

Un Guide d'Activités de Recherche Qualitatif pour Améliorer les Pratiques d'Allaitement Maternel

Michael Favin, The Manoff Group
Carol Baume, Wellstart International

Juin 1996

The Manoff Group



Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program

WELLSTART INTERNATIONAL

Expanded Promotion of Breastfeeding Program

3333 K Street, NW, Suite 101

Washington, DC 20007

USA

Tel (202)298-7979 Fax (202)298-7988

B



TABLE DES MATIERES

Remerciements	v
Sigles	vi
Préface	vii
Introduction	1
Etude Formative sur l'Allaitement Maternel	1
Variété de Contextes	3
Premier Chapitre: Allaitement Maternel: Questions de Comportement	4
Comportement Optimal d'Allaitement Maternel	4
Contexte Culturel de l'Allaitement Maternel	15
Autres Concepts et Comportements Clé	18
Liste de Contrôle des Sujets de Base de l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel	26
Deuxième Chapitre: Mener l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel	29
Planifier la Recherche	31
Révision des Informations Existantes	34
Recherche Exploratoire: Interviews et Observations Approfondies	38
Essais des Pratiques Améliorées (TIPS)	50
Recherche de Contrôle: Discussions des Groupes d'Analyse (FGDs)	58
Analyse et Synthèse	66
Troisième Chapitre: Formuler une Stratégie de Projet	68
Références Sélectionnées	71

C

ANNEXES

A.	Résumés des Etudes Formatives sur l'Allaitement Maternel	
1.	Ouganda	A-2
2.	Chikwawa District, Malawi	A-3
3.	Province de Kibango et Gitarama, Rwanda	A-4
4.	Kazakstan	A-6
5.	Sénégal	A-8
6.	Etats d'Oyo et Osun, Nigeria	A-10
7.	Etat de Jigawa, Nigeria	A-11
8.	Nicaragua	A-13

Les annexes suivantes existent seulement en Anglais et ne sont pas inclus avec la traduction en Français.

B. Sample Research Designs

C. Sample Research Methods and Topics

D. Sample Question Guides

1. **Set of Question Guides from National Breastfeeding Study in Pakistan**
 - **In-Depth Interview Guide for Mothers**
 - **In-Depth Interview Guide for Fathers**
 - **In-Depth Interview Guide for Doctors**
 - **In-Depth Interview Guide for Lady Health Visitors (LHVs)**
 - **In-Depth Interview Guide for Traditional Birth Attendants (TBAs)**
 - **Focus Group Discussion (FGD) Guide for Experienced Mothers**
 - **FGD Guide for Inexperienced Women**
 - **FGD Guide for Mothers-in-law**
2. **Focus Group Discussion Guides**
 - **Mothers, Nicaragua**
 - **Mothers, Fathers, Grandmothers, Jigawa, Nigeria**
3. **Guides for Trials of Improved Practices (TIPS)**
 - **Initial and Follow-up Interview Guides, El Salvador**
 - **Initial, Counseling, and Follow-up Interview Guides, Oyo/Osun, Nigeria**

E. Sample Breastfeeding Promotion Strategy Grids

1. **Cochabamba, Bolivia**
2. **Nigeria**



REMERCIEMENTS

Le présent manuel est le résultat de la coopération et des efforts de plusieurs individus et groupes. Mme Carol Baume s'est chargée de la rédaction du Premier Chapitre relatif aux questions de comportements, et Mr. Michael Favin a rédigé les Deuxième et Troisième Chapitres sur l'étude des priorités des besoins en formation et la formulation de stratégie. The Manoff group a achevé le guide sur la base de ces deux documents provisoires et s'est chargé de la formulation des Annexes. Le personnel du Programme Elargi de Promotion de l'Allaitement Maternel (PEPAM) de Wellstart International a finalisé ce guide.

Le programme PEPAM et les auteurs de ce guide aimeraient remercier les personnes qui ont consacré temps et efforts à sa révision. Leurs commentaires et suggestions ont été très appréciés.

Réviseurs: Ann Brownlee, Wellstart International
 Shirley Coly, Institute for Reproductive Health, Georgetown University
 Leslie Elder, Banque Mondiale
 Marcia Griffiths, The Manoff Group
 Laurie Krieger, Consultant
 Lida Lhotska, UNICEF
 Claudia Morrissey, USAID
 Adwoa Steel, The Manoff Group



SIGLES

EDS	Enquête Démographique et de Santé
PEPAM	Programme Elargi de Promotion de l'Allaitement Maternel de Wellstart International
FGD	Discussion de Groupes d'Analyse
CAP	Connaissances, Attitudes, et Pratiques
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MOH	Ministère de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORS	Sels de Réhydratation Orale
TBA	Accoucheuses Traditionnelles
TIPS	Essais des Pratiques Améliorées
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
OMS	Organisation Mondiale de la Santé



PREFACE

A la fin de l'année 1991, grâce à un financement du Bureau de la Santé et de la Nutrition de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le Programme Elargi de Promotion de l'Allaitement Maternel de Wellstart International (PEPAM) a été mis en place pour élargir la portée des activités de promotion globale de l'allaitement maternel et aider à surmonter les obstacles à l'allaitement maternel à tous les niveaux. Dans le cadre d'un contrat de sous-traitance accordé au programme PEPAM, The Manoff group, Inc., Nurture, Georgetown University, et the Population Council ont accompli de précieux travaux dans ces domaines. Avec l'assistance d'organisations publiques et privées de 35 pays, le Programme PEPAM a collaboré à la promotion de pratiques d'allaitement maternel améliorées dans les pays en voie de développement. Dans plusieurs pays, le projet a permis de financer et d'entreprendre diverses études, pour la plupart, qualitatives. Ces dernières ont aidé les équipes dans le pays à comprendre les causes des pratiques nuisibles d'alimentation infantile et à concevoir des activités de programmes plus efficaces et plus faisables.

The Manoff Group a joué un rôle très important dans la préparation du présent guide. Ce guide avait été préparé pour partager les expériences relatées, ainsi que d'autres expériences plus récentes. Il a pour principal objectif de prêter assistance aux personnes ayant de l'expérience en matière de recherche qualitative, et non en matière de recherche spécifique à l'allaitement maternel. Outre le fait d'aborder les questions de comportement qui intéressent cette audience (notamment dans le premier chapitre), ce guide donne les détails sur des méthodes de planification, de collecte, d'analyse et d'utilisation des informations qualitatives. Les annexes contiennent des outils et des exemples de plans de recherche, des guides de questions, etc. Les lecteurs désirant encore plus de détails et d'outils pour les activités de recherche qualitative devraient consulter le document intitulé *Designing by Dialogue* qui devrait bientôt être disponible auprès de l'USAID.

Il pourrait être utile de parler brièvement de terminologie. Le terme *recherche consultative* sert à indiquer les méthodes pour la plupart qualitatives utilisées dans le processus itératif par lequel les investigateurs et les personnes interrogées contribuent ensemble à définir des pratiques améliorées qui sont à la fois pratiquement faisables et techniquement efficaces, et à concevoir une stratégie de promotion de ces pratiques. Telle que définie dans *Designing by Dialogue*, la recherche consultative "utilise plusieurs méthodes de collecte d'informations rapides et interactives avec les mères et autres personnes-clés durant lesquelles sont examinées et 'négociées' d'importantes informations scientifiques, ainsi que des questions culturelles et personnelles-clé pour parvenir à des stratégies faisables, acceptables et efficaces visant à améliorer les comportements relatifs à la santé." Tandis que les méthodes de recherche quantitative (telles que les rappels diététiques sur 24 heures et les observations structurées) jouent certainement un rôle dans la planification de stratégies visant à obtenir un changement de comportement, les méthodes qualitatives devraient être le centre d'une telle recherche. Le terme *Qualitatif* implique un minimum de questions orientées vers les investigateurs et un échantillon relativement limité de répondants, dont les perceptions, expériences et comportement sont examinés en profondeur. La recherche consultative permet aux personnes les plus impliquées dans la réalisation d'activités d'avoir leur mot à dire quant à ce que devraient être ces activités, et comment elles devraient être réalisées. Un terme familier, très proche est celui l'*étude formative*. L'étude formative est la collecte d'informations aux fins de planification de programme. Elle peut utiliser des méthodes soit qualitatives, soit quantitatives, mais, tel qu'expliqué plus haut, ce guide met l'accent sur des méthodes qualitatives.



