



Avec le soutien de l'Agence Espagnole de
Coopération Internationale pour le Développement



ETUDE SOCIOANTHROPOLOGIQUE DE LA NUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BAFOULABE



**PROJET « AMELIORATION DES CONDITIONS SANITAIRES D'ACCES ET DE QUALITE POUR
LES FEMMES DU DISTRICT SANITAIRE DE BAFOULABE, REGION DE KAYES, MALI »**

RAPPORT FINAL

OCTOBRE 2019

Rédigé par :



Bureau des Experts Spécialisées en Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
Sotuba ACI Prés de l'IER. Tél.: +223 76 41 27 09/63 16 09 43. Email:
bessan248@gmail.com. [Http://bessan248.blogspot.com](http://bessan248.blogspot.com). Nif: 086137320N. RCM:
2016B1155. INPS: 832457951. N° compte Bancaire 25180436901-44 Banque of Africa.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	vii
ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	viii
RESUME.....	ix
1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	1
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	1
1.2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	2
2. METHODOLOGIE.....	3
2.1. CADRE DE L'ETUDE.....	3
2.2. TYPE ET POPULATION D'ETUDE.....	4
2.3. ECHANTILLONNAGE.....	4
2.4. COLLECTE DES DONNEES SUR LE TERRAIN.....	5
2.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	6
3. RESULTATS.....	7
3.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUETES.....	7
3.2. PERCEPTIONS DE LA POPULATION SUR LA MALNUTRITION.....	9
3.3. FORMES ET CAUSES DE LA SOUS NUTRITION DANS LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL.....	11
3.4. PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION OU DE LA CROISSANCE SELON QU'ILS S'AGISSENT D'UN GARÇON OU D'UNE FILLE.....	12
3.5. PRATIQUES SOCIO-CULTURELLES ET MŒURS CONSTITUANT UN FREIN A L'AMELIORATION DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE DES COMMUNAUTES.....	13
3.6. IMPORTANCE DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS SUR L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES.....	17
3.7. ATTITUDE ET/OU LE RECOURS AUX PERSONNES RESSOURCE DEVANT UNE SITUATION DE DENUTRITION.....	41
3.8. PERCEPTIONS DE LA SANTE, DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT AU SEIN DE LA COMMUNAUTE.....	42
3.9. PRATIQUES ALIMENTAIRES TRADITIONNELLES ADOPTEES PAR LES COMMUNAUTES EN TERMES DE MOMENT PROPICE POUR L'ALIMENTATION ET SPECIFICITE.....	43
3.10. PRATIQUES LOCALES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION.....	44
3.11. PRATIQUES OU COMPORTEMENTS SOCIO-CULTURELS CONTRIBUANT A AMELIORER LA SITUATION NUTRITIONNELLE OU LA QUALITE DES INTERVENTIONS EN NUTRITION.....	45
3.12. PERCEPTIONS DE L'ANEMIE CHEZ LES ENFANTS ET LES FEMMES.....	46
3.13. LIEN ENTRE L'ANEMIE ET L'ALIMENTATION.....	51
3.14. INTERDITS ALIMENTAIRES LIES AUX FACTEURS SOCIO-CULTURELS ET/OU RELIGIEUX.....	51
4. CONCLUSION.....	54
5. RECOMMANDATIONS.....	55
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
ANNEXES.....	a
Annexes 1 : Tableaux secondaires.....	a
Annexes 2 : Questionnaire et guides d'entretien.....	h

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre, techniques et outils de collecte des données selon les cibles	5
Tableau 2 : Liste des villages enquêtés dans le cadre de l'étude socio-anthropologique sur la nutrition.	6
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	8
Tableau 4 : Répartition de l'échantillon en fonction des caractéristiques de base de leur dernier enfant	9
Tableau 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les signes et les causes de la malnutrition et aussi sur les raisons de l'insatiété (faim) des personnes.....	11
Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des sources d'information de la mère sur la croissance de son enfant, les causes et les moyens de prévention contre la malnutrition chez l'enfant ..	13
Tableau 7 : Répartition de l'échantillon en fonction des pratiques effectuées en absence de la mère...	14
Tableau 8 : Répartition de l'échantillon en fonction des repas pris par l'enfant au cours des 24H dernières	15
Tableau 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de leurs sources d'approvisionnement en eau de boisson et leurs méthodes de traitement de l'eau non sûre.....	16
Tableau 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de la disposition de latrines et des moments de lavages des mains	17
Tableau 11 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'allaitement maternel exclusif et sa période de recommandation.....	19
Tableau 12 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'importance et de l'avantage de l'allaitement maternel exclusif.....	22
Tableau 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de la pratique du nombre minimum de repas acceptables par jour chez les enfants	24
Tableau 14 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'âge d'arrêt de l'allaitement et sur l'introduction des aliments de complément	28
Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de la pratique de CPN et de consultation pour enfant sain par les mères	30
Tableau 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur le mode d'alimentation d'une femme enceinte ou allaitante et les dangers chez les petits poids de naissance	31
Tableau 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur la carence en vitamine A et sur ses caractéristiques	35
Tableau 18 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les causes et les moyens de prévention contre la carence en vitamine A	37
Tableau 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les exemples d'aliments riches en vitamine A	38
Tableau 20 : Répartition de l'échantillon en fonction des moyens de prévention contre la malnutrition chez l'enfant	45
Tableau 21 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'anémie et sur ses caractéristiques	47
Tableau 22 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les risques pour la santé des enfants et des femmes enceintes en cas d'apports alimentaires insuffisants en fer.....	48
Tableau 23 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les causes et les moyens de prévention contre la carence en fer.	49

Tableau 24 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les exemples d'aliments riches en fer	50
Table 25 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les interdits alimentaires chez les enfants de 0 à 24 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes	52

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Carte sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes, Mali	3
Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de la dénutrition chez un enfant	10
Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la gravité de la malnutrition chez l'enfant	10
Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance à nourrir le bébé exclusivement au sein pendant six mois	20
Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la difficulté à nourrir exclusivement le bébé au sein jusqu'à 6 mois	21
Figure 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des attitudes des mères en cas de difficultés de pratiquer l'allaitement maternel exclusif.....	23
Figure 7 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur l'importance de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour	25
Figure 8 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour	26
Figure 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur attitude sur l'importance d'allaiter au-delà de 6 mois	26
Figure 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de continuer à allaiter au-delà de 6 mois	27
Figure 11 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la confiance des mères à faire le repas spécial pour son enfant	29
Figure 12 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la difficulté des parents à donner différents types d'aliments à leur enfant chaque jour	29
Figure 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de l'importance de manger plus durant la grossesse ou l'allaitement.....	31
Figure 14 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance	32
Figure 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité de prendre du fer pendant la grossesse (CPN).....	33
Figure 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité d'emmener leur enfant sain pour la consultation	34
Figure 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance pour les enfants d'être atteint de la carence en vitamine A.....	36
Figure 18 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur la gravité de la carence en vitamine A	36
Figure 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A.....	38
Figure 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques probables de consommation de l'eau d'une source non sûre ou protégée.....	39
Figure 21 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de déféquer dans la nature.....	40

Figure 22 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés d'utilisation de latrine par certaines personnes	40
Figure 23 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés à se laver les mains avec du savon.....	41
Figure 24 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en fer.....	50

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent particulièrement à l'équipe du projet de Médicos Del Mundo au Mali pour leur soutien constant tout au long de la réalisation de l'étude.

Particulièrement, nos sincères remerciements vont à l'endroit de Dr. Ibrahim CISSE et son staff qui ont fortement contribué d'une manière ou d'une autre à l'exécution de l'étude. Nous saluons leur ouverture, leur franche collaboration et leur disponibilité constante qui nous ont été très utiles tout au long du processus de collecte des données.

Aussi nos remerciements vont à l'endroit des services techniques de l'Etat, des personnalités administratives et politiques, dont la disponibilité n'a fait défaut à aucun moment de la démarche, et ont rendu cette étude allègre et captivante par leur accueil et la qualité des discussions. Qu'ils discernent ici l'expression de nos remerciements les meilleurs.

Enfin, notre profonde gratitude va à l'endroit des relais communautaires, les chefs de village, les leaders communautaires, les hommes et les femmes qui ont fait l'objet de cette étude, et toutes les communautés de la zone d'intervention du projet, pour leur assistance et leur engagement pour le bon déroulement de l'étude. Qu'ils reçoivent ici notre sincère reconnaissance.

Auteurs :

Dr TRAORE Moribou Médecin Nutritionniste chef de mission.

Dr TOURE Ibrahim Médecin Agent collecteur.

M Dembélé Karim : Socio-Anthropologue Agent collecteur.

M TRAORE Yacouba : Agronome Nutritionniste Appui Technique.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Aire Théorique
ATR	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
CPN	Consultation Pré-Natale
CPS	Cellule de la planification et de la statistique
CS	Centre de Santé
CSCOM	Centres de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DTC	Directeur Technique de Centre
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
H	Heure
IER	Institut d'Economie Rurale
IP	Insuffisance Pondérale
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MDM	Médicos del Mundo
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
n	Echantillon
ODK	Open Data Kit
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PANJE	Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant
PEC	Prise en charge
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RC	Retard de Croissance
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SPSS	Paquet statistique pour les Sciences Sociales (Statistical Package for Social Sciences)
T/A	Indice Taille-pour-âge
TDR	Termes de référence
WASH	Eau, Hygiène et Assainissement

RESUME

Ce présent rapport exprime les résultats de l'étude socio-anthropologique sur la nutrition dans le District sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes. L'étude a été commanditée par Médicos Del Mundo (MDM), avec le soutien financier de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID).

L'objectif général de la mission est d'identifier les facteurs socio-culturels limitant ou favorisant l'adhésion des Communautés aux pratiques et/ou comportements recommandés en nutrition.

Pour atteindre cet objectif, la taille d'échantillon a été calculée à partir de la formule de Daniel Schwarz : $n = Z^2 * p * q / i^2$. Cela a permis d'avoir $n=170$ qui, a été majoré de 10% pour les marges d'erreur, ce qui a donné un échantillon représentatif de 187 personnes à enquêter. De plus, la méthode d'échantillonnage aléatoire a été utilisée pour le choix des aires de santé (au nombre de dix (10), représentant les 50% de ces aires de santé) au premier niveau ; ensuite, 10 villages ont été choisis au deuxième niveau pour la réalisation de l'enquête. Pour le choix des ménages, cela a été effectué à partir de la méthode Epi, dont il s'agissait de passer de ménage en ménage jusqu'à atteindre le nombre de personnes à enquêter par village. La méthode intentionnelle a été utilisée pour le choix des acteurs clés. Ainsi, 98 femmes et 99 hommes ayant des enfants de moins de 2 ans, 20 leaders communautaires (femmes et hommes) et 10 DTC ont été rencontrés. La collecte des informations a lieu du 18 au 29 août 2019.

De façon globale, les constats et les principaux résultats de l'étude sont :

Par rapport à l'alimentation des nourrissons de moins de 6 mois, les résultats montrent que plus de $\frac{3}{4}$ des mères (76,6%) s'occupent de leurs enfants de moins de 6 mois, par contre, la grand-mère de l'enfant (17,3%) et d'autres personnes s'occupent de l'enfant en absence de sa mère. Comme autres personnes s'occupant de l'enfant en absence de sa mère, il y a *la grande sœur de l'enfant* (60%), suivie des *sœurs de la mère* (20%) et du mari (20%).

Par rapport à l'alimentation des enfants en bas âge (6-24 mois), les résultats arborent une bonne pratique d'allaitement maternel (83,8%) à l'endroit des enfants de 0 à 24 mois comme repas pris dans les 24H suivant l'enquête ; par contre, les autres repas pris par les nourrissons pendant la même journée sont moindres, surtout, le repas spécial pour enfant (17,8%). De plus, 44,2% des enquêtés ont souligné des difficultés dans la mise en application de la pratique contre 51,3% d'autres répondants qui disent le contraire. Pour les enquêtés (es) ayant répondu à la question sur les difficultés de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, les raisons sont le *manque d'argent*, suivie de *l'insuffisance de temps due à l'occupation de la mère*, *l'indisponibilité des aliments même lorsqu'ils ont avec quoi pour payer*, *la maman ne mange pas à sa faim*, *le ventre de l'enfant peut devenir gros*, *la peur de provoquer des ennuis à l'enfant*, *la grand-mère n'accepte pas...*

Par rapport à l'alimentation durant la grossesse et l'allaitement, les résultats montrent que 83,8% des répondants croient à l'importance de manger plus pendant la grossesse et de l'allaitement maternel, avec une appréciation des femmes (86,7%) légèrement supérieure par rapport à celle des hommes (80,8%). Comme raisons données par ceux ayant noté que ce n'est pas bien de manger plus pendant la grossesse, il y a *l'augmentation du poids du fœtus (enfant) qui rend l'accouchement difficile voire la césarienne à termes*, *mange assez cela rend paresseuse*, *donne des troubles digestifs (gastrite)*, *elle devient incapable à faire son travail à cause du poids de la grossesse et rend la femme malade...* De plus, la croyance des répondants sur la

nécessité d'amener leur enfant sain pour la consultation, est bonne dans 83,8% des cas. Sur ce sujet, les femmes (86,7%) ont une attitude légèrement élevée par rapport à celle des hommes (80,8%). Pour les enquêtés ayant noté que la mère n'a pas besoin d'emmener son enfant sain pour consultation, leurs arguments sont : *ce n'est pas la peine si l'enfant n'est pas malade, pas la peine parce que c'est pour juste prendre l'argent des gens sauf si l'enfant ou la mère tombe malade.*

Par rapport à la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les signes de la dénutrition chez les enfants est le *manque d'énergie ou la personne ne peut pas travailler, étudier ou jouer normalement (incapacité)* à 76,1%, suivis de la *perte de poids/maigreur* à 69,5% (tableau 12). Parmi les causes de la sous-alimentation, c'est le fait que les enfants *n'ont pas assez à manger* à 88,8% qui est la raison principale ou *la maladie* à 58,4%. La raison principale qui fait que les gens ne mangent pas assez est le *manque d'argent* à 89,8% et la *disponibilité des aliments dans les villages* à 50,3% des cas. De plus, il ressort que les formes de la malnutrition ne sont pas bien connues par 12/20 répondants, soit 60%. Les répondants connaissent surtout la forme du marasme (40%), mais pas le kwashiorkor (1%). Aussi, les résultats montrent que les leaders communautaires ont des niveaux de connaissances sur l'anémie, plus spécifiquement sur les signes et les causes de l'anémie. Par ailleurs, ils ne perçoivent pas l'anémie en tant que maladie. Aussi, ils parviennent à faire le lien entre l'anémie et l'alimentation. Ces résultats sont plus détaillés dans le tableau 16. En guise de lien existant entre l'anémie et l'alimentation, des exemples d'illustration ont été donnés par les répondants. Ce sont :

- *Il y a un lien parce que l'alimentation augmente le sang, mais aussi, lorsque l'anémie est grave, cela sous-entend que l'alimentation est insuffisante. (Chef du village de Bengassi, aire de santé de Bamafélé)*
- *C'est l'alimentation qui favorise l'augmentation du volume sanguin. (Frère du chef de village de Madibaya, aire de santé de Bafoulabé)*

Par ailleurs, les DTC ont noté que devant des cas de malnutrition, presque les 100% des parents procèdent d'abord à l'automédication ou le traitement traditionnel en première intention. Et cela, est dû aux raisons telles que la méconnaissance de la malnutrition en tant que maladie, mais aussi au manque d'argent pour d'autres parents. Toutefois, certains parents considèrent les cas de kwashiorkor comme de la sorcellerie ou de l'envoutement.

Un exemple d'illustration des attitudes de la population par le DTC de Gounfan !!!

- *Elle procède par l'automédication pour la dentition, les convulsions et les autres maladies pour un départ ensuite elles se rendent au centre de santé pour la consultation médicale plus tard pour les motifs suivants : la diarrhée, le vomissement, les pâleurs, tout sauf la malnutrition.*

Par rapport à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, les résultats montrent que les ménages utilisent dans 42,6% des cas l'eau des forages équipés, suivis de l'eau des puits aménagés ou protégés à 18,3% des cas et l'eau des Bornes fontaines c'est-à-dire les fontaines publiques à 10,7% des cas. A noter que certains ménages consomment les sources d'eau non protégées à 9,6% et les eaux de surface à 1%. Le traitement de l'eau de boisson est très connu par les ménages des zones d'étude à 95,9%.

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Au Mali, la malnutrition constitue un problème de santé publique comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Elle est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Il s'agit d'un problème de santé de publique à dimension multifactorielle dont les causes sous-jacentes sont le manque d'accès à une alimentation de qualité, les soins et les pratiques inappropriés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et aux services de santé. (*Smart 2018*).

Conscient des enjeux liés à la problématique de la malnutrition, le Gouvernement malien a inscrit dans sa politique Nationale de Nutrition (PNN) et la Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PoLSAN) des actions de lutte contre ce phénomène. C'est ainsi que le cadre de coopération Mali-PTF (Partenaires Techniques et Financiers) prévoit un appui technique et financier visant à lutter efficacement contre la malnutrition dans le pays. Dans cette collaboration, la surveillance de la situation nutritionnelle à travers des enquêtes SMART d'envergure nationale et la prise en charge occupe une place de choix.

Les différentes études réalisées ces dernières années, ont permis de décrire la situation nutritionnelle du pays et de montrer l'ampleur de la malnutrition non seulement au niveau national mais aussi de façon spécifique dans les régions administratives. La situation s'est dégradée avec la crise de 2012 comme le montre les résultats des études antérieures réalisées au niveau national. L'enquête MICS 2010 a rapporté une prévalence nationale de 9% de Malnutrition Aigüe Globale (MAG) et de 2% de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS), le Retard de Croissance (RC) et l'Insuffisance Pondérale (IP) à 28% et 19% respectivement. En 2018, l'EDSM-VI a rapporté une prévalence de malnutrition aigüe globale de 9% dont 3% ayant une malnutrition aigüe sévère chez les enfants de moins de 5 ans avec 27% de retard de croissance et 19% d'insuffisance pondérale.

Selon les résultats de la même enquête, la malnutrition chronique demeure préoccupante avec une prévalence nationale de 38,3% et l'insuffisance pondérale de 25,5%.

Par ailleurs, les enquêtes SMART menées en 2014, 2015, 2016 et 2017 ont montré la même ampleur de dénutrition.

Les données de nouvelles admissions par région, récemment enregistrées, montrent que la malnutrition au Mali reste d'actualité. Nous remarquons une légère tendance à la hausse du nombre des admissions de janvier à juin 2018, par rapport à la même période de 2017. Aussi, la situation nutritionnelle au Mali demeure urgente (*Cluster Nutrition, Juillet 2018*).

Selon les principaux résultats issus de cette enquête, la prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est de 10,0%. Selon la classification de l'OMS, cela correspond à une situation nutritionnelle sérieuse. D'après les résultats par région, la situation nutritionnelle est jugée précaire dans la région de Kayes.

La prévalence de la malnutrition chronique sur l'ensemble des régions enquêtées est de 24,1%, soit un taux supérieur au seuil d'alerte défini par l'OMS (20%) ; donc précaire. (*Smart 2018*).

Cependant dans le district sanitaire de Bafoulabé, les taux d'admission des enfants MAM et MAS s'avèrent faibles, respectivement 2 448 sur 6 437 attendus, soit 38% et 1 386 sur 2 480 attendus, soit 56%.

Les garçons sont en moyenne 2 fois plus atteints par la malnutrition aiguë que les filles, soit 11,2% de MAG, avec une prévalence de 23,6% de malnutrition chronique.

Malgré l'intervention du Gouvernement et des partenaires, la situation nutritionnelle des enfants et des femmes enceintes et allaitantes reste précaire.

Cette situation est imputable à de multiples facteurs dont : socio-culturels, socio-économiques et environnementaux qui limitent certaines pratiques alimentaires et nutritionnelles, indispensables au développement harmonieux de l'organisme.

Face à cette situation, Médicos Del Mundo (MDM) a commandité cette étude socio - anthropologique au sein du district sanitaire de Bafoulabé pour Identifier les facteurs socio-culturels limitant ou favorisant l'adhésion des communautés aux pratiques et/ou comportements recommandés en nutrition.

I.2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif général de la mission est d'Identifier les facteurs socio-culturels limitant ou favorisant l'adhésion des Communautés aux pratiques et/ou comportements recommandés en nutrition.

L'objectif spécifique, de l'étude est de :

- Déterminer les perceptions de la population sur la malnutrition ;
- Identifier les pratiques socio-culturelles et les mœurs constituant un frein à l'amélioration de la situation nutritionnelle des communautés ;
- Identifier les pratiques ou comportements socio-culturels contribuant à améliorer la situation nutritionnelle ou la qualité des interventions en nutrition ;
- Déterminer les recours aux soins des communautés devant une situation de sous nutrition ;
- Identifier l'importance des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes ;
- Identifier les pratiques locales de prévention et de traitement de la malnutrition ;
- Déterminer les pratiques alimentaires traditionnelles adoptées par les communautés en termes de moment propice pour l'alimentation et spécificité ;
- Déterminer l'attitude et/ou le recours aux personnes ressource devant une situation de dénutrition ;
- Déterminer les perceptions de la santé, de la croissance et du développement au sein de la communauté ;
- Identifier les perceptions de la malnutrition ou de la croissance selon qu'ils s'agissent d'un garçon ou d'une fille ;
- Déterminer les formes et les causes de la sous nutrition dans le contexte socioculturel ;
- Dégager les perceptions de l'anémie chez les enfants et les femmes ;
- Etablir le lien entre l'anémie et l'alimentation ;
- Dégager les interdits alimentaires liés aux facteurs socio-culturels et/ou religieux ;
- Identifier les bonnes et mauvaises pratiques, usages et mécanismes d'adaptation en matière de nutrition dans la communauté.

2. METHODOLOGIE

2.1. CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été exécutée dans les villages des aires de santé du District sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes, Mali. Les aires de santé ayant fait l'objet de l'étude sont Diakaba, Gounfan, Bamafélé, Bafoulabé, Oualia, Diakitéla, Ouassala, Sélinkégny, Diokély et Mahina. L'image ci-dessous, illustre la carte sanitaire du District sanitaire de Bafoulabé.

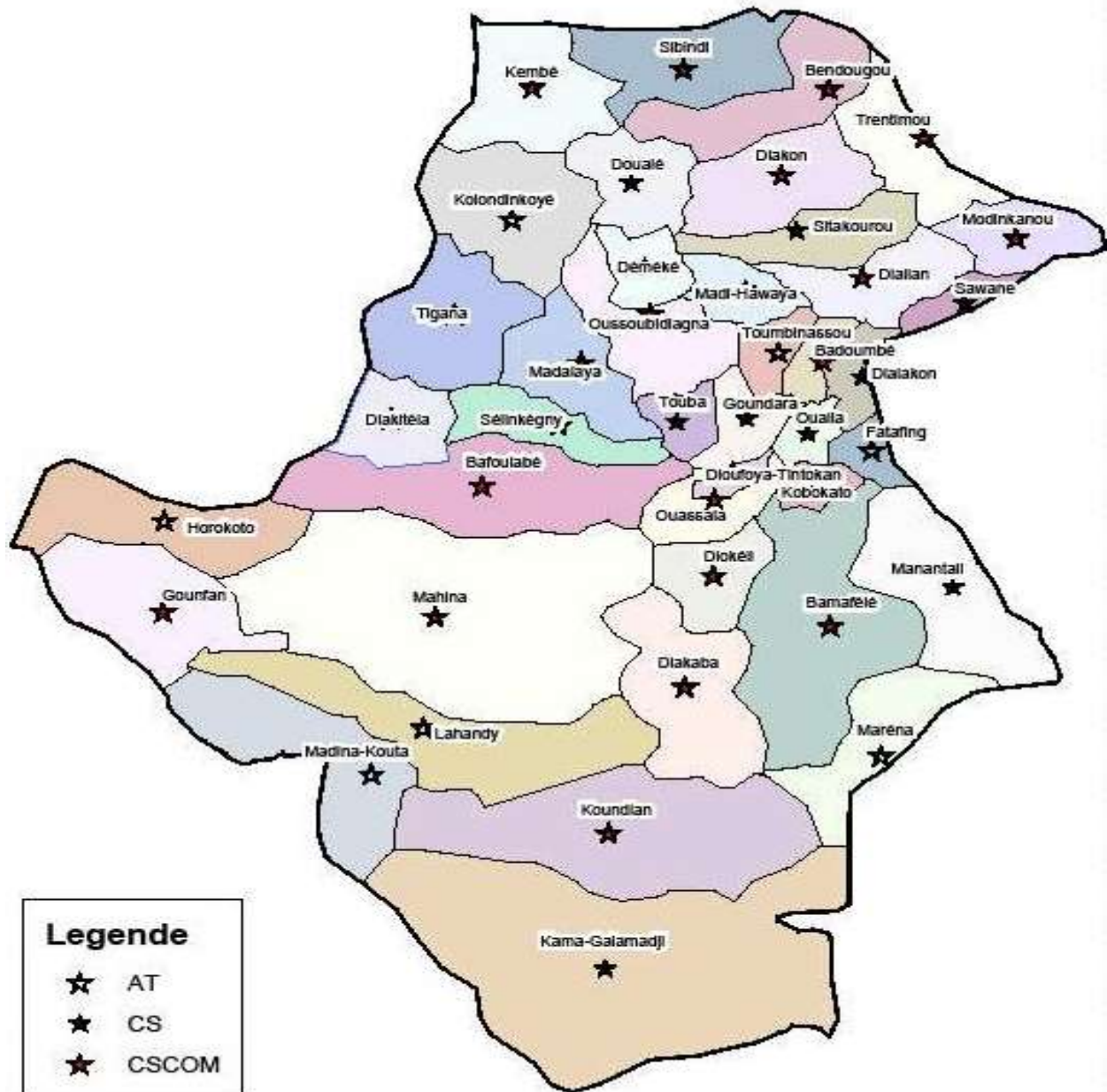


Figure I : Carte sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes, Mali

2.2. TYPE ET POPULATION D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de nature à la fois qualitative et quantitative par sondage aléatoire au niveau des aires de santé du District sanitaire de Bafoulabé dans la région de Kayes au Mali. La méthodologie appliquée permettait de donner la chance à toutes les aires de santé d'intervention du projet, d'être tirées au hasard dans le cadre de la présente étude.

La population cible de la mission d'étude était :

- Femme ayant des enfants de 0 à 23,9 mois ;
- Homme ayant des enfants de 0 à 23,9 mois ;
- Leaders communautaires (vieille et vieux) ;
- DTC des aires de santé retenues.

2.3. ECHANTILLONNAGE

Dans cette étude, la taille nécessaire à la collecte des données sur le terrain a été calculée à partir de la formule de Daniel Schwarz : $n = Z^2 * p * q / i^2$

n = taille de l'échantillon ;

Z = paramètre lié au risque d'erreur, *Z* = 1,96 (soit 2) pour un risque d'erreur de 5 % (0,05) ;

p = probabilité de la réalisation positive de l'évènement dans la population, exprimée en fraction de 1 ; (0,112)

q = 1-*p*, probabilité de la réalisation négative de l'évènement dans la population, exprimée en fraction de 1 ; (0,888)

i = précision absolue souhaitée exprimée en fraction de 1. (*i* = 0,05) ;

La prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) estimée à 11,2% dans le cercle de Bafoulabé¹, a été utilisée pour déterminer la taille estimative de l'échantillon à enquêter. Ainsi, la taille $(n) = (1,96)^2 * (0,112) * (0,888) / 0,0025 = 170$.

Pour les cas d'éventuelles erreurs possibles dans une étude, la taille d'échantillon initial a été calculé et majorée de 10% ; cela a permis d'avoir une taille de 187 personnes à enquêter dans les villages retenus. Ainsi, en divisant le nombre de personnes à enquêter par le nombre de village, soit $187 / 10 = 18,7$ personnes à enquêter/village et enfin, l'équipe de collecte des informations a interviewé un minimum de 19 personnes par village visité. D'amples explications sont données dans le paragraphe ci-dessous.

