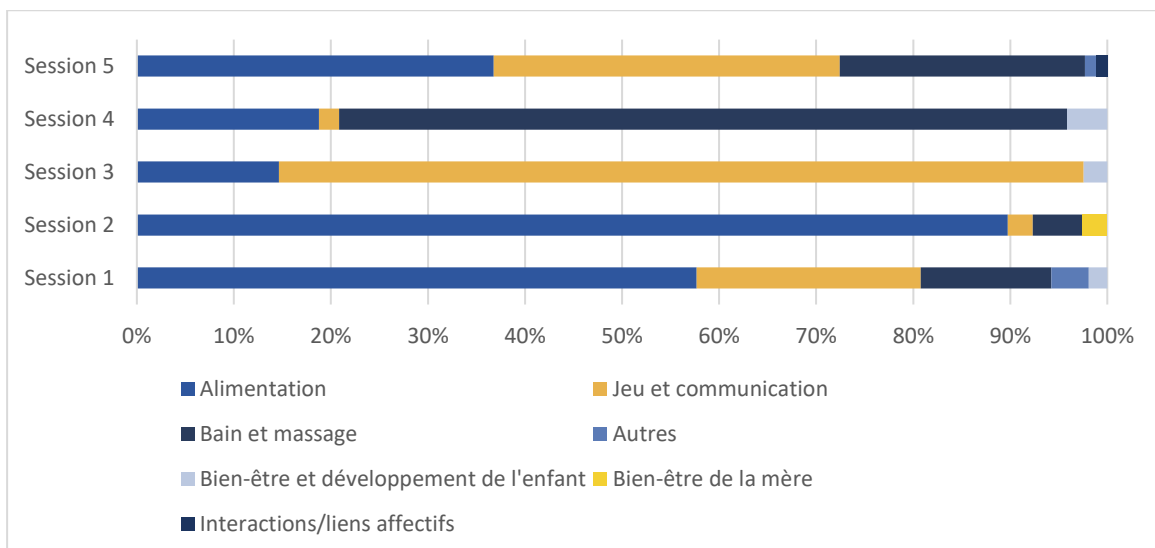


Figure 9 : Réponses apportées (n=24) à la question : « Que souhaiteriez-vous améliorer pour la prochaine session? (Précisez) », par sessions.

5.2 Résultats phase 3 : acceptabilité

5.2.1 Résultats d'entretiens auprès des accompagnantes

Les entretiens auprès des accompagnantes ont duré en moyenne 40 minutes. La présentation des résultats est organisée en six parties : 1) Les représentations et attitudes affectives des accompagnantes ; 2) la (re)construction des liens de confiance ; 3) l'empouvoirement des accompagnantes ; 4) les attentes des accompagnantes et les réponses données par l'intervention ; 5) la transmission des connaissances et 6) les défis perçus.

5.2.1.1 Quelles sont les représentations et attitudes affectives des accompagnantes à l'égard de StimNut ?

Les analyses soulignent une évolution des répertoires interprétatifs à l'égard de StimNut. La **Figure 1** résume les principales tendances des récits des participantes quand elles abordent le parcours de soin des enfants et leurs propres expériences.

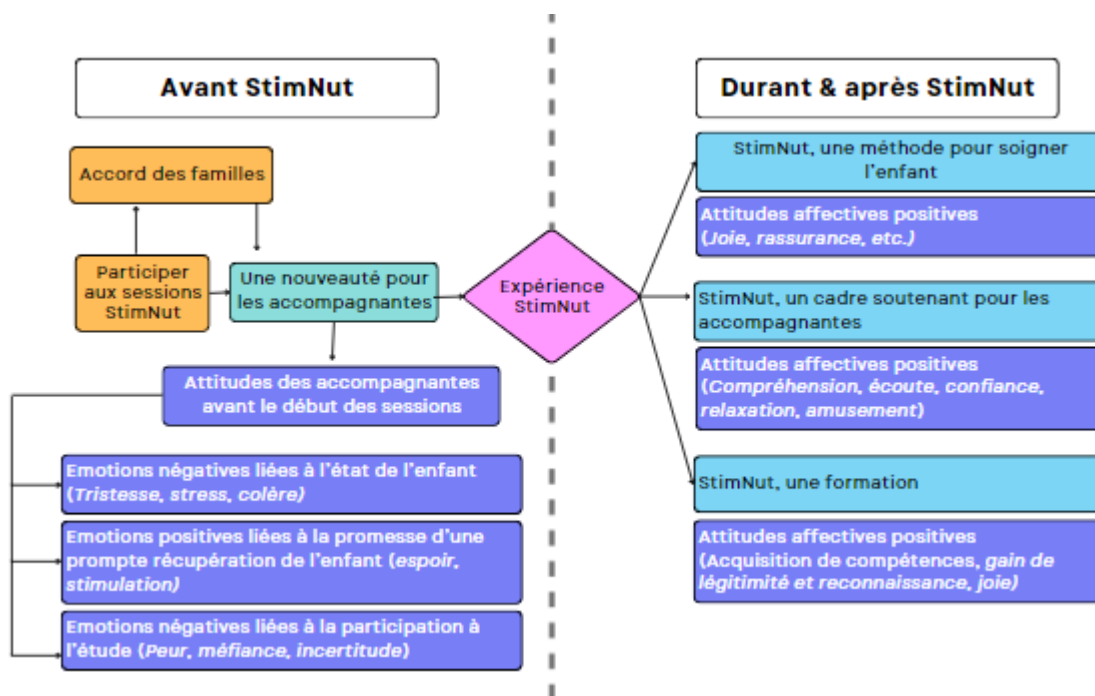


Figure 10 : Evolution des représentations et attitudes affectives liées

De manière générale, la participation à l'étude n'a pas demandé aux accompagnantes de négocier l'accord avec les chefs de concession et/ou pères des enfants. Néanmoins, StimNut représentait pour les accompagnantes une nouveauté qui soulevait des attitudes affectives ambivalentes. D'une part, elles éprouaient des émotions négatives liées à l'état de santé de l'enfant (ex. tristesse, stress) et des émotions positives liées à la promesse d'une récupération plus rapide de l'enfant (ex. espoir). D'autre part, la participation à une étude soulevait des attitudes négatives face au personnel soignant et à un nouveau terme (« stimulation psychosociale »), qui ne leur était pas familier. Par exemple, certaines accompagnantes

déclarent avoir ressenti de la méfiance vis-à-vis des TPS et de l'efficacité de l'intervention (ex. « *Je n'avais pas pris au sérieux cette approche, je ne m'étais pas engagée. J'avais donné mes consentements par seul plaisir. Mais qu'après un à deux sessions j'ai su que les sessions étaient importantes.* » Mère, 31 ans). D'autres ont exprimé de la peur et/ou de l'incompréhension (ex. « *Je me suis dit que ah, ça c'est nouveau, est-ce que moi je n'ai pas peur de la causerie de ces gens ?* », Mère, 30 ans).

Néanmoins, la participation à l'ensemble des séances de stimulation psychosociale a permis de déconstruire les premières perceptions et attitudes à l'égard de l'étude et des TPS. En effet, les discours des accompagnantes s'ancrent dans des comparaisons « avant-après StimNut » qui opposent la perception de la nouveauté qui fait peur (avant) à trois autres répertoires interprétatifs (après) :

StimNut comme une méthode pour guérir l'enfant. Cette représentation répondait aux attentes des accompagnantes visant à améliorer la santé des enfants. Elle est liée à des émotions et des sentiments positifs tels que la joie et l'apaisement. Dans ces cas, les accompagnantes se positionnent dans leur rôle de mères responsables de la santé de leurs enfants atteints de MAS.

StimNut comme un cadre soutenant pour les accompagnantes. Cette représentation était également liée à des émotions et sentiments positifs tels que le sentiment d'être comprise, écoutée et soutenue, relaxée et stimulée. Dans ces cas, les accompagnantes se positionnent plus largement dans leur rôle de femmes (mères mais aussi épouses, sœurs, belle-fille, etc.).

StimNut comme une formation. Cette représentation soulevait des émotions et des sentiments positifs liés à l'acquisition de compétences et au gain de légitimité. Dans ces cas, les accompagnantes se positionnent dans le rôle d'apprenties.

Pour résumer, on observe que StimNut répond à différentes attentes (guérir l'enfant, être soutenue, être formée) et les représentations de l'intervention évoluent dans le temps et varient en fonction des différents rôles mobilisés (mères responsables, femmes, apprenties).

5.2.1.2 StimNut, un scénario particulier pour (re)construire des relations de confiance

Les comparaisons « avant-après » StimNut renseignent sur l'évolution des relations interpersonnelles entre les accompagnantes et les enfants, les membres de la famille et les TPS. En effet, les résultats montrent que l'intervention StimNut a été un scénario particulier pour le renforcement des liens affectifs et de confiance entre les accompagnantes et : a) les enfants ; b) les membres de la famille ; c) les TPS.

(Re)construction des liens affectifs avec l'enfant

L'analyse de discours souligne la perception d'un changement dans la relation des accompagnantes avec leurs enfants. De manière générale, ces changements renvoient au

développement des liens affectifs⁵. Le renforcement du lien accompagnante-enfant est dû, d'après les accompagnantes, à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant et aux soins prodigués (ex. massage, communication, jeu). Par ailleurs, des accompagnantes affirment que les sessions et l'application des pratiques de soin ont facilité la construction des liens affectifs qui étaient jusqu'à là fragiles ou inexistants, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

« Les bonnes manières d'allaitement m'ont été montrées, [alors qu'avant] mon enfant tétait sans avoir satisfaction. Aujourd'hui pour allaiter mon enfant je me mets à écart et il tète paisiblement. (...). Je n'avais pas la moindre idée que l'enfant devait jouer avec sa maman, à vrai dire cet enfant sera différent de mes autres enfants car il aura mes affections. Mes autres enfants à la maison ne savent même pas que je suis leur maman, pas d'affection entre nous, nous ne jouons pas ensemble, ni les caresser, j'ignorais tout cela, jouer avec son enfant jusqu'à ce degré, non. » (Maman, 30 ans)

Dans cet extrait, on observe que StimNut introduit des nouvelles pratiques (ex. jeu) dans un environnement où la démonstration d'affection envers les enfants n'était pas habituelle. En outre, dans certains cas les accompagnantes témoignent avoir réorganisé leurs routines et activités journalières afin d'appliquer les recommandations de l'intervention.

Par ailleurs, l'amélioration de la relation accompagnante-enfant se manifeste par un changement des attitudes affectives envers l'enfant. En effet, les comparaisons entre les émotions centrées sur l'enfant avant et après StimNut renseignent sur l'amélioration de leur relation. En effet, bien que les émotions exprimées varient en fonction des cas, on observe la transformation des émotions négatives (ex. tristesse, culpabilité, peur, colère) en émotions positives (ex. joie, sérénité, confiance, tranquillité, affection) (renvoie tableau annexe 21).