De manière idéale, l'attitude du spécialiste en recherche qualitative devrait être que les perceptions et pratiques actuelles ne sont pas "fausses" parce qu'elles révèlent l'"ignorance" vis-à-vis de la "vérité" biomédicale, mais plutôt parce qu'elles sont le produit d'expériences et d'influences accumulées qu'il faudrait comprendre dans le cadre du processus d'amélioration de la santé. La seule justification des programmes essayant de modifier des pratiques est que le fait de travailler avec des individus pour faire adopter aux mères des pratiques optimales d'allaitement maternel, aura un avantage net pour la santé de l'enfant.



INTRODUCTION

L'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel

Que peuvent tirer les Planificateurs de l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel?

- ▶ Quelles sont les pratiques actuelles d'allaitement maternel et d'alimentation infantile?
- ▶ Pourquoi les gens font-ils ce qu'ils font?
- ▶ Quels changements (de promotion de la santé) utiles de comportement sont-ils faisables?
- ▶ Quels sont les meilleurs moyens de promouvoir et soutenir ces changements de pratiques?

Les pratiques d'allaitement maternel et de sevrage ont un impact crucial et bien documenté sur la mortalité du nourrisson et du jeune enfant par leur relation étroite à la malnutrition, aux diarrhées, à la pneumonie et autres infections, à la teneur en Vitamine A et aux intervalles gravidiques.

Si les planificateurs sont d'avis que les pratiques d'allaitement maternel constituent un problème prioritaire de santé publique, il leur faudra rassembler des informations de base à partir de L'Enquête Démographique et de Santé (EDS), d'études communautaires, ou d'autres sources existantes. Pour ce faire, le Guide (Griffiths and Anderson) suggère des moyens de collecter des informations dans les domaines suivants:

- Données générales sur le pays (profil socio-démographique, mortalité infantile et de l'enfant, situation nutritionnelle du nourrisson, contraception/aménorrhée lactationnelle)
- Nature et magnitude des pratiques d'allaitement maternel, vis-à-vis des pratiques optimales (pratiques et expériences en matière d'allaitement maternel, croyances et attitudes des mères, participation, croyances et attitudes des membres de la famille et de la communauté)
- Environnement politique, légal et de travail (politiques nationales d'allaitement maternel, réglementation de commercialisation et de promotion des substituts du lait maternel, environnement de travail des femmes)
- Services de santé (services de santé formels, soins prénataux, accouchements à l'hôpital/en clinique, soins immédiats post-partum et du nourrisson, croyances, pratiques, formation et sources d'information du personnel de santé, intégration de la promotion de l'allaitement maternel dans les programmes de santé et de planning familial) et les pourvoyeurs de soins de santé traditionnels (soins prénataux, accouchements, soins post-partum)
- Programmes de formation (fournisseurs de soins de santé formel (pré-emploi), fournisseurs de soins de santé informels (en cours d'emploi), spécialistes traditionnels)

- Information, éducation, et activités de communication (efforts globaux, réglementation et politiques, activités spécifiques: mass media, interpersonnelles, centre de diffusion des informations)
- Soutien aux femmes (groupes de soutien de l'allaitement maternel, etc.)
- Financement local et aide des donateurs

La collecte d'informations à partir de sources secondaires est essentielle au début du processus, mais puisque les planificateurs s'intéressent à concevoir une action efficace pour améliorer les *pratiques*, il leur faudra mieux comprendre les raisons de l'existence des pratiques actuelles, ce qui normalement demandera une nouvelle recherche. Le présent guide décrit une méthodologie générale, ainsi que diverses méthodes pour entreprendre ce processus de recherche consultative.

Quoique liées aux études anthropologiques et de marché, les méthodes consultatives décrites sont différentes des deux:

- ◆ Tout comme les *études anthropologiques*, ces méthodes sont surtout qualitatives. Mais elles utilisent souvent des échantillons légèrement plus importants et plus variés et n'examinent peut-être pas les pratiques et raisons de ces pratiques de manière aussi approfondie. La principale distinction cependant réside dans le fait que les méthodes consultatives sont beaucoup plus orientées vers la conception de stratégies visant à *modifier* les pratiques (les améliorer en terme de santé publique).
- ◆ Tout comme *l'étude de marché*, l'étude des priorités des besoins en formation en matière d'allaitement maternel vise à définir un produit attrayant (pratiques améliorées d'allaitement maternel) et à le promouvoir efficacement (par exemple découvrir et communiquer les motivations réelles). Comme dans le marketing commercial, une importante composante des actions du programme pourrait être de vaincre la compétition (lait en poudre et autres compléments précoces). Mais la recherche consultative est plus approfondie que la plupart des études de marché et n'a aucun produit commercial à promouvoir ou distribuer. De même, elle permet d'examiner le contexte plus large dans lequel vit chaque mère (contexte politique, institutionnel et culturel) pour comprendre les obstacles ou *résistances* aux pratiques améliorées - obstacles relatifs au comportement, obstacles culturels, logiques ou économiques - et apprendre à les surmonter.

L'objectif de l'étude formative sur l'allaitement maternel est de développer des activités de programme qui promouvront des pratiques améliorées d'allaitement maternel qui, à leur tour permettront d'améliorer la santé maternelle et infantile. Cette étude devrait permettre aux planificateurs de développer *des stratégies exhaustives de changement de comportements* pour réaliser ces améliorations, et les actions planifiées devraient être à la fois *efficaces* du point de vue technique et médical, et *faisables* du point de vue des mères, des communautés, et des agents de santé. Ces stratégies exhaustives pourraient inclure non seulement des activités de communication, mais aussi la législation, la mise en application des lois et réglementations, les crèches, les normes d'hôpital, la formation des agents de santé, etc.



Les expressions de base décrites dans le présent guide sont une révision des informations existantes; de la recherche exploratoire avec les mères, les personnes d'influences, et les agents de santé; des essais de pratiques améliorées (avec les mères); et de la recherche de contrôle pour obtenir des réactions aux stratégies et messages provisoires et les raffiner.

Mener toutes ces activités peut durer jusqu'à six mois et revenir à plus de \$20.000 dollars Américains, une entreprise qui n'est pas faisable dans toutes les circonstances. Des adaptations à la méthodologie sont recommandées dans des circonstances spécifiques. En passant du temps à clarifier ce que l'on sait et ce qui est encore difficile à découvrir, les planificateurs pourront simplifier le processus allant de la planification à la présentation de rapports, réduisant ainsi les dépenses en ressources humaines, financières et en temps.