Dans les zones d'intervention du projet, 50% des aires de santé fonctionnels ont été aléatoirement tirés soit un total de dix (10) aires de santé à enquêter. Dans chaque aire de santé tirée, un village a été sélectionné, soit en tout 10 villages. Ainsi, dans chaque village tiré, dix (10) femmes et dix (10) hommes ayant des enfants de 0 à 23,9 mois ont été enquêtés, soit vingt (20) personnes par village.

Également, dans chaque village tiré, deux (2) personnes âgées (homme et femme) ont été interviewées conformément aux thématiques de la mission, soit un total de vingt (20) interviews sur l'assise d'un guide d'entretien. Aussi, tous les DTC des aires de santé retenues, ont été interviewés dans le cadre de la mission, soit un total de dix (10) interviews sur la base d'un guide d'entretien.

Le tableau ci-dessous, fait le point des interviews qualitatives et quantitatives.

¹ Terme de référence p. 5

Tableau I : Nombre, techniques et outils de collecte des données selon les cibles

Cibles	Nombre		Techniques	Outils
	Prévu	Atteint		
Femmes	100	98	Entretien individuel	Questionnaire
Hommes	100	99	Entretien individuel	Questionnaire
Leaders (vieilles)	10	10	Entretien individuel	Guide d'entretien
Leaders (vieux)	10	10	Entretien individuel	Guide d'entretien
DTC/Chargé nutrition	10	10	Entretien individuel	Guide d'entretien

2.4. COLLECTE DES DONNEES SUR LE TERRAIN

Les données ont été collectées de trois manières. Dans un premier temps, ce fut des entretiens individuels avec les femmes et les hommes ayant des enfants de moins de 2 ans, puis avec les leaders communautaires (femme et homme) et enfin, avec les DTC des aires de santé retenues.

Avant le départ sur le terrain, une formation de deux (2) jours des enquêteurs s'est tenue dans la salle de formation du Bureau d'Etudes BESSAN-SARL du 15 et 16 Août 2019 à Sotuba ACI, près de l'IER. Le programme de la première journée, a consisté à l'explication de la méthode de collecte des données, la définition de la taille de l'échantillon et du nombre de personnes à enquêter par village. Aussi, il y a eu le parcours du questionnaire en version Word, suivi de la traduction des questions en Bamanan. La deuxième journée de la formation, a constitué à l'exploitation du questionnaire en version formulaire sur l'application mobile ODK collecte, et aussi la simulation du questionnaire en vue de se familiariser avec les questions et de déceler des éventuelles zones d'ombres à corriger avant le départ sur le terrain.

La phase de collecte des données sur le terrain, a duré 10 jours. Elle a permis de renseigner les outils (questionnaire et guides d'entretien) prévus dans le cadre de l'étude.

Les données ont été collectées à l'aide des téléphones mobiles (Smartphones) pour faciliter l'enregistrement des informations. La saisie des données a été instantanée sur le terrain par l'utilisation de l'application mobile Open Data Kit (ODK) en tant qu'outil de collecte des équipes d'enquête. L'utilisation des appareils mobiles permettait de collecter les données in-situ (à la source), de façon complète avec horodatage précis, coordonnées GPS. Dans le cadre de cette enquête, chaque enquêteur ainsi que le consultant ont utilisé un Smartphone. Les données étaient envoyées chaque fin de journée après une vérification minutieuse à travers le réseau internet de téléphonie mobile.

Les données quantitatives et qualitatives collectées ont porté sur les variables des sections suivantes décrites dans le questionnaire et les guides d'entretien (voir annexes). Les différentes sections ayant été renseignées auprès des cibles de l'étude sont :

- Données sociodémographiques des femmes et des hommes enquêtés ;
- Alimentation des nourrissons de moins de 6 mois ;
- Alimentation des enfants en bas âge (6-23 mois) ;
- Alimentation durant la grossesse et l'allaitement ;
- Malnutrition et autres carences nutritionnelles ;
- Eau, l'hygiène et l'assainissement.

A noter, une fois sur le terrain, les villages initialement tirés au hasard ont été remplacés par d'autres villages en fonction de l'ordre de tirage effectué. Les raisons de leur remplacement sont principalement l'inaccessibilité géographique de ces localités en cette période d'hivernage dans les zones d'intervention du projet. Le tableau ci-dessous présente cet état des faits.

Tableau 2 : Liste des villages enquêtés dans le cadre de l'étude socio-anthropologique sur la nutrition

N°	AIRES DE SANTE	VILLAGES PREVUS	VILLAGES ENQUETES
1	DIAKABA	Kala	Kala
2	GOUNFAN	Gounfan	Gounfan
3	BAMAFELE	Ganfan Amont	Bengassi
4	BAFOULABE	Madibaya	Madibaya
5	OUALIA	Tintila	Tintila
6	DIAKITELA	Dibatoumania	Dibatoumania
7	OUASSALA	Khasso Damba	Ouassala
8	SELINKEGNY	Dianfan (H)	Selinkégny
9	DIOKELI	Keniékéniéko	Keniékéniéko
10	MAHINA	Tantoudji	Tantoudji

2.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie des données a été instantanée sur le terrain par l'utilisation de l'application mobile Open Data Kit (ODK) en tant qu'outil de collecte des équipes d'enquête. L'analyse des données a concilié les méthodes d'analyse quantitative et qualitative. Des analyses comparatives ont été effectuées en fonction du sexe des personnes enquêtées afin de comprendre la perception et les attitudes du genre sur les pratiques socio-traditionnelles de la malnutrition dans les zones d'intervention du projet.

S'agissant des données qualitatives sur la base des guides d'entretien utilisés, l'analyse de contenu a été privilégiée, mais couplée à l'analyse thématique. Les données ont également été traitées sur le logiciel SPSS tout en classant les informations recueillies par thèmes et sous thèmes en rapport avec les objectifs de l'étude.

3. RESULTATS

Le chapitre '*résultats*' est réparti en 14 sous-chapitres qui, dérivent des objectifs spécifiques de l'étude, et exposent les réponses relatives aux questions afférentes desdits objectifs de l'étude. Il s'agissait de dégager les connaissances, les attitudes et les pratiques des répondants en fonction des sous-chapitres développés à cet effet, afin de faire le point sur les pratiques socio-traditionnelles et les croyances des répondants sur la nutrition dans le cercle de Bafoulabé. Les sous-chapitres développés sont :

- Données sociodémographiques des femmes et des hommes enquêtés ;
- Perceptions de la population sur la malnutrition ;
- Formes et causes de la sous nutrition dans le contexte socioculturel ;
- Perceptions de la malnutrition ou de la croissance selon qu'ils s'agissent d'un garçon ou d'une fille ;
- Pratiques socio-culturelles et les mœurs constituant un frein à l'amélioration de la situation nutritionnelle des communautés ;
- Importance des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes ;
- Attitude et/ou le recours aux personnes ressource devant une situation de dénutrition ;
- Perceptions de la santé, de la croissance et du développement au sein de la communauté ;
- Pratiques alimentaires traditionnelles adoptées par les communautés en termes de moment propice pour l'alimentation et spécificité ;
- Pratiques locales de prévention et de traitement de la malnutrition ;
- Pratiques ou comportements socio-culturels contribuant à améliorer la situation nutritionnelle ou la qualité des interventions en nutrition ;
- Perceptions de l'anémie chez les enfants et les femmes ;
- Lien entre l'anémie et l'alimentation ;
- Interdits alimentaires liés aux facteurs socio-culturels et/ou religieux ;

Chaque tableau ou figure présent dans ce chapitre '*résultats*', présente les connaissances, les attitudes et les pratiques des répondants sur la nutrition dans les zones d'intervention du projet. De plus, les résultats sont présentés selon le genre afin de ressortir qui des deux sexes, a un bon discernement sur les questions nutritionnelles.

3.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUETES

Ce sous-chapitre présente les répondants en fonction de leur âge, leur ethnie, leur statut matrimonial, leur niveau d'instruction, et aussi, les caractéristiques de base de leur dernier enfant de moins 24 mois tels que l'âge de l'enfant, son sexe et son statut d'allaitement. Il permet d'avoir une idée sur les caractéristiques de base des enquêtés, et de faire une analyse critique en fonction de ces caractéristiques de base.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction des caractéristiques sociodémographiques

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Age des enquêtés (es)						
Moins de 20 ans	19	19,4	-	-	19	9,6
20 à 29 ans	55	56,1	14	14,1	69	35,0
30 à 39 ans	22	22,4	49	49,5	71	36,0
40 à 49 ans	2	2,0	27	27,3	29	14,7
50 ans et plus	-	-	9	9,1	9	4,6
Ethnie des enquêtés (es)						
Khassonké	17	17,3	18	18,2	35	17,8
Malinké	59	60,2	60	60,6	119	60,4
Soninké	9	9,2	10	10,1	19	9,6
Peulh	7	7,1	7	7,1	14	7,1
Bamanan	2	2,0	1	1,0	3	1,5
Autres ethnies	4	4,1	3	3,0	7	3,6
Statut matrimonial des enquêtés (es)						
Marié (e) monogame	76	77,6	79	79,8	155	78,7
Marié (e) polygame	21	21,4	20	20,2	41	20,8
Niveau d'instruction des enquêtés (es)						
Aucun	56	57,1	35	35,4	91	46,2
Primaire	30	30,6	23	23,2	53	26,9
Secondaire	9	9,2	17	17,2	26	13,2
Universitaire	2	2,0	4	4,0	6	3,0
Coranique	1	1,0	17	17,2	18	9,1
Alphabétisé (e)	-	-	3	3,0	3	1,5

Dans le tableau ci-dessus, les résultats montrent une forte présence des enquêtés de 20 à 29 ans (35%) et de 30 à 39 ans (36%). Cette représentation de tranches d'âge est variable selon le genre. Chez les femmes enquêtées, il y'a une prédominance des femmes dans la fourchette de 20 à 29 ans (56,1%) ; par contre chez les hommes, c'est surtout les 30 à 39 ans (49,5%) qui sont fortement représentés.

Par rapport aux groupes ethniques, et compte tenu de la situation géographique, les enquêtés sont principalement des Malinkés dans 60,4% des cas, suivis des Khassonkés (17,8%), des Soninkés (9,6%) et des peulhs (7,1%). Les autres ethnies composées des Bamanans et les Mossis étaient moins représentées parmi les personnes enquêtées.

Quant à leur statut matrimonial, il ressort que plus de ¾ des répondants (78,7%) sont des mariés (es) monogames. Ce constat est le même quel que soit le sexe, avec une légère différence chez les hommes. A l'analyse de ce résultat, il apparaît que la monogamie est élevée dans les zones enquêtées ; cela est déjà un facteur favorisant l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et leurs mères, car ce statut réduit la répartition des ressources disponibles entre les mères et leurs enfants dans le ménage.

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon en fonction des caractéristiques de base de leur dernier enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Age du dernier enfant des enquêtés (es)						
Moins de 6 mois	22	22,4	25	25,3	47	23,9
6 à 11 mois	20	20,4	14	14,1	34	17,3
12 à 24 mois	56	57,1	60	60,6	116	58,9
Sexe des enfants						
Fille	44	44,9	45	45,5	89	45,2
Garçon	54	55,1	54	54,5	108	54,8
Enfant actuellement allaité ou allaité par le passé						
Enfant actuellement allaité	82	83,7	85	85,9	167	84,8
Enfant allaité par le passé	16	16,3	14	14,1	30	15,2

Les résultats ci-dessus, montrent que plus de la moitié des personnes enquêtées ont leur dernier enfant qui est dans la fourchette de 12 à 24 mois (58,9%), suivis des moins de 6 mois (23,9%) et des 6 à 11 mois (17,3%). Parmi ces enfants en tant que dernier enfant de leur parent, 54,8% sont des garçons contre 45,2% de filles. De plus, près de 9/10 de ces enfants sont actuellement allaités (84,8%), et 15,2% sont actuellement sevrés au cours de la période de collecte des données.

3.2. PERCEPTIONS DE LA POPULATION SUR LA MALNUTRITION

Dans les zones enquêtées, la malnutrition n'est pas encore bien perçue par les communautés (16/20 leaders communautaires) en tant que maladie, mais ils parviennent tout de même à citer ses signes, ses causes et ses conséquences dès qu'on les pose la question sur la thématique. Aussi, 40% des DTC interviewés jugent que la population connaît la malnutrition en tant que maladie, mais les autres 60% des DTC trouvent que la population ne connaît pas très bien jusqu'à ce jour la malnutrition en tant que maladie.

L'analyse ressort que la population connaît le mot 'malnutrition' à travers ses signes, ses causes et ses conséquences. Toutefois, elle ne la voit pas généralement en tant que maladie. Or, c'est cette dernière (maladie) qui, devrait les inciter à emmener immédiatement les cas dans les centres de santé pour la prise en charge.

Par ailleurs, les graphiques ci-dessous illustrent les perceptions des parents d'enfants de moins de 24 mois sur leur croyance sur les risques de la dénutrition et de ses gravités chez l'enfant dans les zones d'intervention du projet. Il ressort que les répondants ont un niveau de croyances élevé sur les risques et les gravités de la malnutrition chez l'enfant, cela appuie la thèse de leurs connaissances sur les signes, les causes et les conséquences de la malnutrition.

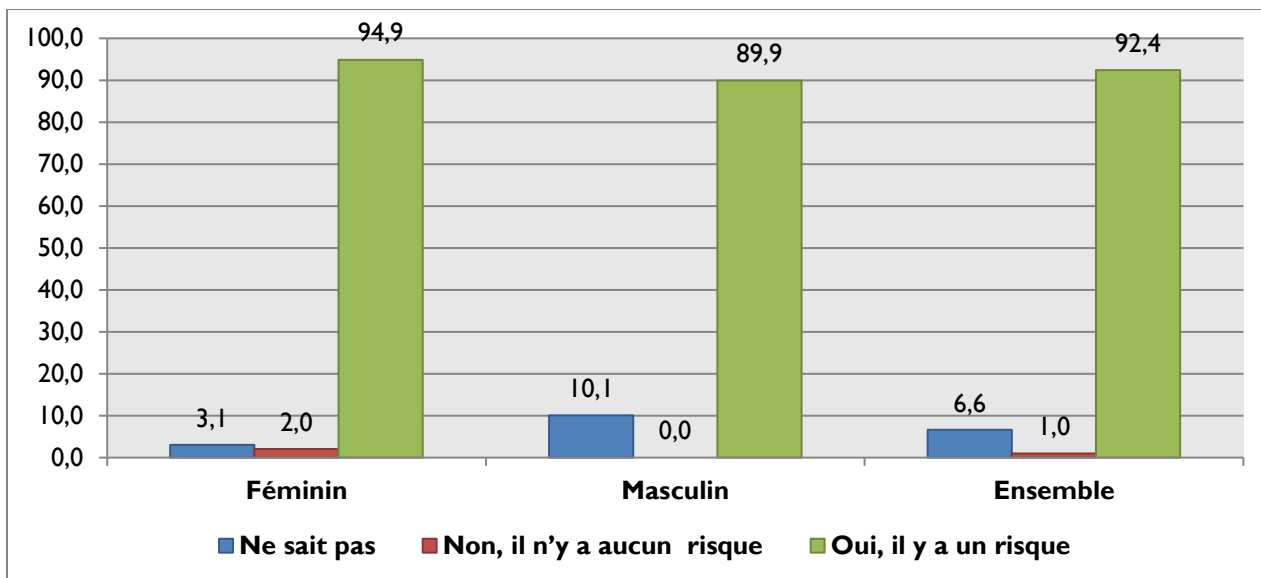


Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de la dénutrition chez un enfant

Les personnes rencontrées croient au risque de la malnutrition chez les enfants à 92,4%. D'après les enquêtés, les risques pouvant causer la malnutrition chez l'enfant sont *l'anémie chez la mère, l'insuffisance d'apport alimentaire chez la mère et l'enfant, l'insuffisance de vigilance des parents sur l'enfant, l'insuffisance de lait maternel, l'insuffisance pondérale (poids), les maladies à répétition et les troubles d'appétit, la sous-alimentation de la mère, le paludisme chez la mère et enfin si la mère ne suit pas correctement les CPN.*

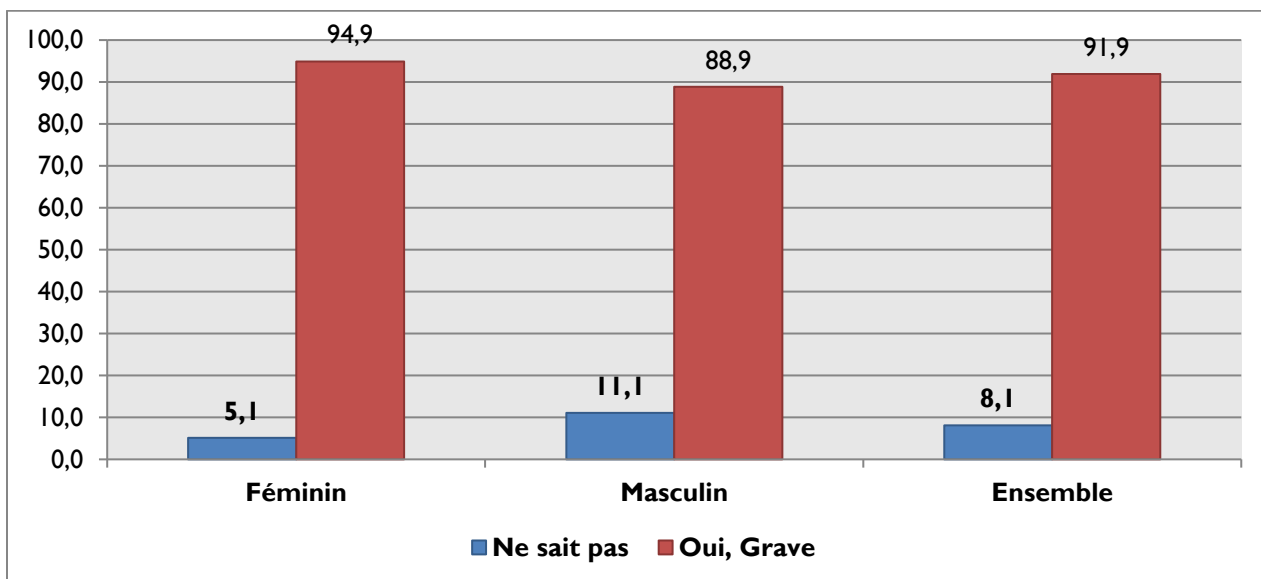


Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la gravité de la malnutrition chez l'enfant

Selon les croyances des personnes interviewées sur la gravité de la malnutrition chez les enfants, presque la majorité sont d'accord à 91,4%, mais les mères se sont plus prononcées sur la gravité de la croyance de la malnutrition chez les enfants 94,9% contre 88,9% selon les hommes. L'analyse de ces résultats montre qu'une faible proportion (8,1%) des répondants ne connaît pas les gravités de la malnutrition.

3.3. FORMES ET CAUSES DE LA SOUS NUTRITION DANS LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Cette partie décrit les formes et les causes de la malnutrition dans le contexte socio-culturel. Il est à noter que le terme de la malnutrition est appelé en langue locale Bamanan 'Baloko dèsè', et c'est presque la même appellation tels que 'Konkon' ou 'Balo dèsè fari la' dans les zones d'étude. Les résultats du tableau ci-dessous présentent des détails sur les signes, les causes et les formes de la malnutrition selon les connaissances des personnes enquêtées.

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les signes et les causes de la malnutrition et aussi sur les raisons de l'insatiété (faim) des personnes

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Signes de la malnutrition (dénutrition)						
Manque d'énergie/faiblesse : la personne ne peut pas travailler, étudier ou jouer normalement (incapacité)	75	76,5	75	75,8	150	76,1
Faiblesse du système immunitaire (la personne tombe facilement malade ou devient gravement malade)	18	18,4	12	12,1	30	15,2
Perte de poids/maigreur	69	70,4	68	68,7	137	69,5
Les enfants ne grandissent pas autant qu'ils le devraient (retard de croissance)	34	34,7	33	33,3	67	34,0
Autres à préciser	12	12,2	3	3,0	15	7,6
Causes de la sous-alimentation						
Elles ne mangent pas suffisamment	86	87,8	89	89,9	175	88,8
La nourriture est aqueuse, ne contient pas assez de nutriments	10	10,2	6	6,1	16	8,1
Elles sont malades et ne mangent pas	60	61,2	55	55,6	115	58,4
Autres à préciser	7	7,1	3	3,0	10	5,1
Ne sait pas	2	2,0	2	2,0	4	2,0
Raisons des personnes ne mangeant pas assez						
Elles n'ont pas assez d'argent pour acheter de la nourriture	89	90,8	88	88,9	177	89,8
Il n'y a pas de quoi manger/les aliments ne sont pas disponibles	44	44,9	55	55,6	99	50,3
Autres à préciser	2	2,0	1	1,0	3	1,5
Ne sait pas	1	1,0	1	1,0	2	1,0

D'après les répondants, les signes de la dénutrition chez les enfants est le *manque d'énergie ou la personne ne peut pas travailler, étudier ou jouer normalement (incapacité)* à 76,1%, suivis de la *perte de poids/maigreur* à 69,5% (tableau 5). Parmi les causes de la sous-alimentation, c'est le fait que les enfants *n'ont pas assez mangé* à 88,8% qui sont les raisons principales ou *la maladie* à 58,4%. La raison principale qui fait que les gens ne mangent pas assez est le *manque d'argent* à 89,8% et la *disponibilité des aliments dans les villages* à 50,3% des cas.

Par ailleurs, il ressort des entretiens réalisés auprès des leaders communautaires que les formes de la malnutrition ne sont pas bien connues par 12/20 répondants soit 60%. Les répondants connaissent surtout la forme du marasme (40%), mais pas le kwashiorkor (1%).

A l'analyse de ces résultats, il ressort que les répondants ont des connaissances moyennes sur les signes et les causes de la malnutrition parce qu'au regard des réponses données, il semble évident qu'ils ont de connaissances faibles ou moyennes sur les signes et les causes de la malnutrition cités. Aussi, les formes de la malnutrition ne sont pas bien perçues par la population, surtout, celle du Kwashiorkor qui est presque méconnue en tant que forme de malnutrition.

3.4. PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION OU DE LA CROISSANCE SELON QU'ILS S'AGISSENT D'UN GARÇON OU D'UNE FILLE

3.4.1. Fréquence de la malnutrition chez les enfants

En ce qui concerne l'appréciation de la fréquence de la malnutrition chez les enfants selon leur genre, les répondants (leaders communautaires) pensent majoritairement qu'elle est pareille pour les deux sexes (55%), suivie de la fréquence chez les garçons (25%) et chez les filles (20%).

Pour ceux ayant pensé que la malnutrition est fréquente chez les garçons par rapport aux filles, leurs raisons sont :

- Parce que la femme donne facilement à manger à sa fille qui est prêt d'elle que le garçon, surtout en cas de pénurie alimentaire.
- Parce que le garçon a un organisme plus fragile par rapport à celui de la fille.
- Parce que le garçon est jaloux de son père, ce qui fait qu'il mange peu.
- La fille comprend mieux la maman que le garçon ; par contre, le garçon a tendance à avoir peur de sa maman lorsqu'elle crie sur lui, d'où cet acte l'empêche de manger comme il faut. L'autre facteur est que les garçons sont actifs que les filles, ce qui leur expose plus à la malnutrition.

Quant à ceux croyant que la malnutrition est fréquente chez les filles par rapport aux garçons, les arguments sont :

- La fréquence de maladie chez la fille est plus élevée parce qu'elle a un organisme plus fragile que celui du garçon.
- Le garçon est plus résistant que la fille, surtout lors des maladies de l'enfant telle que la dentition, diarrhée....

L'analyse de ces croyances montre des perceptions toutes autres des acteurs clés sur la fréquence de la malnutrition chez les enfants parce que du point de vue physiologique, les garçons ont un organisme plus résistant par rapport à celui des filles à leur premier âge.

D'après les DTC, les cas de malnutrition sont fréquents chez les filles que chez les garçons dans toutes les aires de santé sillonnées. Et les explications données à cela sont des présomptions telles que la fréquence élevée de la naissance féminine, la résistance de l'organisme des garçons par rapport à celui des filles. De plus, dans 8 aires de santé sur 10, les résultats exhibent qu'il n'y a pas d'augmentation des cas de malnutrition dans les zones d'intervention. Les justifications données à ces constats sont :

→ Résultats dus à l'intervention de l'ONG ACF cette année dans le cadre de la prise suite à des dépistages de masses. (DTC de l'aire de santé de Bamafélé).

→ Parce qu'ils avaient des intrants. (DTC de l'aire de santé de Sélinkègny).

3.4.2. Sources d'information sur la santé et causes de l'insuffisance pondérale

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des sources d'information de la mère sur la croissance de son enfant, les causes et les moyens de prévention contre la malnutrition chez l'enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Sources de conseils de la mère sur la croissance ou non de son enfant						
Elle peut aller au centre de santé/demander à un médecin ou une infirmière (un professionnel de santé)	77	78,6	87	87,9	164	83,2
Autres à préciser	20	20,4	9	9,1	29	14,7
Ne sait pas	1	1,0	3	3,0	4	2,0
Causes probables de l'insuffisance de prise de poids chez l'enfant						
Le bébé ne mange pas bien/le bébé ne veut pas manger (apports insuffisants)	87	88,8	83	83,8	170	86,3
Le bébé pourrait être souvent malade (maladie)	55	56,1	65	65,7	120	60,9
Autres à préciser	2	2,0	3	3,0	5	2,5
Ne sait pas	1	1,0	4	4,0	5	2,5

D'après les personnes enquêtées, la première source d'information pour les mères sur la croissance de l'enfant, est de se rendre au niveau d'un centre de santé/prendre conseil auprès d'un médecin (un professionnel de la santé). Les autres sources de conseils des mères sur la croissance sont : sa grand-mère, sa famille, son mari, ses parents, elle-même, ses amies et les voisins. Pour les répondants, les causes probables de l'insuffisance de prise de poids chez l'enfant sont dues aux faites que le bébé ne mange pas bien (apports insuffisants) à 86,3% des cas. Il est suivi par la maladie probable du bébé à 60,9% des cas.

L'analyse des résultats montre des niveaux de connaissances élevés des répondants sur les sources de conseils de la mère à propos de la croissance de son enfant, et aussi, sur les causes probables de l'insuffisance pondérale chez l'enfant. Ces résultats constituent des facteurs positifs sur le plan nutritionnel qui, pouvant contribuer à la réduction des cas de malnutrition dans les zones d'intervention du projet.

3.5. PRATIQUES SOCIO-CULTURELLES ET MŒURS CONSTITUANT UN FREIN A L'AMELIORATION DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE DES COMMUNAUTES

Dans les zones enquêtées, les pratiques néfastes à l'amélioration de la situation nutritionnelle notées par les acteurs (leaders communautaires) clés sont les grossesses rapprochées, le sevrage précoce, l'insécurité alimentaire due à l'insuffisance de rendements agricoles parce qu'il y a moins de bras valides dans les villages, l'inadéquation alimentaire (aliments non cuits dus à la précipitation, aussi à la consommation des mêmes types d'aliments à midi et pour le dîner, l'insuffisance de la diversification alimentaire...), l'insuffisance d'hygiène, le manque de moyens financier pour s'alimenter et l'utilisation des médicaments traditionnels.

D'après les DTC, ce sont les mêmes constats en termes de pratiques socio-traditionnelles courantes dans les zones d'enquête sillonnées, mais avec des compléments d'informations à celles des leaders communautaires. Parmi ces pratiques, il y a :

- Automédication ;
- Méconnaissance des besoins spécifiques pour les enfants ;
- Sevrage précoce fréquent ;
- Grossesse rapprochée fréquente ;
- Méconnaissance du moment d'introduction des aliments de compléments ;
- Inadéquation alimentaire ;
- Utilisation des médicaments traditionnels ;
- Consultation à la dernière minute ;
- Faible pratique de la diversification alimentaire ;
- Cas d'interdits alimentaires (œufs, lait qui entraînent le paludisme chez l'enfant) ;
- Insuffisance de pratique de l'allaitement maternel exclusif ;
- Manque de repas spécifiques pour enfants et FEFA ;
- Partage des rations d'enfants admis au programme entre les autres enfants ;
- Mauvaise pratique d'hygiène, de salubrité, de CPN, d'utilisation de la moustiquaire ;
- Insuffisance dans la valorisation des produits locaux dans le cadre de la supplémentation alimentaire à partir de 6 mois.

