

**Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi**

**Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako**



**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**



**DER de Santé Publique et Spécialités**

**N° ..... DERSP/FMOS/USTTB**

**TITRE : DIAGNOSTIC QUALITATIF SUR LES PRATIQUES ALIMENTAIRES ET  
NUTRITIONNELLES DES MENAGES SUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS EN  
MILIEU AGROPASTORAL DANS LES COMMUNES DE BOUREM ET DE TABOYE  
CERCLES DE BOUREM**

**Enseignants encadrateurs:**

M. Seydou Diarra : sociologue DRSP

Dr Alpha Guitteye : Directeur du RESADE

**Présenté par** Dr Fatoumata KONATE

**Candidate MPH2/Nutrition**

## Table des Matières

INTRODUCTION.....	2
2. Problématique .....	7
3 ; QUESTIONS DE RECHERCHE .....	8
4. HYPOTHESE DE RECHERCHE : .....	8
1. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	9
6. METHODOLOGIE.....	10
6.1. Chapitre : Démarche méthodologique .....	10
6.2. Zone de l'étude .....	10
6.3. Les cibles de l'étude.....	11
6.4 La période de l'étude : Octobre à Novembre 2015 .....	11
6.5 Revue de la littérature .....	11
6.5 Echantillon.....	11
7.CADRE DE REFERENCE.....	14
8 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	17
9 COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	27
10 CONCLUSION.....	29
11 RECOMMANDATIONS .....	30
12. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	31

## 1. INTRODUCTION

Typique à la région du Sahel, le Mali est souvent victime de catastrophes périodiques due aux aléas climatiques, particulièrement la sécheresse, et des dégâts des prédateurs (ex. oiseaux, insectes comme criquets migrateurs). Depuis plus de dix ans, il est confronté à une série de crises alimentaires et nutritionnelles causant une dégradation de la situation alimentaire et nutritionnelle des populations. Cette situation de crise alimentaire a été particulièrement ressentie chez les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes) à travers l'augmentation du taux de malnutrition aigüe et particulièrement dans les zones de GAO 14% SMART 2011. (2)

Par ailleurs, depuis le début de l'année 2012, le pays est confronté à une crise socio-politico-économique qui a causé des perturbations au niveau des systèmes de production et de commercialisation, un déplacement de populations des régions du Nord vers celles du Sud, ainsi qu'une pression sur les familles hôtes, aggravant une situation de vie déjà précaire pour ces familles. Compte tenu de cette situation de crise, le taux de pauvreté qui était de 46,6% juste avant la crise de 2012 (3), risque donc d'augmenter.

Une étude conduite en 2014 avait démontré que 25% des ménages étaient confrontés à l'insécurité alimentaire (4). Les autres études conduites avant 2011 faisaient ressortir que la population Malienne s'approchait de l'autosuffisance alimentaire au niveau national. Cependant, les récentes crises alimentaires et la situation politique viennent de changer sérieusement les conditions de vie, rendant les populations les plus vulnérables à risque d'insécurité alimentaires et de pauvreté. En général, le manque de diversification dans la production alimentaire avec 20% des ménages agricoles ne cultivant que des cultures d'autoconsommation, minimise la disponibilité des aliments au niveau des ménages (5).

La période de soudure pendant laquelle les ménages ressentent des difficultés pour subvenir à leurs besoins alimentaires intervient pendant la saison pluvieuse ce jusqu'à la récolte. Cela varie en fonction de la région. Au nord, la période de soudure commence en mai, et au sud la soudure commence en juin et juillet. (4). La période de récolte est généralement en septembre.

Au Mali il y a peu de variations concernant les sources des besoins énergétiques de la population. Les céréales (riz, millet, sorgho, maïs) contribuent le plus à la couverture des besoins énergétiques et constituent le principal aliment de base (71%) de la population Malienne dans toutes les zones (4). Les céréales sont communément consommées avec un accompagnement de sauces composées de légumes avec des morceaux de viande ou poisson, des feuilles. Les produits d'origine animale sont consommés dans la sauce ou grillés séparément. Dans les zones plus au sud, une variété profonde d'aliments comme les bananes plantains, tubercules, pomme de terre et différents légumes sont aussi consommés. Cependant, dans les régions du sud, la viande et le lait sont très peu consommés, contrairement au nord, où le lait et la viande de bœuf ou des petits ruminants sont consommés fréquemment (4).

Les problèmes nutritionnels sont responsables de façon directe ou indirecte de la morbidité et de la mortalité du nourrisson et du jeune enfant. Ainsi, plus d'un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde est attribuable à la malnutrition. Une nutrition adéquate est donc indispensable à la survie mais également à la croissance et au bon développement mental de l'enfant. La malnutrition a également des conséquences sur la productivité et l'état de santé à l'âge adulte, le développement économique et se perpétue de génération en génération (6). Les causes de la malnutrition sont multifactorielles et liées, entre autres, à la sécurité alimentaire des ménages, aux pratiques inadéquates de soins, à un environnement socio-sanitaire inapproprié et aux maladies (2).

### *Situation sanitaire et nutritionnelle et ses enjeux au Mali*

Au Mali, selon EDSMV 2013 la mortalité infantile est estimée à 56 ‰ et la mortalité infanto-juvénile à 95 ‰. Les risques de décès des jeunes enfants sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (113 ‰ contre 64 ‰) (8). Bien que les taux de mortalité infanto-juvénile sont parmi les plus élevés au monde, les résultats des enquêtes nationales (EDS) ont montré que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué régulièrement depuis 1989.

Concernant la situation nutritionnelle, elle reste un problème récurrent au Mali depuis plusieurs années et la crise sécuritaire que traverse le pays risque fortement d'aggraver la situation nutritionnelle des groupes vulnérables surtout dans les zones où le conflit persiste (GAO, Tombouctou,) qui avaient déjà atteint dépassés les seuils d'alerte de 10% de l'OMS (17,4%

pour Tombouctou et 15% pour GAO) SMART 2015 (9). En plus, 80% d'enfants de 6-59 mois sont touchés par l'anémie dont 26% souffrent d'anémie modérée, et 4% d'anémie sévère (9). Du point de vue de l'âge, c'est entre 9 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (82 %) (9). C'est la période (voir ci-dessous) pendant laquelle beaucoup d'enfants ne bénéficient pas d'une alimentation de complément adéquate en quantité et en qualité.

Pour comprendre ces taux de malnutrition élevée chez les jeunes enfants, il est important d'examiner, entre autres, les pratiques alimentaires des ménages, le comportement et l'attitude des mères, la situation d'allaitement et les pratiques d'alimentation complémentaire.

Au Mali, seuls 38% des nouveau-nés sont allaités dans l'heure ayant suivi la naissance (8). Dans le groupe d'âge des 0-5 mois, seulement un enfant sur trois (32%) a bénéficié d'un allaitement exclusif (8). L'étude MICS 2010 a montré que l'introduction d'autres liquides, surtout l'eau a lieu à un âge trop jeune par rapport aux recommandations internationales sur la période d'introduction d'autres aliments liquides aux jeunes enfants. Spécialement, les résultats d'étude MICS 2010 montrent que 45% des enfants de 0-1 mois et 60% des enfants entre 4-5 mois consomment déjà de l'eau (10). Les autres aliments introduits de façon précoce avant l'âge de 6 mois sont selon leur importance des liquides à base du lait (ex. la bouillie composée des céréales), les préparations spécifiques pour nourrissons (ex. bouillie fournie à base de légumes), les aliments riches en protéines (poudre de poisson, jaune d'œuf) ou riches en tubercules, et autres suppléments solides ou semi-solides.