(Re)construction des relations de confiance et de soutien au sein des familles

Si de manière générale les accompagnantes n'ont pas eu à négocier l'accord du mari et / ou chef de concession pour participer à l'étude, la plupart des accompagnantes expriment (explicite et implicitement) avoir ressenti une absence de soutien familial. Les résultats de l'analyse du discours révèlent trois types de soutien social clé, mis en avant par les accompagnantes :

⁵ Ex. : « Notre relation s'est améliorée [...]. Il ne veut pas que je parte le laisser. [...]. Tout ça c'est dû à l'entretien, très souvent, je joue avec lui, c'est pourquoi il est collé à moi », Grand-mère, 45 ans ;
« Il est joyeux maintenant, il joue avec moi, il joue avec les enfants, je communique beaucoup avec lui. Il va bien dans son corps et nos liens affectifs ont été renforcés. », Mère, 19 ans.

Le soutien matériel

Renvoie notamment aux ressources financières, de transports ou d'aliments. Il est assuré par le mari / chef de concession et rend la participation des accompagnantes faisable. Dans certains cas, les accompagnantes affirment que le soutien matériel a augmenté après les sessions (ex. après StimNut, le père achète des goûters à l'enfant).

Le soutien moral

Correspond à la validation des actions et des pratiques en fonction des valeurs (bien/mal). Le soutien moral se manifeste à travers les attitudes, les discours des membres de la famille (mari, grand-mère, etc.) et les comportements d'aide pratique. Ainsi, les résultats montrent que le soutien moral, dans certains cas, se limitait à l'accord des membres de la famille pour que l'accompagnante participe à l'étude. En revanche, dans d'autres cas, les accompagnantes perçoivent un engagement plus important des autres membres de la famille (ex. aide pratique pour assurer l'entretien de l'enfant).

Le soutien émotionnel

Il s'agit de la disponibilité et de la réactivité des membres de la famille pour soulager et reconforter les accompagnantes traversant des situations difficiles face à la maladie de l'enfant. Si dans certains cas le soutien émotionnel de la famille a été un facteur motivant la participation à StimNut⁶, l'analyse de discours soulève dans d'autres cas l'expression latente d'un sentiment de solitude chez les accompagnantes qui, avant StimNut, ne trouvaient pas de soutien émotionnel au sein de la famille (ex. « *je suis seule avec mon enfant* » Maman, 29 ans). De plus, certaines accompagnantes témoignent de la culpabilisation, marginalisation et pression sociale subie par des membres de la famille. En effet, dans certains cas les membres de la famille attribuent la responsabilité de la malnutrition de l'enfant aux mères (ex. « *ils m'ont sermonné [...]. [Ils ont dit] des choses qui rabaissent* », Mère, 21 ans ; « *Mais d'après la famille c'est ma faute.* » Maman, 36 ans). Néanmoins, dans certains cas, l'analyse de discours montre qu'après StimNut il y a plus d'écoute et une amélioration de la communication avec les autres membres de la famille. Dans ces cas, l'intervention StimNut joue un rôle de médiation des relations entre les différents membres de la famille (ex. accompagnante-coépouse), contribuant ainsi à l'amélioration des relations interpersonnelles. Les résultats montrent également une transformation des attitudes et émotions négatives à l'égard d'autrui (ex. mécontentement, irritable) en attitudes et émotions positives (ex. joie, empathie) (renvoie tableau annexe 22).

⁶ Ex. : « *Même si je suis découragée ils [Les membres de la famille] me disent de venir et d'aller les raconter ce qu'on a fait. Ainsi je viens.* » (Maman, 25 ans) ; « *Moi-même je suis venue, j'ai quand même informé les trois personnes qui ont dit qu'il n'y a pas de problème. (...) ils étaient d'accord, cela m'a donné du courage. [...]. Mon mari m'a dit de prendre courage car c'est avec ces sessions que l'enfant a pris du poids et est joli maintenant* » (Maman, 20 ans).

(Re)construction des relations de confiance entre accompagnantes-soignants

L'analyse de discours révèle une transition des attitudes méfiantes envers les TPS, perçues initialement comme des étrangères, peu familières et différentes de soi, vers des attitudes positives où les TPS sont perçues comme des alter-ego. Par exemple, l'extrait ci-dessous illustre les perceptions et émotions initiales de certaines accompagnantes (méfiance, peur, incompréhension du rôle des tps) :

« Au début des sessions j'étais beaucoup hésitante. Le jour où vous avez pris mes consentements, j'ai donné mes consentements avec un doute. [...]. Le jour où les sessions ont commencé, tout ce que la TPS racontait je n'avais rien assimilé parce que je ne partageais pas la même idée. Je n'acceptais que quand la TPS déclara qu'ils m'aideraient à sortir de cette situation. Et elle a promis que l'enfant aurait de l'appétit, et dès ce jour j'ai pris à bras-le-corps les sessions de formation. Je me disais que je me retirerais dès la première session car je ne croyais pas en ce qu'ils disaient (...). J'avais décidé de me retirer dès la première session parce que je n'avais pas compris. C'est après la première et la deuxième session que je me suis rendu compte que c'était important. »
(Maman, 31 ans)

Par la suite, l'accompagnante explique qu'à partir des premières sessions, elle s'est sentie écoutée, en sécurité, comprise et encouragée par les TPS. En effet, les accompagnantes témoignent avoir fait confiance aux TPS grâce à leur posture empathique et à leur engagement. Les attitudes affectives sont ainsi passées de la méfiance et la peur à la joie et à la motivation (cf. renvoie tableau annexe 23).

Pour résumer, la participation aux séances StimNut a joué un rôle dans le renforcement et/ou construction des liens affectifs a) entre les accompagnantes et les enfants, b) dans le renforcement du soutien (matériel, moral et émotionnel) des membres de la famille, et c) dans la construction d'une relation de confiance avec les TPS.

Vers l'empouvoirement des accompagnantes

Dans la mesure où le terme « StimNut » était utilisé avec plusieurs sens, nous avons tout d'abord distingué d'une part les discours faisant référence à l'étude/intervention et d'autre part les discours liés au contenu des sessions, c'est-à-dire les pratiques de soin à proprement parler. Cette distinction a permis de saisir les enjeux, évolutions et changements à deux niveaux différents : 1) au niveau de la perception de soi ; 2) au niveau de la perception du rôle de mère.

« Maintenant, je me sens bien »

Les accompagnantes expriment avoir expérimenté des changements au niveau de la gestion d'émotions et l'amélioration de leur bien-être. En effet, certaines accompagnantes constatent être : « moins impulsive », « plus sereine », « l'esprit tranquille », « heureuse ». Ces changements positifs sont attribués notamment à la participation à l'étude StimNut, où elles affirment avoir reçu du soutien et acquis des connaissances⁷.

« Désormais, je deviens actrice dans la guérison de l'enfant »

Par ailleurs, les récits des accompagnantes expriment un sentiment de maîtrise et mettent en avant l'acquisition de connaissances en termes de soins de l'enfant. En effet, les accompagnantes déclarent avoir développé des compétences dans au moins l'un des domaines suivants : alimentation/allaitement, communication, jeu et massage (renvoie tableau annexes 24). En effet, les accompagnantes sont au centre de l'action dans leurs discours et deviennent les tributaires, en partie, de la guérison de l'enfant⁸. Ce positionnement renforce le rôle des accompagnantes à travers : a) la reconnaissance de leurs efforts (par les TPS, et dans certains cas, par les membres de la famille), b) l'augmentation du niveau de confiance et le sentiment d'efficacité.

Pour résumer, l'empouvoirement des accompagnantes se traduit par l'amélioration de leur bien-être, le développement des compétences parentales et le gain de confiance et sentiment d'efficacité.

5.2.1.3 StimNut répond aux attentes des accompagnantes

L'analyse de discours montre que StimNut répond à deux attentes consensuelles chez les accompagnantes : 1) la guérison des enfants ; 2) l'implication des autres membres de la famille (notamment les pères des enfants).

« Mon enfant va mieux maintenant »

Les changements perçus chez l'enfant varient en fonction des cas. Néanmoins, toutes les accompagnantes témoignent d'au moins un changement. Ces changements se regroupent en trois catégories :

⁷ Ex. : « Je suis heureuse aujourd'hui. Le jour où je suis arrivé au centre de santé, j'étais comme un malade, étant donné que si une femme est heureuse c'est parce que son enfant l'est aussi. Si l'enfant d'une mère n'est satisfait, la maman ne le sera jamais. Même la simple respiration était difficile pour moi le jour de mon arrivée au centre de santé, j'étais tout le temps agitée. Les sessions m'ont permis d'être relaxe. » (Maman, 30 ans)

⁸ Par exemple : « je fais », « je prépare », « j'achète », « je le nourris », « je lui donne », « je me suis encouragée à communiquer avec lui et cela a contribué à l'améliorer sa santé », « très souvent je paye moi-même des bananes pour mon enfant »

Des changements physiques : qui rapportent, par exemple le « *gain de poids* » ou « *plus de force* ». Ces changements sont attribués notamment à la prise en charge nutritionnelle (ex. Plumpy Nut).

Des changements au niveau psychomoteur : qui rapportent le « *développement de la marche* », « *plus éveillé* », « *mange facilement* », « *dort mieux* ». De manière générale, les accompagnantes attribuent la cause de ces changements aux sessions de stimulation psychosociale.

Des changements au niveau social : qui rapportent la « *bonne humeur* », « *plus sociable* », « *plus dynamique grâce à la communication* », « *plus autonome* ». De façon consensuelle, l'attribution de ce type de changements correspond aux bénéfices des sessions StimNut.

La déclaration de ces changements représente une réponse concrète aux attentes et difficultés traversées par les accompagnantes avant StimNut. En effet, si toutes les accompagnantes s'accordaient à justifier la participation à l'étude par le souhait de voir leurs enfants guéris de la malnutrition, certaines avaient des attentes plus ou moins précises. Par exemple, certaines mères mettaient en avant le souhait de voir l'enfant guérir et marcher. D'autres participantes ont témoigné de leur difficulté à interagir avec les enfants, à cause de leur apathie (ex. « Il ne faisait que pleurer, il ne jouait pas avec moi, ni avec son père, toujours couché en train de pleurer. » Maman, âge inconnu). En effet, on observe que les accompagnantes donnent la même importance aux changements perçus au niveau nutritionnel comme aux changements perçus au niveau du développement psychosocial car cela leur permet d'interagir plus facilement.