L'analyse de ces résultats ressort des pratiques socio-traditionnelles communautaires qui sont encore d'actualité dans les zones d'intervention du projet. Les DTC étant neutres à ce sujet, n'avaient aucun intérêt à dissimuler ces pratiques courantes locales.

Par ailleurs, les entretiens réalisés auprès des parents des enfants de moins de 24 mois, ont permis de déceler des cas de pratiques socio-traditionnelles qui se font dans les zones enquêtées. Ces pratiques sont illustrées dans les tableaux et les graphiques ci-dessous.

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon en fonction des pratiques effectuées en absence de la mère

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Personnes qui s'occupent de l'enfant en absence de sa mère						
Elle-même (mère)	76	77,6	75	75,8	151	76,6
Grand-mère	16	16,3	18	18,2	34	17,3
Père	-	-	2	2,0	2	1,0
Autres personnes	6	6,1	4	4,0	10	5,1
Types d'aliments donnés à l'enfant en absence de sa mère						
Lait maternel à la cuillère, à la tasse ou au biberon	8	36,4	8	33,3	16	34,8
Autres liquides donnés à l'enfant	14	63,6	16	66,7	30	65,2

Dans le tableau ci-dessus, plus de $\frac{3}{4}$ des mères (76,6%) s'occupent de leurs enfants de moins de 6 mois, par contre, la grand-mère de l'enfant (17,3%) et d'autres personnes s'occupent de l'enfant en absence de

sa mère. Comme autres personnes s'occupant de l'enfant en absence de sa mère, il y'a *la grande sœur de l'enfant* (60%), suivie des *sœurs de la mère* (20%) et du *mari* (20%).

Par rapport aux types d'aliments donnés à l'enfant en absence de sa mère, les autres liquides comme aliments (65,2%) sont fortement donnés à ces enfants en absence de leur mère par rapport au lait maternel qui est l'idéal (34,8%). Ces autres types de liquides voire d'aliments donnés à l'enfant en absence de sa mère, sont principalement à base de *bouillie* et du *lait en poudre*.

A l'analyse de ces résultats, il ressort que les personnes en charge de l'enfant en absence de sa mère, donnent les aliments liquides aux enfants plus que le lait maternel. Ces pratiques sont néfastes par rapport aux situations sanitaires et nutritionnelles de l'enfant, car elles pourront entraîner des maladies chez ces enfants qui, à leurs tours entraîneront la malnutrition chez ces mêmes enfants.

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon en fonction des repas pris par l'enfant au cours des 24H dernières

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Repas pris par les enfants pendant les dernières 24 heures						
Du lait maternel	79	80,6	86	86,9	165	83,8
Autres liquides	19	19,4	28	28,3	47	23,9
Repas spécial pour l'enfant : bouillie enrichie voire Misola/ soupe/ purée/Cérélac, etc.	21	21,4	14	14,1	35	17,8
Plat familial	42	42,9	35	35,4	77	39,1
Autres à préciser	4	4,1	5	5,1	9	4,6

Dans le tableau ci-dessus, les résultats arborent une bonne pratique d'allaitement maternel (83,8%) à l'endroit des enfants de 0 à 24 mois comme repas pris dans les 24H suivant l'enquête ; par contre, les autres repas pris par les nourrissons pendant la même journée sont moindres, surtout, le repas spécial pour enfant (17,8%). A l'analyse de ces résultats, il ressort que les repas spéciaux pour l'enfant sont moins donnés aux enfants, or, les enfants de 6 à 24 mois représentent la plus grande proportion des derniers enfants des personnes enquêtées (*voir résultats du tableau4*).

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de leurs sources d'approvisionnement en eau de boisson et leurs méthodes de traitement de l'eau non sûre

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Principales sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages						
Robinet (dans le logement, la cour/concession)	10	10,2	9	9,1	19	9,6
Borne fontaine / Fontaine public	9	9,2	12	12,1	21	10,7
Puits à pompe ou Forage	40	40,8	44	44,4	84	42,6
Puits aménagé/protégé	21	21,4	15	15,2	36	18,3
Eau de source protégée	2	2,0	-	-	2	1,0
Puits non aménagé	8	8,2	7	7,1	15	7,6
Eau de source non protégée	8	8,2	11	11,1	19	9,6
Eau de surface (rivières, barrages, lacs, mares, fleuves, canaux d'irrigation)	1	1,0	1	1,0	2	1,0
Oui, ils la traitent	95	96,9	94	94,9	189	95,9
Méthodes de traitement de l'eau utilisées						
Solution de chlore (eau de javel)	78	82,1	85	90,4	163	86,2
Filtrer à travers le tissu	11	11,6	7	7,4	18	9,5
Utiliser un filtre à l'eau	2	2,1	2	2,1	4	2,1
Autres à préciser	12	12,6	8	8,5	20	10,6
Ne sait pas	2	2,1	-	-	2	1,1

Comme source d'approvisionnement en eau de boisson, les ménages utilisent dans 42,6% des cas l'eau des forages équipés, suivis de l'eau des puits aménagé ou protégé à 18,3% des cas et l'eau des Bornes fontaine / Fontaines publiques à 10,7% des cas. A noter que certains ménages consomment les sources d'eau non protégées à 9,6% et les eaux de surface à 1%. Le traitement de l'eau de boisson est très connu par les ménages des zones d'étude à 95,9%. Le mode de traitement, le mieux connu par les hommes et les femmes est à l'eau de javel à 86,2%. Les autres méthodes de traitement sont très peu utilisées.

L'analyse de ces résultats montre une proportion élevée de cas de traitement de l'eau dans les zones d'étude, et cela sous-entend que les ménages doutent quelque part de la qualité de leur eau de boisson. D'où, il est fort probable que les ménages consomment fréquemment l'eau de source non sûre notamment l'eau du fleuve.

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de la disposition de latrines et des moments de lavages des mains

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Disposition de latrine dans le ménage						
Non, ne disposent pas de latrine	6	6,1	3	3,0	9	4,6
Oui, ils disposent	92	93,9	96	97,0	188	95,4
Moments de lavage des mains						
Avant de préparer les repas	68	69,4	23	23,2	91	46,2
Avant de faire manger l'enfant	11	11,2	12	12,1	23	11,7
Au sortir des toilettes / Après les selles	77	78,6	67	67,7	144	73,1
Après avoir nettoyé l'enfant qui était aux toilettes	61	62,2	18	18,2	79	40,1
Avant de manger ou de donner à manger	66	67,3	79	79,8	145	73,6
Après le manger	16	16,3	27	27,3	43	21,8

L'analyse des résultats du tableau ci-dessus montre que les ménages ont de la latrine dans leur concession à 95,4% ; seulement 4,6% n'en n'ont pas. Cela dénote que la population de la localité a une certaine connaissance de l'utilité et la place des latrines dans les ménages.

Quant aux moments critiques de lavage des mains, les constats montrent que près de 3 ménages sur 4 pratiquent le lavage des mains au sortir des toilettes c'est-à-dire après la défécation (73,1%) et avant de manger ou de donner à manger à l'enfant (73,6%). A ces deux pratiques, les autres sont en dessous d'un ménage sur 2.

L'analyse des résultats montre que presque tous les ménages disposent de latrines, mais ils ont de faibles pratiques de lavage des mains pour les moments tels qu'avant de donner à manger à l'enfant, après le manger, après avoir nettoyé l'enfant qui était aux toilettes et avant de préparer les repas.

3.6. IMPORTANCE DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS SUR L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

L'impact des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes est double. Il (impact) peut être positif ou négatif en fonction du type de facteurs perceptibles au niveau communautaire. L'impact est considéré positif lorsqu'il contribue à l'amélioration de l'état nutritionnel des cibles, et négatif, lorsqu'il pourrait entraîner une altération de l'état nutritionnel desdites cibles. Or, les facteurs socio-culturels répandus dans la zone d'étude sont entre autres :

- Les revenus des ménages faibles voire moyens selon les constats sur le terrain ;
- La composition de la famille moyenne voire élevée, avec peu de revenus discutables et de bras valides en exodes ;
- Les habitats ainsi que ses équipements disponibles ;
- L'offre alimentaire limitée dans la plupart des villages enquêtés ;
- Les niveaux d'éducation presque acceptable (voir les résultats du 3) ;
- Les croyances et les habitudes familiales ;
- L'appartenance à un milieu social et aussi le rythme de vie de la population.

Les facteurs socio-culturels ainsi cités, ont tous des répercussions sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Et les paragraphes ci-dessous présentent les impacts desdits facteurs socio-culturels sur la population des zones d'étude.

Dans le sous-chapitre '*résultat 3.5*', c'est-à-dire le sous-chapitre précédent, des impacts négatifs des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes sont bien détaillés par les répondants. De plus, des impacts positifs des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes ont été identifiés dans les villages sillonnés. Ces impacts sont la consommation de viande, de miel, de feuilles vertes, de petits pois, d'haricots, de poissons, du 'Laro' (graines de mil écrasées, frites, ensuite cuites avec de la viande ou du poisson), de la pâte de courge, du Dah (soupe de Dah avec du sucre contre le rhume ou feuilles de Dah sous vapeur mélangées à la poudre d'arachide pour la nutrition), la cuisson de céréales pilées et préparer sans qu'elles ne soient lavées, le lait de vache, manger à sa faim et la salubrité. Pour le cas spécifique des enfants, il y a la Bouillie à base de la décoction de Dah ou du tamarin ou de la poudre de pain de singe ; Bouillie avec un peu de miel ; Kenkenliba avec un peu de sucre ; du Sassaro "Bouillie à base de maïs écrasés" ; du Bétéko "bouillie de mil de consistances solides". Il convient de noter que chacun de ces impacts ci-dessus cités, contient au moins les trois groupes d'aliments à des proportions différentes tels que les aliments énergétiques, les aliments de construction et les aliments de protection qui, contribuent à améliorer l'état nutritionnel des enfants et des femmes.

Aussi, les tableaux et les graphiques ci-dessous sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des répondants, permettent d'apprécier les impacts des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Ces résultats mettent en exergue les connaissances et les attitudes des répondants sur l'alimentation des enfants de moins de 6 mois, des enfants de 6 à 24 mois et des femmes enceintes et allaitantes. Aussi, les résultats sur la carence en vitamine A et sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement seront détaillés.

- **Pour les nourrissons de moins de 6 mois**

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'allaitement maternel exclusif et sa période de recommandation

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Premier aliment à donner à un nouveau-né						
Uniquement du lait maternel	92	93,9	96	97,0	188	95,4
Autres à préciser	6	6,1	2	2,0	8	4,1
Ne sait pas	-	-	1	1,0	1	0,5
Avoir entendu parler de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois						
N'ont pas entendu parler	1	1,0	2	2,0	3	1,5
Ont entendu parler	97	99,0	97	98,0	194	98,5
Signification de l'allaitement maternel exclusif						
L'allaitement exclusif au sein signifie que le nourrisson ne boit que du lait maternel et aucun autre liquide ou aliment	97	100,0	96	99,0	193	99,5
Autres à préciser	-	-	1	1,0	1	0,5
Age de recommandation d'allaitement maternel exclusif						
De la naissance à 6 mois	93	94,9	97	98,0	190	96,4
Autres à préciser	4	4,1	1	1,0	5	2,5
Ne sait pas	1	1,0	1	1,0	2	1,0

Concernant le premier aliment à donner à un nouveau-né, les enquêtés ont une bonne connaissance de cette notion (95,4%), mais les hommes (97%) ont une légère connaissance de plus cette pratique en comparaison aux réponses données par les femmes (93,3%). Comme autres aliments à donner en premier lieu au nouveau-né, les enquêtés (es) ont principalement cité *l'eau de datte, suivie de l'eau plate, l'eau sucrée, les feuilles de citron, les feuilles de N'Golobè...*

En ce qui concerne le fait que les enquêtés ou les répondants ont entendu parler de l'allaitement maternel exclusif, les résultats montrent qu'ils ont presque tous entendu parler de cette pratique (98,5%). De plus, dans 99,5% des cas, ils connaissent tous la signification de l'allaitement maternel exclusif, mais le paradoxe est que la connaissance théorique ne sert pas à tous les coups au niveau des enquêtés comme le montre les résultats du type d'aliments données à l'enfant de moins de 6 mois en absence de sa mère (*voir résultats du tableau 7*).

Quant à l'âge recommandé d'allaitement maternel, plus de 9/10 des répondants ont parlé de la naissance à 6 mois (96,4%), avec une légère connaissance des hommes (98%) sur la pratique par rapport aux femmes (94,9%). A noter que les proportions restantes, surtout, les femmes ne connaissent pas la pratique ou l'ont bien oublié. Comme autres âges de recommandation d'allaitement maternel exclusif, les enquêtés (es) ont cité *12 mois, 9 mois, 12 à 24 mois et lorsque l'enfant réclame à manger*.

A l'analyse de ces résultats, il est évident que les répondants savent le premier aliment à donner à un nouveau-né ; aussi, ils ont entendu parler de l'allaitement maternel exclusif, ils connaissent sa

signification et la période recommandée pour son application selon l'OMS. Toutefois, les résultats du tableau 4 montrent une insuffisance d'application de l'allaitement maternel exclusif selon la perception des enquêtés sur la pratique par les mères.

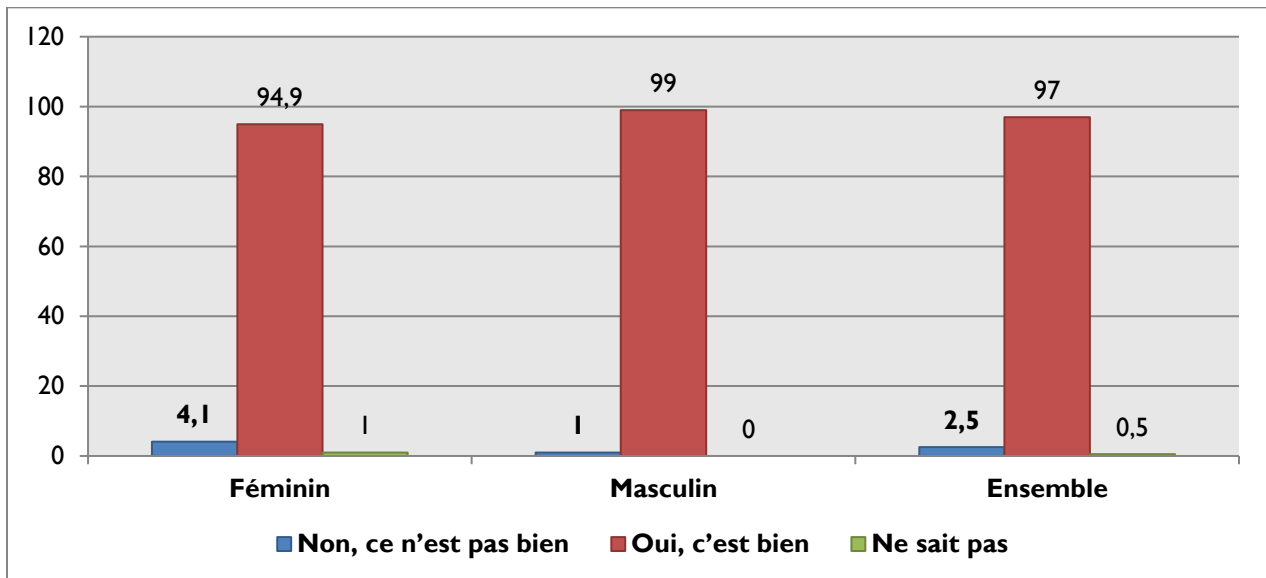


Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance à nourrir le bébé exclusivement au sein pendant six mois

Les résultats du graphique ci-dessus, montrent que plus de 9/10 des répondants (97%) ont de bonnes attitudes à nourrir le bébé exclusivement au lait maternel jusqu'à 6 mois, et surtout, avec une forte croyance des hommes (99%) par rapport aux femmes (94,9%) dans les zones d'étude. Il est à noter que lorsque l'être-humain a une bonne attitude par rapport à une idée donnée, il y'a de très forte chance que cette idée donnée soit mise en application.

Les raisons avancées par ceux qui trouvent que ce n'est pas bien d'allaiter exclusivement jusqu'à 6 mois sont surtout *la chaleur évidente dans le pays, la mauvaise qualité du lait maternel, l'insuffisance du lait maternel, le lait maternel est riche en sel donc rend facilement assoiffé et enfin l'enfant n'accepte pas de manger même après 6 mois.*

A l'analyse de ces résultats basés sur les attitudes des répondants à nourrir exclusivement le nouveau-né avec du lait maternel, les résultats montrent qu'il y'a de forte chance que cette pratique soit appliquée par les répondants.

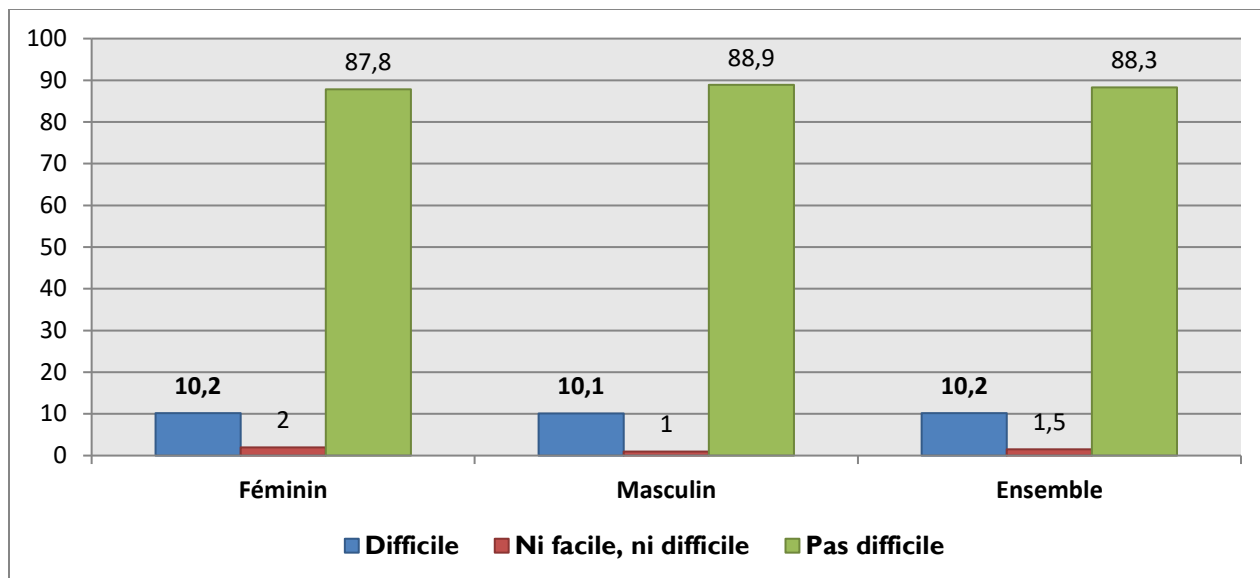


Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la difficulté à nourrir exclusivement le bébé au sein jusqu'à 6 mois

Dans le graphique ci-dessus, 10,2% des répondants ont noté qu'il est difficile de nourrir exclusivement le bébé avec du lait maternel. Cette attitude des enquêtés est la même quel que soit le genre. De plus, Elle (attitude) ternit en partie les résultats de l'attitude affichée des enquêtés à nourrir le nouveau-né exclusivement avec du lait maternel (voir résultats figure 4).

Parmi les enquêtés (es) ayant répondu que c'est difficile, leurs raisons principalement sont : *l'insuffisance de lait maternel, suivi de la difficulté de laisser l'enfant dans ces conditions, les douleurs au sein, la chaleur fait que l'enfant ne peut pas supporter le lait maternel seul, le manque de temps, même si tu veux lui donner uniquement de lait, on ne peut pas à cause de la pression de la belle-famille et enfin, le lait seul n'accélère pas la croissance de l'enfant.*

A l'analyse de ces résultats, les constats ressortent que les répondants ont de bonnes intentions à appliquer l'allaitement maternel exclusif comme en témoignent leurs attitudes, mais les difficultés soulignées peuvent être des facteurs contraignants à la conciliation de l'attitude à la pratique.

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'importance et de l'avantage de l'allaitement maternel exclusif

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Pourquoi pensez-vous que le lait maternel à lui seul suffit à nourrir les bébés de la naissance à l'âge de 6 mois ?						
Parce que le lait maternel fournit tous les nutriments et liquides nécessaires à un bébé durant ses six premiers mois de vie	91	92,9	89	89,9	180	91,4
Parce que les bébés de moins de 6 mois ne peuvent pas digérer d'autres aliments	46	46,9	57	57,6	103	52,3
Autres à préciser	9	9,2	6	6,1	15	7,6
Ne sait pas	-	-	1	1,0	1	0,5
Avantages de l'allaitement maternel exclusif chez le bébé						
Croissance en bonne santé	81	82,7	84	84,8	165	83,8
Protection contre la diarrhée et d'autres infections	38	38,8	45	45,5	83	42,1
Protection contre l'obésité et d'autres maladies chroniques à l'âge adulte	16	16,3	21	21,2	37	18,8
Autres à préciser	21	21,4	17	17,2	38	19,3
Ne sait pas	1	1,0	2	2,0	3	1,5
Avantages de l'allaitement maternel exclusif chez la mère						
Cela retarde la fertilité (contraception naturelle)	39	39,8	45	45,5	84	42,6
Cela l'aide à perdre le poids pris durant la grossesse	32	32,7	47	47,5	79	40,1
Cela réduit le risque de cancer (du sein et des ovaires)	11	11,2	8	8,1	19	9,6
Cela réduit le risque de perdre du sang suite à l'accouchement (moindre risque d'hémorragie du post-partum)	7	7,1	2	2,0	9	4,6
Cela renforce la relation entre la mère et l'enfant	43	43,9	48	48,5	91	46,2
Autres à préciser	14	14,3	8	8,1	22	11,2
Ne sait pas	29	29,6	28	28,3	57	28,9

Concernant l'importance de l'allaitement maternel exclusif, plus de 9/10 des répondants (91,4%) pensent que le lait maternel à lui seul suffit à couvrir les besoins du bébé de la naissance jusqu'à 6 mois parce que *le lait maternel fournit tous les nutriments et liquides nécessaires à un bébé durant ses six premiers mois de vie*. De plus, plus de la moitié des mêmes répondants (52,3%) sont aussi d'accord à l'autosuffisance du lait maternel seul aux besoins du nourrisson parce que *les bébés de moins de 6 mois ne peuvent pas digérer d'autres aliments*. A l'analyse de ces deux assertions, les constats montrent que les enquêtés ont une bonne connaissance sur la teneur du lait maternel en nutriments ; cependant, ils ont une connaissance moyenne sur le fait que les bébés de moins de 6 mois ne peuvent pas digérer d'autres aliments.

Par rapport à la connaissance des répondants sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif chez le nourrisson, les résultats exhibent que 83,8% des enquêtés ont parlé de la *croissance en bonne santé*, 42,1% de la *Protection contre la diarrhée et d'autres infections* et 18,8% de la *Protection contre l'obésité et d'autres maladies chroniques à l'âge adulte*. A l'analyse de ces constats, surtout, les écarts de connaissance entre les avantages de l'allaitement maternel exclusif, des efforts doivent être mis en œuvre afin d'améliorer la

compréhension des bénéficiaires sur les différents avantages de l'allaitement maternel exclusif chez le nourrisson.

Quant aux bénéfices de l'allaitement maternel exclusif chez la mère, les résultats laissent paraître une faible connaissance des enquêtés sur les avantages de cette pratique chez la mère. Les avantages cités par les répondants sont entre autres : elle retarde la fertilité (contraception naturelle) dans 42,6% des cas ; elle aide à perdre le poids pris durant la grossesse (40,1%) ; elle réduit le risque de perdre du sang suite à l'accouchement (moins de risque d'hémorragie du post-partum) dans 46,2% des cas et 28,9% des répondants disent qu'ils ne savent pas. Au regard des résultats présentés, les hommes ont une meilleure connaissance sur la pratique par rapport aux femmes ; cela pourrait être dû à leur culture générale sur la pratique. Comme autres avantages cités de l'allaitement maternel chez la mère, il y a la prévention contre les douleurs du sein, moins de corvée pour la mère en absence de maladies de l'enfant, moins de fréquentation des centres de santé pour faible fréquence de maladies chez l'enfant, le renforcement du lien entre l'enfant et sa mère. A l'analyse de ces résultats, il est confirmé que les enquêtés ont très peu de connaissance sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif chez la femme, et cela pourrait être un facteur handicapant à l'application de la pratique au niveau communautaire.

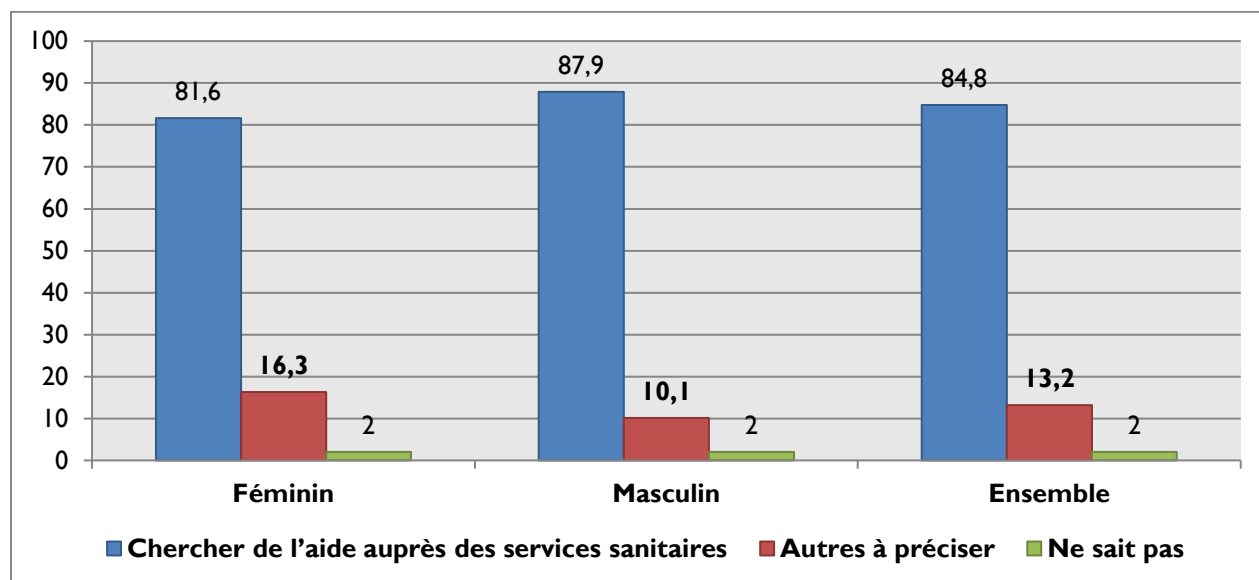


Figure 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des attitudes des mères en cas de difficultés de pratiquer l'allaitement maternel exclusif

Les résultats du graphique ci-dessus, montrent que plus de $\frac{3}{4}$ des mères (84,8%) ont tendance à chercher de l'aide auprès des services sanitaires en cas de difficultés de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. L'appréciation de cette attitude des mères à chercher de l'aide auprès des services sanitaire en cas de difficulté de pratiquer l'allaitement maternel, est légèrement élevée chez les répondants masculins que féminins, or, ce sont les femmes qui sont les premières responsables de la pratique de l'allaitement.