Certains peuvent remettre en question le besoin de dépenser des ressources sur l'étude formative. Il est vrai que beaucoup de modèles courants de croyances et pratiques actuelles d'allaitement maternel ont été appris à partir d'expérience. Pourtant, comme l'illustre le premier Chapitre, les pratiques actuelles et les raisons de ces pratiques varient énormément parmi les pays et les cultures. La plupart des activités du programme visant à modifier les pratiques d'allaitement maternel seront significativement plus efficaces si elles utilisent une partie des méthodes de la recherche qualitative décrites ci-dessous.

Variétés de Contextes

Une vaste gamme de programmes publics et privés peuvent s'intéresser à promouvoir les pratiques améliorées d'allaitement maternel. Ce sont les programmes visant à:

- ◆ promouvoir l'allaitement maternel pour en tirer de multiples avantages sanitaires, nutritionnels, économiques et émotionnels;
- ◆ réduire les déficiences en vitamine A
- ◆ réduire l'amaigrissement dû aux maladies de l'enfance;
- ◆ améliorer les pratiques d'alimentation/sevrage du jeune enfant;
- ◆ promouvoir l'espacement des naissances;
- ◆ empêcher les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës;
- ◆ réduire la malnutrition chez les enfants ou améliorer la santé des enfants en général;

Ainsi, l'allaitement maternel peut constituer le seul sujet de l'étude, ou il peut être la seule composante d'une étude plus étendue.

Suivant la situation du pays, l'étude peut à des degrés divers, se concentrer sur les institutions médicales et sur la communauté. Dans tous les pays, cette étude devrait couvrir le contexte social de l'allaitement maternel dans les familles et les communautés. En particulier dans les pays où les soins prénataux et les naissances en institution sont la norme, cet étude et les activités du programme devraient prêter attention aux normes du Ministère National de la Santé et des institutions sanitaires ainsi qu'aux croyances et pratiques du personnel de santé. L'intérêt et les questions de recherche varieront quelque peu suivant les modèles d'allaitement maternel -- si la plupart des mères initient l'allaitement maternel, si la plupart des mères donnent trop tôt des suppléments à leurs bébés, si beaucoup de mères attendent trop longtemps pour donner des suppléments à leurs bébés, etc.

Premier Chapitre: ALLAITEMENT MATERNEL: QUESTIONS DE COMPORTEMENT

Le présent chapitre décrit ce que les études antérieures ont appris des comportements centraux qui comprennent "l'allaitement maternel optimal", de même que des normes culturelles et facteurs sociaux qui influencent le plus les pratiques, y compris l'environnement domestique et au travail des mères. On espère que cette discussion aidera à guider le "programme" d'une nouvelle recherche consultative sur l'allaitement maternel, dont un cadre générique se trouve à la fin du chapitre. Certaines des découvertes spécifiques décrites proviennent de la littérature sur l'allaitement maternel, et d'autres proviennent de la recherche sponsorisée par le programme PEPAM. Des résumés des dernières études se trouvent à l'Annexe A. Certaines des discussions sur les pratiques d'allaitement maternel sont suivies de brèves notes méthodologiques.

Comportements d'Allaitement Maternel Optimal

Le consensus général actuel des croyances biomédicales occidentales est que les comportements suivants maximisent les avantages de l'allaitement maternel:

- ✓ **Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance.**
- ✓ **Allaitement fréquent, à la demande (y compris des tétées de nuit).**
- ✓ **Allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que le bébé ait six mois.**
- ✓ **L'introduction d'aliments de sevrage adéquats en guise de compléments au lait maternel lorsque le bébé a environ six mois.**
- ✓ **Continuation de l'allaitement maternel bien au-delà de la première année, en l'interrompant de manière progressive plutôt que brusque.**

L'étude formative sur l'allaitement maternel devrait examiner les connaissances et croyances locales à propos de l'allaitement maternel, comment elles sont acquises et partagées, et ensuite le comportement local (et les facteurs influençant la manière d'agir des gens). Les planificateurs pourront alors comprendre les raisons pour lesquelles les pratiques locales peuvent être différentes des concepts biomédicaux des pratiques optimales, et commencer à rassembler des idées qui permettront de se diriger vers des pratiques améliorées en terme de santé publique. Pour répondre à la question de savoir pourquoi, il faudra examiner le rôle des agents de santé et d'autres personnes d'influence, les normes sociales et attentes culturelles, et autres facteurs.

- ✓ **Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance**

Il faudrait initier l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance du bébé après un accouchement normal. Une initiation précoce est bénéfique à la santé de la mère car cela peut aider à éjecter le placenta, réduire l'hémorragie post-partum, et contracter l'utérus de sorte qu'il reprenne sa taille normale. Elle aide également à faire monter le lait et établir la lactation. Une initiation immédiate est encore plus importante pour le nouveau-né. Le premier lait, à savoir: le colostrum, est le moyen naturel de protéger le nouveau-né qui quitte l'environnement stérile du



sein de sa mère pour être exposé aux microbes. Le colostrum est riche en agents anti-microbiens et anti-viraux, et il contient également tous les éléments nutritifs nécessaires. L'initiation immédiate aide à établir l'avantage psychologique d'un lien étroit entre le bébé et sa mère et peut également aider à réchauffer le bébé (sans cette possibilité de réchauffement, le bébé risque d'attraper une pneumonie).

L'initiation immédiate entraîné plusieurs sous-comportements, à savoir: (1)mettre le bébé au sein environ une heure après l'accouchement (l'idéal est de mettre le bébé sur la poitrine de sa mère, lui permettant ainsi de trouver le sein et de s'allaiter lorsqu'il sera prêt); (2) lui donner le colostrum; et (3) ne rien lui donner d'autre par voie orale.

Pour diverses raisons, ces comportements ne sont pas souvent suivis. Dans bien des cultures de par le monde, les mères attendent un à trois jours avant de mettre le bébé au sein. Morse a trouvé que dans 50 sur 120 cultures étudiées, le premier allaitement au sein était retardé de deux ou plus de deux jours; l'allaitement maternel n'était initié dans les 24 heures post-partum que dans 8 de ces cultures. Ceci reflète les découvertes faites par une étude antérieure de Lozoff qui a révisé 81 études et découvert que 52% rapportaient des retards de 24 heures ou plus avant le premier allaitement au sein.

L'initiation retardée est chose courante à cause d'individus qui croient que le lait n'est pas encore monté et que "le premier lait" (colostrum) n'est pas bon pour l'enfant. Dans le monde entier, il existe des croyances selon lesquelles le colostrum est sale, contient des microbes ou du pus, est toxique, contaminé (peut-être par semen), ou pourri (peut-être que ce sont des restes de lait du dernier enfant). La couleur et la consistance du colostrum sont différentes de celles du lait mûr, ce qui entendent des explications populaires pour ses caractéristiques distinctives. Les mères peuvent retarder cette initiation parce qu'elles ne considèrent pas le colostrum comme du vrai lait, quoiqu'il ne soit pas nécessairement nuisible. Dans certaines parties du Ghana et dans d'autres pays, il existe des rites élaborés pour tester l'avantage du premier lait maternel.

L'allaitement maternel peut également être retardé à cause de la croyance selon laquelle la mère est trop fatiguée par suite de son travail et de son accouchement, ou que le bébé est trop faible pour sucer. Au Kazakhstan, et dans bien d'autres pays, des normes hospitalières inappropriées ont également permis de séparer les mères de leurs bébés pendant plusieurs jours.