Amélioration de la relation entre l'enfant et les autres membres de la famille

Certaines accompagnantes expriment avoir observé des changements dans les attitudes et comportements des autres membres de la famille (père, coépouse, grand-mère) envers l'enfant :

« Maintenant ils le prennent fréquemment, jouent avec lui parce qu'il est joyeux, ce n'était pas le cas avant, les gens s'intéressent beaucoup à lui maintenant (...). Ils lui donnent souvent des fruits » (Maman, 19 ans)

Dans cet extrait, la mère met en avant le changement d'attitudes et de comportements de l'enfant (plus joyeux) et des membres du foyer (ils s'intéressent à l'enfant, ils lui donnent des fruits). Dans les témoignages de ces changements d'attitudes et de comportements, on observe une répartition des pratiques de soin genrée. En effet, les nouvelles interactions entre les enfants et les hommes (pères, grand-père) s'effectue à travers les jeux. En revanche, l'implication de certaines grand-mères et coépouses s'effectue par le jeu mais également par l'alimentation et le bain. **Ainsi, l'intervention StimNut est perçue comme efficace car elle**

répond à deux attentes principales des accompagnantes : la guérison des enfants et l'implication des autres membres de la famille.

5.2.1.4 De la transmission de connaissances vers le transfert de compétences

De manière générale, les connaissances acquises et les compétences parentales développées au sein de StimNut ont fait l'objet d'échanges et d'interactions entre les accompagnantes et leur entourage (maris/pères, coépouses, belles sœurs, voisines, etc.). En effet, certaines accompagnantes rapportent des scénarios où elles effectuent une transmission d'informations (ex. les membres de la famille attendent le retour de l'accompagnante après chaque session pour connaître les activités réalisées avec les TPS). Dans d'autres cas, plus que la passation d'informations, les accompagnantes rapportent des scénarios où elles accompagnent les autres femmes du foyer à implémenter les nouvelles pratiques de soin⁹.

Volet prospectif : « Si demain vous rencontriez la maman d'un enfant atteint de MAS, que lui diriez-vous ? »

En ce qui concerne le volet prospectif de la transmission des pratiques de soin et des compétences parentales développées au sein de StimNut, nous avons identifié deux répertoires interprétatifs distincts :

« Il faut aller au centre de santé » : Dans ces cas, les accompagnantes encouragent la consultation médicale et mettent en avant l'expertise des agents de santé et le besoin d'y faire confiance (ex. « je lui demanderais d'amener l'enfant au centre »).

« Il faut prendre soin de l'enfant et soutenir la maman » : Dans ces cas, les accompagnantes mettent en avant leurs connaissances et compétences parentales en suggérant directement des recettes et des pratiques de soin (ex. donner des œufs, de la banane, communiquer avec l'enfant). On observe dans ces cas une réappropriation du contenu de l'intervention StimNut et une mise en avant de différentes pratiques (ex. « Je lui dirais de s'asseoir pour faire téter l'enfant. » ; « Être joyeuse avec l'enfant, chercher des petits jouets pour lui. Même si l'enfant est de

⁹ Par exemple : « Avec la femme du jeune frère de mon mari, elle m'a posé les questions j'ai partagé avec elle, les types d'aliments **pour une bonne alimentation** de l'enfant, je lui ai expliqué cela. [...]. De l'œuf, de la bouillie et la soupe de poisson en gouter favorise le bien-être de l'enfant. Quand elle est tombée enceinte l'enfant ne tournait pas à allaiter, elle préparait de la bouillie **je lui ai demandé de faire** pour ajouter des œufs, de la tomate, de la pomme de terre et la soupe de poisson **cela contribue au bien-être de l'enfant**. [...]. Elle m'a confirmé qu'**elle a observé des améliorations**. J'ai répondu que **c'est cela qui a amélioré mon enfant aussi et c'est que les sessions nous ont permis de savoir**. ». Dans cet extrait, on observe une transmission des connaissances (ex. les œufs, la bouillie et la soupe de poisson favorisent le bien-être de l'enfant) mais aussi un transfert de compétences car la participante guide et accompagne sa belle-sœur dans l'application des pratiques de soin. Ici, ce transfert s'effectue à travers les conseils (ex. acheter du poisson) et le soutien (ex. je lui donne des œufs). A la fin de la citation, les pratiques sont reconnues comme efficaces par la participante et par la belle-sœur.

*mauvaise humeur on doit le manager, jouer avec lui pour qu'il soit content. » ; « Je lui dis de préparer les petits repas pour l'enfant, jouer avec lui, le laver et le masser avec de l'huile »). De plus, on observe que dans ce répertoire interprétatif, les accompagnantes reconnaissent la fragilité des mères et mettent en avant le besoin de soutien émotionnel et d'une posture empathique (ex. « je lui dirais de prendre du courage »), se positionnant ainsi dans un nouvel rôle en tant que tutrices (ex. « **Je serai une conseillère pour les autres femmes** »).*

5.2.1.5 Défis à soulever

Enfin, les difficultés rencontrées par les mères se situent au niveau de l'accessibilité aux sessions. En effet, certaines accompagnantes déclarent que les sessions se réalisent loin du village, les temps de trajet étaient donc longs et les déplacements parfois difficiles (ex. panne de véhicule), ce qui impliquait pour certaines la dépendance d'un tiers pour se rendre au centre. Par ailleurs, durant les sessions, les difficultés déclarées soulèvent des difficultés de concentration due au manque de nourriture (ex. une accompagnante explique avoir faim lors des sessions). De plus, une accompagnante explique avoir rencontré des difficultés à communiquer en Bambara, raison pour laquelle elle conseille d'adapter les sessions dans d'autres langues locales. Enfin, une seule mère déclare rencontrer des difficultés à mettre en place les recommandations StimNut car elle manque de moyens financiers. Par ailleurs, les accompagnantes recommandent d'augmenter le nombre et la durée des sessions et de rajouter plus de recommandations de pratiques de soin pour les enfants.

5.2.2 Résultats cas d'abandon

Recours à l'étude : l'accompagnante explique avoir participé car StimNut représentait une aide la guérison de son enfant.

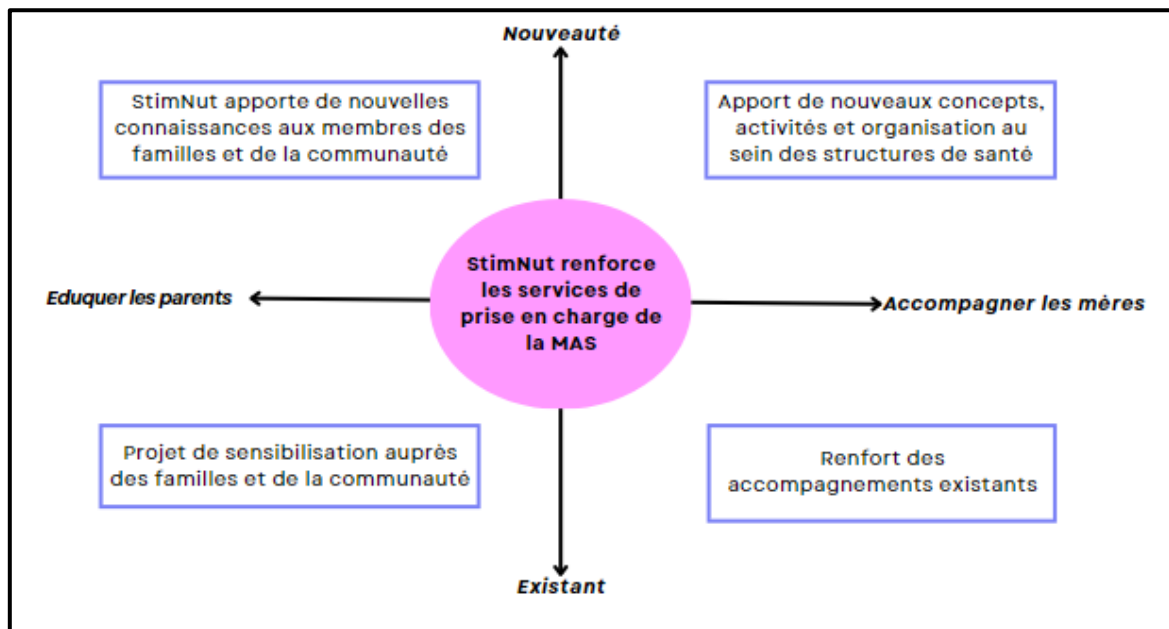
Vécu des sessions : Bien qu'étant préoccupée par la santé de son enfant, l'accompagnante affirme avoir ressenti de la joie durant les séances. En effet, elle explique avoir acquis de nouvelles connaissances concernant l'alimentation de son enfant (ex. « *J'ai eu des informations sur l'alimentation, auparavant je ne préparais pas du poisson pour l'enfant. Ce sont les docteurs qui m'ont dit que si tu donnes de la soupe de poisson à l'enfant et si tu lui donnes des gouttes, il ne va pas souffrir de malnutrition* »). Par ailleurs, elle exprime avoir ressenti de la confiance vis-à-vis des TPS « *mon esprit était tranquille parce que je savais que j'étais avec des gens qui s'y connaissent* ». De plus, la mère manifeste avoir « *aimé les causeries* », et notamment la séance jeu et la communication.

Cause de l'abandon : La mère a arrêté la participation aux sessions car elle n'avait plus l'enfant sous sa responsabilité. En effet, elle explique que les grands-parents ont pris l'enfant car elle était enceinte : « *je n'étais plus avec l'enfant. Ses parents me l'avaient retiré le temps que j'accouche. C'est pourquoi j'ai cessé de participer aux sessions. [...]. Ça ne m'a pas plu, mais je ne pouvais rien faire, parce que je voulais continuer avec l'étude.* ».

Recommandations: L'accompagnante a affirmé ne pas avoir des recommandations pour le programme et a constaté que la santé de l'enfant s'est améliorée. Par ailleurs, elle a exprimé sa volonté de « *recupérer* » l'enfant.

5.2.3 Résultats d'entretiens auprès des agents de santé

Les entretiens auprès des agents de santé ont duré en moyenne 40 minutes. Les résultats montrent que, de manière générale, les agents de santé perçoivent StimNut comme un projet utile. Néanmoins, le sens donné à son implémentation diffère parmi les agents. L'analyse de discours a permis d'identifier deux répertoires interprétatifs (RI) distincts, illustrés dans la **Figure 11**. Ces RI partagent un noyau consensuel qui soutient l'idée que *StimNut est un cadre qui renforce les services existants* (centre des continuums sur le graphique). Néanmoins, les RI varient en fonction du niveau de familiarité avec la stimulation psychosociale (axe vertical) et du rapport établi avec les accompagnantes (axe horizontal).