Comme autres attitudes des mères en cas de difficultés à pratiquer l'allaitement maternel exclusif, les répondants (es) ont principalement noté l'achat de lait et de l'infusion du N'Golobè (feuilles d'une plante accessible à des centaines de mètres des habitats au niveau rural), mais aussi ils ont modérément cités, la bouillie et le lait, le conseil de la grand-mère à donner de la bouillie, l'aide du mari, lui donner du Kenkenliba et du lait, lui donner des aliments riches en vitamines, informer le relais, lui donner du jus de citron, lui donner des

décoctions, lui donner des œufs et de la soupe de poisson, l'utilisation du biberon, de la pomme de terre associée aux feuilles, et enfin, du pain de singe associé au lait en poudre.

A l'analyse de ces résultats, il apparaît que quelques progrès restent à faire en cas de difficultés des mères à allaiter leurs enfants exclusivement, car, selon l'appréciation des répondants, près du quart des mères ne font pas recourir aux services sanitaires en cas de tels problèmes qui, pourraient entraver la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

- **Pour les nourrissons de 6 à 24 mois**

Tableau 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de la pratique du nombre minimum de repas acceptables par jour chez les enfants

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Nombre minimum de repas acceptables par jour						
<i>...Pour les 6 à 8 mois allaités</i>						
Ont pris 2 repas et plus	11	100,0	5	83,3	16	94,1
Ont pris moins de 2 repas	-	-	1	16,7	1	5,9
<i>...Pour les 9 à 24 mois allaités</i>						
Ont pris 3 repas et plus	34	69,4	45	81,8	79	76,0
Ont pris moins de 3 repas	15	30,6	10	18,2	25	24,0
<i>...Pour les 6 à 24 mois non allaités</i>						
Ont pris 4 repas et plus	9	56,3	7	53,8	16	55,2
Ont pris moins de 4 repas	7	43,8	6	46,2	13	44,8

En ce qui concerne le nombre minimum de repas acceptables par jour pris par les enfants des personnes enquêtées, les résultats dévoilent que plus de 9/10 des enfants de 6 à 8 mois allaités (94,1%) ont pris 2 repas et plus par jour ; aussi plus de 7/10 des enfants de 9 à 24 mois allaités (76%) ont pris 3 repas et plus par jour ; et enfin, plus de la moitié des enfants de 6 à 24 mois non allaités (55,2%) ont pris 4 repas et plus par jour. A l'analyse de ces résultats, les constats montrent qu'il y'a une bonne pratique du nombre minimum de repas acceptables par jour chez les enfants de 6 à 8 allaités par rapport aux autres enfants des répondants.

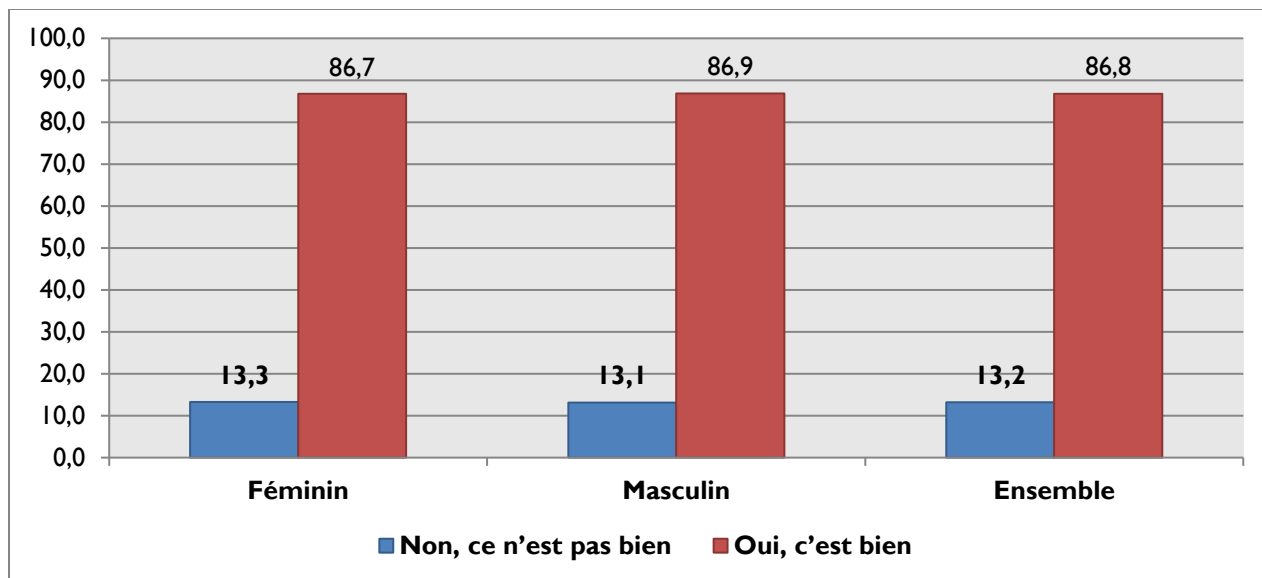


Figure 7 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur l'importance de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour

Concernant l'attitude des enquêtés sur l'importance à nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, les résultats exposent que plus de $\frac{3}{4}$ des répondants (86,8%) sont d'accord avec cette thèse, par contre, 13,2% des répondants sont contre l'assertion.

Pour ceux trouvant qu'il est bien de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, leur principale justification est que cette pratique *favorise la croissance de l'enfant*. De plus, ils trouvent que la pratique est *importante pour la santé de l'enfant ; elle protège l'enfant contre les maladies ; elle rend aussi l'enfant fort et intelligent....*

Quant à ceux croyant qu'il n'est pas bien de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, leurs raisons sont par ordre décroissant que *ça donne un gros ventre à l'enfant et l'empêche de grandir, ça rend l'enfant paresseux, ça rend l'enfant malade, la pratique est lourde pour l'enfant, on donne à manger quand lui-même réclame, remplir une fois le ventre est mieux que de manger plusieurs fois, c'est la qualité qui compte et non la quantité, ça fait grossir l'enfant....*

A l'analyse de ces résultats, il est clair que la majorité des répondants ont une bonne attitude sur la pratique ; toutefois, la proportion restante n'est pas négligeable, eu égard des justifications données.

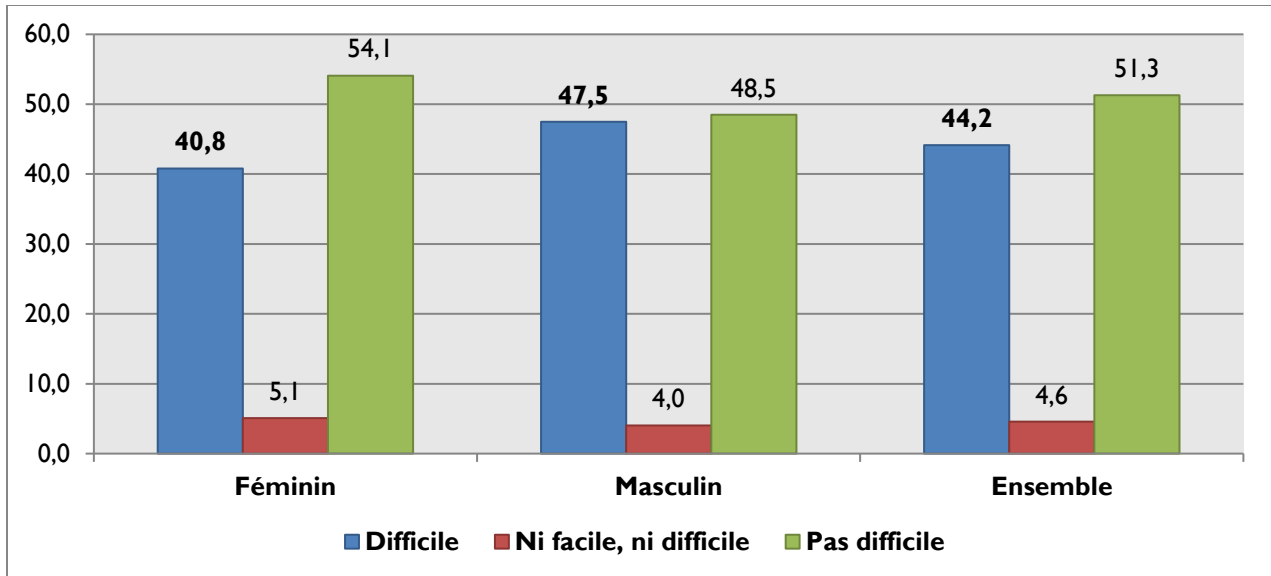


Figure 8 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour

Par rapport à l'appréciation de leur difficulté à nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, les résultats du graphique ci-dessus, montrent que 44,2% des enquêtés ont souligné des difficultés dans la mise en application de la pratique contre 51,3% des répondants qui pensent le contraire. Pour les enquêtés (es) ayant répondu qu'il est difficile de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, leur raison principale est le manque de moyens voire d'argent, suivie de l'insuffisance de temps due à l'occupation de la mère, l'indisponibilité des aliments même lorsqu'ils ont avec de quoi payer, la maman ne mange pas à sa faim, ça peut gonfler le ventre de l'enfant, la peur de provoquer des ennuis à l'enfant, la grand-mère n'accepte pas....

A l'analyse de ces résultats, les constats montrent que près de la moitié des répondants pensent avoir des difficultés à nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, comme en témoignent les raisons données.

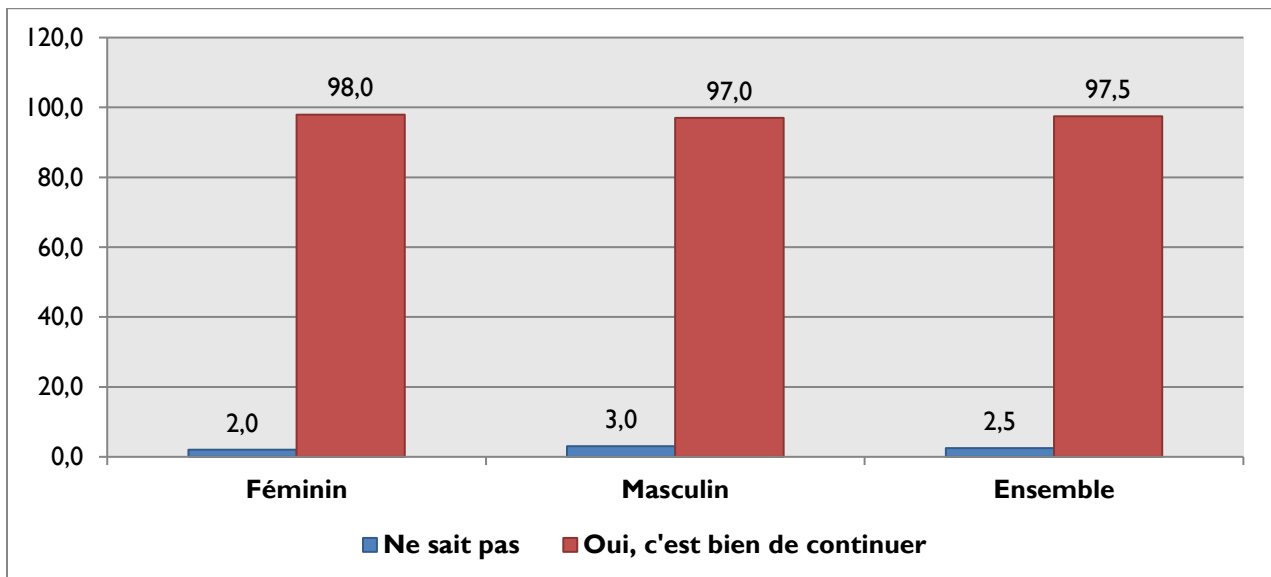


Figure 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur attitude sur l'importance d'allaiter au-delà de 6 mois

Concernant l'appréciation de l'attitude des répondants sur l'importance de la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois, 97,5% des enquêtés sont favorables à cette pratique, avec une appréciation presque la même quel que soit le sexe. Leurs justifications sur le fait qu'il est bien de continuer à allaiter au-delà de 6 mois sont : la continuité de la pratique de l'allaitement maternel *favorise la croissance de l'enfant, ça améliore son état de santé, ça augmente le poids de l'enfant, c'est bon pour le développement psychomoteur de l'enfant, ça donne de la force à l'enfant, ça prévient contre les maladies surtout la malnutrition...*

A l'analyse de ces résultats, il apparaît que les répondants ont une attitude à la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois compte tenu de son importance pour les nourrissons.

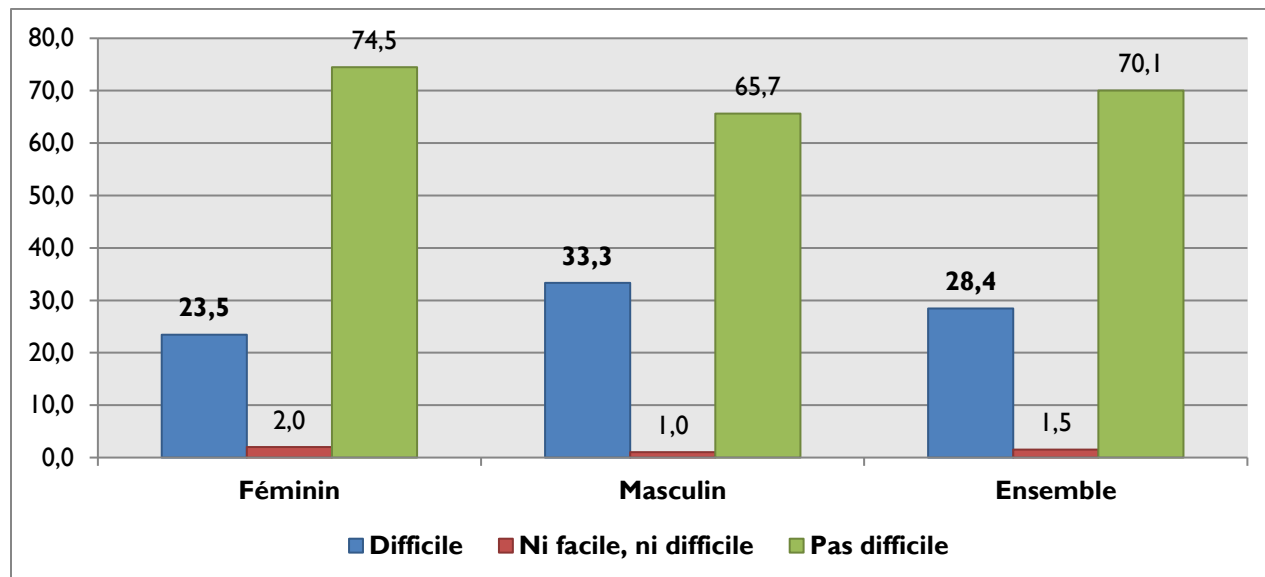


Figure 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de continuer à allaiter au-delà de 6 mois

Par rapport à l'appréciation des répondants sur leur difficulté à poursuivre l'allaitement maternel au-delà de 6 mois, les résultats dévoilent que 28,4% des répondants ont noté des difficultés d'application de la pratique contre 70,1% qui n'en ont aucune difficulté à la mettre en œuvre. Comme raisons avancées par les enquêtés (es) ayant noté des difficultés à allaiter après 6 mois, il y'a principalement *l'insuffisance de lait maternel après 6 mois, suivie du manque de temps de la mère, de la douleur au sein et du manque de moyens pour assurer l'alimentation de la maman.*

A l'analyse de ces résultats, les constats montrent des difficultés d'application de la pratique soulignées par les enquêtés dans 28,4% des cas. Et des dispositions doivent être prises à l'encontre de ce constat qui, constitue une menace probable dans la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois.

Tableau I 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'âge d'arrêt de l'allaitement et sur l'introduction des aliments de complément

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Age d'arrêt recommandé de l'allaitement						
12-23 mois	32	32,7	31	31,3	63	32,0
24 mois et plus (réponse correcte)	55	56,1	62	62,6	117	59,4
6 mois ou moins			1	1,0	1	0,5
6-11 mois	2	2,0	-	-	2	1,0
Autres à préciser	9	9,2	5	5,1	14	7,1
Age d'introduction des aliments de complément						
À 6 mois	88	89,8	91	91,9	179	90,9
Autres à préciser	10	10,2	8	8,1	18	9,1
Importance de donner d'autres aliments aux bébés, en plus du lait maternel, à partir de l'âge de 6 mois						
Le lait maternel à lui seul n'est pas suffisant/ne peut pas apporter tous les nutriments nécessaires à la croissance d'un bébé à partir de 6 mois, le bébé a besoin de davantage de nourriture en plus du lait maternel	93	94,9	91	91,9	184	93,4
Autres à préciser	5	5,1	7	7,1	12	6,1
Ne sait pas	-	-	1	1,0	1	0,5

Par rapport à la connaissance des enquêtés sur l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel, 59,4% des répondants connaissent l'âge d'arrêt recommandé de l'allaitement maternel ; par contre, les proportions restantes semblent avoir oublié ou ne connaissent pas la période d'arrêt indiquée. A l'analyse de ces résultats, les constats montrent que les répondants ont des connaissances moyennes par rapport à l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel.

Concernant la période d'introduction des aliments de compléments, plus de $\frac{3}{4}$ des répondants (90,9%) ont une bonne connaissance par rapport à cette pratique. Toutefois, près de 10% des enquêtés ne connaissent pas l'âge d'introduction des aliments de compléments, comme les témoignent les résultats des 3,6% de répondants qui ne savent pas l'âge recommandé de l'allaitement maternel exclusif (voir résultats du tableau I 1).

Quant à l'importance de donner d'autres aliments aux bébés, en plus du lait maternel, à partir de l'âge de 6 mois, plus de 9/10 des enquêtés (93,4%) connaissent cette importance parce qu'ils savent que le lait maternel à lui seul n'est pas suffisant et ne peut pas apporter tous les nutriments nécessaires à la croissance d'un bébé à partir de 6 mois, le bébé a besoin davantage de nourriture en plus du lait maternel. L'analyse des résultats montrent de bonnes connaissances des répondants sur l'importance de donner d'autres aliments au nourrisson de 6 mois en plus du lait maternel.

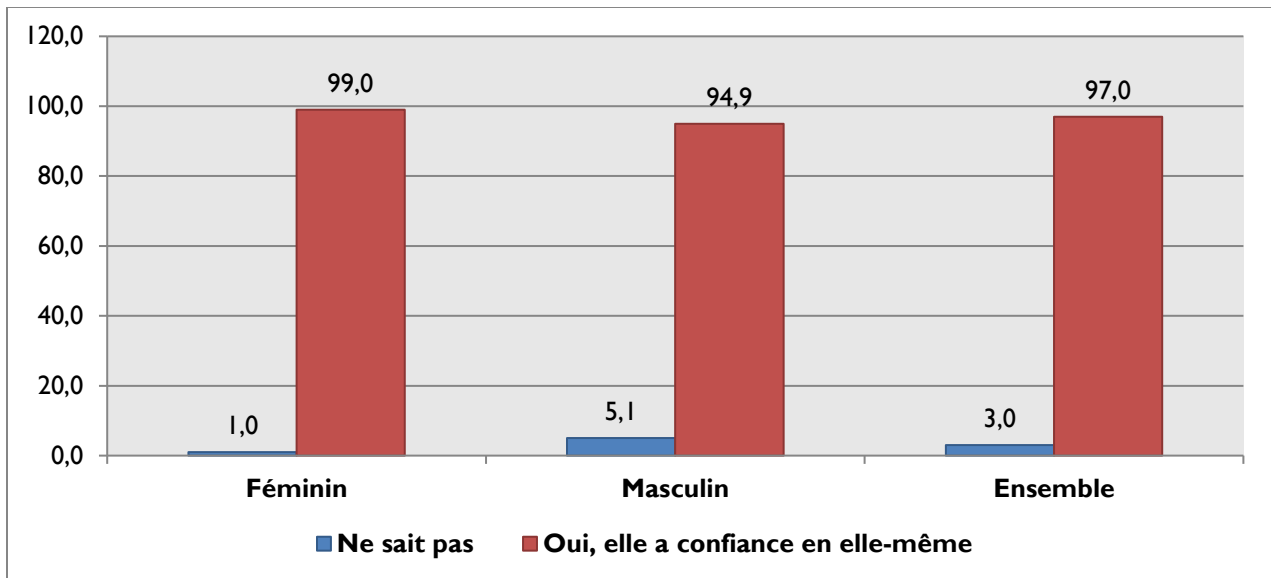


Figure 11 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la confiance des mères à faire le repas spécial pour son enfant

D'après l'appréciation des répondants sur la confiance des mères à faire le repas spécial pour son enfant, les résultats ci-dessus montrent que plus de 97% des enquêtés spéculent que les mères ont confiance en elles-mêmes pour faire le repas spécial de leurs enfants. L'analyse de ces résultats expose de bonnes attitudes des mères à faire le repas spécial pour leurs enfants.

Par rapport à l'appréciation des répondants sur l'importance à donner différents types d'aliments à son enfant chaque jour, presque tous les enquêtés (99%) sont unanimes qu'il est indispensable de prôner cette pratique (voir résultats du tableau IX dans les annexes). Pour les deux cas de réponses contraires par rapport à la diversification de l'alimentation de l'enfant, l'un trouve que *ça rend l'enfant chétif*, et l'autre a prôné *l'allaitement exclusif*.

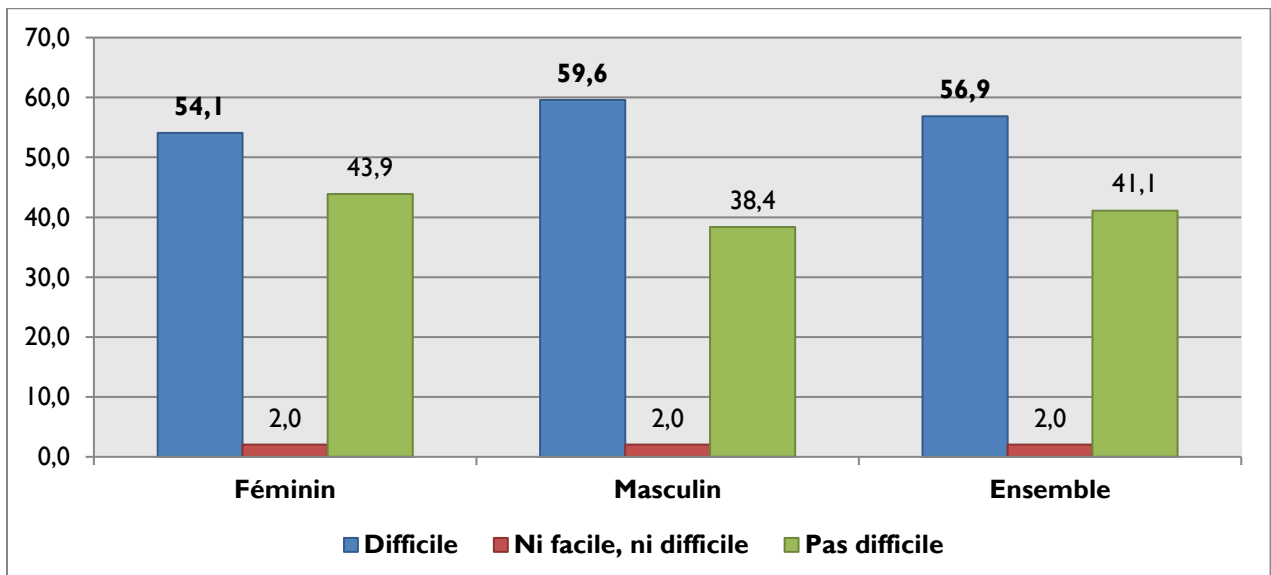


Figure 12 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la difficulté des parents à donner différents types d'aliments à leur enfant chaque jour

Les résultats du graphique ci-dessus montrent que plus de la moitié des répondants (56,9%) pensent qu'il est difficile de diversifier l'alimentation de leurs enfants chaque jour. Les raisons avancées par ceux ayant souligné des difficultés à la diversification de l'alimentation de l'enfant, sont principalement *l'indisponibilité des aliments tels que les fruits, la viande, les légumes, et le manque de moyens financiers qui freine l'accès aux différents aliments riches en vitamine*. A l'analyse de ces résultats, il est certain que les répondants (56,9%) ont mis en exergue des difficultés pouvant les contraindre à diversifier l'alimentation de leurs enfants.

- **Pour les femmes enceintes et allaitantes**

Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de la pratique de CPN et de consultation pour enfant sain par les mères

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
CPN pratiquées lors de la dernière grossesse						
Non, ça n'a pas été pratiqué	2	2,0	3	3,0	5	2,5
Oui, ça a été pratiqué	96	98,0	96	97,0	192	97,5
Nombre de CPN pratiquées						
CPN 1	1	1,0	-	-	1	,5
CPN 2	4	4,2	3	3,1	7	3,6
CPN 3	17	17,7	13	13,5	30	15,6
CPN 4 et plus	74	77,1	80	83,3	154	80,2
Consultation pour enfant sain pratiquée à son dernier enfant						
Non, ce n'est pas fait	24	24,5	30	30,3	54	27,4
Oui, ça a été fait	74	75,5	69	69,7	143	72,6

Dans le tableau ci-dessus, les résultats montrent que plus de 9/10 des femmes (97,5%) ont effectué la CPN au cours de leur dernière grossesse, et parmi cette proportion de pratique de CPN, 80,2% des femmes ont effectué leur CPN 4 qui, est la norme recommandée par l'OMS. A l'analyse de ces résultats, les constats dévoilent une bonne pratique de CPN par les femmes au niveau communautaire. Cependant, il convient de noter que des efforts restent à faire dans la pratique de CPN 4 ou plus par toutes les femmes.

En ce qui concerne la pratique de Consultation pour enfant sain par les mères, 72,6% des mères en ont effectué dans la zone d'intervention du projet. ; par contre, 27,4% des enfants n'en ont pas bénéficié de la part de leur mère. A l'analyse de ces résultats, la proportion de pratique de consultation pour enfant sain présentée à ce niveau est assez bien, car d'habitude, les femmes font plus de CPN, mais elles oublient aussi que les enfants doivent être emmenés en consultation même en absence de maladies pour s'assurer de leur état de santé et de leur croissance. Toutefois, l'accent doit être mis sur la pratique afin d'encourager davantage les femmes à le faire pour s'assurer de l'état de santé de leurs enfants.

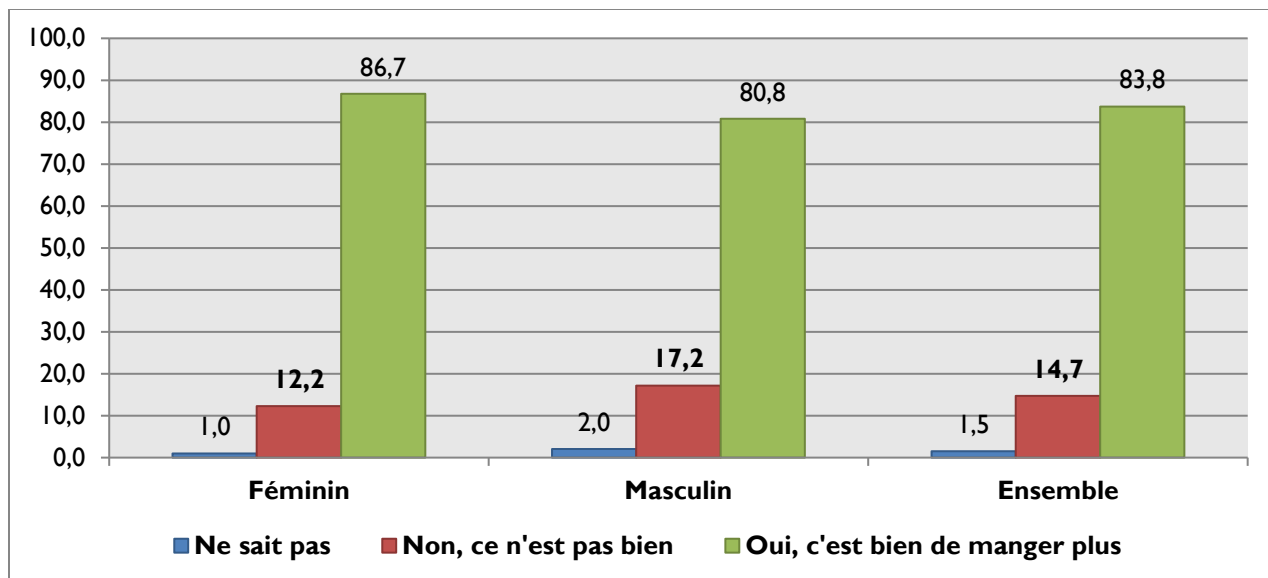


Figure 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de l'importance de manger plus durant la grossesse ou l'allaitement

Par rapport à l'importance de manger plus pendant la grossesse ou l'allaitement maternel, les résultats montrent que 83,8% des répondants croient à l'importance de la pratique, avec une appréciation des femmes (86,7%) légèrement élevée par rapport à celle des hommes (80,8%). Comme raisons données par ceux ayant noté que ce n'est pas bien de manger plus pendant la grossesse, il y a *l'augmentation du poids du fœtus (enfant) qui rend l'accouchement difficile voire une césarienne à terme, si je mange assez cela me rend paresseuse et je ne pourrai rien faire, les troubles digestifs (gastrite), l'incapacité à faire son travail à cause du poids de la grossesse, rend la femme malade...*

L'analyse de ces résultats montre une bonne attitude des répondants (86,7%) sur l'importance de manger plus durant la grossesse ou l'allaitement. Toutefois, des proportions non négligeables pensent que la pratique n'est pas bonne, comme en témoignent les raisons qu'ils ont articulés ci-dessus.