Dans la plupart des pays du monde, on donne au nouveau-né diverses substances (aliments artificiels) durant cette période de retard, à savoir: de l'eau et de l'eau sucrée, des thés, des laits d'origine animale, du lait en boîte,, du lait de coco, de la bière, du lait commercial, du gruau, du beurre sucré, et diverses potions avec du miel et des herbes, et des métaux. A Cochabamba, en Bolivie l'urine d'un frère aîné est administré à la cuillère ou au compte-gouttes. Ces aliments artificiels ont divers objectifs:

- ◆ *Etancher la soif:* Dans presque tous les pays, les mères donnent de l'eau à leurs bébés (parfois de l'eau bouillie) parce qu'on suppose que le bébé a très soif après le dur travail, et aussi à cause de la chaleur.

- ◆ *Nettoyer ou purger l'estomac:* C'est pour cela que l'on donne de l'eau au Swaziland; un mélange de miel, de dattes et de plomb dans le Nord du Nigeria; du miel et du ghee au Pakistan; du miel ou de l'huile d'olive raffinée au Nicaragua.
- ◆ *Empêcher ou soigner les diarrhées ou la déshydratation:* Au Lesotho, au Swaziland, et au Pakistan, les mères ressentent le besoin de donner à leurs bébés des solutions semblables aux sels de réhydratation orale pour éviter ou soigner la déshydratation. C'est peut-être le résultat de leurs interprétations de la promotion des Sels de Réhydratation Orale.
- ◆ *A des fins rituelles (pour accueillir ou bénir l'enfant):* Dans bon nombre de cultures susmentionnées, l'alimentation artificielle est un rite, comme c'est le cas chez les Ouolofs du Sénégal, qui donnent aux nouveau-né de l'eau bénite dans laquelle est plongé un bout de papier contenant des versets de Coran.
- ◆ *Personnalité de l'enfant:* Certains aliments artificiels donnent à l'enfant certaines caractéristiques désirables ou transmettent l'essence de la famille, comme au Swaziland ou des mères administrent au bébé une pâte faite d'eau et de suie provenant du four familial, ou en Indonésie où une personne bien aimée et respectée donne à l'enfant du miel avec l'espoir de lui transmettre une partie de sa bonne nature.

L'étude formative devrait permettre aux planificateurs de s'initier aux aliments artificiels et de décider des pratiques courantes qui peuvent être ignorées (par exemple, donner quelques gouttes d'eau bouillie) et des pratiques vraiment dangereuses auxquelles les activités des programmes devraient s'attaquer. La manière dont les aliments artificiels sont administrés est importante: par compte-goutte, à la cuillère, dans une tasse, dans une bouteille, sur un morceau de chiffon trempé dans du thé et du miel (comme au Honduras et au Pakistan), ou des aliments mâchés par un adulte et crachés dans la bouche du nouveau-né (comme au Sénégal). Certaines substances sont en elles-mêmes dangereuses, quelque hygiéniques qu'elles soient, tel que le lait d'origine animal (qui cause des réactions allergiques chez beaucoup de bébés), le plomb ou les cendres, ou même le miel, qui peut causer du botulisme. Il n'est clairement pas bon de donner des purgatifs ou des laxatifs à un nouveau-né, puisqu'ils endommagent le système digestif et peuvent causer de sérieux cas de déshydratation, menaçant la survie du bébé. En Haiti, par exemple, un purgatif à l'huile de castor est la première chose donnée à un nouveau-né, suivie d'eau sucrée.

Certains programmes ont réussi à changer les pratiques concernant le fait de donner du colostrum, l'introduction précoce de l'allaitement maternel, et la réduction des aliments artificiels (par exemple le projet Nutrition Education and Behavior Change Project en Indonésie et les Services médicaux baptistes au Nigeria). Une stratégie courante consiste à donner au colostrum (légitimement) les caractéristiques désirables que les gens donnent traditionnellement aux aliments artificiels. Dans plusieurs endroits, même là où l'on jette en général le colostrum, une minorité de mères le donnent à leurs bébés, et beaucoup d'autres le jettent, peut-être par "tradition", mais veulent bien abandonner cette pratique lorsqu'ils entendent parler des nombreux avantages qu'il y a à donner le colostrum au bébé. Là où beaucoup de naissances ont lieu dans des installations sanitaires, il peut être important de modifier les normes et de former le personnel pour améliorer l'initiation précoce. Toutefois, dans des endroits comme le Pakistan, le Nord du Nigeria, et le Nord du Cameroun, où ces coutumes sont plus enracinées et persistantes, il sera peut-être très difficile d'éliminer complètement les aliments artificiels, aussi, les programmes pourraient-ils



décider d'essayer de réduire simplement leur fréquence, quantité, ou aspects nuisibles. Par exemple, au Pakistan il était difficile de trouver une famille désireuse d'abandonner le don rituel du ghutti, mais beaucoup de gens acceptaient de limiter son usage au rituel, plutôt que de terminer la bouteille de ghutti sur une période plus longue de deux semaines.

Note Méthodologique. Pour s'informer sur l'initiation de l'allaitement maternel, il est plus fiable et précis d'observer que de simplement demander aux mères. Cela est plus pratique là où une importante partie des mères accouchent dans des installations sanitaires, de sorte que les investigateurs peuvent observer et parler à ces mères et au personnel de santé. On pourrait créer un simple formulaire qui indiquerait l'heure d'accouchement des mères, l'heure de la première tétée, et tout ce qui aura été donné et pourquoi. C'est nettement préférable au fait de demander aux mères ce qu'elles ont fait plusieurs mois après leur accouchement.

Dans les zones où la norme est d'accoucher à domicile, parler aux accoucheuses traditionnelles et aux autres personnes qui pourraient fortement influencer les mères -- notamment les grand-mères. Les accoucheuses traditionnelles ont probablement des pratiques quelque peu standardisées, de sorte que les investigateurs peuvent avoir une idée précise des normes périnatales. Poser des questions sur le fait de s'écarter de la norme, sur la personne qui influence les décisions concernant le moment où un bébé est mis au sein, est-ce que le colostrum est donné et pourquoi, et est-ce que les aliments artificiels sont donnés, pourquoi et comment. Interviewer également les mères qui ont récemment accouché.

Là où une partie significative des femmes accouchent dans des installations sanitaires, il est tout à fait faisable de faire des essais de comportement des pratiques recommandées concernant l'initiation de l'allaitement maternel (voir Deuxième Chapitre). L'investigateur peut faire une interview initiale lorsque la femme entre dans l'installation sanitaire pour accoucher et faire l'interview de suivi au domicile de cette femme. Au Kazakstan cependant, tous les essais peuvent se passer dans les installations puisque le séjour à la maternité est d'environ une semaine. Il est plus difficile de trouver les femmes qui vont accoucher chez elles, mais cela est possible avec l'aide des accoucheuses traditionnelles ou des agents de santé locaux.

√ **Tétées fréquentes, à la demande (y compris les tétées de nuit)**

Il est nécessaire d'allaiter fréquemment le bébé, notamment durant la période d'allaitement maternel exclusif, parce que le petit estomac du bébé limite la quantité de lait qu'il peut consommer en une seule tétée. En outre, puisque l'approvisionnement en lait est principalement fonction du fait de sucer et de vider le sein, il est nécessaire de faire téter fréquemment le bébé pour maintenir la production de lait de la mère. Les fréquentes tétées permettront également de maximiser l'effet de réduction de la fertilité de l'allaitement maternel, protégeant ainsi la mère du fait de retomber enceinte trop tôt. Il est souhaitable de donner au moins dix tétées par jour au très jeune nourrisson.