Axe horizontal : sens donné à l'implémentation (éduquer-accompagner). Axe vertical : degré de distance (nouveauté-existant)

Figure 11 : Regards croisés sur StimNut

StimNut est un projet de sensibilisation qui apporte des nouvelles connaissances aux membres de la communauté :

Dans ce RI, StimNut est perçu comme un projet de sensibilisation dans lequel les agents de santé ont le rôle d'éduquer les mères d'enfants atteints de MAS. Ce RI soulève un rapport hiérarchique descendant où les agents de santé « apprennent » aux accompagnantes (perçues comme négligentes) comment prendre soin des enfants (« Tu trouveras que certaines mamans ne sont pas patientes et elles ne sont pas courageuses », « les gens d'ici

ne s'intéressent pas beaucoup aux enfants. Ils n'aiment l'enfant que quand il atteint l'âge de pouvoir les servir sinon ils ne s'intéressent pas trop aux enfants. »). Dans ces cas, l'intervention est associée aux activités déjà existantes où la prise en charge est focalisée sur la santé des enfants et les bénéfices de l'intervention sont perçus au niveau sociétal. En effet, les premiers bénéficiaires seraient les enfants et de manière plus générale les membres de la communauté, qui acquièrent de nouvelles connaissances sur les pratiques de soin. Dans ce RI, la stimulation psychosociale joue un rôle dans la prévention de la MAS (ex. éduquer les parents pour éviter la MAS) et dans la prévention contre les effets secondaires et à long terme de la MAS (ex. éviter la marginalisation des enfants). On observe une présence plus importante de ce RI (projet de sensibilisation qui bénéficie à la communauté) chez un infirmier superviseur et un éducateur.

StimNut apporte de nouveaux concepts et renforce les accompagnements existants :

En revanche, dans ce RI, StimNut est perçu comme un renfort des activités existantes qui apporte des nouvelles connaissances aux familles mais aussi aux agents de santé (ex. « *on a compris qu'il y a d'autres façons de faire la stimulation* », chargé nutrition). Le rôle attribué aux agents n'est plus celui d'éduquer mais plutôt d'accompagner les mères à mieux comprendre la maladie de leurs enfants, soulevant ainsi l'idée d'une collaboration soignant-accompagnant. Dans ces cas, la stimulation psychosociale joue un rôle dans le processus de guérison de l'enfant atteint de MAS et dans l'amélioration du bien-être des mères. On observe ce deuxième RI dans les discours de deux éducatrices, trois chargés nutritionnels, un médecin et un directeur technique.

Pour résumer, d'une part, StimNut est perçu comme un projet de sensibilisation qui bénéficie uniquement la communauté. Cette représentation se structure par des rapports hiérarchiques déjà-là, existants (ex. agents de santé apprennent aux mères). D'autre part, StimNut est perçu comme un projet innovant qui bénéficie aux patients et aux accompagnants mais aussi aux agents de santé. Dans ce cas, le rapport entre les agents et les mères est davantage horizontal. Ces deux perceptions de StimNut attribuent à la stimulation psychosociale des rôles différents : dans la première, la stimulation psychosociale a une fonction préventive (avant la maladie et après la maladie) alors que la deuxième la stimulation psychosociale joue un rôle dans le processus de guérison.

5.2.3.1 StimNut donne des réponses concrètes à des défis existants

Les agents déclarent que StimNut répond à une multiplicité de défis rencontrés dans le cadre de la lutte contre la MAS. Ces défis et réponses données s'organisent : a) au niveau de la communauté (macro) ; b) au niveau de la structure de santé (méso) et c) au niveau de l'activité professionnelle (micro) (renvoie tableau annexes 25).

Défis et réponses au niveau communautaire

A niveau communautaire, certains agents de santé soulèvent des défis liés à l'absence de soutien des mères d'enfants atteints de MAS et au manque d'investissement des pères dans les soins des enfants. Dans ce contexte, la démarche StimNut est considérée comme utile et

adaptée car elle implique différents acteurs dans le processus de guérison des enfants¹⁰. Par ailleurs, dans ce contexte où les mères d'enfants atteints de MAS sont souvent isolées et dans des situations difficiles, certains agents de santé déclarent avoir été témoins de l'amélioration de leur bien-être grâce à StimNut, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

« Il y a eu des mamans qui avaient des problèmes dans leurs foyers qui a un peu joué sur l'esprit comme psychose. Mais je peux dire ces quelques personnes identifiées, StimNut a été d'une aide pour elles. StimNut leur a donné des conseils spéciaux différents de ceux du Docteur X. Le docteur X avait pour l'habitude de s'entretenir avec les mamans et avec les maris aussi pour pouvoir gérer les problèmes qu'ils ont et il a pris quelques familles comme ça et cela je pense a été une réussite. Car il travaillait à les rassurer sur plein de choses »
(Médecin)

Défis et réponses au niveau des structures de santé

Les agents de santé rapportent que la mise en place de la stimulation psychosociale, avant StimNut, était difficile car il y avait un manque d'espaces et de programmation spécifique. De plus, un médecin expose la difficulté à collaborer avec des équipes stables pour assurer des prises en charge holistiques. **C'est dans ce contexte que les agents de santé perçoivent utile la réorganisation des tâches et le cadre assuré par le projet StimNut.** En effet, de manière générale, les agents de santé valorisent l'organisation structurée de l'implémentation des sessions de stimulation psychosociale en définissant des espaces spécifiques, des rôles déterminés, des nouvelles activités et du nouveau matériel. Par ailleurs, l'implémentation de StimNut est perçue comme complémentaire aux services et activités existantes :

« L'étude StimNut est venue en complément de ce que nous faisons avant. C'est comme si on travaillait sur un pied, mais avec StimNut c'est devenu deux pieds maintenant » (Directeur technique).

De plus, de manière générale, l'analyse de discours souligne une perception partagée par les agents de santé sur un sentiment de reconnaissance des expertises, le respect des services existants et la qualité de la communication inter-équipes. Par exemple, un infirmier superviseur met en avant la reconnaissance de son expertise (« *elles me demandaient mon*

¹⁰ Ex. : « *Les difficultés préalables qu'on connaissait était que les chefs de ménage, de famille étaient mis de côté pendant le processus de guérison et c'est le souci qui existait avant mais le StimNut a pallié ce problème en impliquant ces différents acteurs* » (éducateur).

avis »). Par ailleurs, un superviseur nutrition met en avant la qualité de la communication qui s'effectuait durant des temps informel (ex. avant les consultations).

Défis et réponses au niveau de l'activité professionnelle

Enfin, l'analyse de discours met en avant trois autres fonctions du projet : 1) facilitation des interactions avec les patients et accompagnantes ; 2) renforcement des compétences et 3) La mise en évidence et la valorisation du rôle des éducateurs.

StimNut facilite l'activité des agents

En effet, certains agents de santé affirment que l'implémentation de StimNut a eu des effets positifs sur leurs activités de routine. Par exemple, certains agents de santé mettent en avant l'amélioration de la relation entre le personnel soignant et les accompagnantes. Par exemple, pour un superviseur nutrition le principal bénéfice de StimNut est celui de la reconstruction des liens de confiance entre les accompagnantes et le personnel soignant. Plus précisément, l'agent soutient que StimNut a permis de déconstruire certains préjugés des accompagnantes à l'égard des professionnels du soin (« *elles disent que ce docteur est méchant* ») ce qui a, in fine, permis de faciliter la communication et compréhension des soins médicaux. En effet, certains agents de santé rapportent des changements d'attitudes et de comportement des accompagnantes, que ce soit à l'égard des services (« *elles étaient dévouées quand il s'agissait de venir à la formation* »), à l'égard des soins apportés aux enfants (« *[maintenant] les femmes prennent du temps pour allaiter les enfants* ») ou au respect des procédures (« *avec l'arrivée de StimNut, ces femmes respectent maintenant les consignes qu'on leur donne.* »).

De plus, d'après un chargé nutrition, l'amélioration des relations avec les accompagnants garanti une meilleure prise en charge des enfants¹¹. En outre, certains agents mettent en avant la réduction de temps des consultations comme un autre effet positif de StimNut sur leurs activités de routine¹².

¹¹ Ex. : « *STIMNUT rapproche les enfants de leurs parents, elle nous rapproche aussi des familles des enfants, parce que nous pouvons rester aux CSCOM et savoir ce qui se passe dans la famille de l'enfant à cause des activités de STIMNUT. Je ne sais pas si tu comprends. Les activités de STIMNUT nous permettent de chercher à connaître l'entourage de l'enfant. Si tu connais l'environnement dans lequel il vit, il te sera facile de trouver des solutions à ses problèmes* ». (Chargé nutrition)

¹² Ex. « *Cela a été bénéfique pour moi aussi parce que le temps que je prenais pour expliquer diminue considérablement car StimNut effectue déjà ces explications.* » Médecin ; « *Je travaillais beaucoup, mais à l'arrivée de StimNut, mon temps de travail a diminué parce que le problème était au niveau de la compréhension, avec StimNut, les mamans comprennent vite* » Chargé nutrition

StimNut renforce les compétences des agents de santé

Les agents de santé affirment avoir acquis des nouvelles connaissances en matière de stimulation psychosociale en lien avec la nutrition à travers la formation proposée par le projet :

*« Je peux dire que chez nous au centre de santé avec les promoteurs, nous conversions souvent avec les parents **mais il y a des choses que StimNut fait ou dit aux parents que nous nous ne faisons pas [...]. StimNut c'est quelque chose qui nous a apporté du changement, à nous, il nous a donné des nouvelles expériences qui sont vraiment utiles.** » (Médecin)*

*« Bon quand StimNut est arrivée, nous pouvons dire que c'est toujours ce que nous faisons, nous avons augmenté un peu car nous avons vu un autre intérêt en plus de l'ancien car depuis que nous sommes à MSF, nous n'avions pas encore reçu de formation, **StimNut a été notre première formation à MSF** » (Educatrice de santé communautaire)*

En effet, certains affirment que StimNut a été leur première formation en stimulation psychosociale.

StimNut met en valeur le rôle d'éducateurs / promoteurs de la santé

Enfin, on observe que certains éducateurs témoignent qu'avant StimNut, il était difficile de démontrer l'efficacité de la stimulation psychosociale qu'ils réalisaient. D'après eux, l'implémentation du projet a formalisé l'expertise des éducateurs en lien avec la stimulation psychosociale et cela a impliqué, par conséquent, la reconnaissance de leur travail¹³.

Pour résumer, l'analyse de discours a permis d'identifier différents défis rencontrés par les agents de santé, avant l'implémentation de StimNut. Ces défis se situent à niveau de la communauté (macro), des structures de santé (meso) et de l'activité professionnelle (micro). Les récits analysés témoignent sur les différentes réponses données par StimNut à ces défis (ex. implication des pères, soutien aux accompagnantes, nouveau cadre complémentaire aux services existants, amélioration des relations soignant-accompagnant, renforcement de compétences, valorisation du rôle des éducateurs). **Autrement dit, l'implémentation de**

¹³ Ex. : « Bon nous pouvons dire que cela a apporté un peu de changement car nous avons vu que ce que nous faisons est important » ; « il y a certaines mamans qui m'ont personnellement félicité pour le travail abattu. Certaines mamans m'ont dit cela. ». Dans ces extraits, le témoignage de l'éducatrice met en avant comment la formation StimNut a permis de formaliser la valeur de leurs activités (nous avons vu que ce que nous faisons est important) et la reconnaissance de leur travail par les accompagnantes.