Tableau 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur le mode d'alimentation d'une femme enceinte ou allaitante et les dangers chez les petits poids de naissance

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Mode d'alimentation d'une femme enceinte ou allaitante						
S'alimenter davantage (Manger plus chaque jour OU Manger plus fréquemment)	80	81,6	80	80,8	160	81,2
Manger plus d'aliments riches en protéines	44	44,9	56	56,6	100	50,8
Manger plus d'aliments riches en fer	37	37,8	42	42,4	79	40,1
Utiliser du sel iodé dans la préparation des repas	5	5,1	3	3,0	8	4,1
Autres à préciser	10	10,2	7	7,1	17	8,6
Dangers pour la santé chez les bébés avec petit poids à la naissance dû à la sous-alimentation de sa mère						
Croissance et développement plus lents de l'enfant	70	71,4	68	68,7	138	70,1

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Risques d'infections/de maladies	31	31,6	37	37,4	68	34,5
Risques de décès/mort	59	60,2	75	75,8	134	68,0
Risques de sous-alimentation/de carences en micronutriments	18	18,4	11	11,1	29	14,7
Risques de maladies à l'âge adulte/de développement de maladies chroniques à l'âge adulte (maladie cardiaque, hypertension, obésité, diabète)	2	2,0	2	2,0	4	2,0
Autres à préciser	9	9,2	2	2,0	11	5,6
Ne sait pas	1	1,0	3	3,0	4	2,0

En ce qui concerne le mode d'alimentation d'une femme enceinte, les constats révèlent une forte attention des répondants (81,2%) sur la notion de s'alimenter davantage (manger plus chaque jour ou manger plus fréquemment). Quant aux autres modes d'alimentation, ils sont moins connus par les enquêtés. A l'analyse de ces résultats, il convient de noter que les répondants ont de faible ou de moyenne connaissance sur les autres modes d'alimentation d'une femme pendant la grossesse ou l'allaitement.

Par rapport aux connaissances des personnes enquêtées sur les dangers pour la santé chez les bébés avec petit poids à la naissance dû à la sous-alimentation de sa mère, les résultats présentent des connaissances relativement élevées par près de 7/10 des répondants sur la *croissance et le développement plus lents de l'enfant* (70,1%) et aussi sur les *risques de décès* (68%). L'analyse de ces résultats arborent que les répondants ont très peu de connaissances sur les autres dangers pour la santé des nourrissons avec petits poids de naissance (voir les résultats du tableau ci-dessus).

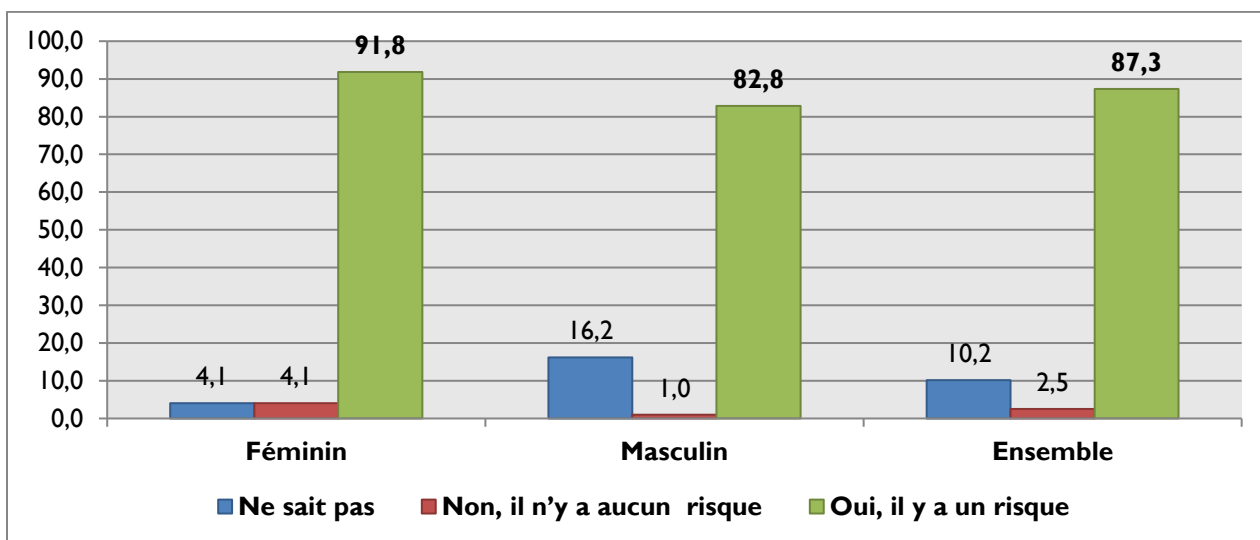


Figure 14 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance

Sur le graphique ci-dessus, il ressort que près de 9/10 des répondants (87,3%) croient qu'il y'a des risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance. Selon ces-mêmes enquêtés, les risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance, sont *la non pratique de CPN, la mauvaise alimentation pendant la grossesse (la consommation d'aliments pauvres en vitamine,*

l'insuffisance d'apports des aliments riches en vitamine...), les maladies de la mère tels que la malnutrition, l'insuffisance de diversification des aliments, et enfin lorsque la mère ne respecte pas les recommandations de l'agent de santé.

A l'analyse de ces résultats, il apparaît que les répondants ont de bonnes attitudes sur le fait qu'il y'a des risques probables pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance. Toutefois, il convient de noter qu'une proportion non négligeable (12,7%) des enquêtés ne connaissent pas les risques ou disent qu'il n'y a aucun risque probable.

Par rapport à leur croyance sur l'importance de faire les CPN, les résultats exhibent que les répondants ont de bonnes attitudes sur l'importance d'effectuer la pratique dans 98,5% des cas (voir *tableau XIII dans les annexes*). Les principales justifications données à cela sont qu'elles (CPN) *assurent la santé de la mère et de l'enfant, elles permettent de connaître la position du fœtus, les voies d'accouchements (normale ou par césarienne) et l'évolution de la grossesse afin de déceler d'éventuelles maladies ou malformations liées à la grossesse.*

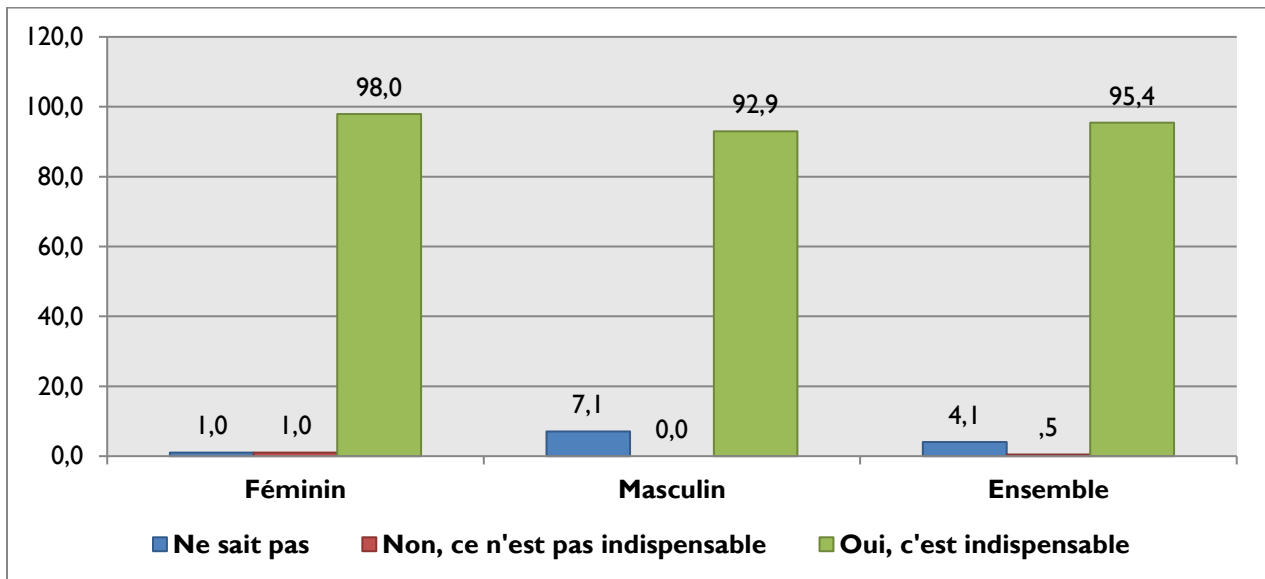


Figure 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité de prendre du fer pendant la grossesse (CPN)

Sur le graphique ci-dessus, la nécessité de prendre du fer pendant la grossesse (CPN) est bien perçue par les répondants (95,4%). Les raisons attribuées à cela sont que la supplémentation en fer *augmente le sang de la femme, elle donne plus de force à la femme, elle est bénéfique pour sa santé, elle prévient l'anémie et les problèmes liés à l'accouchement.* L'analyse des données montrent que les répondants ont de bonnes attitudes sur la nécessité de prendre du fer pendant la grossesse, avec des écarts évidents de la perception des femmes (98%) sur la pratique par rapport celle des hommes (92,9%).

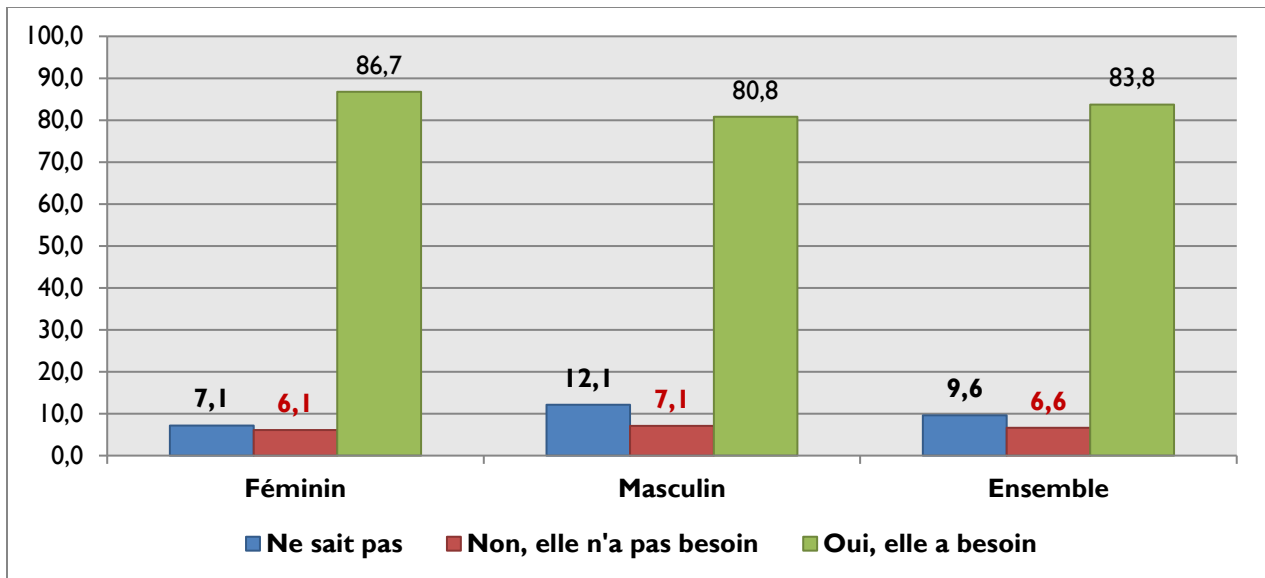


Figure 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité d'emmener leur enfant sain pour la consultation

Dans l'ensemble, la croyance des répondants sur la nécessité d'emmener leur enfant sain pour la consultation, est bonne dans 83,8% des cas. Sur ce sujet, les femmes (86,7%) ont une attitude légèrement élevée par rapport à celle des hommes (80,8%).

Pour les enquêtés ayant notés que la mère n'a pas besoin d'emmener son enfant sain pour consultation, leurs arguments sont entre autres *ce n'est pas la peine si l'enfant n'est pas malade, ce n'est pas la peine parce que c'est pour juste pour prendre l'argent des gens et enfin, sauf si l'enfant ou la mère tombe malade.*

Quant à ceux pensant le contraire, leurs raisons sont que la consultation pour enfant sain permet de *connaître l'état de santé de l'enfant, sa croissance, son statut vaccinal, le conseil sur son alimentation et sa prévention (enfant).*

A l'analyse de ces résultats, les constats montrent que les répondants ont de bonnes attitudes (83,3%) à faire la consultation de leur enfant sain ; par contre, 16,7% des répondants ne savent pas l'importance d'appliquer la pratique.

- **Pour la carence en vitamine A**

Tableau 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur la carence en vitamine A et sur ses caractéristiques

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Avoir entendu parler de la carence en vitamine A						
Non, n'a pas entendu parler	22	22,4	52	52,5	74	37,6
Oui, a entendu parler	76	77,6	47	47,5	123	62,4
Caractéristiques des signes de la carence en vitamine A						
Faiblesse/sensation d'avoir moins d'énergie	61	80,3	39	83,0	100	81,3
Tendance à tomber plus facilement malade (moins d'immunité face aux infections)	31	40,8	19	40,4	50	40,7
Problèmes oculaires : cécité nocturne (incapacité de voir au crépuscule et dans la pénombre), sécheresse oculaire, lésions à la cornée, cécité	11	14,5	2	4,3	13	10,6
Autres à préciser	14	18,4	5	10,6	19	15,4
Ne sait pas	4	5,3	3	6,4	7	5,7

La proportion de personnes ayant entendu parler de la carence en vitamine A est de 62,4% selon les résultats du tableau 17. Parmi ces personnes ayant entendu parler de la carence en vitamine A, les résultats exhibent une proportion élevée de femmes (77,6%) par rapport aux hommes (47,5%). Cela dénote la faible participation des hommes dans les programmes de nutrition et de santé.

Le premier signe de carence en vitamine A connu par les enquêtés est la faiblesse, c'est-à-dire la sensation d'avoir moins d'énergie à 81,3% des cas, suivi par la diminution de l'immunité face aux maladies à 40,7%. Les problèmes liés à l'œil (10,6%) sont très peu connus par les répondants en rapport avec la carence en vitamine A.

L'analyse de ces résultats montrent que les répondants ont des insuffisances de connaissances sur la carence en vitamine A et aussi sur ses signes caractéristiques.

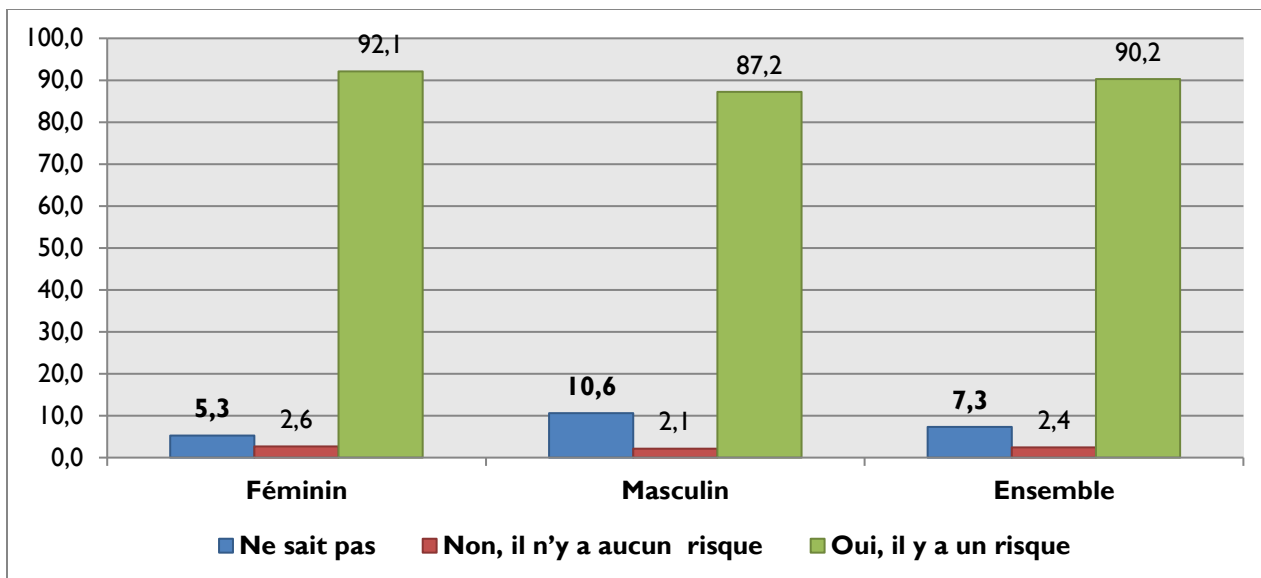


Figure 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance pour les enfants d'être atteints de la carence en vitamine A

Les résultats de la figure 17 montrent que la population croit aux risques pour les enfants d'être atteints de la carence en vitamine A (90,2%). Toutefois, peu de répondants ont pu donner de bonnes justifications de leur réponse, mais la grande majorité a surtout cité les conséquences liées aux manques de vitamine A chez les enfants à savoir : *l'affaiblissement de l'organisme, les maladies à répétition dues à la baisse de l'immunité, le retard de croissance, les problèmes oculaires et le décès*. Les justifications pour ces derniers traduisent une méconnaissance de leur part sur les facteurs de risques susceptibles d'entraîner la carence en vitamine A chez les enfants ; cela est attesté par les résultats du tableau 5 sur les personnes ne mangeant pas assez à leur faim.

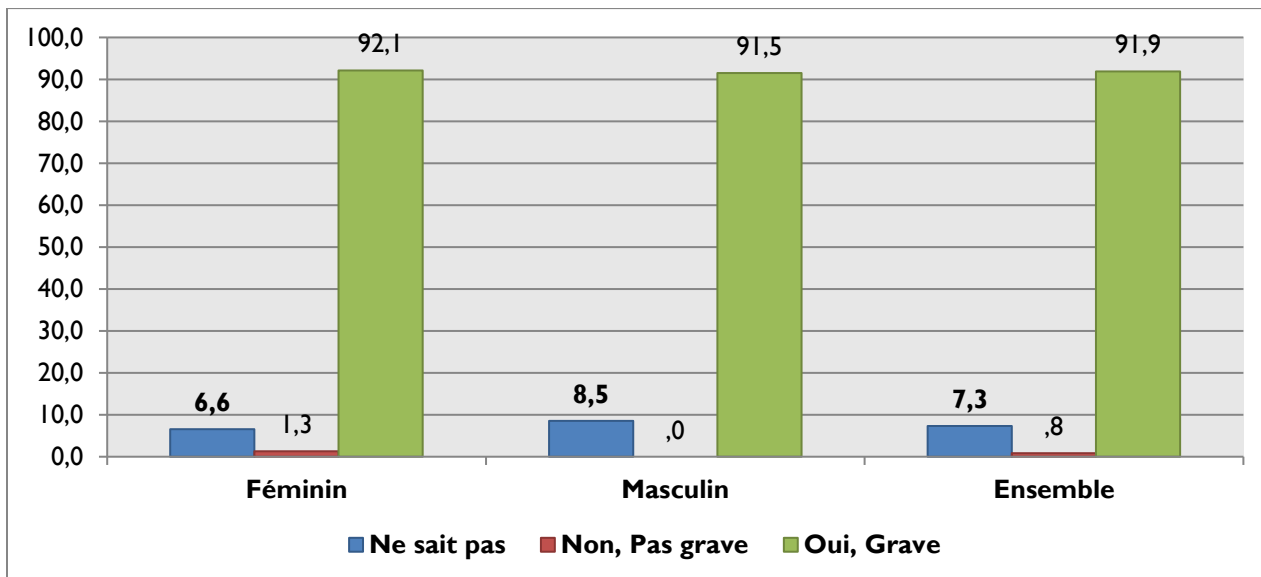


Figure 18 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur la gravité de la carence en vitamine A

Presque la plupart des parents des enfants de moins de 24 mois ont connaissance des conséquences de la carence en vitamine A, soit 91,9% des cas. Pour eux, le manque de carence en vitamine A peut provoquer *l'affaiblissement de l'organisme, rendre la vision floue, facilite les maladies à répétition, freine la croissance et enfin peut entraîner la mort*. A noter qu'il reste une proportion non négligeable de parents qui ne savent pas la gravité de la carence en vitamine A chez les enfants soit 8,1% des cas (figure 18).

Tableau 18 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les causes et les moyens de prévention contre la carence en vitamine A

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Causes entraînant la carence en vitamine A						
Une alimentation peu variée	61	80,3	39	83,0	100	81,3
Le fait de consommer trop peu de nourriture (faible apport alimentaire)	54	71,1	36	76,6	90	73,2
Autres à préciser	3	3,9	1	2,1	4	3,3
Ne sait pas	6	7,9	4	8,5	10	8,1
Moyens de prévention contre la carence en vitamine A						
Manger/donner à manger des aliments riches en vitamine A/avoir une alimentation riche en vitamine A	60	78,9	42	89,4	102	82,9
Manger/ donner à manger des aliments enrichis en vitamine A	39	51,3	26	55,3	65	52,8
Prendre/donner des suppléments/de la poudre de vitamine A	10	13,2	2	4,3	12	9,8
Autres à préciser	7	9,2	3	6,4	10	8,1
Ne sait pas	6	7,9	2	4,3	8	6,5

D'après les personnes enquêtées, les causes pouvant entraîner la carence en vitamine A chez les enfants sont dues en première position à une alimentation peu variée à 81,3% et aussi le fait de consommer peu de nourriture (73,2%). Quant aux moyens de prévention contre la carence en vitamine A, les répondants ont principalement cité le fait de manger ou de donner à manger des aliments riches en vitamine A ou encore avoir une alimentation riche en vitamine A à 82,9% des cas, suivi du fait de manger ou de donner à manger des aliments enrichis en vitamine A (52,8%). Par ailleurs, peu de personnes ont cité la supplémentation comme source d'éviter l'avitaminose A (9,8%).

Tableau 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les exemples d'aliments riches en vitamine A

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Exemples d'aliments riches en vitamine A						
Aliments d'origine animale (foie, rognons, cœur, jaune d'œufs, produits laitiers...)	65	85,5	44	93,6	109	88,6
Légumes de couleur orange (Patate douce à chair orange, carotte, poivron, courge...)	14	18,4	6	12,8	20	16,3
Légumes verts (amarantes ou M'Bron en Bamanan, épinards, feuilles de manioc, chou vert, autres légumes à feuilles verts)	12	15,8	7	14,9	19	15,4
Fruits de couleur orange ou jaunes, autres que les agrumes (mangue mûre, papaye mûre, melon...)	30	39,5	23	48,9	53	43,1
Aliments enrichis en vitamine A	3	3,9	2	4,3	5	4,1
Lait maternel	4	5,3	2	4,3	6	4,9
Autres à préciser	6	7,9	1	2,1	7	5,7
Ne sait pas	5	6,6	2	4,3	7	5,7

D'après les résultats ci-dessus, les connaissances de la population sur les exemples d'aliments riches en vitamine A sont oscillantes. Les raisons de cela sont qu'elle (population) affirme en grande majorité les aliments d'origine animale (88,6%), suivis des fruits de couleur orange ou jaunes (43,1%) et les légumes de couleur orange (16,3%).

A l'analyse de ces résultats, il est évident qu'à part les aliments d'origine animale, les répondants ont des connaissances faibles sur les autres exemples d'aliments riches en vitamine A.

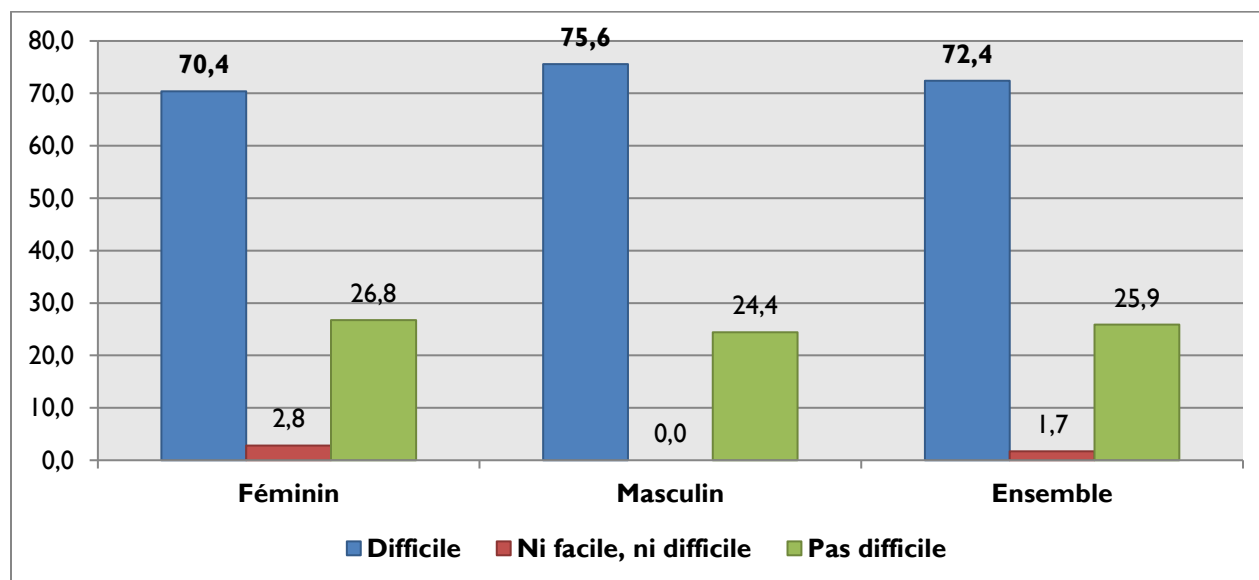


Figure 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A

L'analyse des résultats de la figure 19 montre que les répondants ont une réelle difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A dans 72,4% des cas, et cela pour les raisons suivantes :

le manque d'argent et l'indisponibilité des aliments indiqués en toute saison. Suivant les mêmes résultats 25,9% des personnes enquêtées affirment qu'il n'est pas difficile pour eux de préparer des aliments riches en vitamine A.