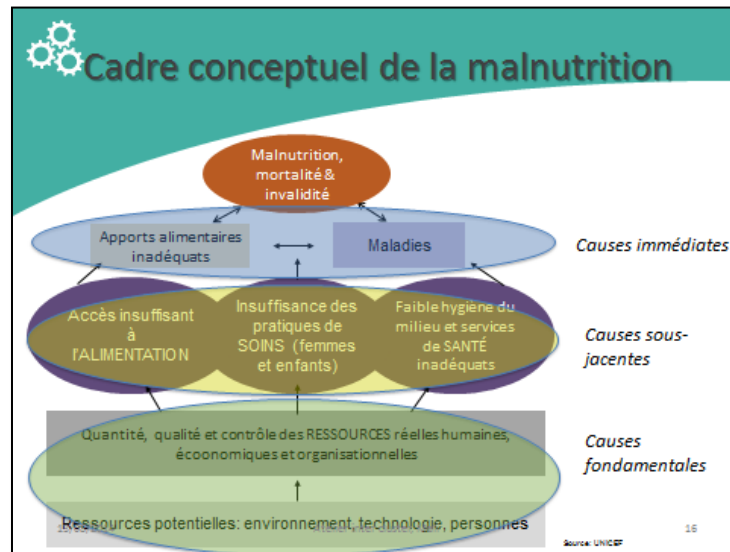
C'est dans ce contexte que, le Gouvernement Malien, avec l'appui de ses partenaires notamment la FAO a choisi de mettre en œuvre le projet *Renforcement de la résilience des moyens d'existence des agriculteurs et agropasteurs ménages touchés par la crise de la sécurité et le changement climatique*, dans la région de GAO respectivement dans les cercles de Bourem et de GAO où le taux d'insécurité alimentaire était très élevées mais aussi le taux de malnutrition des enfants étaient aussi alarmants.

Au-delà de l'objectif d'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des femmes et des enfants cibles du projet, il s'agit aussi de proposer un paquet d'interventions nutritionnelles au niveau communautaire visant à améliorer les pratiques et comportements alimentaire afin réduire la prévalence de la malnutrition.

- **La justification du choix de notre thème**

L'enfant constitue l'espoir de toute famille dans cette perspective les pratiques d'alimentation et nutritionnelle des enfants se présente dans nos communautés comme étant une stratégie de diminution de la morbidité voire la létalité des enfants de moins de 5 ans.

Environ près de 20 millions d'enfants de moins de cinq ans sont atteints de malnutrition aiguë sévère à travers le monde. Cependant la majorité écrasante de ces enfants malnutris habitent sur continents d'Asie australe et d'Afrique au Sud du Sahara. Selon l'enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V) la malnutrition aiguë globale (modérée et sévère) touche 15 % de la population malienne.



**FIGURE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA MALNUTRITION**

## 2. Problématique

La campagne 2013-14 agropastorale a été marquée par une baisse de production en raison d'une arrivée tardive de la saison des pluies. Par conséquent, comme prévu, la période de soudure a commencé plus tôt que d'habitude. Les zones de pâturage pour le bétail se sont rapidement épuisées, ce qui a conduit à une transhumance précoce. Globalement, pour faire face à cette situation, les ménages des régions du Nord du Mali ont dû acheter plus de produits alimentaires de base sur le marché, et cela dans un contexte de hausse des prix des céréales.

L'étude sur l'évaluation de la sécurité alimentaire (EFSA) au Nord du Mali réalisée en 2013 a montré que 72,5% des ménages étaient en insécurité alimentaire dont 30% sous la forme sévère. (11) Un récent rapport du Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine (FEWS NET) paru en mai 2014 sur l'évaluation de l'état d'avancement de la campagne agricole confirme cette situation. En effet, l'insécurité alimentaire dans les zones de moyens d'existence 3 et 4 (zones pastorales et agropastorales - y compris celles du Nord - a été classée en phase "stress" (Phase 2 selon la Classification intégrée des Phases de sécurité alimentaire (IPC).

Le pays est aussi confronté à des prévalences élevées des différentes formes de la malnutrition, notamment dans le groupe des enfants de moins de 5 ans. En effet, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012-2013, l'insuffisance pondérale touche 27,5% des enfants de ce groupe, tandis que la malnutrition aigüe affecte 13% et le retard de croissance, 41,9%. (8) avec un accent particulier dans les régions du Nord.

En plus de l'insécurité alimentaire et la malnutrition, il faut noter le fait que les ménages des Régions du Nord font déjà face à une longue crise complexe sociopolitique et sécuritaire qui a un impact négatif sur leur pouvoir d'achat et leur sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Pour pallier ce problème, depuis janvier 2013, le Gouvernement du Mali en collaboration avec ses partenaires notamment la FAO appuie les populations à travers des interventions d'urgence. C'est dans ce contexte qu'est mis en œuvre le projet de ***Renforcement de la résilience des moyens d'existence des agriculteurs et agropasteurs ménages touchés par la crise de la sécurité et le changement climatique.***

Ce projet contribuera au soutien des populations vulnérables dans la région de Gao et les aidera à mieux répondre aux crises agropastorales, en protégeant et restaurant leurs moyens de subsistance, contribuant aussi à la construction de leur résilience durable.

L'un des objectifs visés est aussi de prévenir durablement la malnutrition chronique. Pour ce faire, une étude des pratiques alimentaires et nutritionnelles dans la zone cible sera réalisée. Cela permettra d'obtenir une analyse qualitative des déterminants de l'alimentation au niveau du ménage, de la communauté de façon générale et en particulier la nutrition des femmes en âge de procréer et des jeunes enfants afin de mettre en œuvre des stratégies et des outils de communication pour des interventions efficaces et adaptées aux différents contextes.

### 3 ; QUESTIONS DE RECHERCHE

Les pratiques des communautés en milieu agropastoral ont-ils un impact positif ou négatif sur :  
L'alimentation des ménages ? L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ou allaitantes

#### 4. HYPOTHESE DE RECHERCHE :

Les Pratiques alimentaires et nutritionnelles des communautés agropastorales jouent un rôle très important dans la santé et la nutrition des enfants moins de 5 ans.

##### **Elucidation conceptuelle :**

**Attitudes :** dispositions qu'a un individu à produire un comportement.

**Comportements :** l'ensemble des réactions observables chez un individu qui agit en réponse aux stimuli venu de son milieu intérieur ou extérieur.

**Connaissances :** les idées dont dispose un individu pour comprendre et percevoir les pratiques de l'alimentation et de nutrition.

**Commune rurale :** espace géographique (villages, fractions) où les habitants sont administrés par une autorité municipale (maire et conseillers).

**Aire culturelle :** elle est comprise comme une zone géographiquement circonscrite avec des groupes ethniques (par exemple songhays, peulhs bozos et tamasheqs) qui possèdent ont un système de croyances, de religions et de culture.

**Les donneurs de soins :** dans ce contexte cette notion recouvre tous les acteurs (père, oncle, tante, collatéraux) qui dispensent des soins aux enfants en détresse.



**Diagnostic Communautaire :** Le diagnostic est un processus de participation et de collaboration entre les communautés. C'est un instrument d'analyse, de connaissance, mais aussi de changement

**Pratiques alimentaires :** est une pratique sociale concernant l'alimentation humaine qui peut être d'origine culturelle, religieuse ou idéologique.

**Pratiques nutritionnelles :** c'est l'ensemble des procédés visant l'amélioration des connaissances nutritionnelles, d'hygiènes, de comportement alimentaires au sein d'une communauté.