StimNut est perçue comme utile et efficace car elle donne des réponses concrètes aux défis et difficultés existantes au niveau de la communauté et des structures.

5.2.4 Résultats d'entretiens auprès des travailleuses psychosociales (TPS)

Les entretiens approfondis réalisés auprès des trois travailleuses psychosociales (TPS) ont duré en moyenne 1 heure et 15 minutes et témoignent d'une pluralité d'évolutions et de changements qui se sont effectués dans le temps. La présentation des résultats est donc structurée dans l'ordre chronologique des faits abordés dans les récits. Les résultats renseignent sur le processus d'adaptation du rôle des TPS, ce qui a été schématisé dans la Figure 12.

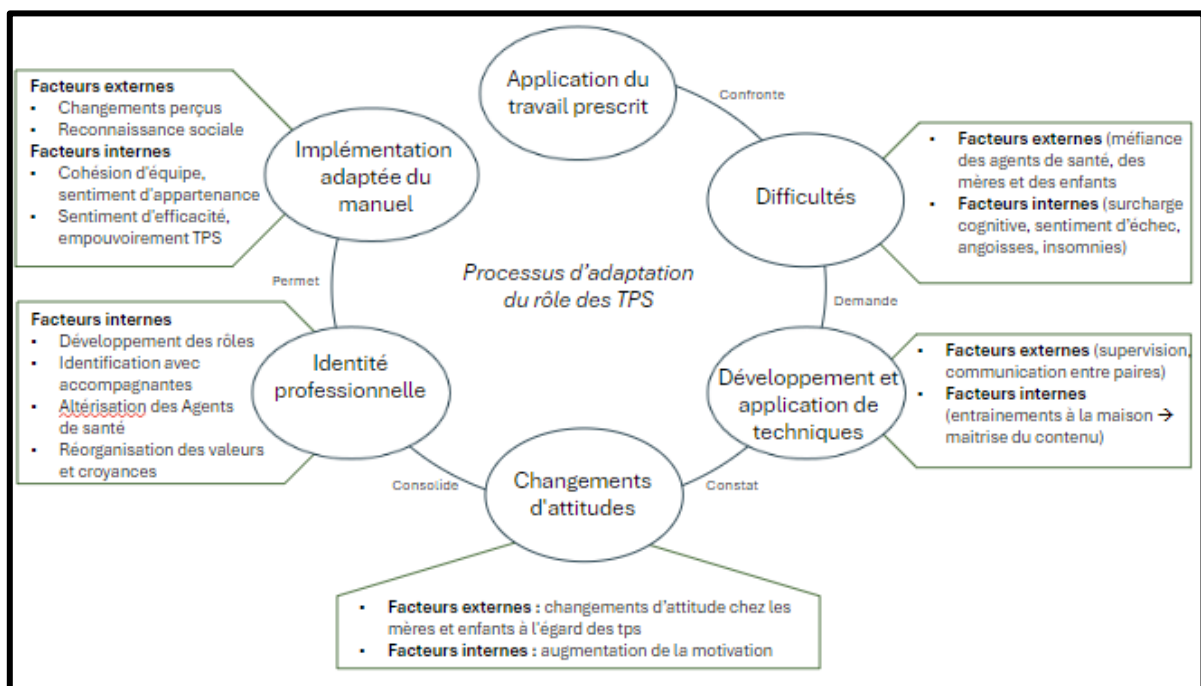


Figure 12 : Processus d'adaptation du rôle des TPS

Celle-ci représente les différentes étapes du processus d'adaptation. Tout d'abord, l'application du travail prescrit dans l'intervention StimNut a confronté les TPS à de multiples difficultés (ex. surcharge cognitive, méfiance d'autrui, dévalorisation, sentiment d'échec, angoisses). Ce contexte difficile a demandé aux TPS de développer des techniques pour faire face aux difficultés. Le développement et l'application des techniques leur a permis de : a) constater des changements chez la population ciblée (accompagnantes et enfants) ; b) consolider leur identité professionnelle. Ainsi, l'implémentation a permis des transformations à différents niveaux (accompagnantes, enfants, pères, agents de santé, TPS). Plus globalement, ces résultats renseignent sur la façon dont la mise en œuvre des sessions de stimulation psychosociale a impliqué une adaptation au contexte culturel (ex. différents rôles à tenir auprès des mères, enfants, pères) et une adaptation au système de santé en place (ex. se créer une

place dans un contexte d'inégalités et rapports hiérarchiques). Dans les lignes suivantes, nous approfondirons ces cinq étapes du processus d'adaptation à partir d'exemples concrets.

5.2.4.1 L'application du travail prescrit confronte les TPS à une pluralité de défis et difficultés

Les TPS expliquent avoir été confrontées à quatre facteurs majeurs qui ont impacté la réalisation des activités prescrites dans l'intervention et qui ont également impacté leur bien-être au travail :

Des difficultés pour assimiler le matériel StimNut : Bien que riche, les TPS ont perçu le contenu de la formation et de l'intervention comme dense, posant ainsi des difficultés pour assimiler les informations et s'approprier des nouvelles connaissances. Par ailleurs, les questionnaires pré-intervention étaient considérés longs par les accompagnantes, ce qui rendait encore plus difficile la mise en œuvre des activités. Par exemple, une des TPS témoigne de la charge cognitive et des efforts que demandait la passation de questionnaires (« je parle, je parle », « je fais tout ») ainsi que le rejet des accompagnantes (« elle n'aime pas ça »). Plus généralement, les trois TPS affirment avoir éprouvé un sentiment d'échec et de doute sur leurs compétences professionnelles (ex. « Ah, chaque jour il y a un nouveau document, est-ce que là, je pourrais... aller jusqu'au bout de l'étude ? », « on ne dormait pas »).

Face à la méfiance et le rejet des accompagnantes : les trois TPS ont exprimé avoir été confrontées au début de l'implémentation aux attitudes négatives des accompagnantes. En effet, deux types de cas ont été mis en avant. D'un côté, certaines accompagnantes « *restaient silencieuses* » et « *avaient peur* ». D'autres donnaient peu d'attention aux TPS car elles étaient pressées de partir de la structure de santé¹⁴. En effet, la méfiance des accompagnantes entraînaient des difficultés que ce soit pour recruter, signer le consentement et animer les sessions. Plus largement, la description du début de leur expérience avec les accompagnantes se construit par des mots liés au mal-être, par exemple : « je voyais tout le temps la faute sur moi », « quand tu fais quelque chose et que c'est tout le temps négatif tout le temps, vraiment ça, ça décourage et ça déprime. », « tu vas te sentir angoissée », « tu ne seras pas à l'aise ».

Face à la souffrance et méfiance des enfants : Par ailleurs, les TPS ont exprimé avoir rencontré des difficultés pour interagir avec les enfants qui, au début des sessions, n'étaient pas réceptifs et sociables (ex. : « *Il refusait tout le monde, tout ce qu'on faisait avec lui c'était négatif. Tout ce qu'on a tenté avec lui au début c'était négatif.* » TPS2)

De la curiosité à la moquerie et dévalorisation exprimée par certains agents de santé (AS) : Enfin, les TPS ont eu à faire à différentes réactions de leurs collègues AS qui impactaient plus

¹⁴ Ex. : « *On les appelait et puis, elles prenaient tout leur temps, au début elles étaient un peu négligentes. Tu vas sentir qu'elles sont un peu négligentes* » (TPS2)

ou moins directement leurs activités. En effet, les trois TPS s'accordent à dire que certains AS se sont montrés curieux et collaboratifs dans l'accomplissement des activités StimNut. Néanmoins, deux TPS expliquent que pour certains AS, le principe de confidentialité était difficile à comprendre et respecter¹⁵. La méfiance des AS se manifestaient ainsi par des interrogatoires auprès des TPS, (« *Quel est ton niveau ? [...]. On te paye combien par mois ? Etant donné que tu passes toute la journée à parler avec des jouets, on te donne combien par mois ?* »), mais aussi auprès des accompagnantes, (ex. : « *qu'est-ce qu'elle t'a dit ? qu'est-ce que tu as compris ?* »).

Les attitudes et discours méfiants et dévalorisants se manifestaient également à travers des moqueries : « *Souvent quand je parlais faire les sessions [...] et que j'emmène les jouets avec moi, il y a d'autres qui se moquaient de moi, Tu es là et étant grande comme ça, tu te permets de te promener avec des jouets, et puis tu disais tu travailles comme ça.* ». Plus précisément, on observe ici une mise à distance du rôle et des activités des TPS de la part de certains AS qui associent les jouets à un travail puéril, « pas sérieux » et le mot « psychosocial » aux « fous ». D'après deux TPS, cette dévalorisation de leurs activités et rôle a été expérimenté notamment à l'hôpital, où les attitudes et discours des collègues étaient indifférents et/ou méfiants par rapport à ceux des CSCOM :

« C'est pour ça qu'à l'URENI il n'y a pas assez de curiosité quoi. [...]. Certains, dans les autres services, ou bien dans les CSCOM, eux ils sont vraiment curieux et ils veulent savoir ce qu'on fait. Surtout quand ils voient les jouets, là ils sont vraiment curieux parce que nous on a tout le temps les jouets avec nous donc ils disent vous faites quoi avec ces jouets-là ? vous venez danser ? vous faites quoi là ? Eux ils sont curieux. Mais à l'ureni non, on nous traite des fous hein ? ils disent ça c'est les fous qui vont aller danser ou chanter quelque part hein. Ils pensent que nous on ne fait rien d'autre que chanter et danser (rire). Quand-même, eux ils sont moquent, ils ne sont pas curieux, ils s'en foutent oui. [...]. A l'ureni non, ils ne nous ont pas pris au sérieux. »

Les TPS sont ainsi mises à l'épreuve par certains collègues AS qui représentaient parfois une pression sociale (Ex. : « *Jusqu'à ce qu'il y ait des **chargés nut** qui ont dit : "eh, si vous ne changez pas ce petit-là, il va fausser votre programme hein ?* »).