- **Pour l'eau, l'hygiène et l'assainissement**

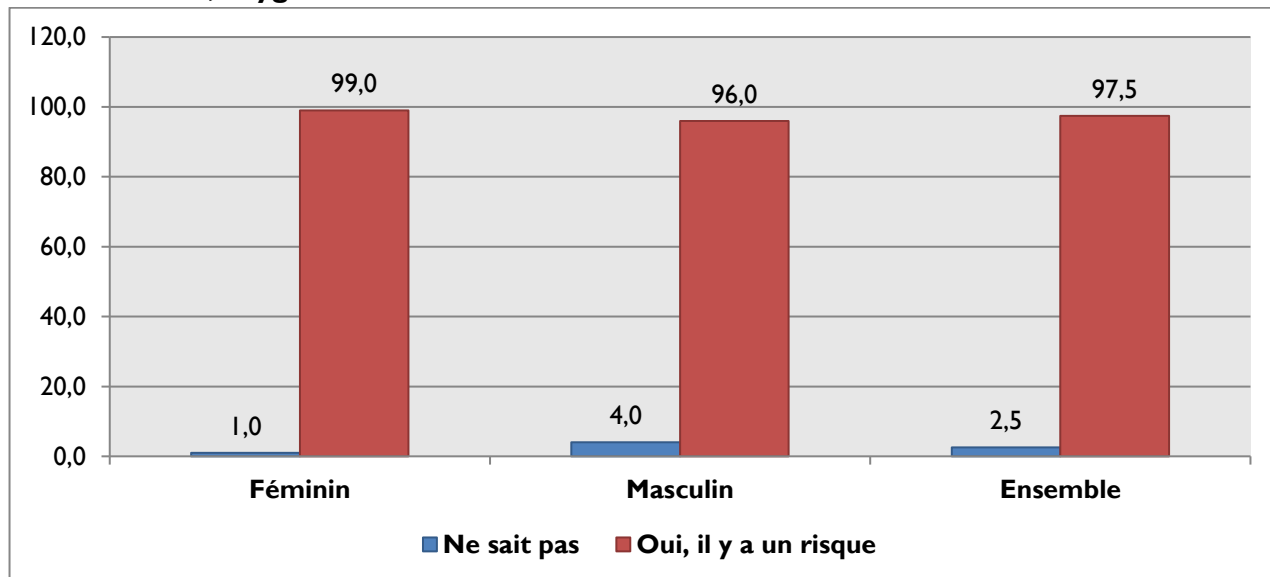


Figure 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques probables de consommation de l'eau d'une source non sûre ou protégée

Dans l'ensemble, la population de la localité d'intervention du projet sait qu'il existe des risques de contamination de l'eau de source non sûre ou protégée à 97,5%. Cette connaissance est plus répandue chez les mères à 99% des cas contre 96% des cas au niveau des hommes. Pour la population les risques pouvant advenir de la consommation d'eau de source non protégée sont : *les maladies diarrhéiques, les maux de ventre, le paludisme, la fièvre et le vomissement, les parasitoses, la malnutrition et le risque de décès* (figure 20).

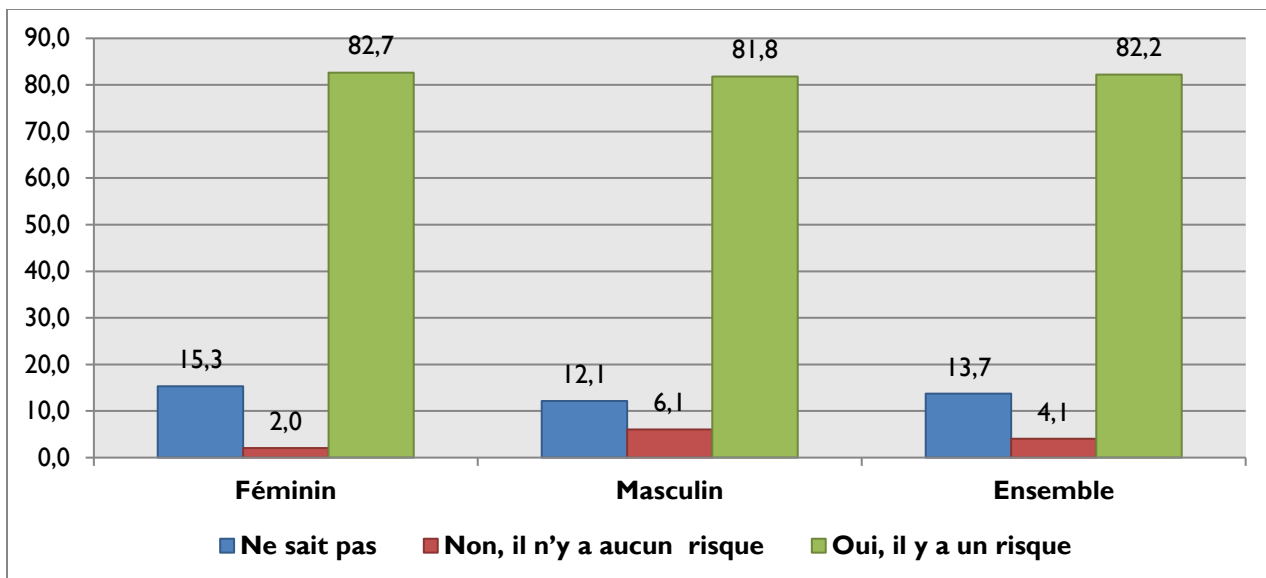


Figure 21 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de déféquer dans la nature

Les risques liés à la défécation à l'air libre sont connus par les populations à 82,2%. Les connaissances de ces risques selon le genre sont relativement les mêmes (81,8% pour les hommes contre 82,7% pour les mères). Selon ces personnes enquêtées, les risques liés au soulagement dans la nature sont en général *une source de propagation de maladie, de la mauvaise odeur de l'air, de piqure d'insectes ou d'agression de reptiles*. Par ailleurs, 4,1% de la population affirment qu'il n'y a aucun risque lié à la défécation à l'air libre, et 13,7% aussi ne savent pas l'existence de risques liés à la pratique.

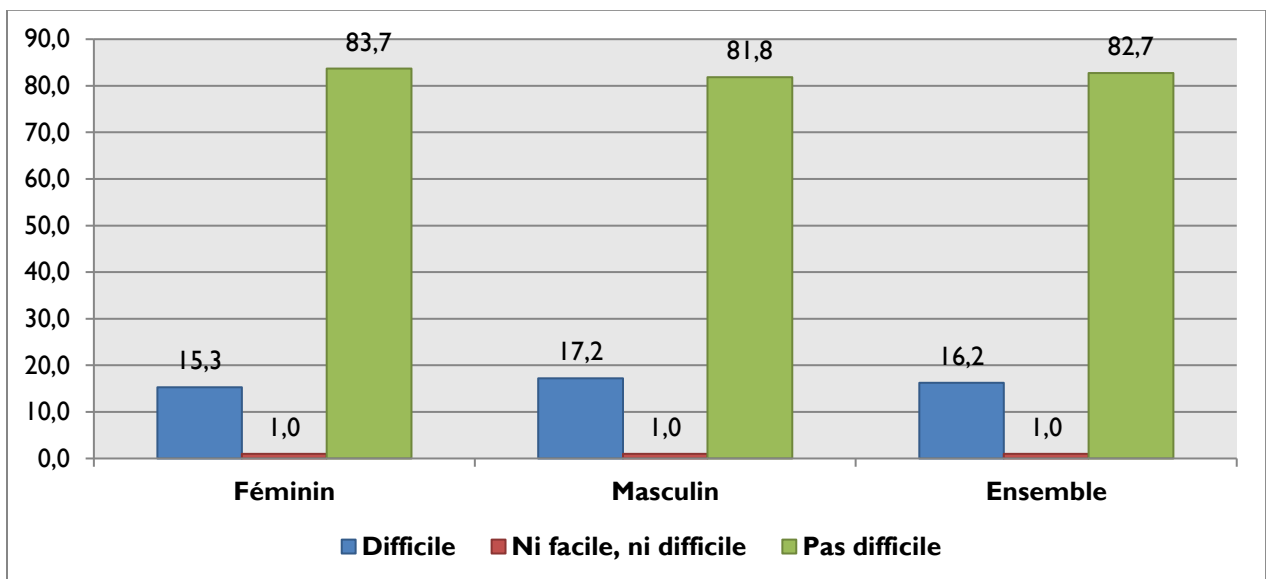


Figure 22 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés d'utilisation de latrine par certaines personnes

D'après les personnes rencontrées lors de l'étude sur le terrain, il ressort que 82,7% des personnes pensent qu'il n'est pas difficile d'utiliser les latrines. Au niveau des mères, elles pensent la même chose à 83,7% et les hommes à 81,8%. De plus, 16,2% des personnes affirment qu'ils ont des difficultés d'utilisation

des latrines ; et cela est valable pour les mères à 15,3% et 17,2% pour les hommes. D'après les répondants, les principaux facteurs qui poussent à se soulager dans la nature, est *le travail champêtre ou la population passe plus de temps dans ces endroits ainsi que la distance séparant les champs de la maison, l'absence de latrine dans certains ménages et enfin, la question de la préférence des latrines etc.*

L'analyse de ces résultats ressort des cas de défécation à l'air libre, comme en témoignent la proportion de difficultés d'utilisation de latrine présentées ci-dessus.

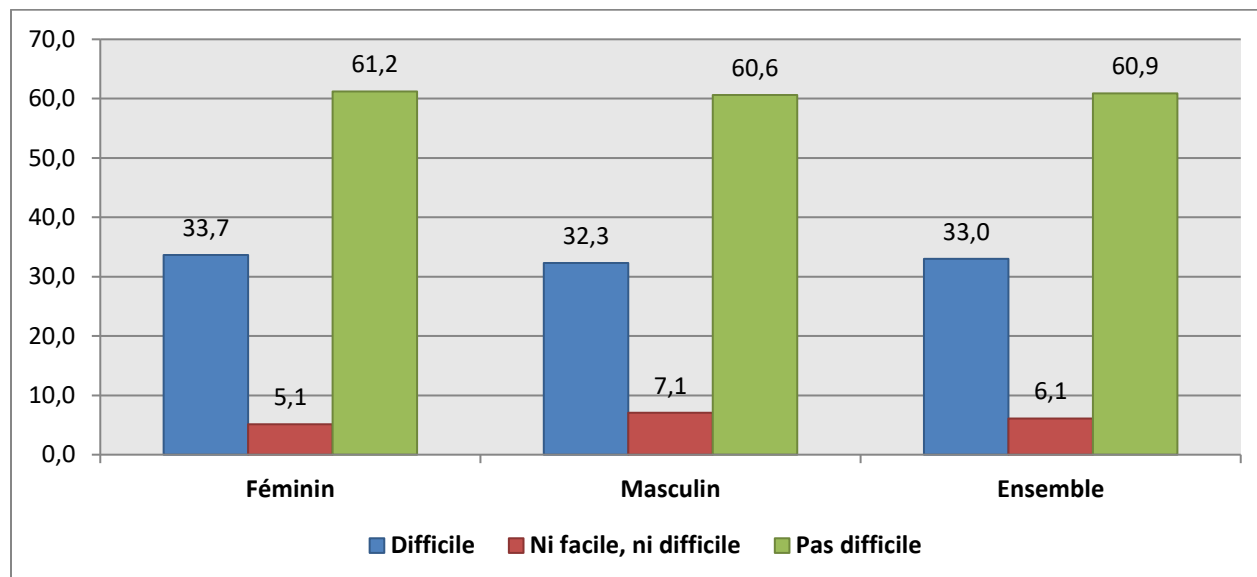


Figure 23 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés à se laver les mains avec du savon.

Pour les répondants femmes et hommes enquêtés, il n'est pas difficile de se laver les mains avec du savon, soit respectivement 61,2% et 60,6% des cas. Le même constat est fait à 60,9% pour l'ensemble des répondants. En outre, 33% des répondants jugent qu'il est difficile de se laver les mains avec du savon. Les contraintes évoquées à ces difficultés de ne pas se laver les mains avec du savon sont principalement *le manque de temps voire la paresse, le manque d'argent et les critiques faites par tierce personne d'avoir aimé trop la propreté.*

3.7. ATTITUDE ET/OU LE RECOURS AUX PERSONNES RESSOURCE DEVANT UNE SITUATION DE DENUTRITION

Dans les zones d'enquête, l'attitude et/ou le recours aux personnes ressource devant une situation de malnutrition, varie en fonction des répondants. L'analyse des informations collectées auprès des leaders communautaires ressort que 40% de ces derniers proposent d'amener les cas de malnutrition au CSCOM en première intention. En ce qui concerne les autres proportions (60%), leurs premiers gestes devant un cas de malnutrition sont entre autres l'automédication, le traitement traditionnel, lui donner de la bouillie etc. Les raisons évoquées par les personnes dont leur première intention est d'amener leurs enfants malnutris au CSCOM sont : les agents de santé sont des professionnels, et ils disposent aussi les moyens nécessaires pour soigner les cas. Quant à ceux procédant par d'autres gestes que celui d'amener au CSCOM, leur raison est principalement le manque d'argent.

Concernant les DTC, qui, en dehors de leur professionnalisme sur la santé et la nutrition, sont aussi des résidents au niveau communautaire. Leurs proximités avec la population font qu'ils ont beaucoup

d'informations sur les attitudes et les pratiques de la population sur les thématiques de la santé et de la nutrition. D'après ces DTC, presque les 100% des parents procèdent par l'automédication ou le traitement traditionnel en première intention. Et cela est dû aux raisons telles que la méconnaissance de la malnutrition en tant que maladie, mais surtout au manque d'argent pour d'autres parents. Aussi, certains parents considèrent les cas de Kwashiorkor comme de la sorcellerie ou de l'envoutement. La comparaison de ces propos par rapport à ceux des leaders communautaires, permet de déduire que les populations font surtout recours à d'autres services de soins en première intention avant de se rendre au CSCOM devant un cas de malnutrition cela pour le manque d'argent et le prix de revient faible de la médecine traditionnelle et les médicaments par terre.

Un exemple d'illustration des attitudes de la population par le DTC de Gounfan !!!

→ Elle procède par l'automédication pour dentition, convulsions et autres maladies pour un départ ; consultation médicale plus tard pour motif de diarrhée, vomissement, pâleur, tout sauf la malnutrition.

Par rapport à l'observance des programmes de prise en charge, l'analyse des entretiens réalisés auprès des DTC, ressort des cas de non observance de ces programmes par certains parents. Ces cas sont dans l'ordre de 40%, dont les parents des enfants admis aux programmes n'observent pas le traitement jusqu'à la guérison totale de l'enfant. Les raisons données à cela sont :

- Abandon pour raison de distance ;
- Arrêt du traitement dès l'amélioration de l'enfant ;
- Etat de la route pendant l'hivernage ;
- Refus des hommes de transporter leur femme pour prendre les intrants de l'enfant au CSCOM ;
- Raisons de distance qui les décourage et de l'état des routes ;
- Travaux champêtres ;
- Rupture d'intrants pour la malnutrition aiguë modérée.

3.8. PERCEPTIONS DE LA SANTE, DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT AU SEIN DE LA COMMUNAUTE

Les acteurs clés ont de bonnes impressions sur la santé et sur la croissance des enfants parce qu'ils pensent qu'il y a moins de cas de maladies dues aux efforts des agents de santé, et surtout, depuis l'arrivée des ASC. Toutefois, les cas de maladies tels que le paludisme est fréquent dans la zone compte tenu de la période d'endémicité, et aussi des cas de maladies diarrhéiques. Pour eux, la question 'santé' est jugée par la présence ou l'absence de maladies. Or, au moment de l'étude, leur appréciation est qu'il y'a de moins de maladies, en dehors du paludisme, comparativement aux autres années. Quant à la croissance, elle est appréciée en fonction de la prise pondérale couplée à la croissance staturale. Et, les répondants estiment qu'il y'a une amélioration de la croissance en comparaison aux années antérieures.

L'analyse de ce constat montre toutefois une amélioration de la santé des enfants, mais la question de paludisme demeure une endémie dans les zones d'étude. Aussi, dans 8 aires de santé sur 10, les résultats arborent qu'il n'y a pas eu d'augmentation des cas de malnutrition dans les zones d'intervention. Ce constat permet de déduire, en plus de l'assertion des acteurs clés ci-dessus, qu'il existe une amélioration de l'état nutritionnel dans les zones d'intervention du projet.

3.9. PRATIQUES ALIMENTAIRES TRADITIONNELLES ADOPTEES PAR LES COMMUNAUTES EN TERMES DE MOMENT PROPICE POUR L'ALIMENTATION ET SPECIFICITE

L'analyse des informations collectées a permis de recenser des cas de pratiques alimentaires traditionnelles adoptées par les communautés. A entendre les répondants (leaders communautaires) citer ces pratiques, tout porte à croire qu'ils ont des préférences à ces pratiques, ainsi que des croyances sur les aliments utilisés dans le cadre de ces pratiques. Ainsi, les pratiques alimentaires traditionnelles identifiées au niveau communautaire sont entre autres :

- La consommation des céréales (sorgho, mil et maïs) en tant qu'aliment de base, accompagnée de sauces qui varient en fonction du type de plats préparés. Ces aliments sont quotidiennement consommés dans l'ensemble des zones d'intervention du projet sous forme de pâte (tô), de pâte en graines écrasées, de bouillie, de couscous etc.
- La consommation de viande, surtout, celle d'origine sauvage ; sauf que les produits de chasse sont actuellement rares du fait qu'il y a de moins en moins d'animaux sauvages dans les environs, et aussi, la restriction de la chasse par les autorités.
- La consommation du miel à la place du sucre, mais qui a tendance à disparaître suite à la diminution de sa cueillette par des ruches traditionnelles sur les arbres.
- La consommation des feuilles vertes, d'haricot, de petits pois, de poissons ;
- La consommation du laro (graines de mil écrasées, frites, ensuite cuites avec de la viande ou du poisson) ;
- La consommation du Dah (soupe de dah avec du sucre est bien contre le rhume ou feuilles de dah sous vapeur mélangées à la poudre d'arachide pour la nutrition) ;
- La cuisson de céréales pilées et préparer sans qu'elles ne soient lavées ; cela conserve les nutriments des céréales, et prévient la constipation.
- La consommation du lait de vache ;
- De la sauce à base de soubala, de dah et de poisson ;
- De la bouillie à base de la décoction de dah ou du tamarin ou de la poudre de pain de singe pour les enfants ;
- De la bouillie avec un peu de miel pour les enfants ;
- Du kenkenliba avec un peu de sucre pour les enfants ;
- Du Sassaro 'Bouillie à base de maïs écrasés' ; du Bétéko 'bouillie de mil de consistances solides' pour les enfants.
- Manger à sa faim qui, n'est pas le cas aujourd'hui, et aussi la salubrité qui, est un véritable problème en prenant l'exemple sur le cas des plastiques.

Selon les répondants, toutes ces pratiques sont bénéfiques à l'organisme de l'être humain, et elles n'entraînent pas de maladies en comparaison aux pratiques alimentaires actuelles qui, sont pour la plupart basées sur des aliments industrialisés, des aliments soumis à des produits chimiques depuis la production jusque dans l'assiette. La preuve en est la fréquence des cas de diabète et d'hypertension qui, n'étaient pas des maladies visibles autrefois à cause de la qualité de leur alimentation. Toutefois, les répondants pensent que ces pratiques sont presque abandonnées au profit des pratiques actuelles recommandées par les autorités sanitaires ou des pratiques adoptées et/ou survenues à cause de la mondialisation telles que la

consommation des cubes de bouillon, de sucre et beaucoup d'autres produits de transformation tels que les bonbons, les biscuits, les boissons, les boîtes de conserves etc.

3.10. PRATIQUES LOCALES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION

Dans les zones d'enquête, les acteurs clés ont pu citer au moins des moyens de prévention contre la malnutrition. Ces niveaux de connaissances sur les moyens de prévention varient d'un répondant à un autre, mais le constat général est que les moyens connus restent les mêmes au niveau communautaire selon les réponses données. Et lorsque les cas de malnutrition deviennent inquiétants voire graves, c'est en ce moment que les parents font alors recours au service des professionnels de la santé, avec des fois, la référence par le biais des relais communautaires formés sur les notions de base en nutrition. Parmi les moyens de prévention cités, il y a :

- Bonne alimentation des enfants et des FEFA ;
- Consommation d'eau potable accompagnée d'hygiène et d'assainissement du milieu ;
- Lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire ;
- Conseils aux agriculteurs pour éviter les ventes en cas de bonne récolte ;
- Promotion de l'emploi des jeunes ;
- Implication de toute la communauté sans distinction quelconque pour lutter contre la malnutrition à travers des activités communes.
- Amener l'enfant au CSCOM dès suspicion de quelques choses ;
- Application des recommandations des agents de santé.

Les moyens de prévention cités ci-dessus contre la malnutrition, témoignent que les acteurs clés ont un certain niveau de connaissances dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, mais les résultats du tableau ci-dessous sont plus explicites sur les moyens de prévention.

Tableau 20 : Répartition de l'échantillon en fonction des moyens de prévention contre la malnutrition chez l'enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Moyens de prévention contre la malnutrition chez moins de 6 mois						
Les nourrir exclusivement au sein/ne leur donner que du lait maternel	79	80,6	82	82,8	161	81,7
Aller au centre de santé pour vérifier que l'enfant est en train de grandir correctement	29	29,6	35	35,4	64	32,5
Autres à préciser	8	8,2	2	2,0	10	5,1
Ne sait pas	4	4,1	5	5,1	9	4,6
Moyens de prévention contre la malnutrition chez 6 à 24 mois						
Poursuivre l'allaitement maternel	90	91,8	82	82,8	172	87,3
Leur donner plus de nourriture	40	40,8	45	45,5	85	43,1
Les alimenter fréquemment	27	27,6	33	33,3	60	30,5
Leur donner de l'attention durant les repas	24	24,5	22	22,2	46	23,4
Aller au centre de santé pour vérifier que l'enfant est en train de grandir correctement	12	12,2	5	5,1	17	8,6
Autres à préciser	9	9,2	6	6,1	15	7,6
Ne sait pas	2	2,0	5	5,1	7	3,6

D'après les personnes enquêtées, le premier moyen de prévention de la dénutrition chez les enfants de moins de 6 mois, est de les nourrir exclusivement au sein c'est-à-dire ne leur donner que du lait maternel à 81,7% ; et le second, c'est d'aller vérifier le poids de l'enfant au centre de santé à 32,5%. De plus, chez les enfants de 6 à 24 mois, le premier moyen de prévention de la dénutrition est de poursuivre l'allaitement maternel à 87,3% ; et le second, c'est donner plus de nourriture à 43,1%.

L'analyse des résultats montre des niveaux de connaissances relativement moyennes ou faibles (voir les chiffres en rouge sombre dans le tableau) sur les moyens de prévention contre la malnutrition chez les enfants de moins de 6 mois et sur les moyens de prévention contre la malnutrition chez les enfants de 6 à 24 mois.

3.1.1. PRATIQUES OU COMPORTEMENTS SOCIO-CULTURELS CONTRIBUANT A AMELIORER LA SITUATION NUTRITIONNELLE OU LA QUALITE DES INTERVENTIONS EN NUTRITION

Au niveau communautaire, les pratiques ou les comportements socio-culturels peuvent varier d'une zone géographique à une autre. Les statuts sociaux et aussi le groupe ethnique peuvent avoir des influences sur les pratiques et/ou les comportements sur les individus. En ce qui concerne les zones d'intervention du projet, les pratiques et/ou les comportements identifiés dans le cadre de l'étude sont presque les mêmes d'une localité à une autre, vu que les individus ciblés partagent la même zone géographique.

Il ressort de l'analyse des informations collectées, différentes pratiques et/ou comportements socio-culturels pouvant à améliorer la situation nutritionnelle ou la qualité des interventions en nutrition. Les pratiques et/ou les comportements socio-culturels identifiés sont :

- Pratique d'allaitement maternel des nourrissons (84,8%) ;
- Chercher de l'aide auprès des services sanitaires en cas de difficultés de pratiquer l'allaitement maternel exclusif ;
- Occupation personnelle des mères à leurs nourrissons de moins de 6 mois (76,6%), même lorsqu'elles doivent aller au champ ou pour toutes autres activités données dans la mesure du possible ;
- Donner du lait maternel à la cuillère ou à la tasse à l'enfant en cas d'absence de sa mère ;
- Préparation du repas spécial pour enfant (17,8%) dans les zones, mais comme on peut le constater, la proportion est faible ;
- Confiance des mères à faire le repas spécial pour leurs enfants de 6 à 24 mois ;
- Pratiques de la chasse et de la pêche ;
- Pratique de la diversification alimentaire ;
- Pratiques de consultation prénatale ;
- Consommation du miel qui a beaucoup de vertu, et elle est moins exposante au diabète par rapport au sucre de table ;
- Consommation constante des feuilles vertes ;
- Consommation du Laro (graines de mil écrasées, frites, ensuite cuites avec de la viande ou du poisson) ;
- Consommation de la soupe de Dah avec du sucre est bien contre le rhume ou feuilles de dah sous vapeur mélangées à la poudre d'arachide pour la nutrition ;
- Bouillie à base de la décoction de Dah ou du tamarin ou de la poudre de pain de singe qui est bénéfique pour les enfants ;
- Bouillie avec un peu de miel qui est bénéfique pour les enfants ;
- Pratique du maraîchage, mais avec des cas d'indisponibilité des produits de maraîchage dans les localités visitées ;
- Contribution des membres de ménages en exode dans l'alimentation et autres besoins spécifiques et sensibles du ménage ;
- Appui des autres ménages en vivres à l'endroit des ménages en difficulté ou pénurie alimentaire ;
- Consommation d'eau de boisson de sources d'approvisionnement sûres par les ménages ;
- Traitement de l'eau de boisson avec de la solution de chlore et du filtrage de l'eau à travers un tissu etc.
- Réalisation et utilisation des latrines dans les ménages, et aussi, la pratique du lavage des mains en rapport aux moments critiques de lavages des mains.

Les pratiques et/ou les comportements socio-culturels ci-dessus cités, constituent des cas constatés dans l'espace géographique enquêté. Aussi, ces cas pourraient être appuyés par les croyances de la population évaluées au regard de certaines pratiques communautaires. L'ensemble de ces cas identifiés, peut contribuer à améliorer l'état nutritionnel ou encore la qualité des interventions en nutrition dans les zones d'étude.

3.12. PERCEPTIONS DE L'ANEMIE CHEZ LES ENFANTS ET LES FEMMES

Les résultats liés à cette sous-section permettent d'apprécier les impressions voire les sensations des répondants sur l'anémie au niveau communautaire. Et les résultats des différents tableaux et des

graphiques ci-dessous, présentent les tendances distinctes par rapport à la perception des répondants sur l'anémie.

Tableau 21 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur l'anémie et sur ses caractéristiques

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Avoir entendu parler de l'anémie par carence en fer						
Non, n'a pas entendu parler	3	3,1	3	3,0	6	3,0
Oui, a entendu parler	95	96,9	96	97,0	191	97,0
Caractéristiques des signes de l'anémie						
Manque d'énergie/faiblesse	61	64,2	66	68,8	127	66,5
Pâleur	45	47,4	54	56,3	99	51,8
Ongles recourbés ou incurvés (Koïlonychie)	4	4,2	1	1,0	5	2,6
Tendance à tomber malade (moins d'immunité face aux infections)	12	12,6	4	4,2	16	8,4
Autres à préciser	36	37,9	24	25,0	60	31,4
Ne sait pas	4	4,2	4	4,2	8	4,2

Le pourcentage de personnes ayant affirmé avoir entendu parler de l'anémie est 97% suivant les réponses données par la population (*tableau 21*), mais pour la connaissance des signes de l'anémie, le manque d'énergie (faiblesse de l'organisme) arrive en première position avec 66,5% pour les personnes rencontrées, suivi des pâleurs au niveau de la main et des yeux à 51,8%.

A l'analyse de ces résultats, les constats montrent que les connaissances des répondants sur les signes de l'anémie sont moyennes, voire faibles. Par contre, ils ont presque tous entendu parler de l'anémie.