Il faudrait tenir compte d'un bon nombre de comportements s'agissant de la fréquence: le nombre des tétées et la durée de chaque tétée (vider le sein), moments de la tétée, allaiter des deux seins, la demande vis-à-vis de l'heure de la tétée, l'usage de compléments alimentaires (l'eau y compris), l'usage de tétine (sucettes), la séparation de la mère dans la journée à cause de son travail, la manière dont les mères portent leurs enfants, et le fait de savoir si l'enfant dort avec la mère. La



succion sera réduite si les tétées sont programmées ou supprimées la nuit, si l'enfant reçoit des aliments autres que le lait maternel, ou si les tétines sont utilisées. Le fait de donner des compléments au biberon peut réduire davantage le temps de succion, parce que les différentes actions de sucer nécessaires pour extraire le lait d'un sein et d'un biberon peuvent causer une "confusion du mamelon avec la tétine", ce qui peut mener à un allaitement maternel moins efficace, à la frustration du bébé, et à une réduction de la production du lait maternel.

Les investigateurs devraient noter les prévisions culturelles liées à la séparation, de même que la durée de la séparation, les circonstances, les raisons de cette séparation, et la manière dont cela affecte l'alimentation infantile. Le temps que passent les mères auprès de leurs bébés affecte la fréquence des tétées. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, comme en Ouganda, les bébés sont littéralement à côté de leurs mères à tous moments, et c'est pour elles, inacceptable d'en être séparés. Si dans ces endroits, les mères sont mobiles, elles ont probablement une manière traditionnelle de porter leur bébé qui facilite l'allaitement maternel. Dans certains endroits, la séparation dans certaines circonstances est considérée comme acceptable -- la nuit par exemple, ou lorsque la mère doit accomplir des tâches en dehors de la maison. Dans d'autres endroits, peu de temps après l'accouchement, la mère retourne travailler dans les champs, au marché, ou au bureau et laisse son bébé au soins d'autres personnes.

Les mères peuvent utiliser un seul sein ou favoriser un sein par rapport à l'autre -- parce que c'est plus convenable, à cause de la manière dont le bébé est porté, ou à cause d'une croyance selon laquelle le lait d'un côté est moins propre ou nutritif. Cette pratique entraîne l'engorgement du sein inutilisé et le déclin éventuel de la production de lait du sein inutilisé, ce qui peut compromettre la santé de l'enfant allaité. Cette pratique semble plus courante dans l'est de l'Asie que dans d'autres régions.

Note Méthodologique. Même lorsqu'il s'agit d'allaiter à la demande, il est important de savoir comment la mère sait que le bébé "demande" à être allaité. Dans la plupart des endroits, pour les mères, la demande est définie par "lorsque l'enfant pleure". Ce signe est insuffisant pour des bébés plus passifs, pour lesquels un cycle vicieux est établi où ils pleurent peu et sont peu allaités, ce qui les rend plus faibles et moins susceptibles de pleurer. Vérifier pour savoir si le fait de pleurer est le principal signe, mais la mère a d'autre moyen de s'assurer que son bébé est allaité toutes les deux ou trois heures, qu'il pleure ou pas. Dans ce cas, la fréquence des tétées est sûrement adéquate. Les mères peuvent interpréter les pleurs du bébé comme sa volonté de cesser d'être allaité, mais en fait peut-être pleure t-il parce qu'il a besoin de roter.

Sauf dans les cas où les tétées sont programmées, les mères auront probablement du mal à rapporter avec précision le nombre de fois qu'elles ont allaité leur bébé en une période de 24 heures. Il est utile de demander séparément le nombre de tétées durant le jour et la nuit. Lorsque la mère a particulièrement du mal à s'en rappeler, faites lui reprendre sa journée en la divisant en segments temporels: "entre le moment où vous êtes réveillée et le moment de partir au champ, combien de fois avez-vous allaité? Pendant que vous étiez au champ, combien de fois...?" Même ce genre de questions peut être difficile, puisque l'enfant peut être mis au sein et ôté du sein pendant toute la journée pour diverses durées de temps, le concept de "tétée" n'est donc même pas applicable. Il vous faudra peut-être essayer plusieurs méthodes de division d'une journée et ce que vous considérez une tétée, lorsque vous pré-testerez votre questionnaire. Il est difficile de déterminer et la fréquence et la durée des tétées.



La fréquence est étudiée de manière plus fiable via l'observation, mais l'observation prend du temps et il peut être difficile de s'occuper des logistiques. Cela vaut la peine d'essayer de faire au moins quelques observations, puisque c'est de loin la meilleure méthode pour apprendre les habitudes, les indications données pour être allaité, et les conditions contextuelles qui empêchent ou encouragent l'allaitement maternel. Au Kazakhstan, les investigateurs ont remarqué qu'il était difficile de défaire un bébé emmailloté par sa mère dans un landau, lorsqu'il s'agitait. On peut penser à de simples formulaires qui permettraient d'enregistrer le temps que le bébé est mis au sein, les indications et autres facteurs. Il vous faudra peut-être observer les femmes dans différents cadres: celles qui passent leur journée à travailler dans les champs, celles qui sont dans le secteur informel, et celles qui travaillent dans le secteur formel. Ces observations devraient être enregistrées durant des interviews approfondies des familles, notamment celles qui durent plusieurs heures étalées sur plus d'un jour.

Puisqu'il ne s'agit pas de recherche quantitative, il ne faut pas de précision absolue. Votre objectif est d'évaluer l'à-propos de la fréquence et de l'intensité et de comprendre les facteurs qui déterminent les habitudes que vous trouverez.

✓ **L'allaitement maternel exclusif jusqu' à ce que le bébé ait environ six mois**

L'allaitement maternel exclusif pendant environ six mois est la seule pratique la plus importante qui produise les avantages sanitaires multiples de l'allaitement maternel. Pourtant l'allaitement maternel pendant quatre mois ou plus est rare dans la plupart des pays du monde, principalement parce que les gens ne croient pas que l'allaitement maternel à lui seul, soit suffisant pour l'enfant. On donne habituellement de l'eau en croyant que c'est nécessaire pour satisfaire la soif, et du lait commercial et des aliments parce qu'on pense qu'ils ajoutent quelque chose de bénéfique à la santé du bébé. L'allaitement maternel exclusif (ou même presque exclusif) pendant environ six mois par la majorité des mères, n'a été documenté dans rien que quelques endroits, d'habitude plus traditionnels et pauvres; par exemple, au Rwanda, en Ouganda et dans certaines parties de l'Inde, où l'allaitement maternel exclusif est pratiqué pendant trop longtemps.

Une image plus typique figure dans les résultats de l'enquête qui s'ensuit faite au Honduras et au Nicaragua.

	Alimentation infantile suivant l'Age au Honduras, 1991, N = 705						
	AGE EN MOIS (1 = 0-1 mois, 2 = 1-2 mois, etc.)						
	1	2	3	4	5	6	Total
Lait maternel uniquement	40%	37%	25%	18%	13%	5%	23%
Un peu de lait maternel	98%	95%	94%	94%	93%	90%	94%
Liquides	59%	61%	73%	80%	87%	94%	75%
*Autres laits	22%	22%	38%	28%	38%	39%	31%
*Eau	40%	40%	51%	56%	75%	83%	58%
*Thés	9%	10%	7%	7%	4%	10%	8%

*Autres liquides	11%	17%	25%	16%	28%	29%	20%
Aliments	4%	3%	8%	29%	43%	69%	27%

Source: Baume, Zeldin, et Rosenbaum, 1991.

Enquête Nationale sur la Santé Familiale, Nicaragua, 1993			
	0-3 mois	3-5 mois	6-8 mois
Lait maternel uniquement	13.5%	6.5%	2.5%
Lait maternel & eau	9.5%	4.1%	3.0%
Lait maternel & autres liquides	13.1%	8.0%	2.8%
Lait maternel & Lait de vache	46.6%	29.0%	52.1%
Lait maternel & aliments solides	4.3%	29.0%	32.8%
Pas de lait maternel	13.0%	23.5%	32.8%

Source: Stupp et al., 1993.