**Milieu agropastoral :** espace géographique où cohabitent les éleveurs et les agriculteurs.

## 1. OBJECTIF DE L'ETUDE

### **5.1. Objectif Principal**

Etudier les pratiques alimentaires et nutritionnelles des ménages chez les mères et les enfants de moins de 5 ans dans les communes de Taboye et de Bourem.

### **5.2 Objectifs spécifiques**

- 1- Identifier les donneurs de soins qui sont impliqués dans d'alimentation des enfants de moins de 5 ans,
- 2- Décrire les pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire des enfants de moins 5ans,
- 3- Examiner les facteurs économiques et socioculturels, qui influencent les pratiques d'alimentation au niveau des ménages à l'échelle communautaire,
- 4- Décrire la perception des ménages sur les aliments disponibles, le bon statut nutritionnel et la malnutrition,
- 5- Identifier les systèmes de communication traditionnels et modernes qui influencent le changement de comportement des pratiques d'alimentation,

## 6. METHODOLOGIE

### 6.1. Chapitre : Démarche méthodologique

Pour ce qui nous concerne, nous allons essentiellement mener nos investigations par l'administration de la méthode d'approche qualitative qui se construira autour de la technique d'entretien individuelle et la technique participative d'enquête. C'est-à-dire la méthodologie consistera principalement en une approche anthropologique qui va nous permettre d'avoir une compréhension fine des faits constatés. L'enquête a été faite par une approche transversale à un seul passage, elle a couvert des zones agropastorales des communes de Bourem auprès des parents (mères) et des enfants de moins de 5ans, des agents de développement, des autorités politiques, administratives et coutumières.

La présente étude se déroulant dans les aires culturelles des communes du cercle de Bourem. La notion d'aire culturelle est ainsi définie par des spécialistes en anthropologie sociale et culturelle. Selon BERIDOGO (1979)<sup>1</sup> : «*On entend par aire culturelle, non pas seulement une ethnie, un espace géographique ou une culture, mais plutôt la combinaison des trois* ».

. Le choix des sites a été fait selon les critères suivants :

- l'importance des groupes ethniques (groupe ethnique dominant),
- Existence d'un marché
- la présence d'une structure de santé (fonctionnel ou non),
- l'existence d'activité de promotion de la santé ou non.

Lors des missions sur les sites, le recueil des données a été fait grâce à des grilles de recueil ad hoc, élaborées par le RESADE, complétées et validées par les commanditaires.

Les discussions et interviews porteront sur les pratiques d'alimentation, de nutrition des enfants et des femmes et du ménage, la dynamique du marché, le recours aux soins, les stratégies de communication:

### 6.2. Zone de l'étude

La présente étude sera mise en œuvre dans le cercle de Bourem (communes de Bourem et de Taboye).

---

<sup>1</sup> . Les classes et les couches sociales au Mali, Mémoire de DEA, Université René Descartes, Paris V, 1979

### **6.3. Les cibles de l'étude**

#### **a) Cibles primaires**

L'information a été collectée auprès : des mères ayant : des enfants de zéro à cinq ans, des femmes enceintes et allaitantes, des grand- mères, des chefs de famille.

#### **b) Cibles secondaires :**

Il s'agit des informateurs clés qui sont :

les leaders communautaires (chefs de quartier, chefs religieux) ;les autorités administratives et politiques, les maires et conseillers, les députés ;les tradi praticiens (guérisseurs, guérisseuses, féticheurs, marabouts, chasseurs, etc.) ;les travailleurs communautaires (accoucheuses traditionnelles, aide soignants et relais communautaires) ; les communicateurs traditionnels ;les Organisations de la Société Civile (ONG, Associations) ; les agents de santé (médecins, infirmiers, sages- femmes, etc.).

### **6.4 La période de l'étude : Octobre à Novembre 2015**

### **6.5 Revue de la littérature**

Dans le cadre de notre étude, nous avons senti l'impérieuse nécessité de procéder à une revue des ouvrages dont les auteurs ont abordé le thème de la pratique alimentaire et de la malnutrition. Au nombre de ces ouvrages, nous avons exploité (CF bibliographique) :

### **6.5 Echantillon**

Pour la réalisation de cette étude, en fonction du temps disponible, des critères décrits dans l'approche méthodologique et de commun accord avec la représentante du commanditaire nous avons choisi deux villages par commune soit au total 4 villages. Pour rester dans le temps imparti à l'étude, nous avons aussi décidé d'avoir dans chaque commune un focus avec les hommes et les femmes et des entretiens individuels. Les villages visités sont listés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1 : les sites d'enquêtes**

<b>Cercle</b>	<b>Communes</b>	<b>Villages</b>	<b>Activités</b>
<b>Bourem</b>	<b>Bourem</b>	Baria	Focus avec les hommes
		Bourem Foghas	Focus avec les femmes
	<b>Taboye</b>	Taboye	Focus avec les femmes
		Wani	Focus avec les hommes

## ***6.6. Techniques et outils de collecte des données***

### **a) Les techniques**

Le recueil d'information est axé sur:

**\*La recherche documentaire :**

**\* Les entretiens individuels ouverts et semi structurés**

Le diagramme de Venn est outil MARP qui permet d'identifier selon la vision des populations les personnes intéressées par les problèmes d'alimentation et de nutrition de l'enfant dans les villages et d'analyser les interactions entre elles.

**\* Les discussions focalisées de groupe**

Dans chaque site, un groupe de discussions focalisées (6 à 12 personnes) a été réalisé. Les groupes étaient constitués par les femmes et par les hommes. Dans le recrutement des participants nous allons tenir compte de l'hétérogénéité du tissu social de chaque site.

### **b) Les outils de collecte de données**

Les outils utilisés pour répondre aux objectifs de l'étude sont ceux de la MARP notamment un canevas pour la cartographie sociale, un canevas pour l'entretien individuel et un canevas pour le groupe de discussion focalisé (voir annexe numéro de l'annexe 2).

## ***6.7. Analyse et traitement des données***

Après le travail des enquêteurs, nous allons recourir à deux méthodes d'analyse : l'analyse de contenu pour toutes les données textuelles qui ont été produites à partir de l'enquête et la théorisation ancrée qui a été utilisée pour répondre à des questions spécifiques précises.

### **a) L'analyse de contenu**

Notre choix pour cette méthode s'explique par la diversité de nos informations. Aussi, l'analyse de contenu a permis de dégager le contenu manifeste ou latent des informations recueillies. Elle a été réalisée avec toute la rigueur propre à cette méthode à travers:

- la transcription de toutes les données enregistrées
- la saisie des données;
- la vérification de la complétude des données ;
- le contrôle de la qualité et la validité des données ;
- l'organisation des données par catégorie pour un début de conceptualisation ;

- la construction de grandes catégories comme des rubriques essentielles pour l'analyse du rapport ;
- l'amorce de l'analyse proprement dite de contenu.

#### **b) La théorisation ancrée**

C'est un outil qui permet de mesurer les écarts entre les discours et les pratiques et la conformité de ces pratiques avec les pratiques souhaitées. Il s'agit surtout de ressortir les repaires comportementaux des communautés en matière l'alimentation de la femme et de l'enfant.