Par rapport aux attitudes des répondants sur la gravité de la carence en fer, les résultats montrent qu'ils (répondants) savent qu'un manque ou une insuffisance de fer dans l'alimentation est grave pour l'être humain à 97,4% des cas ; et les conséquences de ce manque ou insuffisance sont : *le risque de décès ou de mort maternelle et fœtale, l'accouchement difficile, l'accouchement prématuré, les convulsions et l'impotence fonctionnelle due à la baisse d'énergie et des vertiges (voir tableau XVIII dans les annexes).*

Tableau 22 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les risques pour la santé des enfants et des femmes enceintes en cas d'apports alimentaires insuffisants en fer

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Risques pour la santé des nourrissons et des enfants en bas âge en cas de manque de fer dans leur alimentation						
Retard de leur développement mental et physique	80	84,2	79	82,3	159	83,2
Autres à préciser	8	8,4	2	2,1	10	5,2
Ne sait pas	1	1,1	3	3,1	4	2,1
Risques pour la santé des femmes enceintes en cas de manque de fer dans leur alimentation						
Risque de décès durant ou après la grossesse	70	73,7	69	71,9	139	72,8
Difficultés lors de l'accouchement	46	48,4	33	34,4	79	41,4
Autres à préciser	1	1,1	2	2,1	3	1,6
Ne sait pas	-	-	4	4,2	4	2,1

Les risques de santé pour les nourrissons et les enfants en bas âge suite à un manque ou une insuffisance de fer dans leurs alimentations sont en majorité le retard de leur développement mental et physique (83,2%), mais pour la femme enceinte, c'est le risque de décès durant ou après la grossesse qui arrive en première position avec 72,8% des cas, suivi des difficultés d'accouchement avec 41,4% des cas. Ces résultats montrent une certaine connaissance chez la population sur les risques encourus par la femme et les enfants en cas d'insuffisance ou de manque de l'élément 'fer' dans leur alimentation. Toutefois, des efforts doivent être fournis afin d'améliorer la connaissance de la population sur les risques pour la santé de l'apport alimentaire insuffisant en fer chez les enfants, et surtout, chez les femmes enceintes.

Tableau 23 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les causes et les moyens de prévention contre la carence en fer.

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Causes entraînant l'anémie						
Un manque de fer dans l'alimentation/manger trop peu ou pas assez	86	90,5	84	87,5	170	89,0
Maladie /infection (malaria, ankylostomiase, autre type d'infection comme le VIH/sida)	4	4,2	3	3,1	7	3,7
Saignements abondants durant les règles	3	3,2			3	1,6
Autres à préciser	11	11,6	8	8,3	19	9,9
Ne sait pas	3	3,2	5	5,2	8	4,2
Moyens de prévention contre l'anémie						
Manger/donner à manger des aliments riches en fer/avoir une alimentation riche en fer	69	75,0	75	82,4	144	78,7
Manger/donner à manger des aliments riches en vitamine C durant ou juste après les repas	24	26,1	25	27,5	49	26,8
Prendre/donner des suppléments de fer s'ils ont été prescrits	47	51,1	41	45,1	88	48,1
Traiter les autres causes de l'anémie (maladies et infections) /Demander l'aide de professionnels de santé	7	7,6	3	3,3	10	5,5
Poursuivre l'allaitement (pour les nourrissons entre 6 et 23 mois)	8	8,7	10	11,0	18	9,8
Autres à préciser	7	7,6	3	3,3	10	5,5
Ne sait pas	3	3,3	2	2,2	5	2,7

D'après les répondants, les causes pouvant entraîner l'anémie sont le manque de fer dans l'alimentation ou à la consommation insuffisante de nourriture (89%). Le reste des causes est très peu cité, donc moins connues par la population. Le premier moyen de prévention de l'anémie connu par les personnes rencontrées est la consommation des aliments riches en fer à 78,7%, suivi de la supplémentation en fer et de la consommation d'aliments riches en vitamine C (tableau 23).

L'analyse générale de ces résultats montre des connaissances relativement moyennes voire faibles des répondants sur les causes et les moyens de prévention de l'anémie.

Tableau 24 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les exemples d'aliments riches en fer

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Exemples d'aliments riches en fer						
Viande	79	83,2	86	89,6	165	86,4
Abats (foie, rognons, cœur...)	32	33,7	33	34,4	65	34,0
Poissons	60	63,2	55	57,3	115	60,2
Insecte (larves d'insectes, fourmis rouges, sauterelles, criquets, chenilles...)	5	5,3	1	1,0	6	3,1
Feuilles verts	36	37,9	38	39,6	74	38,7
Autres à préciser	24	25,3	21	21,9	45	23,6
Ne sait pas	2	2,1	-	-	2	1,0

Comme aliment riche en fer, les personnes rencontrées ont cité en premier la viande à 86,4%, suivi des poissons à 60,2% et les feuilles vertes à 38,7% des cas (tableau 24). Les abats occupent la quatrième place avec 34%. Les autres exemples d'aliments riches en fer, cité par les répondants sont : *la betterave, suivie du haricot, du lait, des œufs, des fruits (goyave, tomate, mangue, orange...), de la pomme de terre, du thé 'Lipton', du Kenkenliba (tisane) et du manioc etc.* A l'exception du haricot, tous les autres aliments ont une teneur faible en fer ; cela traduit une faible connaissance des populations en aliments riches en fer.

L'analyse de ces résultats montre que les répondants ont besoin d'un renforcement de connaissances sur les aliments riches en fer, comme en témoignent les résultats ci-dessus.

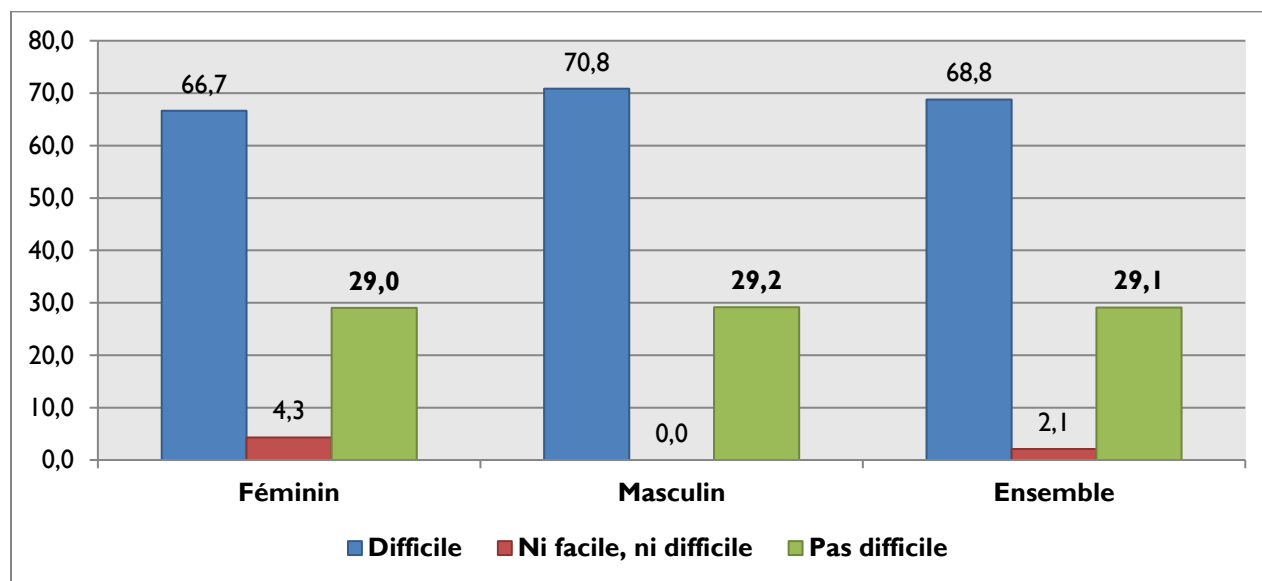


Figure 24 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en fer

La figure 24 montre qu'il est difficile pour les ménages de préparer des repas contenant des aliments riches en fer à 68,8% des cas ; et cela pour les raisons suivantes : *le manque d'argent ou de moyens, suivi de l'indisponibilité sur place de ces aliments parce qu'il faut dès fois les acheter jusqu'à Kayes, et enfin, la*

méconnaissance desdits aliments riches en fer. Par contre, 29,1% des personnes pensent qu'il n'est pas difficile de préparer les repas contenant des aliments riches en fer.

3.13. LIEN ENTRE L'ANEMIE ET L'ALIMENTATION

En complément de la section précédente, les résultats montrent que les acteurs clés ont des niveaux de connaissances sur l'anémie, plus spécifiquement sur les signes et les causes de l'anémie dans l'ensemble des zones d'enquête. Tout comme avec la malnutrition, ils ne perçoivent pas très bien l'anémie en tant que maladie. Toutefois, ils parviennent à faire le lien entre l'anémie et l'alimentation. Ces résultats sont plus détaillés dans le tableau 17. En guise de lien existant entre l'anémie et l'alimentation, des exemples d'illustration ont été donnés par les répondants. Ce sont :

- *Il y a un lien parce que l'alimentation augmente le sang, mais aussi, lorsque l'anémie est grave, cela sous-entend que l'alimentation est insuffisante. (Chef du village de Bengassi, aire de santé de Bamafélé).*
- *La mauvaise alimentation est à l'origine de l'anémie. (ATR à Bengassi, aire de santé de Bamafélé).*
- *C'est l'alimentation qui favorise l'augmentation du volume sanguin. (Frère du chef de village de Madibaya, aire de santé de Bafoulabé).*
- *L'alimentation protège contre l'anémie. (Femme leader du village de Madibaya, aire de santé de Bafoulabé).*

3.14. INTERDITS ALIMENTAIRES LIES AUX FACTEURS SOCIO-CULTURELS ET/OU RELIGIEUX

En ce qui concerne la recherche sur les cas d'interdits alimentaires dans les localités enquêtées, l'analyse des informations collectées montrent des cas d'interdits alimentaires à des proportions variables selon qu'il s'agisse des enfants de moins de 6 mois, des enfants de 6 à 24 mois et aussi des femmes enceintes et allaitantes. Le tableau ci-dessous donne plus de détails sur ces interdits alimentaires identifiés dans les zones d'étude.

Table 25 : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les interdits alimentaires chez les enfants de 0 à 24 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Existence d'interdits alimentaires pour les enfants de 0 à 6 mois						
Non, pas d'interdits	35	35,7	45	45,5	80	40,6
Oui, il y'a des interdits	63	64,3	54	54,5	117	59,4
Existence d'interdits alimentaires pour les enfants de 6 à 24 mois						
Non, pas d'interdits	74	75,5	86	86,9	160	81,2
Oui, il y'a des interdits	24	24,5	13	13,1	37	18,8
Existence d'interdits alimentaires pour les femmes enceintes						
Non, pas d'interdits	59	60,2	78	78,8	137	69,5
Oui, il y'a des interdits	39	39,8	21	21,2	60	30,5
Existence d'interdits alimentaires pour les femmes allaitantes						
Non, pas d'interdits	84	85,7	94	94,9	178	90,4
Oui, il y'a des interdits	14	14,3	5	5,1	19	9,6

En ce qui concerne l'existence d'interdits alimentaires pour les enfants de 0 à 6 mois, 59,4% des répondants croient qu'il y'a des interdits alimentaires pour ces enfants contre 40,6% de répondants qui pensent le contraire. Pour les enfants de 0 à 6 mois, leurs interdits se résument à tout aliment comestible, à l'exception du lait maternel. A ce niveau, les interdits alimentaires cités par les répondants sont *le couscous (Bassi en Malinké ou en Bamanan), le riz, le tô (pâte de mil), le haricot et le plat familial*. A l'analyse de ces résultats, la divergence de croyance entre les répondants pensant qu'il y'a des interdits alimentaires chez les enfants et ceux pensant le contraire, pose la question de leur connaissance sur la pratique d'alimentation à prôner chez les nourrissons de moins de 6 mois.

Pour les enfants de 6 à 24 mois, moins d'un quart des répondants (18,8%) ont parlé de l'existence d'interdits alimentaires chez ces enfants. D'après ces répondants, les interdits alimentaires chez les 6 à 24 mois sont les *repas non protégés, les aliments couchés (repas préparé la nuit, et le reste mangé le lendemain matin) ou non chauffés (tels que le riz, couscous), les aliments solides (comme le couscous, le riz...), les plats froids, le repas familial et la consommation de couscous le soir*. L'analyse des résultats montre une faible proportion de personnes pensant qu'il existe des interdits aliments chez les enfants.

Pour les femmes enceintes, 30,5% des enquêtés ont noté l'existence d'interdits alimentaires pendant la grossesse. Ces croyances sont fortes chez les femmes (39,8%) que chez les hommes (21,2%). Comme interdits alimentaires chez les femmes enceintes, il y'a les *aliments riches en vitamines pendant le troisième trimestre de la grossesse grossissent le fœtus (bébé) ; le pain rend gros l'enfant ; la banane entraîne le paludisme chez la mère et le fœtus ; les œufs bouillie entraîne aussi le paludisme ; le riz couché peut s'apercevoir sur les narines et les oreilles du nouveau-né, et aussi, peut faire en sorte que la selle du bébé soit différente du méconium (première selle du nouveau-né) ; le pain, les œufs, la farine causent des accouchements dystociques (difficiles) ; la consommation de couscous, d'haricot peut donner le ballonnement ; les aliments couchés ou non chauffés (riz, tô...) ; ne pas manger le couscous pendant la nuit ; les aliments trop salés...*

Quant aux femmes allaitantes, elles ont très peu d'interdits alimentaires (9,6%), dont les principales sont les *aliments pauvres en vitamines, le couscous, le haricot et le yaourt.*

4. CONCLUSION

Cette étude avait comme objectif général d'identifier les facteurs socio-culturels limitant ou favorisant l'adhésion des Communautés aux pratiques et/ou comportements recommandés en nutrition. L'enquête réalisée a permis de collecter des informations sur la socio démographie des femmes et des hommes enquêtés, l'alimentation des nourrissons de moins de 6 mois, l'alimentation des enfants en bas âge (6-23 mois), l'alimentation durant la grossesse et l'allaitement, la malnutrition et autres carences nutritionnelles et enfin sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Ainsi, les principaux résultats de l'étude sont répartis en fonction des impacts négatifs ou positifs des facteurs socio-culturels décelés à travers les réponses des personnes enquêtées dans les zones d'étude.

Pour les impacts négatifs des facteurs de l'étude, les résultats montrent que les personnes s'occupant du nourrisson en absence de sa mère, donnent autres liquides et/ou aliments à ces enfants (65,2%). De plus, 4,1% des répondants pensent encore que les décoctions, l'eau de datte et l'eau sucrée constituent le premier aliment à donner à l'enfant avant la montée laiteuse. Aussi, les observations ressortent que 10,2% des répondants pensent qu'il est difficile de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. Par ailleurs, la préparation des repas spécifiques pour les enfants de 6 à 24 mois est faible dans les zones d'étude (17,8%). En outre, 13,2% des répondants pensent qu'il n'est pas important de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour, et 44,2% pensent qu'il est difficile de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour. Aussi, 56,9% des parents sous-entendent qu'il est difficile de donner différents types d'aliments (diversification alimentaire) à leur enfant chaque jour. Également, plus de 28% des répondants croient qu'il est difficile de poursuivre l'allaitement après 6 mois. Pour l'alimentation durant la grossesse et l'allaitement, 16,2% des répondants croient qu'il n'est pas bien de manger plus durant la grossesse ou l'allaitement. En revanche, pour les acteurs clés (DTC et leaders communautaires), les pratiques néfastes sont l'automédication, la méconnaissance des besoins spécifiques pour les enfants, le sevrage précoce fréquent, les grossesses rapprochées fréquentes, la méconnaissance du moment d'introduction des aliments de compléments, l'inadéquation alimentaire, l'utilisation des médicaments traditionnels, la consultation à la dernière minute, la faible pratique de la diversification alimentaire, la mauvaise pratique d'hygiène, de salubrité, de CPN, la non utilisation de la moustiquaire etc.

Quant aux impacts positifs des facteurs, il ressort que ce sont les mères mêmes (76,6%) qui s'occupent en général de leurs enfants de moins de 6 mois, même lorsqu'elles doivent aller au champ. Aussi, les répondants ont de bonnes attitudes pour ce qui est de nourrir exclusivement le bébé avec du lait maternel jusqu'à 6 mois (97%). Pour l'alimentation durant la grossesse et l'allaitement, 87,3% des répondants ont de bonnes croyances sur les risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance. De plus, 95,4% des répondants croient qu'il est essentiel de prendre du fer pendant la grossesse (CPN). Aussi, plus d'un répondant sur 2 pensent qu'il n'existe pas d'interdits alimentaires chez les enfants de 6 à 24 mois (81,2%), les femmes enceintes (69,5%) et les femmes allaitantes (90,4%).

En plus des lumières faites sur les facteurs identifiés dans cette étude, des efforts restent à faire dans le cadre du renforcement de la connaissance des populations de la zone d'étude sur l'alimentation et la nutrition des enfants de 0 à 24 mois, des femmes enceintes et allaitantes, afin de les guider à développer des attitudes visant à les orienter dans la mise en application des recommandations sur la nutrition.

5. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, des constats positifs ou négatifs ont été faits au niveau des différents sous-chapitres résultats. Ainsi, des recommandations sont formulées en fonction de ces constats afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des interventions futures du projet dans ses zones d'intervention. Ces recommandations sont les suivantes :

- Promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel exclusif à travers les mères.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif, comme par exemple l'incapacité de digestion de certains aliments par les nourrissons de moins de 6 mois.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur les autres avantages de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois et chez leurs mères.
- Intensifier la promotion de la recherche de l'aide auprès des professionnels de la santé en cas de difficulté de la mère à poursuivre l'allaitement maternel exclusif.
- Renforcer la promotion de la préparation de repas spéciaux pour les enfants de 0 à 24 mois ;
- Compte tenu de la difficulté des parents à nourrir leurs enfants de 0 à 24 mois plusieurs fois par jour, il est indispensable de renforcer leurs connaissances sur l'importance de nourrir leurs enfants plusieurs fois par jour ; idem pour les FEFA.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur l'importance de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans afin d'anticiper les cas de difficulté de la mère à poursuivre l'allaitement maternel au-delà de 6 mois, et aussi de sevrage précoce.
- Concernant les difficultés des mères à donner différents types d'aliments à leur enfant par jour, il s'agira d'intensifier la promotion de la consommation des aliments locaux, et cela à travers des démonstrations nutritionnelles à base des produits exclusivement locaux ; aussi, il s'agira de promouvoir le maraichage pour favoriser la disponibilité des légumes et fruits à tout moment de l'année.
- Intensifier les sensibilisations sur la nécessité de faire au moins 4 CPN à chaque grossesse ; de plus, sur la nécessité de consultation pour enfant sain.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur les modes d'alimentation des FEFA, et surtout de leurs intérêts pour les FEFA et leurs enfants.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur les Dangers pour la santé des petits poids de naissance dû à la sous-alimentation de sa mère.
- Renforcer les connaissances des bénéficiaires sur la malnutrition en tant que maladie ; aussi, former quelques couples (hommes et femmes ayant des enfants de moins de 24 mois) sur le dépistage de la malnutrition tout en les équipant de bande de Shakir afin qu'ils puissent appuyer le relais au dépistage communautaire actif.
- Renforcer les connaissances de la population sur les signes et les causes de la malnutrition ;
- Mettre en place des mutuelles de vivres dans chaque village pour venir en aide aux ménages qui ne mangent pas à leur faim ou mettre en place des projets de transfert monétaire en appui aux ménages nécessiteux.

- Renforcer les connaissances de la population sur les causes probables de l'insuffisance de prise de poids chez l'enfant et sur les Moyens de prévention contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 24 mois.
- Renforcer les connaissances de la population sur les signes de l'anémie, sur les risques pour la santé des femmes enceintes en cas de manque de fer dans leur alimentation, les causes et les moyens de prévention contre l'anémie ; aussi, sur les exemples d'aliments riches en fer.
- Renforcer les connaissances de la population sur les signes de la carence en vitamine A, sur les causes et les Moyens de prévention contre la carence en vitamine A ; aussi, sur les exemples d'aliments riches en vitamine A.
- Intensifier les sensibilisations communautaires sur la nécessité de consommer l'eau potable, de l'utilisation des latrines et du lavage des mains avec du savon.
- Développer des espaces d'échanges entre les villages pour le partage de leurs expériences et de leurs approches dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet.
- Renforcer les partenariats avec les radios locales pour qu'elles contribuent à la diffusion large des recommandations sur la nutrition à partir des programmes de diffusion et de table ronde.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS et autres (2011) : Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 2. Calculs
2. OMS-UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 1992.
3. Termes de références de l'étude socio-anthropologique sur la nutrition
4. Registres URENAS et URENAM des DTC
5. Rapport Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM V), 2012-2013
6. Rapport Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM VI), 2018
7. Cellule de la planification et de la statistique (CPS). Carte sanitaire du Mali. Version I. 2007-2008
8. Ministère de la santé du Mali. Politique Nationale de Nutrition (PNN)

ANNEXES

Annexes I : Tableaux secondaires

I. ALIMENTATION DES NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance à nourrir le bébé exclusivement au sein pendant six mois

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-ce bien de nourrir votre bébé exclusivement au sein pendant six mois ?						
Non, ce n'est pas bien	4	4,1	1	1,0	5	2,5
Oui, c'est bien	93	94,9	98	99,0	191	97,0
Ne sait pas	1	1,0	-	-	1	0,5

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction de la difficulté à nourrir exclusivement le bébé

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Difficulté à nourrir exclusivement le bébé						
Difficile	10	10,2	10	10,1	20	10,2
Ni facile, ni difficile	2	2,0	1	1,0	3	1,5
Pas difficile	86	87,8	88	88,9	174	88,3

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction des attitudes des mères en cas de difficultés de pratiquer l'allaitement maternel exclusif

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Attitudes des mères en cas de difficultés à nourrir exclusivement son bébé avec le lait						
Chercher de l'aide auprès des services sanitaires – médecins, infirmières, sages-femmes et autres professionnels de santé	80	81,6	87	87,9	167	84,8
Autres à préciser	16	16,3	10	10,1	26	13,2
Ne sait pas	2	2,0	2	2,0	4	2,0

2. ALIMENTATION DES ENFANTS EN BAS AGE (6-24 MOIS)

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur l'importance de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-ce bien de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour ?						
Non, ce n'est pas bien	13	13,3	13	13,1	26	13,2
Oui, c'est bien	85	86,7	86	86,9	171	86,8

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de nourrir leur enfant plusieurs fois par jour

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-il difficile pour vous de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour ?						
Difficile	40	40,8	47	47,5	87	44,2
Ni facile, ni difficile	5	5,1	4	4,0	9	4,6
Pas difficile	53	54,1	48	48,5	101	51,3

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur attitude sur l'importance d'allaiter au-delà de 6 mois

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-ce bien de continuer à allaiter un enfant au-delà de six mois ?						
Ne sait pas	2	2,0	3	3,0	5	2,5
Oui, c'est bien de continuer	96	98,0	96	97,0	192	97,5

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur difficulté de continuer à allaiter au-delà de 6 mois

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-il difficile pour vous de continuer à allaiter un enfant au-delà de six mois ?						
Difficile	23	23,5	33	33,3	56	28,4
Ni facile, ni difficile	2	2,0	1	1,0	3	1,5
Pas difficile	73	74,5	65	65,7	138	70,1

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la confiance des mères à faire le repas spécial pour son enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Avez-vous confiance en vous lorsque vous (ou votre femme s'il s'agit du mari qui répond) préparez de la nourriture pour votre enfant ?						
Oui, elle a confiance en elle-même	97	99,0	94	94,9	191	97,0
Ne sait pas	1	1,0	5	5,1	6	3,0

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de l'importance à donner différents types d'aliments à son enfant chaque jour

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-ce bien de donner différents types d'aliments à votre enfant chaque jour ?						
Non, ce n'est pas bien	-	-	2	2,0	2	1,0
Oui, c'est bien	98	100,0	97	98,0	195	99,0

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de la difficulté des parents à donner différents types d'aliments à leur enfant chaque jour

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-il difficile pour vous de donner différents types d'aliments à votre enfant chaque jour ?						
Difficile	53	54,1	59	59,6	112	56,9
Ni facile, ni difficile	2	2,0	2	2,0	4	2,0
Pas difficile	43	43,9	38	38,4	81	41,1

3. ALIMENTATION DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de l'importance de manger plus durant la grossesse et l'allaitement

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-ce bien de manger plus durant la grossesse et l'allaitement ?						
Non, ce n'est pas bien	12	12,2	17	17,2	29	14,7
Oui, c'est bien de manger plus	85	86,7	80	80,8	165	83,8
Ne sait pas	1	1,0	2	2,0	3	1,5

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un petit poids à la naissance

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, y a-t-il des risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un poids insuffisant (faible) à la naissance ?						
Non, il n'y a aucun risque	4	4,1	1	1,0	5	2,5
Oui, il y a un risque	90	91,8	82	82,8	172	87,3
Ne sait pas	4	4,1	16	16,2	20	10,2

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur l'importance de faire les CPN

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-il nécessaire de faire les CPN ?						
Ne sait pas	-	-	3	3,0	3	1,5
Oui, c'est nécessaire	98	100,0	96	97,0	194	98,5

Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité de prendre du fer pendant la grossesse (CPN)

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-il indispensable pour une femme de prendre du Fer lors de ces CPN ?						
Non, ce n'est pas indispensable	1	1,0	-	-	1	,5
Oui, c'est indispensable	96	98,0	92	92,9	188	95,4
Ne sait pas	1	1,0	7	7,1	8	4,1

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la nécessité d'emmener leur enfant sain pour la consultation

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, une mère a-t-elle besoin d'emmener son enfant sain pour la consultation ?						
Ne sait pas	7	7,1	12	12,1	19	9,6
Non, elle n'a pas besoin	6	6,1	7	7,1	13	6,6
Oui, elle a besoin	85	86,7	80	80,8	165	83,8

4. MALNUTRITION ET AUTRES CARENCES NUTRITIONNELLES

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de la dénutrition chez un enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, y a-t-il des risques pour qu'un enfant soit sous-alimenté ou dénutri (malnutrition) ?						
Ne sait pas	3	3,1	10	10,1	13	6,6
Non, il n'y a aucun risque	2	2,0	-	-	2	1,0
Oui, il y a un risque	93	94,9	89	89,9	182	92,4

Tableau XVII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur la gravité de la malnutrition chez l'enfant

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, la dénutrition est-elle grave pour la santé d'un bébé ?						
Ne sait pas	5	5,1	11	11,1	16	8,1
Oui, Grave	93	94,9	88	88,9	181	91,9

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur la gravité de la carence en fer

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, la carence en fer ou l'anémie est-elle grave ?						
Ne sait pas	2	2,1	3	3,1	5	2,6
Oui, Grave	93	97,9	93	96,9	186	97,4

Tableau XIX : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en fer

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-il difficile pour vous de préparer des repas contenant des aliments riches en fer ?						
Difficile	62	66,7	68	70,8	130	68,8
Ni facile, ni difficile	4	4,3			4	2,1
Pas difficile	27	29,0	28	29,2	55	29,1

Tableau XX : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance pour les enfants d'être atteint de la carence en vitamine A

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, y a-t-il des risques pour qu'un enfant ait le manque de vitamine A ?						
Ne sait pas	4	5,3	5	10,6	9	7,3
Non, il n'y a aucun risque	2	2,6	1	2,1	3	2,4
Oui, il y a un risque	70	92,1	41	87,2	111	90,2

Tableau XXI : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur la gravité de la carence en vitamine A

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, le manque de vitamine A est-il grave ?						
Ne sait pas	5	6,6	4	8,5	9	7,3
Non, Pas grave	1	1,3	-	-	1	,8
Oui, Grave	70	92,1	43	91,5	113	91,9

Tableau XXII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur leur difficulté à préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Est-il difficile pour vous de préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A?						
Difficile	50	70,4	34	75,6	84	72,4
Ni facile, ni difficile	2	2,8	-	-	2	1,7
Pas difficile	19	26,8	11	24,4	30	25,9

5. EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Tableau XXIII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques probables de consommation de l'eau d'une source non sûre ou protégée

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, y a-t-il des risques de consommer l'eau d'une source non protégée ou sûre ?						
Ne sait pas	1	1,0	4	4,0	5	2,5
Oui, il y a un risque	97	99,0	95	96,0	192	97,5

Tableau XXIV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur croyance sur les risques de déféquer dans la nature

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, y a-t-il des risques de déféquer dans la nature ?						
Ne sait pas	15	15,3	12	12,1	27	13,7
Non, il n'y a aucun risque	2	2,0	6	6,1	8	4,1
Oui, il y a un risque	81	82,7	81	81,8	162	82,2

Tableau XXV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés d'utilisation de latrine par certaines personnes

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, l'utilisation des latrines/toilettes est-elle si difficile pour certaines personnes ?						
Difficile	15	15,3	17	17,2	32	16,2
Ni facile, ni difficile	1	1,0	1	1,0	2	1,0
Pas difficile	82	83,7	81	81,8	163	82,7

Tableau XXVI : Répartition de l'échantillon en fonction de leur appréciation sur les difficultés à se laver les mains avec du savon

	Féminin		Masculin		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D'après vous, est-il si difficile de se laver les mains avec du savon ?						
Difficile	33	33,7	32	32,3	65	33,0
Ni facile, ni difficile	5	5,1	7	7,1	12	6,1
Pas difficile	60	61,2	60	60,6	120	60,9

Annexes 2 : Questionnaire et guides d'entretien

I. QUESTIONNAIRE D'ETUDE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE SUR LA NUTRITION

SECTION I – INTRODUCTION

Veillez lire les informations suivantes pour le ou la répondante ciblée, normalement un père ou une mère/tutrice ayant un enfant de 0 à 23,9 mois.