Lorsqu'on leur demande quel est le meilleur aliment pour leur bébé pendant ses quatre à six premiers mois de vie, ou lorsqu'on leur demande quel est le meilleur aliment entre le lait maternel et le lait commercial, la plupart des femmes dans le monde entier répondent que le lait maternel est meilleur. Pourtant, ce que les femmes disent semblent contredire la réalité selon laquelle certaines femmes n'allaitent pas du tout au sein leur bébé, et que la plupart de celles qui le font, donnent également des compléments alimentaires. Par conséquent, le fait de poser des questions qui ne demandent que de faire des comparaisons entre le sein et le biberon, ou ne demandent que quel est le meilleur aliment pour les bébés révéleront peu sur ce que les mères font en réalité.

Pourquoi existe t-il un vide entre la motivation d'allaiter au sein et la motivation d'allaiter *exclusivement* au sein? Outre les diverses influences sociales, culturelles et économiques, il se peut qu'une partie de l'explication se trouve dans le raisonnement suivant: Oui le lait maternel est meilleur, mais le lait commercial est considéré comme venant en seconde position -- il est presque aussi bon et dans certains cas, est plus pratique. Ou: oui, le lait maternel est meilleur, aussi les mères allaitent-elles au sein leur bébé, mais elles peuvent *rendre ce* lait maternel "encore meilleur" en y ajoutant quelque chose. D'autres aliments sont considérés comme apportant *encore plus* au bébé, plutôt que comme des aliments de remplacement du lait maternel, ce qui correspond à ce qu'elles font en réalité.

C'est pourquoi les campagnes basées sur un concept selon lequel le "sein est meilleur" ne seront pas efficaces dans la plupart des endroits, puisque les mères entendent ce qu'elles croient déjà. Les mères auront simplement le raisonnement suivant: " Oui, le sein est meilleur, je fais donc ce qu'il faut en allaitant au sein mon bébé, mais je ne pense pas que mon lait maternel suffise à lui seul, je fais donc même mieux, par ce que je donne aussi du lait commercial (ou n'importe quel autre aliment)." De nouveau, nous en revenons au point où l'allaitement maternel exclusif et son importance ne sont pas compris.



Outre l'attitude des femmes vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif, les investigateurs devraient également examiner ce qui motivent les mères à donner des compléments alimentaires à un bébé d'un certain âge ou un bébé qui donne certains signes. Comment est-ce que la mère sait qu'il est temps de donner quelque chose d'autre? Qu'est-ce qui guide sa sélection de ce qu'il faut donner au bébé? Combien a-t-elle été influencée par la promotion des substituts du lait maternel? La plupart des mères recherchent des signes que leur donne l'enfant: les pleurs sont interprétés comme un signe de la faim; les marques de développement tels que le fait de s'asseoir ou l'apparition des dents, ou la perception d'une croissance inadéquate. Dans bien des endroits, les mères interprètent les épisodes de diarrhées ou autre maladie comme une cause d'un mauvais lait maternel et donc suspendent ou cessent d'allaiter au sein leur bébé. Lorsque les bébés ont environ trois mois, les seins des mères commencent à s'amollir, ce que les mères interprètent comme un signe de diminution de lait causé par leur mauvais régime ou par d'autres raisons.

La perception d'insuffisance de lait est la principale raison pour laquelle, dans le monde entier, les mères se mettent à donner des compléments alimentaires prématurément. De même, les idées selon lesquelles le lait est devenu "pourri" ou qu'il est la cause de maladie motivent bien des mères à donner des compléments alimentaires aux jeunes bébés. Ce sont là des conceptions erronées qui sont si répandues qu'on leur a consacré une partie séparée plus bas dans le présent chapitre.

Même si les mères peuvent extraire du lait et le laisser à l'enfant quand elles doivent s'en séparer, bien des cultures résistent à l'idée de tirer le lait des seins pour le donner ensuite à un bébé. Les mères peuvent craindre que le lait tiré ne s'abîme rapidement. (*Le lait maternel se conservera très bien pendant au moins six heures à l'ombre, et au moins 24 heures dans un réfrigérateur.*) On est peut-être préoccupé par le lait maternel après une journée de séparation, par crainte que le lait dans les seins ne se soit abîmé. En Ouganda, les femmes n'en croyaient pas leurs yeux et parfois étaient horrifiées à l'idée de tirer du lait: "Si on vous trouve en train de le faire, on vous prendra pour une sorcière." Il existe un tabou contre le lait maternel qui tombe par terre, qui peut causer la mort d'un bébé. De même, au Nigeria, les mères, les pères, et les grand-mères étaient stupéfaits à l'idée de tirer du lait, mais ont trouvé très acceptable de faire allaiter un bébé par un parent proche (y compris la grand-mère), ou une amie. Au Kazakhstan, cependant, les femmes tirent souvent leur lait. L'initiation retardée de l'allaitement maternel et les tétées programmées font de l'engorgement une chose courante, et au lieu de permettre des tétées ad libitum, le personnel médical demandent aux femmes de tirer leur lait.

Note Méthodologique. Pour toute étude formative sur l'allaitement maternel, il est crucial de découvrir comment sont les fortes résistances à accepter des recommandations sur l'allaitement maternel exclusif ou d'autres programmes importants. Vous pouvez examiner les idées des mères sur ce qui pourrait se passer si le jeune bébé ne recevait que du lait maternel. Vous pouvez montrer une photo d'un enfant que les mères considèrent comme étant bien nourri, et demander aux mères comment ce bébé est nourri. Vous pouvez également demander plus de détails à propos du concept de l'allaitement maternel en demandant après une mère réelle ou imaginaire qui le fait. Qu'en pensent les mères? est-ce difficile, est-ce bon pour la mère, qu'arrivera-t-il à l'enfant, pourquoi le fait-elle, qui lui a dit de le faire, etc.? Essayez d'interviewer au moins quelques mères qui allaitent exclusivement au sein leurs bébés âgés de trois à six mois pour en connaître les raisons.



Dans les essais des pratiques améliorées, vous pouvez demander aux mères sur le point d'accoucher ou aux mères de nouveaux-nés d'allaiter exclusivement au sein. De même, demandez aux mères qui n'ont commencé à donner des compléments alimentaires que récemment, si elles aimeraient essayer de revenir à l'allaitement maternel exclusif ou réduire de manière substantielle la quantité de compléments alimentaires donnés à leur bébé.

✓ **Compléter le lait maternel avec des aliments de sevrage appropriés lorsque le nourrisson a environ six mois**

L'allaitement maternel optimal comporte l'idée que lorsque l'enfant atteint environ six mois, le lait maternel devrait être complété par des aliments de sevrage appropriés -- suffisamment denses en calories et contenant assez d'éléments nutritifs clé pour satisfaire les besoins de cet enfant. Le fait de donner prématurément des compléments alimentaires à un bébé interrompt l'allaitement maternel exclusif et expose le nourrisson à plus de risque de contracter des diarrhées, des infections, à plus de risque de malnutrition et de carences en éléments nutritifs spécifiques.