### **6.8. Limites et apport de l'étude :**

Les limites de présente méthodologie sont en lien avec les outils utilisés. En effets, les outils de diagnostic participatif sont suffisamment sensibles pour collecter les données superficielles mais limités pour aller en profondeur

#### **a. Considérations éthiques**

##### **Consentement libre et éclairé :**

Le protocole de l'étude a obtenu l'approbation et l'accord des autorités coutumières et administratives et communales de Gao et de Bourem. Les chefs de famille, de ménage et des mères d'enfants ont participé aux enquêtes de façon volontaire avec d'adhésion aux informations précises sur les objectifs de notre étude. Les participants, suite à l'obtention de leur consentement oral, ont répondu aux questions

##### **Protection des participants :**

L'accent a été mis sur l'intérêt des participants et non aux résultats de la science, c'est-à-dire que la sécurité de chaque adhérent à l'étude a été prioritaire aux avantages que la population locale pourra prétendre au cours de l'enquête

##### **Confidentialité :**

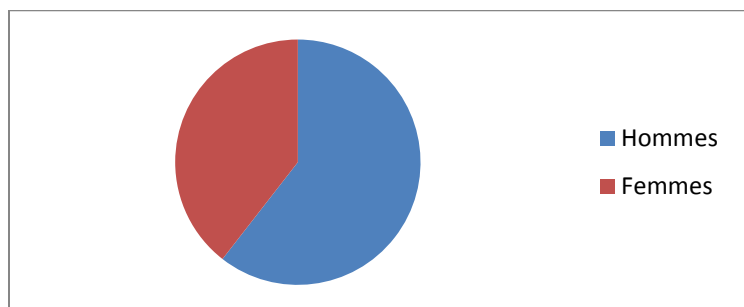
Les informations recueillies librement seront confidentielle, elles ne pourraient pas être portées à la connaissance des individus n'ayant pas pris part à l'étude, au point de porter préjudice aux participants. Les informations données seront conservées et utilisées dans le strict respect de leur confidentialité, elles seront conservées en des lieux sûrs de sorte qu'aucune personne extérieure n'y aura accès en dehors du consentement du participant.

## 7. CADRE DE REFERENCE

### ▪ Caractéristiques des enquêtés et des sites visités

Au total 38 personnes ont été rencontrées dans les 2 communes (Taboye et Bourem) et 4 villages (Bourem Foghas, Baria, Wani et Taboye) et à travers des 12 entretiens individuels et 4 focus group de discussion. Il y a eu 15 femmes et 23 hommes. Les hommes étaient plus accessibles aux entretiens individuels que les femmes.

Les focus étaient hétérogènes avec différents niveaux profession (enseignant, maire, notable retraité, chef de village, travailleurs sociaux, agents de santé, Imam...)



### a) Organisation des villages et fractions

Au niveau des villages, des fractions et quartiers, il y a des chefs et des conseillers. L'organisation administrative et la gouvernance locale au niveau des villages est sous la responsabilité des chefs de villages. Ces derniers sont en général nommés dans une succession familiale, mais leurs conseillers sont élus par les villageois.

Ces leaders communautaires sont les garants de la cohésion sociale et de l'entente au niveau des villages. Nulle part il n'a été question de sectes ou de communautés fermées. Au niveau des différents villages « *les populations se sentent soudées comme une seule famille* ». Ils ont tous les mêmes comportements face à l'alimentation. Les autorités villages et politiques sont solidaires en ce qui concerne l'approvisionnement et la disponibilité des aliments. Ils travaillent en étroite collaboration avec les autorités communales et les services techniques présents dans la localité.

### b) Les services sociaux de base

#### • Education :

Toutes les communes disposent d'une école de 1<sup>er</sup> cycle et de second cycle. Il y a aussi dans certaines localités des centres d'éducation pour le développement et des centres d'alphabétisation. Cependant il est à signaler que depuis la crise, beaucoup d'école ne

fonctionnent pas due par l'insuffisance de maîtres, de salle de classe, de matériels didactiques et d'équipement mais surtout l'insécurité grandissante dans ses zones.

- **Communication :**

Il y a des radios FM dans certaines localités ( Wani, Gao, ) qui véhiculant toutes les informations dont celles sur la santé à travers les avis d'invitation des parents sur l'exécution des programmes de vaccination de nutrition etc. Les radios couvrent des rayons d'environ 25 à 30 Km. Les villages reçoivent aussi les émissions de l'ORTM (TV et Radio). Le téléphone aussi permet de partager l'information

A côté de la communication moderne, il existe le réseau traditionnel (les griots ou hommes de caste, qui transmettent l'information de bouche à oreille, ou à travers les mosquées)

- **Transports :**

L'accessibilité des villages se fait par voie fluviale et routière (motos, autos, charrettes) pendant toute l'année malgré l'état des routes et des pistes rurales.

- **Arts et la culture :**

La culture traditionnelle songhoi est beaucoup influencée par la culture arabo-musulmane à travers l'architecture, les cérémonies de mariage, de baptême de circoncision. L'habitat est surtout traditionnel de type soudano sahélien adapté aux conditions climatiques de la zone.

Le potentiel culturel et artistique de la zone est très riche avec une tendance à la revalorisation par l'organisation de festival notamment le festival de Wani.

- **Structure de santé :**

Dans chaque commune, il y a un CSCOM dirigé par le DTC accompagné d'une infirmière Obstétricale, une matrone et un aide-soignant. Les CSCOM sont gérés par les ASACO.

### c) **Aperçu sur les activités économiques.**

Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage et la pêche.

- **Agriculture**

La pratique agricole repose en grande partie sur la culture du riz flottant et des périmètres irrigués villageois, la culture de décrue du sorgho et le maraîchage. Malgré la présence du fleuve Niger ; la disponibilité des terres irrigables et la présence des phosphates de Tilemsi, l'agriculture est confrontée à des difficultés qui sont entre autres : la rareté des pluies ;

l'insuffisance de matériel agricole et d'intrants et de crédit ; la présence de nombreux prédateurs (oiseaux granivores, les essaims de criquets) et l'insuffisance de l'encadrement technique de proximité.

- **L'élevage :**

L'élevage porte sur les bovins, les ovins, les caprins quelques camelins, les asins et équins. Elle est pratiquée par les nomades et les sédentaires (sonrhai et Tamacheck).

A l'instar de l'agriculture, l'élevage fait également face aux difficultés suivantes: la mauvaise alimentation par l'insuffisance de pâturage à cause de la rareté des pluies, la dégradation des ressources (ensablement des mares), l'insuffisance d'infrastructures pastorales et vétérinaires et la faible productivité des animaux.

- **La pêche :**

La Pêche est très pratiquée sur les différents cours d'eau (fleuve Niger et mares). Les espèces pêchées sont le capitaine, la carpe, le poisson chien, l'anguille, etc.

De nombreuses contraintes jouent sur la production piscicole et la reproduction des espèces notamment : l'ensablement des lits des cours d'eau, la faible crue des cours d'eau à cause de la diminution des pluies engendrant une faible (diminution) de la reproduction des espèces source de disparition de centaines espèces de poissons ; le non-respect de la réglementation de la pêche.

- En dehors de ces activités les hommes vont à la recherche du travail dans les capitales régionales : Gao, l'intérieur du Mali ou à l'étranger (Algérie, Lybie, Niger, Ghana, etc...).

#### **d) Les valeurs culturelles de référence**

Dans tous les villages on pratique une seule religion l'Islam d'où la présence de mosquées dont le nombre dépasse généralement quatre 4 par village. Les activités annuelles événementielles sont les fêtes religieuses (Ramadan, Tabaski) au cours desquelles sont organisés de grands festins.

A propos de la nourriture, les repas sont préparés pour tout le monde mais tout particulièrement pour les mères et leurs enfants : *« lorsque j'apporte de la nourriture je la donne à la femme qui prépare pour elle et ses enfants d'abord. Le mari est le premier responsable de la famille, il doit tout mettre en œuvre pour que sa famille soit bien nourrie. »* FGR avec les hommes.