¹⁵ Ex. : « *Quand je leur dis que c'est confidentiel, il y en a d'autres qui n'arrivaient pas à digérer parce qu'ils se disaient Nous sommes des collègues de service, primo. Secondo, c'est le même projet en question, pourquoi tant de confidentialité ?* » TPS1

5.2.4.2 Développer des techniques pour faire face aux difficultés

Des facteurs externes et internes ont permis aux TPS de faire face aux difficultés évoquées ci-dessus. D'une part, elles affirment que la supervision et le support de la coordination et les temps de communication en équipe ont été précieux pour trouver des pistes d'action et pour soulager leurs inquiétudes. Par exemple, les TPS mettent en avant l'importance de prendre des temps informels avec les mères pour s'intéresser à leurs réalités. D'autre part, les TPS expliquent qu'elles se sont entraînées chez elles, après les heures de travail, afin de mieux s'approprier du matériel. De plus, elles ont mis en place différentes techniques pour améliorer la qualité des liens avec les accompagnantes et les enfants. Par exemple, se montrer « joyeuse », faire des blagues, des jeux et des devinettes avec les accompagnantes, « *ne pas porter de blouse* » pour se différencier des autres AS.

5.2.4.3 « Ça stimule ! » : la perception de changements, une source de motivation

A partir de la deuxième et troisième séance, les TPS ont commencé à observer des changements d'attitude chez accompagnantes et les enfants. En effet, elles témoignent que les enfants sont devenus de plus en plus réceptifs et que la communication avec les accompagnantes s'est progressivement améliorée. Grâce à l'application des techniques développées, les TPS soulignent avoir progressivement « *gagné* » la confiance des accompagnantes, ce qui se manifestait par une sollicitude croissante de temps et d'attention, le partage de confidences (ex. confidences sur les disputes ou menaces subies au sein de la famille) et des questions taboues comme le souhait de mettre en place la planification familiale clandestine, c'est-à-dire sans l'accord des maris. En parallèle, au fur et à mesure des sessions, les TPS se sont perçues « *plus adaptées au protocole* ».

5.2.4.4 La persévérance et l'empathie : une identité professionnelle fondée sur des valeurs

L'analyse du discours des TPS a renseigné davantage sur le processus de construction de leur identité professionnelle et a permis d'identifier une pluralité de rôles liés à l'activité (prescrite ou implicite) des travailleuses psychosociales.

« Une thérapie morale sans blouse » : Construction et renforcement de l'identité professionnelle :

L'analyse de discours révèle que la construction de l'identité professionnelle des TPS s'appuie sur une reconstruction de la relation avec les accompagnantes, devenues des alter-ego, un processus d'altérisation (mise à distance) des autres agents de santé et une réorganisation du système de valeurs et des croyances.

Les accompagnantes deviennent des alter-ego: Tout d'abord, les TPS affirment avoir déconstruit les préjugés qu'elles avaient à l'égard des mères d'enfants atteints de MAS grâce à leur formation et engagement au sein de StimNut. Par exemple, l'une de TPS explique qu'avant StimNut, elle manifestait des attitudes négatives envers les accompagnantes des enfants MAS :

*Avant l'étude-là, [...] je vais leur dire "et toi là, pourquoi tu n'es pas venu à l'hôpital avant hein ? T'es restée, tu viens à l'hôpital seulement maintenant quand la maladie s'est aggravée comme ça là". La maman me regardait et pleurait seulement. Donc moi-même je me fâchais contre les parents, alors que dans le projet StimNut là je vois que ce n'est pas bon, ce n'est pas du tout bon. Moi-même j'ai eu des avantages de ça. **Je n'ai jamais crié à une maman, je ne juge personne maintenant. Je vais demander calmement pour trouver leur confiance, vraiment, ça m'a fait beaucoup d'impact aussi... hum (TPS3)***

Ici, la TPS met en avant une transformation du savoir-être professionnel. Par ailleurs, la déconstruction des préjugés a entraîné plus profondément une réorganisation des rapports sociaux. En effet, si avant l'étude le lien « personnel soignant-accompagnant » se fondait sur les rapports hiérarchiques déjà existants dans le système de santé, dans le cas de StimNut, le lien TPS-accompagnantes se fonde avant tout sur le partage de l'identité de « femme » :

*« Comme **on est toutes des femmes**, je pense que **c'est aussi pour ça qu'on a eu leur confiance**. Parce qu'on est toutes des femmes, on est toutes dans les foyers et **on connaît toutes ces difficultés du foyer**, donc elles vont nous exprimer leurs problèmes et si on peut aider, on va aider, on peut aider moralement. » (TPS3)*

*« **On est toutes des femmes, on est toutes des maliennes, on a des. Dans la société, nos problèmes sont communs quoi**. Le problème que tu as toi, peut-être que moi aussi j'ai le même problème chez moi. Donc tu vas voir si elle est prête pour qu'on en discute et puis qu'on échange des idées tu vois. **Quand tu fais ça, tu vas voir qu'elle est à l'aise et puis, petit à petit, elle va te faire confiance et va discuter.** » (TPS2)*

Dans ces extraits, les TPS mettent en avant à la fois le partage de l'identité de femmes et leur savoir-faire professionnel pour construire des relations de confiance avec les accompagnantes (ex. « on peut aider moralement », « quand tu fais ça, tu vas voir qu'elle est à l'aise »).

Altérisation (mise à distance) des AS : l'analyse du discours soulève une opposition exprimée par les TPS entre leur savoir-faire et savoir-être et celle des AS. En effet, elles exposent le manque de soutien des AS envers les accompagnantes, (Ex. : « *On peut pas leur parler ouvertement [aux médecins], on ne peut pas les approcher, même si [les accompagnantes] elles ont des recommandations, elles ont peur de parler* » ; « *Les accompagnants et les patients n'ont pas de soutien envers les médecins.* »). Ce processus de différenciation entre Nous-TPS et les autres AS se manifeste au niveau des attitudes à l'égard des accompagnantes mais aussi au niveau des

comportements (ex. « *ne pas porter de blouse* ») et des valeurs des TPS. En effet, on observe que les TPS fondent, donnent du sens et transforment leurs attitudes, pratiques et activités à partir des valeurs de persévérance et d'empathie¹⁶.

Autrement dit, l'analyse de discours met en avant une réorganisation des rapports sociaux qui s'effectue à travers le partage d'une identité commune avec les accompagnantes, devenues des alter-ego, la déconstruction des préjugés des mères d'enfants atteints de MAS et différenciation avec les croyances et attitudes des autres AS et une mise en avant des valeurs d'empathie et persévérance comme fondement de l'identité des TPS. Le développement de cette identité professionnelle particulière a permis aux TPS de développer et assurer différents rôles.

Les rôles des TPS :

L'analyse de discours a permis d'identifier cinq types de rôles exposés (explicite et implicitement) par les tps :

Accompagnatrices pour le développement des pratiques de soin des enfants: cela demandait de motiver l'adoption des pratiques de soin chez les accompagnantes et impliquait parfois la **déconstruction de certaines croyances et habitudes** (ex. « *parce que chez eux, quand tu laves l'enfant, le matin et le soir, on va te dire que l'enfant va attraper la pneumonie* »).

Des thérapeutes : Les TPS définissent leur activité comme « une thérapie morale » ou « un accompagnement psychologique » pour les accompagnantes, ce qui impliquait l'écoute et les conseils pour améliorer leur bien-être. Les TPS affirment avoir été un « soutien social » pour les accompagnantes, notamment celles isolées ou ignorées par les membres de la famille. Par ailleurs, dans ce rôle les TPS deviennent parfois des sentinelles des mœurs culturelles rappelant ainsi certaines normes, comme le sens sacré du mariage, le respect de la hiérarchie au sein des familles, etc. Par ailleurs, ce « support social » demandait parfois aux TPS de faire la médiation entre certaines accompagnantes et leurs maris et pères d'enfants.

Chargées de la réorientation : Les TPS déclarent avoir joué un rôle dans l'écoute des difficultés et interrogations des accompagnantes et dans la réorientation vers d'autres spécialistes ou services pour mieux répondre aux besoins des accompagnantes (ex. réorientation vers la sage-femme pour les questions liées à la planification familiale).

¹⁶ Ex. du sens de persévérance et empathie :

« *Même quand je partais voir une maman, après avoir pris son consentement, si elle n'est pas d'accord, je me décourageais pas.* » ;

« *Tu vas voir que tu as des mamans qui sont vraiment plus nerveuses, bon, il y a des mamans qui parlent mal aussi. Bon c'est leur façon même de parler. Quand tu dis ça tu vas voir que la façon dont elle t'a parlé c'est un peu mal mais tu vas voir que c'est leur façon de parler ou tu vas voir qu'elle a des soucis. A cause de ça elle ne peut pas se maîtriser, c'est la raison pour laquelle elle te parle comme ça.* »

Médiatrices : La confiance des accompagnantes envers les TPS et leur expression d'intérêt concernant l'état de santé de leurs enfants a eu un impact sur le système des rapports hiérarchiques entre les professionnels de santé. En effet, cette configuration a positionné le rôle et le statut des TPS dans une nouvelle place, où elles se perçoivent et sont perçues légitimes à l'égard des autres agents de santé (y compris les médecins), en tant que porte-paroles des accompagnantes, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

« A part m'indiquer que l'enfant souffre de malnutrition, donc l'enfant prend déjà des aliments thérapeutiques, on ne me dit rien. Est-ce que tu peux essayer de me dire un peu plus par rapport à l'état de santé de l'enfant ? ».

Ainsi, les TPS assurent la communication entre les accompagnantes et les agents de santé et défendent une prise en charge de l'accompagnante-enfant, ce qui demande parfois la déconstruction des préjugés de certains agents de santé sur les mères d'enfants¹⁷.

5.2.4.5 Vers une implémentation adaptée

Enfin, l'analyse du discours permet d'identifier des facteurs externes et internes qui ont permis de consolider une implémentation de l'intervention adaptée au contexte. D'une part, les TPS constatent l'amélioration de la relation accompagnante-enfant, l'implication de certains pères et le changement d'attitudes de certains agents de santé. Premièrement, les TPS rapportent des changements de pratiques des accompagnantes qui contribuent à l'amélioration des liens affectifs et communicationnels avec les enfants. Par ailleurs, les TPS affirment qu'elles sont sollicitées davantage par les accompagnantes et qu'elles ont reçu leurs remerciements :

« Elles n'arrêtaient pas de dire que vraiment, j'ai eu un impact positif de l'étude sur moi, en ma personne, ainsi que sur la bonne prise en charge de l'enfant. Donc elles n'arrêtaient pas de me remercier vraiment, tu as été courageuse ! (rire). [...] Bon le jour qu'on a fait la première session, elle, elle dit que Quand même cette dame-là, elle gère ses paroles. Je viens juste pour l'écouter, je vais pas pouvoir terminer avec les sessions. [...]. Lors de la dernière session, elle me dit que vraiment, elle, elle ne peut rien me dire. Tellement il y a eu un changement positif chez elle, elle n'a même pas de mots pour moi. »

¹⁷ Ex. : « Même si je suis assise au niveau de l'admission MSF, si je vois une collègue qui a jugé une maman, donc je vais après appeler la personne, et je vais dire que "c'est que tu as fait c'est pas bon, tu es mon collègue, toi, la manière dont tu as accueilli cette femme, il ne faut pas faire ça. Donc il faut faire ça, il faut faire ça ».