L'initiation des aliments et boissons autres que le lait maternel (début du processus de sevrage) trop tôt ou trop tard, constitue un problème majeur dans l'alimentation infantile. En outre, les problèmes d'inadéquation des aliments de sevrage semi-solides et solides abondent, notamment le fait de donner des gruaux légers dont la teneur en calorie et éléments nutritifs vitaux est inadéquate. Les problèmes d'hygiène inadéquate dans la préparation, l'administration ou la conservation des aliments de sevrage sont également répandus. Dans la plupart des pays, les liquides sont donnés bien trop tôt et les aliments de sevrage sont donnés trop tard. Quoiqu'il soit bien plus courant de donner prématurément des compléments alimentaires, il est également courant de les donner trop tard en Inde, au Bangladesh, et dans certaines parties de l'Afrique. Ces problèmes, ainsi que le fait de mener une étude des priorités des besoins en formation les concernant, ont été couverts entièrement dans le document intitulé *Designing by Dialogue*, mentionné dans la préface.

Note Méthodologique. Parce que l'eau, les liquides et les aliments servent chacun à plusieurs fins dans l'esprit des mères, et sont typiquement présentés au bébé à différentes époques, il est important que l'étude les examine séparément. Par exemple, les problèmes, solutions et messages relatifs à l'alimentation seraient différents si: (1) les mères donnaient de l'eau dès la naissance, commençaient à donner d'autres liquides à cinq mois, et des aliments à dix mois; ou si, (2) les mères donnaient de l'eau dès la naissance, des liquides pendant le premier mois, et des aliments à six mois. Si tous les types de compléments alimentaires étaient donnés en bloc, on décrirait ces deux situations de manière identique en disant simplement qu'il n'y a pas d'allaitement maternel exclusif, puisque les compléments alimentaires commencent à la naissance. Si l'on ne regardait pas l'eau (ce que font beaucoup d'études) et ne regardait pas les liquides et les aliments séparément, on dirait que la première situation était un modèle idéal d'alimentation -- que l'on commence à donner des compléments alimentaires à cinq mois, près de l'âge recommandé -- quand en réalité il existe un sérieux problème d'alimentation infantile.

La recherche faite sur l'allaitement maternel exclusif doit déterminer si les éléments suivants ont été donnés et quand et pourquoi la mère s'est mis à les donner: de l'eau, d'autres liquides (lait, thés, jus), des aliments (semi-solides comme les bouillies, bouillie d'avoine), et les potions médicinales (comme l'*agbo* dans le sud-ouest du Nigeria et le *kwalli* dans le nord-est du Nigeria).



Il vaut mieux confiner votre échantillon aux mères de bébés en dessous de six ou neuf mois, puisqu'elles se souviendront mieux que les mères d'enfants plus âgés. Tout d'abord demandez de quoi est nourri l'enfant, et notez quelles sont les catégories sus-citées que la mère mentionnera spontanément. Continuez avec la question "Quoi d'autre"? Puis demandez plus de détails sur les catégories non mentionnées, l'eau en particulier. Dans bien des endroits, l'eau n'est pas considérée comme un aliment et peut ne pas être mentionnée même si on en donne habituellement. Pour chacune des catégories, demandez à quel moment est-ce que la mère a commencé à donner cet aliment. Pré-testez soigneusement vos termes et concepts. Les gens peuvent également avoir des définitions différentes des "aliments".

Pour les interviews approfondies des familles, vous voudrez peut-être enregistrer les réponses dans un format standardisé, puisque ce sera l'information de base qui formera la description des habitudes alimentaires. Soyez sûrs de demander plus de détails pour voir si et pourquoi certains aliments, boissons (y compris l'eau prise séparément), et potions médicinales (aliments artificiels ou autres) ont été initiés, arrêtés, repris ou abandonnés du régime du nourrisson.

Quoique vous ne rapporterez pas de pourcentages, vous pourrez retrouver facilement les informations sur l'alimentation pour rapporter avec précision les tendances. Un avantage supplémentaire d'utiliser un format de production de rapport systématique est que vous voudrez assurer le suivi de ces questions pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles la mère donne ou ne donne pas certaines choses, a commencé à les donner à un moment, comment elle savait que c'était le moment de commencer., etc. Le fait d'avoir les informations toutes prêtes dans un format facilement lisible et standardisé permet de s'y référer aisément pour les détails de suivi.

✓ **Continuation de l'allaitement maternel bien au-delà de la première année, en l'interrompant de manière progressive plutôt que brusque**

Quoique les avantages nutritionnels, immunologiques, d'espacement des naissances et autres avantages de l'allaitement maternel diminuent progressivement lorsque le bébé a environ six mois, ils continuent d'être très importants pour la santé et la survie d'un jeune enfant. Il est donc recommandé de continuer l'allaitement maternel bien au-delà de la première année de vie.

Les trois points importants concernant l'interruption de l'allaitement maternel sont: l'âge de l'enfant au moment d'être sevré, les raisons du sevrage, et un sevrage progressif plutôt que brusque. Certaines des raisons données par les femmes pour cesser d'allaiter au sein leur bébé sont les suivantes:

- ◆ **"Il est temps":** Par cela, la mère veut habituellement dire que l'enfant a atteint l'âge normal -- du point de vue culturel -- où il n'a plus besoin de lait maternel, ou a besoin d'"apprendre" à manger d'autres aliments (comme au Honduras). Si le sevrage a lieu à moins d'un an, il est spécialement important d'en chercher les signes. Est-ce quelque chose que l'enfant fait (tendre la main pour prendre des aliments, pleurer pour avoir à manger, mordre le sein de la mère)? Est-ce quelque chose liée aux marques de croissance de l'enfance (faire ses dents, commencer à marcher ou parler)?
- ◆ **L'enfant se sevrant lui-même/perte d'intérêt:** A un certain point, bien sûr, un enfant se sevrera lui-même/elle-même. Notamment un enfant de moins de deux ans, vous voudrez

trouver les signes d'"intérêt perdu" c'est-à-dire, comment la mère a-t-elle su que l'enfant ne voulait plus téter. Il vous faudra également chercher à trouver les pratiques qui encouragent l'auto-sevrage: compléments alimentaires prématurés, usage de biberons ou de tétines, tétées peu fréquentes.

- ◆ *La mère n'a pas assez de lait*: L'insuffisance de lait est souvent citée dans presque toutes les cultures, industrialisées comme traditionnelles. Elle fait l'objet d'une discussion plus bas.
- ◆ *La mère a des problèmes de sein*: Les problèmes tels que la mastite ou mamelons présentant des crevasses, peuvent amener une mère à cesser d'allaiter au sein. Différentes cultures ont différentes manières de percevoir et de traiter le même problème.
- ◆ *L'enfant tombe malade*: Parfois l'allaitement maternel est interrompu lorsque l'enfant tombe malade parce que l'on pense que le lait maternel a causé la maladie ou l'empire. Le personnel de santé peut même l'encourager. En général, le retrait du sein est temporaire, mais dans certains cas, il peut être permanent.
- ◆ *La mère tombe malade*: Les mères peuvent cesser d'allaiter au sein leur bébé lorsqu'elles contractent certaines maladies, soit croyant que la maladie peut être transmise au nourrisson ou que l'allaitement maternel affaiblira encore plus leur condition. Au Pakistan, les laboratoires "testeront" parfois le lait maternel des mères malades pour savoir si elles doivent continuer à allaiter au sein ou pas.
- ◆ *La mère reprend ses relations sexuelles ou tombe enceinte*: Dans bien des pays, les femmes cessent d'allaiter au sein lorsqu'elles reprennent leur activités sexuelles ou lorsqu'elles apprennent qu'elles sont à nouveau enceintes. On pense parfois que le lait sera contaminé par le sperme du mari ou qu'il faut maintenant le conserver pour le fœtus. Là où l'on croit qu'il faudrait cesser d'allaiter au sein lorsque la mère tombe à nouveau enceinte, certaines femmes cessent d'allaiter dès qu'elles pensent être enceintes, tandis que d'autres attendent que leur grossesse soit visible.
- ◆ *L'allaitement maternel dessèche la mère*: la crainte de l'allaitement maternel a été documenté au Sénégal, où certaines mères cessent d'allaiter tôt parce qu'elles croient que l'allaitement les dessèche et leur fait maigrir -- caractéristique indésirable dans ce pays. Au Honduras, les mères se plaignent du fait que la lactation les affaiblit en "appauvrissant" leur sang. Lorsqu'on dit à une mère qu'elle est anémiée ou qu'elle est hypotendue ou a du "mauvais" sang, elle se met immédiatement à sevrer son bébé, quelque soit son âge. (Au Pakistan et dans de nombreux pays d'Amérique latine, la croyance populaire est que le lait maternel est une forme de sang. Ceci peut avoir diverses ramifications dans la pratique. Au Nicaragua, les mères sont d'avis que leur maigre régime signifie qu'elles ont un sang affaibli et donc un lait maternel faible, et qu'elles doivent donc donner des compléments alimentaires à leur bébé.)
- ◆ *Allaiter au sein trop longtemps n'est pas bénéfique à l'enfant*: Les définitions de "trop longtemps" varient, tout comme les résultats attendus, mais on pense souvent que cela rend le bébé trop égoïste ou un "fils à maman". Au Honduras, les "Critiques d'allaitement