## 8 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

### 8.1. Compréhension des concepts de malnutrition et de bon état nutritionnel des femmes et des enfants par les interviewés

Ici, il est important de comprendre que l'analyse ne fait que la synthèse des opinions allant dans le même sens. Nous ne faisons pas d'extrapolation ni d'inférence et que la synthèse en soit est une forme de pondération. Au-delà, la prise en compte des expressions non verbales des participants au cours des focus permet de pondérer les affirmations des uns et des autres avant leur adoption.

#### a) La femme bien nourrie et femme malnutrie

- **Selon les enquêtées, une femme bien nourrie** est d'abord une femme en bonne santé, qui voit régulièrement ses menstrues et qui fait régulièrement ses maternités.
- **Selon les enquêtées, une femme malnutrie** est une femme qui n'a pas la force de travailler et qui est malade à tout moment. « *La femme quand elle est malnutri elle est toujours couchée, elle a du mal à s'occuper de ces taches et ne peut pas donner naissance à des enfants en bonne santé, car elle-même est malade, la malnutrition se traduit par une faiblesse physique, une maladie chronique* » (EIA agent de santé Bourem). La malnutrition chez la femme est mal vue par la société, car elle traduit l'incapacité économique du chef de ménage.

#### b) L'enfant bien nourri et enfant mal nourri

- **Selon les enquêtées, un enfant bien nourri** est enfant en bonne santé, un enfant qui a la peau qui brille.
  - **Un enfant malnutri** est un enfant qui a une mauvaise croissance et est toujours triste et toujours malade avec un gros ventre, des pieds minces, des cheveux rouges et souvent tout le corps est enflé.

### 8.2. Définition des maladies de carence par les populations

#### a) Chez la femme

La carence alimentaire (ou Malnutrition aigüe) se définit par le mot « Amaghras en tamasheq et Marassou en sonrai ». Il traduit un état de 'manque'. La prévention et la prise en charge de cet

état de manque se fait par l'amélioration de l'alimentation (préparation des soupes de poissons ou de viande, de bouillie, consommation de lait).

#### **b) Carence en vitamine A Chez l'enfant**

Les communautés ont souligné que les enfants ont très souvent une mauvaise vision la nuit (Avitaminose A). Pour résoudre ce problème, elles utilisent le traitement traditionnel à défaut d'un recours aux structures de santé.

### **8.3 Les perceptions populations sur les des aliments disponibles (attributs, valeur)**

#### **a) La disponibilité des aliments**

Les aliments les plus consommés localement sont le riz, le petit mil, le poisson, la viande. En saison froide, on trouve dans certaines localités des légumes, des fruits tels que pastèques, des melons et des courges. Les fruits viennent surtout du Sud. Sur le plan de la disponibilité des aliments, les populations précisent que les aliments sont insuffisants et parfois indisponibles. La production agricole est chroniquement déficitaire, elle couvre à peine les besoins des populations pendant trois mois. **Le marché et les donateurs** sont les **principales sources de nourriture** pour les populations. Les aliments viennent des villes de Gao, Sikasso, Algérie, Niger. L'approvisionnement est surtout assuré par les commerçants.

#### **b) Les attributs des aliments chez la femme enceinte**

Il est déconseillé de manger du « riz couché », trop de sel, trop de sucre et trop d'huile. Les enquêtées disent aussi que le haricot et le « gariloga de manioc » font grossir l'enfant dans le ventre de sa maman.

#### **c) Les attributs des aliments chez la parturiente**

Les femmes rencontrées disent que le chaud fait sortir le sang du ventre de la maman. A cet effet, elles prennent des aliments chauds (bouillon de viande de mouton ou de poulet, soupe de poisson, bouillie de son mil). Elles disent aussi que les aliments très frais, salés et sucrés sont dangereux pour la santé de la maman car ils retiennent le sang. Le haricot est aussi mauvais pour l'accouchée car il ballonne le ventre et ne permet pas à la femme de se débarrasser du résidu de sang qui reste après l'accouchement.

#### **d) Les attributs des aliments chez la femme allaitante**

Les femmes disent que les bouillies et les crèmes de mil permettent d'avoir beaucoup de lait dans le sein de la maman. Ces aliments sont aussi consommés en grande quantité pour faire grossir les filles et les femmes. Il existe quelques interdits alimentaire par exemple : il est interdit aux femmes enceintes et allaitante de consommer le banjouck

#### **e) Les attributs des aliments chez le nouveau-né**

Selon les enquêtées, le nouveau-né reçoit dès sa naissance le lait maternel 30 à 40 mn après l'accouchement. Le sein de la maman est lavé et le colostrum est donné à l'enfant. Il est nourri au sein pendant 6 mois. A cause de la chaleur, les femmes donnent de l'eau aux petits enfants. Aussi, l'enquête a remarqué que dans certains villages, les femmes au lieu de donner directement le sein donnent une petite quantité de jus de dattes ou d'eau sur laquelle le marabout a dit ses incantations.

#### **f) Les attributs des aliments chez l'enfant à partir de six mois**

Pour grandir et grossir, l'enfant reçoit en plus du lait maternel de l'eau, de la bouillie, du poisson, des bouillons de viande, et du riz. Le haricot et le manioc 'gariloga' ont aussi la réputation de faire grossir l'enfant. Il faut noter que les feuilles vertes sont très peu utilisées dans l'alimentation.

### **8.4 Les caractéristiques des ménages qui influencent positivement ou négativement les pratiques d'alimentation**

Les ménages sont caractérisés par la pauvreté et l'attachement à leur culture. Les responsabilités sociales du chef de ménages sont engagées pour la défense des droits et l'alimentation des femmes et des enfants. Les responsabilités des leaders communautaires, des chefferies traditionnelles, des religieux, et des ASACO sont engagées pour appuyer les chefs de ménages car ils sont les principaux acteurs qui interviennent pour l'accès des produits alimentaires.

**La solidarité** est une valeur culturelle partagée dans toutes les communautés pour faire face à la pauvreté et à la maladie. Les ménages se partagent les provisions et les repas en cas de besoin aussi bien en cas de maladies graves, les voisins partagent la douleur avec la famille du patient et s'organisent pour amener l'enfant au centre de santé.

### **8.5 Les leaders communautaires impliqués dans les pratiques d'alimentation,**

Même si les leaders communautaires (les chefs de ménages, les marabouts, les chefs de villages) sont les garants de l'approvisionnement en produits alimentaires, les vrais leaders dans le domaine

des pratiques alimentaires et nutritionnelles sont les mères, les grands-mères, les guérisseurs et guérisseuses, les agents de santé et les relais communautaires. Les influences de ces différents acteurs se font de la façon suivante :

- **Le rôle des mères et grand mères**

Selon les enquêtées, ce sont les mères et les grands-mères qui sont les pièces maitresses qui assurent la préparation des repas et leur consommation par les femmes et les enfants. Elles assurent surtout le suivi quotidien des enfants. Elles administrent des médicaments traditionnels à base de plantes (Balassa, bani, diawtiéré, kafa) et les incantations données par les marabouts.

- **Les marabouts, guérisseurs et guérisseuses**

Selon les marabouts, il y a un fondement théologique qui soutient l'allaitement exclusif au sein : *« L'organisme de la mère fournit de l'eau, du lait et de la nourriture. L'organisme de la femme répond à la demande de l'enfant, si l'enfant a besoin nourriture c'est le lait qui arrive et s'il a besoin d'eau c'est l'eau qui arrive. » FGD homme Baria.*

Ils sont les premières références thérapeutiques pour la recherche de soins en dehors des ménages. Selon les enquêtés, en plus du soutien moral par les des bénédictions, ces acteurs interviennent en donnant des incantations et médicaments traditionnels d'origine végétale ou animale. Les populations connaissent les personnes qui donnent les soins au niveau des familles.