Bonjour! Mon nom est [_____]. Je suis ici au compte de Medicos Del Mundo dans le cadre de son projet d'Amélioration des conditions sanitaires d'accès et de qualité pour les femmes, en partenariat avec la Direction Régionale de la santé de Kayes (DRS) et le District sanitaire de Bafoulabé, sur financement de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) dont le siège est en Espagne.

Nous voudrions vous poser des questions sur les facteurs socio-culturels limitant ou favorisant l'adhésion des communautés aux pratiques et/ou comportements recommandés en nutrition.

« Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à tout ou partie des questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette étude, car votre opinion nous permettra de mieux comprendre les perceptions socioculturelles ainsi que les pratiques et comportement influençant le statut alimentaire et nutritionnel des populations de la zone d'intervention. »

Avez-vous des questions particulières ? 1=Oui 2=non

Si oui, lesquelles ? _____

Etes-vous prêtes à participer à l'enquête ? 1=Oui 2=non

Si oui, veuillez continuer l'entretien. Si non, veuillez lui remercier et arrêter l'entretien.

Pouvez-vous signer ici pour signifier votre accord ? _____

I01	Date :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 2019 (jj/mm/aa)
I02	Nom enquêteur /trice :	Nom :
I03	Aire de santé :	Nom :
I04	Village :	Nom :

SECTION 2 – CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

200	Sexe de l'enquêté (e)	<input type="checkbox"/> 1=Masculin 2=Féminin
201	Quel est votre âge ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> année
202	Quel est votre groupe ethnique ? <i>Enumérez la réponse dans les cases.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1=Malinké 2= Bambara 3= Soninké 4= Kassonké 5=Peulh 6= Maure 7=Autre à préciser.....
203	Quel est votre statut matrimonial ? <i>Enumérez la réponse dans la case. Si « Autres », veuillez préciser.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Marié (e) monogame 2= Marié (e) polygame 3=Divorcé (e) 4= Veuf (ve) 5=Célibataire 6=Autre.....
204	Quel est votre niveau d'instruction ? <i>Enumérez la réponse dans la case. Si « Autres », veuillez préciser.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Primaire 2=Secondaire 3=Universitaire 4=Alphabétisé 5=Coranique 6= Aucun 7=Autres à préciser.....

205	Date de naissance de votre dernier enfant ?	_ _ / _ _ / 20..... (jj/mm/aa)
206	Quel est l'âge de votre dernier enfant ?	_ _ mois
207	Quel est son sexe ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	_ 1=Garçon 2=Fille
208	Est-il (enfant) actuellement allaité ou a-t-il allaité par le passé ? <i>Encercler la réponse.</i>	1. Oui, actuellement allaité 2. Oui, allaité par le passé 3. Non, je n'ai jamais allaité → Question
209	Si non, quelles sont les raisons ?	_____

SECTION 3 : ALIMENTATION DES NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

La présente section concerne SEULEMENT les informations sur les enfants de 0 à 6 mois. Je vais vous poser des questions sur l'alimentation des nourrissons, de leur naissance jusqu'à l'âge de 6 mois.

301	Lorsque vous n'êtes pas à la maison ou que vous ne pouvez pas alimenter vous-même votre bébé, qui le fait en général à votre absence ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	_ 1. Père 2. Grand-mère 3. Autres à préciser.....
302	Si vous n'êtes pas là pour nourrir votre enfant, quel type d'alimentation lui est-il donné ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	_ 1. Lait maternel à la cuillère, à la tasse ou au biberon 2. Autres liquides à préciser.....
303	Quel est le premier aliment a donné à un nouveau-né ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	_ 1. Uniquement du lait maternel 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
304	Avez-vous entendu parler de l'allaitement exclusif au sein ?	_ 1=Oui 2=Non
305	Que signifie l'allaitement exclusif au sein ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	_ 1. L'allaitement exclusif au sein signifie que le nourrisson ne boit que du lait maternel et aucun autre liquide ou aliment 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
306	Jusqu'à quel âge est-il recommandé qu'une mère nourrisse son enfant seulement avec son lait ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	_ 1. De la naissance à 6 mois 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
307	D'après vous, est-ce bien de nourrir votre bébé exclusivement au sein pendant six mois ?	_ 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
308	Si non, Pouvez-vous me dire pour quelles raisons ce n'est pas bien ?	Raisons.....
309	Est-il difficile pour vous de nourrir votre enfant exclusivement au sein pendant six mois ?	_ 1. Pas difficile 2. Ni facile, ni difficile 3. Difficile
310	Si la réponse est « Difficile », Pouvez-vous me dire pour quelles raisons c'est difficile ?	Raisons.....

311	<p>Pourquoi pensez-vous que le lait maternel à lui seul suffit à nourrir les bébés de la naissance à l'âge de 6 mois ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parce que le lait maternel fournit tous les nutriments et liquides nécessaires à un bébé durant ses six premiers mois de vie 2. Parce que les bébés de moins de 6 mois ne peuvent pas digérer d'autres aliments 3. Autres à préciser..... 4. Je ne sais pas
312	<p>Quels sont les bénéfices pour un bébé, s'il ne consomme que du lait maternel durant ses six premiers mois de vie ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Croissance en bonne santé 2. Protection contre la diarrhée et d'autres infections 3. Protection contre l'obésité et d'autres maladies chroniques à l'âge adulte 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas
313	<p>Quels sont les avantages pour la santé d'une mère si elle nourrit son bébé exclusivement au sein ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cela retarde la fertilité (contraception naturelle) 2. Cela l'aide à perdre le poids pris durant la grossesse 3. Cela réduit le risque de cancer (du sein et des ovaires) 4. Cela réduit le risque de perdre du sang suite à l'accouchement (moindre risque d'hémorragie du post-partum) 5. Cela renforce la relation entre la mère et l'enfant 6. Autres à préciser..... 7. Je ne sais pas
314	<p>De nombreuses mères doivent travailler et sont séparées de leur bébé. Dans une telle situation, comment une mère peut-elle continuer à nourrir son enfant uniquement avec son lait ?</p> <p><i>Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En exprimant le lait à la main, en le stockant et en demandant à quelqu'un d'autre de le donner au bébé 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
315	<p>Si une mère a des difficultés à nourrir son enfant au sein, que devrait-elle faire pour les surmonter ?</p> <p><i>Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chercher de l'aide auprès des services sanitaires – médecins, infirmières, sages-femmes et autres professionnels de santé 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas

SECTION 4 : ALIMENTATION DES ENFANTS EN BAS AGE (6-23 MOIS)

La présente section concerne SEULEMENT les informations sur les enfants de 6 à 23 mois. Je vais vous poser des questions sur l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois.

401	<p>Quel type de repas (nom de l'enfant) a pris pendant les dernières 24 heures ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Du lait maternel 2. Autres liquides 3. Repas spécial pour l'enfant : bouillie/ soupe/ purée/Cérélac, etc. 4. Plat familial 5. Autres (préciser) :
402	<p>Combien de fois est-ce que (nom de l'enfant) a pris un repas ou une collation, c'est-à-dire consommé des aliments autres que des liquides, hier dans la journée ou la nuit ?</p>	<p>Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
403	<p>D'après vous, est-ce bien de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
404	<p>Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?</p>	<p>Raisons.....</p>

405	Est-il difficile pour vous de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
406	Veillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
407	D'après vous, est-ce bien de continuer à allaiter un enfant au-delà de six mois ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
408	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
409	Est-il difficile pour vous de continuer à allaiter un enfant au-delà de six mois ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
410	Veillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
411	Jusqu'à quel âge est-il recommandé qu'une mère allaite son enfant ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	<input type="checkbox"/> 1. 6 mois ou moins 2. 6-11 mois 3. 12-23 mois 4. 24 mois et plus (réponse correcte) 5. Autres à préciser..... 6. Je ne sais pas
412	À quel âge les enfants devraient commencer à consommer d'autres aliments, en plus du lait maternel ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	<input type="checkbox"/> 1. À 6 mois 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
413	Pourquoi est-il important de donner d'autres aliments aux bébés, en plus du lait maternel, à partir de l'âge de 6 mois ? <i>Ne lisez pas les réponses.</i>	<input type="checkbox"/> 1. Le lait maternel à lui seul n'est pas suffisant/ne peut pas apporter tous les nutriments nécessaires à la croissance d'un bébé à partir de 6 mois, le bébé a besoin davantage de nourriture en plus du lait maternel 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
414	Avez-vous confiance en vous lorsque vous (ou votre femme s'il s'agit du mari qui répond) préparez de la nourriture pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
415	Si non, Pouvez-vous me dire pour quelles raisons vous n'avez pas confiance en vous ?	Raisons.....
416	D'après vous, est-ce bien de donner différents types d'aliments à votre enfant chaque jour ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
417	Si non, Pouvez-vous me dire pour quelles raisons ce n'est pas bien ?	Raisons.....
418	Est-il difficile pour vous de donner différents types d'aliments à votre enfant chaque jour ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile ni difficile 3. Non (pas difficile)

419	Si non, Pouvez-vous me dire pour quelles raisons c'est difficile ?	Raisons.....
-----	--	--------------

SECTION 5 : ALIMENTATION DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

La présente section concerne les informations sur les femmes enceintes et allaitantes. Je vais vous poser des questions sur l'alimentation des femmes enceintes et des femmes qui allaitent.

501	D'après vous, est-ce bien de manger plus durant la grossesse et l'allaitement ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
502	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
503	Comment est-ce qu'une femme enceinte ou allaitante, en comparaison d'une femme qui ne l'est pas, devrait se nourrir de façon à bien nourrir son bébé et l'aider à grandir ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. S'alimenter davantage (Manger plus chaque jour OU Manger plus fréquemment) 2. Manger plus d'aliments riches en protéines 3. Manger plus d'aliments riches en fer 4. Utiliser du sel iodé dans la préparation des repas 5. Autres à préciser..... 6. Je ne sais pas
504	Lorsqu'une femme enceinte est sous-alimentée, elle risque d'accoucher d'un nouveau-né trop petit ou qui a un faible poids à la naissance. Quels sont les dangers pour la santé de ces bébés ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. Croissance et développement plus lents de l'enfant 2. Risques d'infections/de maladies 3. Risques de décès/mort 4. Risques de sous-alimentation/de carences en micronutriments 5. Risques de maladies à l'âge adulte/de développement de maladies chroniques à l'âge adulte (maladie cardiaque, hypertension, obésité, diabète) 6. Autres à préciser..... 7. Je ne sais pas
505	D'après vous, y a-t-il des risques pour une femme d'accoucher d'un bébé ayant un poids insuffisant (faible) à la naissance ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
506	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
507	D'après vous, est-ce grave pour un bébé d'avoir un poids insuffisant à la naissance ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, Grave 2. Non, Pas grave 3. Je ne sais pas
508	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
509	D'après vous, est-il nécessaire de faire les consultations prénatales (CPN) ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
510	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
511	Avez-vous effectué les CPN pour votre dernier enfant ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1= Oui ; 2 = Non
511a	Si oui, combien de CPN avez-vous effectué ?	Nombre <input type="checkbox"/>

512	D'après vous, est-il indispensable pour une femme de prendre du Fer lors de ces CPN ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
513	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
514	D'après vous, une mère a-t-elle besoin d'emmener son enfant sain pour la consultation ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
515	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
516	Avez-vous emmené votre dernier enfant en consultation pour enfant sain ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1= Oui ; 2 = Non
517	Existe-t-il des interdits ou tabous alimentaires pour les enfants de 0 à 6 mois dans votre localité ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Oui 2=Non
518	Si oui, lesquels	_____
519	Existe-t-il des interdits ou tabous alimentaires pour les enfants de 6 à 23 mois dans votre localité ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Oui 2=Non
520	Si oui, lesquels ?	_____
521	Existe-t-il des interdits ou tabous alimentaires pour les femmes enceintes dans votre localité ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Oui 2=Non
522	Si oui, lesquels	_____
523	Existe-t-il des interdits ou tabous alimentaires pour les femmes allaitantes dans votre localité ? <i>Enumérez la réponse dans la case.</i>	<input type="checkbox"/> 1=Oui 2=Non
524	Si oui, lesquels	_____

SECTION 6 : MALNUTRITION ET AUTRES CARENCES NUTRITIONNELLES

La présente section concerne les informations sur la malnutrition et les carences nutritionnelles des enfants et des femmes enceintes et allaitantes.

601	<p>Quels sont les signes de la malnutrition (dénutrition) ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque d'énergie/faiblesse : la personne ne peut pas travailler, étudier ou jouer normalement (incapacité) 2. Faiblesse du système immunitaire (la personne tombe facilement malade ou devient gravement malade) 3. Perte de poids/maigreur 4. Les enfants ne grandissent pas autant qu'ils le devraient (retard de croissance) 5. Autres à préciser..... 6. Je ne sais pas
602	<p>Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes sont sous-alimentées?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elles ne mangent pas suffisamment 2. La nourriture est aqueuse, ne contient pas assez de nutriments 3. Elles sont malades et ne mangent pas 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas
603	<p>Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas assez à manger ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elles n'ont pas assez d'argent pour acheter de la nourriture 2. Il n'y a pas de quoi manger/les aliments ne sont pas disponibles 3. Autres à préciser..... 4. Je ne sais pas
604	<p>D'après vous, y a-t-il des risques pour qu'un enfant soit sous-alimenté ou dénutri (malnutrition), c'est-à-dire d'arrêter de grandir ou de perdre du poids ?</p>	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
605	<p>Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?</p>	<p>Raisons.....</p>
606	<p>D'après vous, la dénutrition est-elle grave pour la santé d'un bébé ?</p>	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, Grave 2. Non, Pas grave 3. Je ne sais pas
607	<p>Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?</p>	<p>Raisons.....</p>
608	<p>Qui peut aider la mère à comprendre si son bébé grandit bien ou non ? Où peut-elle aller ?</p> <p><i>Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elle peut aller au centre de santé/demander à un médecin ou une infirmière (un professionnel de santé) (chercher des services sanitaires s'occupant du contrôle de la croissance) 2. Autres à préciser..... 3. Je ne sais pas
609	<p>Si le bébé ne prend pas de poids, quelles pourraient être les causes probables de cela ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le bébé ne mange pas bien/le bébé ne veut pas manger (apports insuffisants) 2. Le bébé pourrait être souvent malade (maladie) 3. Autres à préciser..... 4. Je ne sais pas
610	<p>Que faudrait-il faire pour prévenir la dénutrition auprès des enfants de 0 à 6 mois ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les nourrir exclusivement au sein/ne leur donner que du lait maternel 2. Aller au centre de santé/à l'hôpital et vérifier que l'enfant est en train de grandir correctement (services s'occupant du contrôle de la croissance) 3. Autres à préciser..... 4. Je ne sais pas

611	<p>Que faudrait-il faire pour prévenir la dénutrition auprès des enfants de 6 à 23 mois ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poursuivre l'allaitement maternel 2. Leur donner plus de nourriture 3. Les alimenter fréquemment 4. Leur donner de l'attention durant les repas 5. Aller au centre de santé/à l'hôpital et vérifier que l'enfant est en train de grandir correctement (services s'occupant du contrôle de la croissance) 6. Autres à préciser..... 7. Je ne sais pas
612	Avez-vous entendu parler de l'anémie par carence en fer ?	<input type="checkbox"/> 1 = Oui <input type="checkbox"/> 2 = Non
613	<p>Pouvez-vous me dire d'après quoi il est possible de reconnaître qu'une personne est anémique ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque d'énergie/faiblesse 2. Pâleur 3. Ongles recourbés ou incurvés (koïlonychie) 4. Tendance à tomber malade (moindre immunité face aux infections) 5. Autres à préciser..... 6. Je ne sais pas
614	D'après vous, la carence en fer ou l'anémie est-elle grave ?	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, Grave 2. Non, Pas grave 3. Je ne sais pas
615	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
616	<p>Quels sont les risques pour la santé des nourrissons et des enfants en bas âge en cas de manque de fer dans leur alimentation?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anémie 2. Retard de leur développement mental et physique 3. Autre 4. Je ne sais pas
617	<p>Quels sont les risques pour la santé d'une femme enceinte en cas de manque de fer dans son alimentation?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anémie 2. Risque de décès durant la grossesse ou après 3. Difficultés lors de l'accouchement 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas
618	D'après vous, y a-t-il des risques pour qu'un enfant soit anémié ou manque de fer ?	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
619	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
620	<p>Qu'est-ce qui provoque l'anémie ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un manque de fer dans l'alimentation/manger trop peu ou pas assez 2. Maladie/infection (malaria, ankylostomiase, autre type d'infection comme le VIH/sida) 3. Saignements abondants durant les règles 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas
621	Comment peut-on prévenir l'anémie ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manger/donner à manger des aliments riches en fer/avoir une alimentation riche en fer 2. Manger/donner à manger des aliments riches en vitamine C durant ou juste après les repas 3. Prendre/donner des suppléments de fer s'ils ont été prescrits 4. Traiter les autres causes de l'anémie (maladies et infections) /Demander l'aide de professionnels de santé

	<i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	5. Poursuivre l'allaitement (pour les nourrissons entre 6 et 23 mois) 6. Autres à préciser..... 7. Je ne sais pas
622	Pouvez-vous citer des exemples d'aliments riches en fer ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. Viandes 2. Abats (foie, rognons, cœur...) 3. Poissons et fruits de mer 4. Insecte (larves d'insectes, fourmis rouges, sauterelles, criquets, chenilles...) 5. Feuilles vertes 6. Autres à préciser..... 7. Je ne sais pas
623	Est-il difficile pour vous de préparer des repas contenant des aliments riches en fer?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
624	Si difficile ou ni facile, ni difficile, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
625	Avez-vous entendu parler de la carence en vitamine A ou du manque de vitamine A?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non
626	Pouvez-vous me dire d'après quoi il est possible de reconnaître qu'une personne a un manque de vitamine A dans l'organisme ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. Faiblesse/sensation d'avoir moins d'énergie 2. Tendance à tomber plus facilement malade (moindre immunité face aux infections) 3. Problèmes oculaires : cécité nocturne (incapacité de voir au crépuscule et dans la pénombre), sécheresse oculaire, lésions à la cornée, cécité 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas
627	D'après vous, y a-t-il des risques pour qu'un enfant ait le manque de vitamine A ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
628	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
629	D'après vous, le manque de vitamine A est-il grave ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, Grave 2. Non, Pas grave 3. Je ne sais pas
630	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
631	Qu'est-ce qui provoque un manque de vitamine A dans l'organisme ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. Une alimentation peu variée 2. Le fait de consommer trop peu de nourriture/de ne pas manger beaucoup (faible apport alimentaire) 3. Autres à préciser..... 4. Je ne sais pas
632	Quels sont les moyens de prévenir un manque de vitamine A dans l'organisme ? <i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i>	1. Manger/donner à manger des aliments riches en vitamine A/avoir une alimentation riche en vitamine A 2. Manger/ donner à manger des aliments enrichis en vitamine A 3. Prendre/donner des suppléments/de la poudre de vitamine A 4. Autres à préciser..... 5. Je ne sais pas

633	Pouvez-vous citer des exemples d'aliments riches en vitamine A? <p style="text-align: center;"><i>Plusieurs réponses possibles. Ne lisez pas les réponses.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aliments d'origine animale (foie, rognons, cœur, jaune d'œufs, produits laitiers...) 2. Légumes de couleur orange (Patate douce à chair orange, carotte, poivron, courge...) 3. Légumes verts (amarantes ou M'Bron en Bamanan, épinards, feuilles de manioc, chou vert, autres légumes à feuilles verts) 4. Fruits de couleur orange ou jaunes, autres que les agrumes (mangue mûre, papaye mûre, melon, abricot...) 5. Huile de palme rouge 6. Aliments enrichis en vitamine A 7. Lait maternel 8. Autres à préciser..... 9. Je ne sais pas
634	Est-il difficile pour vous de préparer des repas contenant des aliments riches en vitamine A ?	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
635	Si difficile ou ni facile, ni difficile, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....

SECTION 7 : EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

La présente section concerne les informations sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans le ménage.

701	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau de boisson utilisée actuellement par votre ménage ? <p style="text-align: center;">Encerclez la principale source D'approvisionnement en eau de boisson</p>	<ol style="list-style-type: none"> 01 = Robinet (dans le logement, la cour/concession) 02 = Borne fontaine / Fontaine public 03 = Eau minérale (en bouteille/en sachet) 04 = Puits à pompe ou Forage 05 = Puits aménagé/protégé 06 = Eau de source protégée 07 = Eau de pluie 08 = Camion-citerne 09 = Charrette avec citerne/tonneau 10 = Puits non aménagé/protégé 11 = Eau de source non protégée 12 = Eau de surface (rivières, barrages, lacs, mares, fleuves, canaux d'irrigation) 13 = Autre _____
702	D'après vous, y a-t-il des risques de consommer l'eau d'une source non protégée ou sûre ?	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
703	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
704	Est-ce que vous faites quelque chose pour traiter votre eau de boisson pour la rendre potable ?	<input type="checkbox"/> 1=Oui <input type="checkbox"/> 2=Non → Question 604
705	Quelle méthode de traitement utilisez-vous ? <p style="text-align: center;">Plusieurs réponses à cocher. NE LISEZ PAS LES RÉPONSES.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solution de chlore (eau de javel) 2. Bouillir 3. Filtrer à travers le tissu 4. Utiliser un filtre à l'eau 5. La désinfection solaire 6. Laisser l'eau se décanter 7. Autres à préciser..... 8. Ne sait pas

706	Avez-vous une latrine/toilette dans votre ménage ?	<input type="checkbox"/> 1=Oui 2=Non → Question 604
707	D'après vous, y a-t-il des risques de déféquer dans la nature ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, il y a un risque 2. Non, il n'y a aucun risque 3. Je ne sais pas
708	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
709	D'après vous, l'utilisation des latrines/toilettes est-elle si difficile pour certaines personnes ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
710	Si difficile ou ni facile, ni difficile, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
711	A quel moment vous l'avez-vous les mains ? Ne pas lire les réponses. <i>Encerlez-la ou les réponses</i>	1. Avant de préparer les repas 2. Avant de faire manger l'enfant 3. Au sortir des toilettes / Après les selles 4. Après avoir nettoyé l'enfant qui était aux toilettes 5. Avant de manger ou de donner à manger 6. Après le manger 7. Jamais
712	D'après vous, est-il si difficile de se laver les mains avec du savon ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui (difficile) 2. Ni facile, ni difficile 3. Non (pas difficile)
713	Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....

FIN DE L'INTERVIEW !
Agent de collecte : vérifier le questionnaire.
Merci pour votre attention !

2. GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES LEDERS COMMUNAUTAIRE DE L'ETUDE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE SUR LA NUTRITION

SECTION I – INTRODUCTION

101	Date :	_ _ / _ _ / 2019 (jj/mm/aa)
102	Nom enquêteur /trice :	Nom :
103	Commune :	Nom :
104	Aire de santé :	Nom :
105	Commune :	Nom :
106	Village :	Nom :
107	Nom du répondant :	Nom :
108	Profil du répondant :	_____

SECTION 2 – QUESTIONS DE DISCUSSION

201	D'après vous, que signifie la malnutrition ou qu'entendez-vous parler de la malnutrition ?	_____ _____
202	Quelles sont les formes de la malnutrition que vous connaissez ou que vous avez entendu parler ?	_____ _____
203	D'après vous, quelles sont les causes de la malnutrition ?	_____ _____
204	D'après vous, la malnutrition est-elle fréquente chez les garçons que chez les filles ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
205	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
206	D'après vous, quelles sont vos impressions voire vos sensations sur la santé des enfants dans votre localité ?	_____ _____
207	D'après vous, quelles sont vos impressions voire vos sensations sur la croissance des enfants dans votre localité ?	_____ _____
208	D'après vous, quelles sont les pratiques ou croyances qui constituent un frein ou un blocage à l'amélioration de la situation nutritionnelle des communautés ?	_____ _____ _____
209	D'habitude, quels sont les gestes que vous effectuez devant un cas de malnutrition dans votre localité ?	_____ _____
210	Quelles sont les raisons qui vous emmènent à faire ces gestes ?	_____ _____

211	D'après vous, quelles sont les pratiques traditionnelles adoptées par les communautés pour l'alimentation des enfants de 0 à 59 mois et des femmes enceintes et allaitantes ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
212	D'après vous, quels sont les impacts voire les conséquences des facteurs socio-culturels sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes ?	<hr/> <hr/>
213	Dans votre contexte, comment vous prévenez et/ou traitez la malnutrition ?	<hr/> <hr/>
214	D'après vous, que signifie l'anémie ou le manque de fer dans l'organisme ?	
215	D'après vous, quel est le lien entre l'anémie et l'alimentation ?	

FIN DE L'INTERVIEW !
Agent de collecte : vérifier le questionnaire.
Merci pour votre attention !

3. GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES DTC DE L'ETUDE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE SUR LA NUTRITION

SECTION 1 – INTRODUCTION

101	Date :	_ _ / _ _ / 2019 (jj/mm/aa)
102	Nom enquêteur /trice :	Nom :
103	Commune :	Nom :
104	Aire de santé :	Nom :
105	Commune :	Nom :
106	Village :	Nom :
107	Nom du répondant :	Nom :
108	Profil du répondant :	_____

SECTION 2 – QUESTIONS DE DISCUSSION

201	D'après vous, quelle est la perception ou impression de la population sur la malnutrition ?	_____ _____
202	Quelles sont leurs (population) réactions ou attitudes face à un cas de malnutrition ?	_____ _____
203	D'après vous, quelles sont les pratiques socio-culturelles courantes ou les croyances dans votre aire de santé qui constituent un frein à l'amélioration de la situation nutritionnelle des communautés ?	_____ _____ _____
204	D'après vous, les cas de malnutrition sont-ils fréquents dans votre aire de santé ?	<input type="checkbox"/> 4. Oui 5. Non
205	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....
206	D'après vous, quel est le sexe des enfants le plus affecté par les cas de malnutrition dans votre aire de santé ?	<input type="checkbox"/> 1. Garçon 2. Fille
207	Quelles sont les raisons de cela ?	_____
208	D'après vous, les parents des enfants admis dans des programmes de prise en charge de la malnutrition sont-ils patients jusqu'à la guérison totale de l'enfant ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui 2. Non
209	Si Oui ou Non, Veuillez justifier votre réponse ?	Raisons.....

FIN DE L'INTERVIEW !
Agent de collecte : vérifier le questionnaire.
Merci pour votre attention !