Deuxièmement, les TPS observent un changement d'attitudes à l'égard des enfants et l'implication de certains pères. Par exemple, une TPS explique que certains pères adhèrent et encouragent les femmes à participer aux sessions (ex. « *certains papas qui vont dire aux femmes dépêche-toi, aujourd'hui tu vas voir les TPS, il faut venir à l'heure* »). Une autre TPS exprime avoir été touchée par le cas d'une famille où, les sessions de stimulation psychosociale ont motivé les interactions et renforcé le lien entre le père et l'enfant :

« Il a dit aussi qu'il n'avait jamais pris son enfant pour jouer avec lui, mais grâce à notre session, non, dès qu'il rentrait, il jouait avec son enfant. Actuellement, s'il sort, l'enfant pleure. Alors qu'avant l'enfant était là, lui il vient, il sort, l'enfant ne regardait même pas son papa. Mais depuis que le papa a commencé à jouer avec lui, à parler avec lui et à donner des petits cadeaux, l'enfant est tellement intéressé à son papa, vraiment, là aussi ça m'a beaucoup plu aussi. »

Les observations des changements dans la relation père-enfant rapportés par les TPS sont indirectes, à travers ce que les accompagnantes leur racontent (ex. « *la maman a apprécié, elle dit que lui, il ne parlait même pas à son enfant* ») mais aussi directes car deux TPS affirment que certains pères reconnaissent et valorisent leur travail (ex. « *Il y a des papas qui nous félicitent. Il y a des papas qui disent qu'il y a vraiment des changements, du côté de la mère et du côté de l'enfant.* »).

Troisièmement, les TPS constatent un changement d'attitudes chez certains agents de santé¹⁸. En effet, le constat de changements d'attitudes et de comportements des accompagnantes amène certains AS à reconnaître le rôle et efficacité du travail des TPS.

D'autre part, l'analyse de discours met en lumière des processus intra-groupe et intrapersonnels qui ont également consolidé l'implémentation adaptée de l'intervention. Tout d'abord, les récits expriment un sentiment d'appartenance à l'équipe « StimNut ». La communication entre les TPS était constante et s'effectuait en personne (ex. lors des réunions avec coordinatrice) mais aussi via des appels téléphoniques et via WhatsApp, parfois en dehors des heures de travail (ex. « *Même aussi quand on quitte le terrain et qu'on vient, on discute aussi entre nous* »). En effet, les TPS expliquent que les temps de communication interne ont permis la gestion d'émotions en équipe (ex. frustration ou tristesse à la suite d'un cas de rechute) et l'identification collective des solutions aux difficultés des accompagnantes.

¹⁸ Ex. : « *Il y a des traitants qui voient qu'il y a des changements positifs avec les mamans. Après ils reviennent à nos côtés, dire que Ah bon, on ne sait pas ce que vous faites, mais chez une telle maman, il y a un changement positif par rapport à la bonne prise en charge et l'entretien de l'enfant. Il y a des collègues qui venaient nous dire ça souvent.* »

« On discute de ça [difficultés] permanemment parce que, c'est devenu une équipe et puis, parce que l'équipe là, elle est constituée de trois personnes et on était toutes très différentes hein ? Les trois, on ne se considérait pas. Oui. Au début on ne se considérait pas parce qu'on était dans les services et tout le monde est de sa part. Mais maintenant c'est devenu comme une famille, il y a vraiment le soutien, il y a vraiment, vraiment le soutien. On discute et puis on se donne des idées. »

Cet extrait montre l'évolution de la cohésion du groupe, son utilité technique (« on se donne des idées ») et son intérêt social (« il y a le soutien »).

6 Discussion

L'étude de faisabilité et d'acceptabilité de l'adaptation puis de l'intégration de l'intervention de stimulation psychosociale dans le programme de nutrition existant (FUSAM) s'est déroulée en trois phases. L'expertise des équipes locales du projet et de recherche a été cruciale pour comprendre les dynamiques familiales dans le contexte malien, permettant ainsi des observations et des entretiens plus pertinents et culturellement adaptés.

Les résultats de la phase exploratoire (phase 1) ont représenté une source de réflexion et un apport de connaissances pour le travail collaboratif effectué lors de la phase 2. En particulier, plusieurs barrières pouvant entraver les soins des enfants ont été identifiées (ex. surcharge de travail des mères, forte dépendance des mères 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) et prises en compte dans la suite de l'étude. Les recommandations pour l'adaptation de l'intervention FUSAM issues de la RAP (phase 2) se sont concentrées principalement sur les aspects contextuels plutôt que sur le contenu de l'intervention. Les modules de l'intervention FUSAM étaient globalement alignés avec les pratiques de soins déjà existantes dans la communauté. Cependant, il est important de noter que cet alignement pourrait varier dans d'autres contextes, ce qui pourrait nécessiter des ajustements spécifiques. La RAP s'est avérée être une étape fondamentale pour assurer une compréhension approfondie et une perception positive de l'intervention par les différents acteurs impliqués de la communauté. Leurs contributions ont participé à l'acceptabilité de l'intervention et à sa pérennisation. La RAP semble une méthode pertinente pour engager les parties prenantes dans l'adaptation de l'intervention de stimulation psychosociale. En effet, ce processus a nécessité l'engagement des décideurs, des bénéficiaires, du personnel de santé et d'acteurs clés de la communauté. Notre partenaire local AMEDD a également joué un rôle essentiel dans l'animation, la documentation et la synthèse des ateliers. De plus, des ressources financières et logistiques importantes ont été mobilisées pour la tenue des ateliers. Cette allocation de ressources s'est

avérée nécessaire pour assurer l'implication des participants et une mise en œuvre efficace de l'intervention.

Enfin, les résultats de la phase 3, la mise en place de l'intervention et l'étude d'acceptabilité ont révélés différents niveaux d'effets ou de changements. Au niveau individuel, le bien-être et la santé mentale des accompagnantes ont été amélioré (diminution des symptômes de dépression, renforcement de l'empouvoirement du sentiment d'efficacité, augmentation de l'engagement des femmes). Il est intéressant de noter que la durée des sessions a augmenté au fil de l'intervention, passant de 42 à 58 minutes en moyenne entre la première et la cinquième session. Cela reflète le temps nécessaire aux mères pour apprécier ces échanges et se sentir en confiance avec les TPS.

Au niveau interpersonnel, plusieurs améliorations ont été constatées : 1/amélioration de la relation entre les accompagnantes et leurs enfants (ex. développement de pratiques liées à la communication, l'affection, et la réceptivité) observée par exemple à travers les mesures de qualité des interactions avant et après l'intervention, 2/ amélioration des relations avec les membres de la famille et l'entourage (ex. perception d'une plus grande implication des pères dans les soins aux enfants, certaines accompagnantes partagent leurs connaissances et compétences au sein de leur foyer) et 3/amélioration des relations entre accompagnantes et personnel de santé (ex. déconstruction des préjugés à l'égard des mères d'enfants MAS chez le personnel soignant). Au niveau des services de soin, les résultats ont montré une amélioration de la prise en charge des enfants MAS (ex. acquisition par les agents de santé de connaissances en stimulation psychosociale grâce à la formation de l'étude ; gain de temps pour les cliniciens car les accompagnantes sont plus sereines et comprennent mieux la maladie de leurs enfants ; satisfaction des accompagnantes ; collaboration inter-équipes facilitée par la création et la mise en place de procédures et de rôles définis, etc.), ainsi qu'une meilleure prise en charge des accompagnantes d'enfants MAS (ex. mise en place d'un suivi pour les accompagnantes présentant des pensées suicidaires). Ces changements positifs ont rendu l'intervention acceptable pour les accompagnantes, les TPS et les agents de santé.

Par ailleurs, des adaptations ont parfois été nécessaires lors de la mise en œuvre de l'implémentation pour répondre aux situations rencontrées. Par exemple, bien que nous souhaitions renforcer le soutien des mères, la présence d'un autre membre de la famille, en particulier des pères lors des sessions a parfois gêné les mères (qui cessaient de s'exprimer), révélant ainsi des dynamiques de pouvoir au sein des familles. Le déroulement des sessions a donc été modifié pour répondre à ce défi. Si nécessaire, le début de la session se déroulait en présence du père, auquel nous demandions ensuite de se retirer pour permettre un moment d'échange privilégié avec la mère. Par ailleurs, la détection d'idées suicidaires chez certaines accompagnantes a souligné la nécessité de mettre en place un protocole de prise en charge adapté. MSF a ainsi instauré un protocole spécifique pour offrir un soutien psychologique immédiat et approprié, garantissant la sécurité et le bien-être des participantes.

Enfin, les modifications apportées par la mise en œuvre de l'intervention StimNut (ex. création du poste TPS) dans la prise en charge des enfants MAS se sont maintenues. En effet, l'intervention a été poursuivie à Koutiala après l'étude, et deux TPS ont continué à mener les cinq séances de stimulation psychosociale auprès des accompagnantes et des enfants. L'objectif de renforcer les pratiques intégrées dans le parcours de soins a été atteint.

6.1 Validation et possibles limites

6.1.1 Validation

L'intervention psychosociale de StimNut a été un succès tant au niveau de sa mise en œuvre que de son impact positif sur la relation accompagnante-enfant, ainsi que sur les dynamiques familiales et le personnel de santé. StimNut est une intervention fondée sur un protocole flexible mais rigoureux et dont le cadre conceptuel a été ajusté à maintes reprises. Son appropriation par les travailleuses psychosociales et la qualité du service fourni ont contribué à l'intérêt porté par les accompagnantes et l'appropriation de l'espace dédié aux activités. D'autres études rapportent que les interventions de stimulations psychosociales sont difficiles à mettre en place et que de multiples facteurs influencent les bénéfices (47). Dans le contexte de StimNut, la RAP a facilité l'acceptation et l'intégration de l'intervention dans le parcours de soins des enfants malnutris.

De récentes études montrent et confirment un lien entre la santé mentale maternelle, notamment la dépression, et la malnutrition infantile, cette dernière étant un facteur de risque aggravant (48–50). En raison de la détérioration de leur santé mentale, les mères ne sont plus en capacité de fournir les soins nécessaires et adéquates à leurs enfants (51). Cependant, une intervention psychosociale de faible intensité peut avoir des effets positifs sur le bien-être de l'enfant ainsi que son développement mais aussi sur la santé mentale de la mère (52). Au regard de ces résultats, il serait intéressant de répliquer ce genre d'étude en faisant varier l'intensité de l'intervention.

Enfin, bien que l'intervention contribue à l'amélioration de l'état général de l'enfant, le lien avec le statut nutritionnel reste à explorer. Les études de suivi des cohortes après la sortie des enfants sont rares. Dans un objectif de prévention, cela mériterait d'être exploré et d'évaluer l'impact sur la prévention des rechutes des enfants malnutris.