Source: Photo Ag Erless, guérisseuse traditionnelle.

- **Les agents de santé**

Selon les personnes enquêtées, au niveau des services de santé les agents examinent l'enfant et lui donne des médicaments et de la farine enrichie en cas de maladie et de malnutrition. En plus, ils mettent en œuvre des activités d'IEC. Les centres de santé prennent en charge les cas de

malnutritions sévères. Aussi, nous n'avons fait aucune recherche quantitative sur la productivité des services de santé.

- **Les relais communautaires**

Selon les personnes enquêtées, les relais communautaires identifient les enfants qui ont des problèmes nutritionnels. Ils mettent aussi en œuvre des activités de sensibilisation. Ils sont les liens entre les populations et les structures de santé.

Les relais sont reconnus par les femmes comme étant les acteurs qui luttent pour la prévention des carences alimentaires. Ils font la sensibilisation au sein des communautés avec l'appui des services de santé et de certaines ONG (ACF, OXFAM, ...).



Photos Ag Erless : Relais en activité, mesure du périmètre brachial

## **8.6 Les caractéristiques des donneurs de soins qui influencent positivement ou négativement les pratiques d'alimentation**

Selon les enquêtés les donneurs de soins qui influencent les pratiques d'alimentation des femmes et des enfants sont : les agents de santé, le personnel des ONG, les guérisseurs, les marabouts. Les agents de santé et le personnel des ONG qui ont reçu une formation agissent positivement sur les pratiques d'alimentation. Pour comprendre comment les donneurs de soins agissent sur les comportements des populations, il est important de comprendre les itinéraires suivis par les femmes et les enfants.

En cas de maladie de l'enfant, la maman ou la grand-mère essaie des remèdes pratiqués au niveau des familles. Si la maladie persiste, les parents recherchent des médicaments au niveau des guérisseurs, des guérisseuses et des marabouts. C'est après l'échec de ces tentatives que les parents ramènent les patients vers des structures de santé. Cet itinéraire pour le recours aux soins est aussi le même pour l'alimentation et pour les conseils nutritionnels.

Les structures de santé sont les derniers recours, partout où nous sommes passés, nous avons vu des CSCOM qui fonctionnent avec des ressources insuffisants (intrants et produits).cette situation peut s'expliquer en grande partie par la situation de crise qui persistent au Nord.

Pour la prévention et la prise en charge des maladies liées à la l'alimentation et la nutrition des femmes et de l'enfant, la sensibilisation est organisée par les services de santé et les ONG (ACF, OXFAM, ...) à travers des causeries, des visites à domicile, des séances de démonstrations nutritionnelles, des prêches et des émissions dans les radios de proximité.

### **8.7 Appréciation de la fonctionnalité des offres de services en matière d'alimentation et de la nutrition.**

#### **a) Les marchés**

Pour s'approvisionner en intrants alimentaires au profit de femmes et des enfants, les communautés se rendent aux marchés des villages, dans la capitale régionale (Gao) ou à l'extérieur (Algérie, Niger).

Les communautés signalent que les offres en matière de produits alimentaires ne sont pas variés (essentiellement riz et mil). Dans les marchés, les produits comme le haricot, le poisson, la viande, et les légumes sont rares et souvent très chères par rapport au pouvoir d'achat des populations. Depuis l'avènement des crises alimentaires doublées de crises sécuritaires, la morphologie des produits alimentaires disponibles sur les marchés a changé. On trouve des pâtes alimentaires, de la semoule, des biscuits, des jus de fruits, du lait en poudre, des conserves, des œufs en poudre etc. Ce changement offre aux ménages l'opportunité de diversifier leur alimentation.

#### **b) Les banques de céréales**

Des initiatives locales comme la constitution d'une banque de céréales ou des stocks pour faire face aux périodes de soudure sont signalées dans certaines localités (Bourem, Forgo, Marga). « *Nous avions un grand magasin de céréales avant la crise. Au moment de la crise les gens qui le géraient sont partis avec le fonds et jusqu'ici on n'a plus rien fait* » (Sondée Bourem). A ce propos le maire explique : « *Ici à nous avons mis en place une banque de céréales pour faire face aux difficultés de la période de soudure en vendant aux habitants moins cher les céréales (riz) et en donnant à crédit les semences aux agriculteurs qui sont dans le besoin* ».

### **c) Les interventions des partenaires techniques et financiers dans le domaine de l'alimentation et la nutrition**

Dans le domaine de la lutte contre la malnutrition, les populations disent qu'elles bénéficient de l'assistance des quelques projets et programmes d'OXFAM et de la Croix Rouge. Aussi, ils ont notifié que la FAO a donné une aide constituée d'aliment bétail, de semences, de petits ruminants, (commune de Bourem).

### **d) Les structures de santé**

Les agents de santé au niveau des CSCOM et les relais communautaires reçoivent également des formations dans le cadre de la prise en charge des cas de nutrition et soins des femmes et des enfants à travers les ONG. Les enquêtés disent que les ONG donnent aux populations des soutiens moraux, émotionnels et financiers à travers les activités génératrices de revenu.

Par rapport au suivi et à la prise en charge des enfants malnutris les agents de santé ont développé des indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour le suivi de la santé de l'enfant. Dans les structures de santé il y a des registres de santé dans lesquels sont indiquées les données sur les prises en charge des cas de malnutrition, de maladies diarrhéiques et des carences alimentaire (anémie...).

Par rapport au schéma pratique d'implication des familles/communautés dans le suivi des indicateurs, au niveau de certaines communautés où il existe des cas de malnutrition, des fiches de suivi (nourriture, croissance) ont été distribuées aux mères qui suivent régulièrement l'évolution de l'état de santé de leur enfant. Dans ce cadre les femmes sont mobilisées par les structures de santé à travers les relais communautaires et les associations.

## **8.8 Les tendances des pratiques d'alimentation des femmes et des enfants**

### **a) Tendance de l'alimentation des femmes enceintes**

Beaucoup de femmes au cours de l'enquête ont dit que leur régime alimentaire ne changent pas au cours de de la grossesse malgré les informations reçues durant la visite prénatale au centre de santé. Toutes fois, si le ménage a les moyens, la femme enceinte consomme beaucoup de viande, de lait et de la crème, cela permettra bien nourrir l'enfant.

Le contexte de pauvreté et de la faible disponibilité des intrants sont les facteurs entrainant alimentation adéquate et équilibrée dans l'alimentation de la femme enceinte. Dans

l'alimentation de la femme enceinte, il y a de nombreuses théories sur les attribues des aliments en lien avec l'état de bien nourrie ou mal nourrie.

### **b) Tendance de l'alimentation des accouchées**

Dans les perceptions des femmes l'alimentation de l'accouchée vise :

- le remplacement du sang perdu ;
- la reconstitution de la beauté du corps de la femme ;
- le renforcement de la montée laiteuse.

Dans toutes les zones couvertes cette alimentation est faite de bouillie et crème de mil, de soupe de viande et de poisson et de matières grasses (beurre, huile) et cela pendant la semaine de l'accouchement. Dans certains ménages, l'accouchée est soumise à un véritable gavage qui se perpétue pendant toute la vie de la femme entraînant parfois des surpoids et des problèmes de santé. Il faut aussi signaler que le gavage a tendance à disparaître avec la conjoncture, simplement ce sont certaines femmes, qui dans le but de faire plaisir au mari ou de montré à l'entourage qu'elle est bien entretenue par son mari se livre à une alimentation excessive. Là également la notion d'une alimentation adéquate et équilibrée de l'accouchée est absente et cela même dans les actions de certains partenaires.

### **b) Tendance de l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant**

Il y a dans tous les villages visités une obligation sociale de nourrir l'enfant uniquement au sein jusqu'à l'apparition des deux premières dents (six mois). Toute autre forme d'alimentation du nouveau-né est révélatrice d'un problème au niveau des mères (décès, handicapé physique ou mental, mauvais lait, etc.).

L'allaitement au sein pratiqué jusqu'à 6 mois n'est pas exclusif, dans certains ménages on donne dès la naissance à l'enfant du beurre de vache, de l'eau chaude, le jus de datte et aussi diverses potions protectrices ou curatives. Parfois les femmes ont expliqué qu'elles donnent très tôt d'autres aliments au nouveau-né pour pallier l'insuffisance de lait (au sein) et traiter les douleurs abdominales fréquentes (quand le nouveau-né n'arrête pas de crier).

### **d) Tendance de l'alimentation complément de l'enfant à partir du 7<sup>e</sup> mois**

A cet âge, les gens pensent que le sein seul ne suffit pas à nourrir un enfant ; c'est pourquoi ils associent au lait maternel les repas quotidiens. D'une manière générale, les enfants (de 7 à 12 mois) sont nourris par les mêmes repas que les grandes personnes (lait de chèvre, bouillie de mil,



sauces diverses). Les repas spéciaux et les suppléments alimentaires sont parfois donnés par des intervenants au niveau communautaire (bouillie enrichie et farines alimentaires).

#### **e) Tendances de l'alimentation des ménages**

La préférence alimentaire des populations est de consommer les produits locaux dont le riz, le petit mil, le poisson, la viande, le lait de vache et de chèvre, les légumes et autres produits saisonniers. Malheureusement, ces produits sont chers sur le marché. La modification des offres du marché et l'apport des donateurs ont modifié les comportements alimentaires ménages. On consomme beaucoup de produits importés (pâtes alimentaires, de la semoule, des biscuits, des jus de fruits, du lait en poudre, des conserves, des œufs en poudre etc.). Il existe de nombreuses théories sur les attribues de ces aliments dont les qualités ne sont pas toujours établies. « *Ici nous mangeons pour ne pas mourir* » EIA maire de Baria

#### **8.9 Les facteurs, y compris économiques et socioculturels, qui influencent les pratiques d'alimentation au niveau du ménage et de la communauté,**

Les facteurs qui influencent les pratiques alimentaires au niveau des ménages identifiés par les populations sont : la pauvreté, l'ignorance, la religion et la culture. C'est une humiliation pour un homme de soumettre sa femme et ses enfants à la faim. L'état de pauvreté est tel que de nombreux hommes sont partis en exode laissant derrière eux des femmes et des enfants parfois sans soutiens.

« *Dans notre localité les gens sont très pauvres, l'agriculture, l'élevage et la pêche qui constituent l'essentiel de notre économie fonctionnent très mal à cause de la rareté des pluies. On ne peut pas avoir à manger partir de nos champs au-delà de trois mois...* » (Élu communal).

Comme facteurs environnementaux, les enquêtés ont notifié la rareté des pluies et les sécheresses comme facteurs qui influencent l'état nutritionnel des ménages et des enfants de moins de 5 ans.

#### **8.10 Les acquis en matière de lutte contre la malnutrition.**

##### **a) Les ressources disponibles pour la satisfaction des besoins en alimentation et en nutrition des femmes et des enfants.**

Dans toutes les localités visitées la faiblesse des ressources nécessaires pour la satisfaction des besoins alimentaires et nutritionnels des femmes et des enfants a été notifiée. Les populations vivent essentiellement des produits de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche que l'on trouve en quantité insuffisante et souvent très chers. A cause de la pauvreté l'écrasante majorité des

habitants n'a pas accès aux aliments de leur choix. A côté de cela il faudra signaler l'indisponibilité des aliments « *parfois in a de l'argent, on ne trouve pas des fruits, ils sont rares ici. Dès fois, on cherche des aliments en dehors du marché* » (EIA un enseignant à la retraite village de Baria ).

Quelques interventions des ONG pour la distribution de vivres sont signalées mais les enquêtés trouvent leurs actions sont insignifiantes par rapport aux besoins des populations.

#### **b) Les stratégies ciblées**

Comme stratégies certaines populations ont mis en place des coopératives et des banques de céréales. Elles cherchent également des aides au niveau des ONG. Les banques de céréales mise en place par l'état comme l'OPAM permettent d'offrir moins cher les céréales et les semences aux populations en périodes de soudure. Mais actuellement avec la crise, beaucoup de banques ne fonctionnent plus.

#### **8.11 Les systèmes de communication traditionnels et modernes qui influencent le changement de comportement positif relatif aux pratiques d'alimentation,**

Les systèmes de communication connus dans les différentes communautés sont le bouche à oreille à travers, les mères, les grands-mères, les guérisseurs traditionnels, les marabouts les crieurs publics, les relais communautaires, les causeries, les prêches dans les mosquées, les assemblées villageoises. Les systèmes modernes identifiés sont les animations d'IEC, la radio, la télé par les agents communautaires (réalisé, animateurs..).

#### **8.12 Analyse de situation des marchés**

Au cours de cette étude l'équipe de recherche s'est intéressée aux produits alimentaires disponibles dans les différents des localités visitées.

Les produits cités par les populations sont entre autres : riz, mil, maïs, haricot, pâtes alimentaires, huile, lait en poudre, le poisson, la viande, les produits maraichers (tomate, poivron, oignon, salade, choux, haricot vert), la patate. Les fruits sont rares, voire invisibles dans la quasi-totalité des villages. Il faut noter que le marché de Bourem se tient le lundi et le vendredi. Dans les autres localités le marché n'a lieu qu'une fois dans la semaine. C'est à cette occasion surtout que les familles se ravitaillent en produits alimentaires (céréales et condiments).

## 9 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 9.1 Les tendances des pratiques d'alimentation des femmes et des enfants

Au cours de notre étude, l'alimentation des femmes et des enfants sont à base de riz, de mil des produits laitiers, de la viande et du poisson. Les pratiques d'allaitement sont pratiqués bien que mélangé avec les pratiques traditionnelles (ajout de décoction de l'eau de dattes à la naissance). Dans les zones du Nord, l'alimentation occupe une grande importance. Le chef de ménage veille et est responsable de la nutrition au sein du ménage contrairement aux résultats de l'étude menée par le Pr Akory et ses collaborateurs dans la région du Sud ( cercle de Bougouni) l'alimentation du chef de ménage est le plus important en suite l'alimentation des enfants et les femmes viennent en second priorité. Cet état de fait s'explique par les facteurs sociaux culturels du milieu qui privilège l'alimentation du chef de ménage car ce dernier étant le support ou le 1<sup>er</sup> responsable de la famille. Nos résultats sont similaires à celle de l'étude de l'UNICE en Mauritanie qui selon des enquêtés « Chez les éleveurs, les enfants sont prioritaires pour l'alimentation. Pas chez les agriculteurs. Je ne fais pas de jugement de valeur, les deux choix ont leur logique : privilégier l'adulte qui est une force de production nécessaire à la famille ou privilégier les enfants qui représentent le potentiel à venir, la destinée de la communauté. En tous cas, si vous trouvez des enfants malnutris chez des éleveurs, c'est que la situation est très grave... » . Quant aux interdits alimentaires, notre étude ne fait aucune interdit chez l'enfant à part qu'il y a un type poisson que la femme enceinte ne doit pas manger et cela ne concerne qu'un groupe ethnique, alors qu'une dans l'étude du Pr Akory et ALL. Ont trouvé qu'à Sikasso, beaucoup d'attribut sont liés à l'alimentation de l'enfant et de la femme enceinte – Par exemple « *la consommation des œufs fait que l'enfant peut devenir un voleur,* » un enfant qui consomme beaucoup de mangue et de lait peut favoriser la survenue du paludisme.