6.1.2 Limites

Au niveau des outils de recueil de données utilisés, plusieurs limites peuvent être notées. L'évaluation du niveau de satisfaction qui se faisait par les TPS après les sessions, et malgré les dispositions prises, a pu être influencée par un biais de désirabilité sociale de la part des parents.

L'outil PICCOLO, bien qu'il n'ait pas été validé au Mali ni dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, a été utilisé dans d'autres contextes aux ressources limitées notamment au

Brésil (53). Les critères de notation ont été ajustés en collaboration avec l'équipe médicale et de recherche locale pour mieux correspondre au contexte malien. Les observatrices ont toutefois noté que les dynamiques familiales pouvaient être très spécifiques au contexte, mais le fait de répéter les observations deux fois a permis d'obtenir une image plus fiable de leur relation.

L'échantillon relativement petit pourrait limiter la mesure de certains effets de l'intervention (ceci aurait, selon les indicateurs utilisés, nécessité un échantillon plus grand et l'utilisation de méthodes statistiques propre) ainsi que la généralisation des résultats. Cependant il faut rappeler qu'il s'agissait d'une étude de faisabilité.

L'intervention a par ailleurs bénéficié de ressources importantes : une équipe de TPS formée et supervisée toutes les deux semaines par ACF, un soutien de la coordination, ainsi qu'un suivi des familles lors de leur transfert de l'hôpital vers les centres de santé, etc. La RAP mise en place lors de la phase 2 a également nécessité des ressources spécifiques, qui ne sont pas toujours disponibles dans les projets nutritionnels classiques. Ces ressources dépassent souvent celles d'un projet nutritionnel standard. Il est donc essentiel d'adapter et de transférer cette intervention afin qu'elle soit reproductible dans un contexte plus conventionnel.

7 Conclusion

Pour conclure, cette étude montre qu'il est faisable de mettre en œuvre une intervention de stimulation psychosociale dans les parcours de soins pour les enfants atteints de MAS dans une zone rurale au Mali. Elle a montré une bonne acceptabilité parmi les mères également parmi le personnel de santé et les travailleurs psychosociaux.

Une bonne synergie a été trouvée entre les diverses parties prenantes : bénéficiaires, personnel de santé, acteurs locaux, membres de la communauté, etc. Les résultats de cette étude sont encourageants et contribuent à l'amélioration des programmes qui ciblent la santé et le bien-être maternel et infantile.

De plus, l'effet transformateur de cette étude a conduit à la volonté de MSF de poursuivre la mise en œuvre des services psychosociaux dans le parcours de soins des enfants atteints de MAS à Koutiala. En effet, depuis la fin de l'étude plus de 200 sessions à l'hôpital et 65 dans les CSCOM ont été conduites à Koutiala, auprès de près de 300 familles.

Enfin, pendant la période de l'étude, des besoins ont également été identifiés dans d'autres contextes, et une proposition de cadre pour la réplication de l'intervention de stimulation psychosociale dans d'autres projets et/ou contextes de MSF est en cours d'élaboration afin de développer l'intervention de stimulation psychosociale à plus grande échelle.

Pour aller plus loin :

En français : <https://epicentre.msf.org/stimnut-une-recherche-action-communautaire-innovante-de-stimulation-psychosociale-pour-ameliorer-0>

En anglais : <https://epicentre.msf.org/en/stimnut-innovative-community-led-research-action-psychosocial-stimulation-intervention-improve>

8 Références

1. Unicef, WHO W. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance. 2018;
2. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouv Prat Soc*. 2003;16(2):30–51.
3. Ninacs W. Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Les Presses de l'Université Laval, editor. Vol. 1. 2010. 147–150 p.
4. Swift C, Levin G. Empowerment: An emerging mental health technology. *J Prim Prev* [Internet]. 1987;8(1):71–94. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF01695019>
5. Joffe H. AIDS research and prevention: A social representational approach. *Br J Med Psychol* [Internet]. 1996 Sep 1;69(3):169–90. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1996.tb01863.x>
6. Caillaud S, Ginguené S, Maharjan SM, Koirala G, Tonon B, Le Roch K. Social representations of the undernourished child and health-seeking behaviour in Nepal: From othering to different types of otherness. *J Community & Appl Soc Psychol* [Internet]. 2022;32(2):273–87. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/casp.2576>
7. Caillaud S, Payotte S. 'hunger happens elsewhere, here malnutrition results from lack of proper care': Social representations of malnutrition and processes of othering in the nepalese press. *Eur J Soc Psychol*. 2024;No Pagination Specified-No Pagination Specified.
8. Bardin L. L'analyse de contenu [Internet]. Presses Un. Paris; 2013. Available from: <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
9. World Health Organization. Children: improving survival and well-being. Fact sheets [Internet]. 2020;1990(September):9–12. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
10. Lenters L, Wezny K, Zulfiqar AB. Management of Severe and Moderate Acute Malnutrition in Children. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health (RMNCH)* [Internet]. Disease Co. New York: World Bank Group; 2020. p. 205–23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361907/pdf/Bookshelf_NBK361907.pdf
11. World Health Organization (WHO), UNICEF. Guidance note for integrating ECD activities into nutrition programmes in emergencies. Why, What and How. 2012;1–16. Available from: [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Integrating+Early+Childhood+Development+\(ECD\)+activities+into+Nutrition+Programmes+in+Emergencies+.+Why+,+What+and+How#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Integrating+Early+Childhood+Development+(ECD)+activities+into+Nutrition+Programmes+in+Emergencies+.+Why+,+What+and+How#0)
12. Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête Démographique et de Santé (Mali 2018). Rapport [Internet]. 2018;643. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
13. Sagara JA. Indicateurs de santé chez les enfants de moins de 5 ans dans le district Juillet 2022 Rapport d'enquête. Epicentre. MSF; 2022.
14. 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>

15. 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.
16. 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>
17. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* (London, England). 2017 Jan;389(10064):91–102.
18. Daniel AI, Bandsma RH, Lytvyn L, Voskuil 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).
19. Daniel AI, Bandsma RH, Lytvyn L, Voskuil 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.
20. WHO. A Critical Link- Interventions for Physical Growth and Psychological Development. Vol. 22, *Child and adolescent health and development*. 1999.
21. Direction Nationale de la Santé. Protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë au Mali, version révisée 2011. 2011;205.
22. 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.
23. 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/>
24. Last JM. PRECEDE-PROCEED model [Internet]. Oxford University Press; 2007. Available from: <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-3613>
25. Bradbury PRH. *The SAGE Handbook of Action Research*. 2008.
26. Cornwall A. Using Participatory Process Evaluation to Understand the Dynamics of Change in a Nutrition Education Programme. *IDS Work Pap* [Internet]. 2014 Feb 1;2014(437):1–22. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.2040-0209.2014.00437.x>
27. Renaud. L. Modélisation du processus de la recherche participative. 2020. 89–104 p.
28. Lasater ME, Beebe M, Blomberg K, Warren N, Gresh A, Hsieh K, et al. Adaptation of a Screening Tool for Perinatal Depression and Anxiety in Community-Based Maternal Health Services in Mali. *J Midwifery Women's Heal*. 2017;629–33.
29. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987;150:782. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
30. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci* [Internet]. 1974;19(1):1–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bs.3830190102>
31. Lasater ME, Beebe M, Warren NE, Souko F, Keita M, Murray SM, et al. Dusukasi—The Heart That Cries: An Idiom of Mental Distress Among Perinatal Women in Rural Mali. *Cult Med Psychiatry*. 2018;42(4):930–45.
32. Lasater ME, Beebe M, Warren NE, Winch PJ, Souko F, Keita M, et al. Reliability and validity of a perinatal depression screening instrument in rural Mali. *SSM - Ment Heal* [Internet]. 2022;2(September 2021):100059. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100059>
33. Zimet Gregory D., Dahlem Nancy W., Zimet Sara G., Farley Gordon K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Vol. 52(1), *Journal of Personality Assessment*. 1988. p. 30–41.
34. Roggman LA, Innocenti MS, Anderson S, Cook GA, Jump Norman V, Christiansen K. Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes Tool (PICCOLO™). 2013.

35. Mccambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect : New concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2014;67(3):267–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.015>
36. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches*. Sage. Thousand Oaks; 2013.
37. Lofland J., Snow D., Anderson L. LL. *Analyzing social settings : A guide to qualitative observation and analysis*. Wadsworth. Belmont, CA; 2005.
38. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. RESEARCH METHODS AND REPORTING A new framework for developing and evaluating complex interventions : update of Medical Research Council guidance The UK Medical Research Council 's Research Council and the National. 2021;(2018):1–11.
39. Rogers PJ. Theory-Based Evaluation: Reflections Ten Years On. 2007;(114):63–81.
40. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. 2014;(January 2006).
41. Barnard KE. Influencing parent-infant/toddler interactions for children at risk. In: *The effectiveness of early intervention*. 1997. p. 249–70.
42. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):88. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
43. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 13*. 2013. College Station, TX: StataCorp LLC; 2013.
44. Team SD. *Stan Modeling Language Users Guide and Reference Manual* [Internet]. Available from: <https://mc-stan.org>
45. Locke A, Budds K. Applying critical discursive psychology to health psychology research: A practical guide. *Heal Psychol Behav Med*. 2020;8(1):234–47.
46. Friese S. *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. Sage Publi. London; 2012.
47. Abessa TG, Worku BN, Wondafrash M, Girma T, Valy J, Lemmens J, et al. Effect of play-based family-centered psychomotor/psychosocial stimulation on the development of severely acutely malnourished children under six in a low-income setting: A randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):1–20.
48. Khan AM. Maternal mental health and child nutritional status in an urban slum in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLOS Glob Public Heal* [Internet]. 2022;2(10):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000871>
49. Stewart RC, Umar E, Kauye F, Bunn J, Vokhiwa M, Fitzgerald M, et al. Maternal common mental disorder and infant growth -a cross-sectional study from Malawi. *Matern Child Nutr*. 2008;4(3):209–19.
50. Abdullahi AT, Farouk ZL, Imam A. Common mental disorders in mothers of children attending out-patient malnutrition clinics in rural North-western Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–9.
51. Black MM, Baqui AH, Zaman K, Arifeen S El, Black RE. Maternal depressive symptoms and infant growth in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr*. 2009;89(3):951–7.
52. Nguyen AJ, Murray SM, Rahaman KS, Lasater ME, Barua S, Lee C, et al. Psychosocial impacts of Baby Friendly Spaces for Rohingya refugee mothers in Bangladesh: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Cambridge Prism Glob Ment Heal*. 2024;11.
53. Schneider A. *Cross-Cultural Adaptation and Validation of Strengths- Based Parenting Measures in Brazil : PICCOLO and Cognitive Sensitivity Scale by Scale*. 2018;178.



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