### 9.2 Les facteurs, y compris économiques et socioculturels, qui influencent les pratiques d'alimentation au niveau du ménage et de la communauté,

Les facteurs qui influencent les pratiques alimentaires au niveau des ménages identifiés par les populations sont : la pauvreté, l'ignorance, la religion et la culture. Dixit un enquêté *C'est une humiliation pour un homme de soumettre sa femme et ses enfants à la faim.* L'état de pauvreté est tel que de nombreux hommes sont partis en exode laissant derrière eux des femmes et des

enfants parfois sans soutiens. Cet état de fait est typique à la région du Sahel, une étude menée par l'UNICEF en Mauritanie a relayé les mêmes informations sur la persistance de la pauvreté et la rareté des sources de Revenu qui ont un lien direct sur la l'installation de la malnutrition. Nous retenons aussi que dans nos zones enquêtées l'alimentation et la nutrition des ménages est influencée par la disponibilité, l'accessibilité physique des aliments, la stabilité du marché tributaire de l'insécurité et de la crise socio politique. En plus des facteurs économiques, les pratiques socio culturels ont une influence plus ou moins mitigé (négatif dans certains cas par exemple, l'allaitement exclusif est bien apprécié mais pas dans les faits il y a toujours des croyances sur l'utilisation de l'eau bénit pour protéger l'enfant dès la naissance et aussi le fait de donner l'eau car selon les enquêtés le milieu est chaud et sec. Cet état de fait est général aussi bien dans les zones du Sud que du Nord. Les pratiques socio culturels sont souvent positives, les ménages du nord privilégient l'alimentation de l'enfant et le régime alimentaire contient beaucoup d'aliments riches en protéines ( lait, viande le poisson) favorisa une bonne croissance et réduit significativement le taux de malnutrition chronique contrairement au région du Sud où l'accessibilité et la disponibilité ne fait pas souvent défaut mais se sont les comportements alimentaires et attitudes traditionnelles vis avis de l'aliment et la place de l'enfant et de la femme dans la société qui font que souvent s'instable les problèmes de carences nutritionnelles. Cet état de fait a été confirmé par les études du Pr Akory à Sikasso, les études de Stéphan A. en Côte d'Ivoire et du Pr H. au Benin.

Quant aux recours aux soins, notre étude a trouvé que les 1<sup>er</sup> recours sont les marabouts, et guérisseurs, les grands-mères et ensuite le personnel de santé, les relais communautaires et le personnel des ONGs. Plusieurs études confirment ces résultats que l'influence des tradi-praticiens sont importants dans nos communautés car elles apportent une satisfaction, un soutien morale vis-à-vis de la maladie.

## 10 CONCLUSION

Au regard des informations collectées, il en est ressortit que la production agricole est chroniquement déficitaire et cela est lié à différents facteurs (économique, géographique, socio-culturelles). Elle couvre à peine les besoins des populations pendant trois mois. Le marché et les donateurs sont les principaux pourvoyeurs de nourritures pour les populations. Les populations ont faible une capacité de résilience à cause des difficultés liées à la non maîtrise des aléas climatiques (sécheresse, la faible pluviométrie, à l'ensablement des sols et des mares, l'insuffisance de matériel agricole, d'intrants, de crédit, à la présence de nombreux prédateurs, à l'insuffisance de pâturage), la faible productivité des animaux et l'insuffisance de l'encadrement technique de proximité.

Les caractéristiques des ménages qui influencent positivement ou négativement les pratiques d'alimentation sont la pauvreté quasi générale, l'attachement à la culture, la responsabilité sociale des chefs de ménage, le partage et la solidarité.

Les réponses familiales et communautaires de prise en charge et de prévention des problèmes d'alimentation des femmes et de nutrition des enfants sont fortement tributaires de : niveau de connaissance, des pratiques hygiènes et de santé, faible fonctionnalité des structures de santé, le revenu des ménages, l'organisation sociale et des systèmes locaux de solidarité.

## 11 RECOMMANDATIONS

### **Nutrition/Alimentation :**

- Impliquer les décideurs dans toutes les interventions en faveur des femmes et des enfants.
- Améliorer les niveaux de connaissance des mères, des grand-mères des hommes chefs de famille, des guérisseurs et guérisseuses, des marabouts, du personnel de santé et des relais communautaires sur les problématiques de la nutrition des enfants et de l'alimentation des femmes.
- Mettre en place des activités génératrices de revenus pour les femmes, les hommes et les jeunes.
- Renforcer les systèmes locaux de solidarités et de partage en tenant en compte l'ensemble des groupes sensibles au ciblage.
- Plaidoyer auprès des autorités pour la prise le suivi et d'approvisionnement des marchés en tenant en compte de la diversification alimentaire
- Renforcer les mécanismes de résilience existant tout en associant les communautés à la prise de décision
- Développer un système communication pour le changement social et de comportement adapté aux réalités de chaque communauté.

### **Santé/environnement**

- Développer une dynamique de santé communautaire forte:
- Sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes: négociation autour du régime alimentaire pendant la grossesse et de l'accouchement assisté. Allaitement exclusif, nocivité de l'eau de boisson pour les nourrissons – bénéfices de la consommation d'eau par la femme allaitante -,

### **Mobilisation sociale :**

- Développer des stratégies de négociation et d'implication des guérisseurs traditionnels, participation des mères d'enfants déchargés guéris des programmes aux campagnes de sensibilisation sur l'alimentation et la nutrition des groupes vulnérables.

### **Appui partenaires de développement**

- Renforcer le suivi et l'évaluation des programmes mis en œuvre.
- Créer une structure indépendante et légitime pour recevoir les plaintes

## 12. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **DNS** PLAN D'ACTION D'URGENCE NUTRITIONNELLE JANVIER-DECEMBRE 2012. P 32
2. **DNS** : Rapport Enquête Nationale Nutritionnelle SMART 2011
3. **(CPS/SSDSPF), (INSTAT),**  
Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2009 - 2010, Rapport final, Bamako Mali, 2011.
4. **SAP** : Enquête sur la Sécurité Alimentaire et la Nutrition. World Food Program, FAO 2014.
5. **SAP** : Analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité. PAM, CSFVA, 2008.
6. **The Lancet.** The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition 2014.
7. **UNICEF:** United Nations Children's Fund. Cadre conceptuel des causes de la malnutrition. **1990**
8. **(CPS/MS),** et Macro International Inc, 2007. Rapport sur Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM) 2013.
9. **SAP** ; Enquête de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle dans le Nord. Rapport 2013
10. Organisation Mondiale de la Santé, 2003. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. P116
11. **AG IKNANE A, LAURE F, COULIBALY et aL.**  
Connaissances et pratiques des mères en matière de nutrition et de sante chez les enfants de 6 à 59 mois dans le cercle de Bougouni. 2014 ;12( 1):26.
12. **PAM, UNCHR et UNICEF** : Analyse qualitative des causes de la malnutrition dans le camp de réfugiés de Mberra, Mauritanie. 2013 ; 52 P
13. **Hontongnon Félix Jaurès LOKONON**  
Diagnostic nutritionnel sur les enfants de 6 à 59 mois dans la commune de Dangbo (Bénin) ; 2011 ; 43 P
14. **Stéphane Arnaud** : état nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de dame (côte d'ivoire) 2004 ; 66 P