maternel prolongé en ville peuvent être dures, notamment lorsqu'il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin. Il est parfois impliqué qu'une mère essaie de séduire sexuellement son fils ou de l'attacher à ses jupons... les garçons qui allaitent au delà de six à huit mois saigneront (habituellement du nez) quand il atteindront l'âge de la puberté pour avoir consommé le sang d'une femme durant leur première enfance" (O'Gara).

- ◆ *La mère retourne travailler:* Les femmes employées dans le secteur formel cessent souvent d'allaiter au sein lorsqu'elles reprennent leur travail. (Quoique l'allaitement maternel soit plus difficile dans ces circonstances, on a pas besoin de l'arrêter. Une mère peut allaiter juste avant et tout se suite après le travail, laisser du lait tiré pour le nourrisson, faire venir le nourrisson à son lieu de travail, ou lorsque c'est possible, avoir son bébé au travail ou à côté. Les recherches permettront d'explorer la faisabilité et l'acceptabilité de ces options.)

La cessation de l'allaitement maternel doit être un processus progressif plutôt que brusque. En particulier pour les enfants plus jeunes, le sevrage brusque peut créer un choc nutritionnel et émotionnel. Dans certaines sociétés, une mère décide un jour que l'enfant doit cesser d'allaiter, elle met alors des substances amères sur ses seins, cache ses seins, ou fait partir l'enfant pendant un moment.

Note Méthodologique. Les études quantitatives existantes incluent probablement les statistiques sur la durée de l'allaitement maternel. Là où la durée est assez longue, cela ne vaut probablement pas la peine de passer beaucoup de temps sur les raisons de la cessation. Essayez de mesurer si les exceptions à la longue durée sont rares ou courantes. Dans ce dernier cas, il est très important de comprendre les raisons de manière à pouvoir les résoudre. Soyez prudent d'accepter une raison donnée pour avoir cessé d'allaiter. Certaines mères, notamment celles des sociétés occidentales, ne veulent pas continuer d'allaiter parce que c'est gênant. Une mère a le droit d'arrêter quand elle le veut mais, lorsqu'elle arrête tôt, elle peut donner une raison socialement acceptable au lieu d'être à l'aise de dire qu'elle ne voulait plus elle-même allaiter.

Contexte Culturel de l'Allaitement Maternel

Les prévisions culturelles déterminent avec force les modèles d'allaitement maternel. Dans des pays comme le Rwanda, le Mali, et le Nigeria, l'allaitement maternel n'est pas une décision prise par les femmes, mais est encadrée dans les normes culturelles et systématique. Cela fait partie du fait d'être femme, une mère, un pourvoyeur et un soutien des enfants. Au Rwanda, on dira à une femme ayant récemment accouché "Félicitations et puissiez-vous bien allaiter votre bébé". Dans un groupe ethnique dans le nord de la Tunisie, "... l'écoulement du lait de la mère et l'évidence que le lait réussit à son bébé est un signe de *baraka*, une force portante de vie. Lorsqu'une mère transmet cette force, non seulement le bébé allaité en profite, mais aussi tout le monde, et tout ce qui appartient à la maison" (Creighton). Ou selon les mots d'une grand-mère qui ne plaisantait pas, dans l'état de Jigawa au Nigeria : "Vous voyez ce sein, Dieu ne nous l'a pas donné pour servir de décoration. Si donc une mère décide de donner à son bébé du lait commercial, je pense qu'elle est folle!"

Malgré une image très positive de l'allaitement maternel et le degré élevé d'acceptation culturelle dans la plupart des pays, l'allaitement maternel *exclusif* pendant au moins quatre mois est rarement la



norme à cause d'une autre norme culturelle -- la complémentation. Le modèle typique dans bien des pays est que la plupart des femmes initient l'allaitement maternel mais commencent ensuite à donner des compléments très tôt, suspendent l'allaitement maternel pour des problèmes solvables (par exemple, l'insuffisance de lait ou la maladie du nourrisson), et l'arrêtent si elles tombent malades ou enceintes. *Les femmes n'ont pas confiance en leur capacité d'allaiter face aux nombreux obstacles courants ou d'allaiter sans ajouter des compléments les premiers mois*, tel qu'illustre dans les exemples ci-dessous.

- ◆ Au Caire, pour les mères à bas revenus, l'allaitement maternel demande de la patience, et un sens de responsabilité. Ainsi, on ne s'attend pas à ce que de très jeunes mères puissent allaiter au sein à cause de leur manque de maturité et d'expérience.
- ◆ Au Nicaragua, les mères allaitent normalement leur bébé pendant six mois ou plus, mais introduisent des compléments dès après l'accouchement parce que d'après elles, il est impossible que leur lait maternel à lui seul suffise au bébé, vu leur propre régime de mauvaise qualité.
- ◆ Il est plus probable que les femmes plus riches et plus "modernes" des pays développés aient un point de vue négatif de l'allaitement maternel comparées aux femmes vivant en milieu rural. Au Caire, ces femmes considèrent l'allaitement maternel comme étant primitif, animaliste", et "honteux", notamment devant les hommes (Hoodfar). (Ceci contraste avec la situation dans l'Ouest, où il est plus probable que les femmes plus éduquées allaiteront au sein leur bébé.)
- ◆ Bien des femmes minoritaires à bas revenus aux Etats-Unis prétendent n'avoir jamais vu de femmes allaiter au sein et pensaient que ce serait "grossier". Elles considèrent les seins comme des objets sexuels appartenant à un mari ou un petit ami, et non à un bébé. "Ils ne sont pas faits pour qu'un bébé les suce. Il est pervers de laisser un enfant sucer votre sein" (Bryant).

Note Méthodologique. En révisant les informations existantes ainsi que la nouvelle recherche consultative qui s'ensuit, les planificateurs de programmes devront explorer les concepts plus larges de point de vue mondial et de contexte social qui pourraient aider à donner un sens à de nombreuses découvertes disparates. Ci-dessous figurent certains de ces concepts explicatifs plus larges:

- ◆ *Ethnophysiologie:* Selon les croyances traditionnelles, qu'arrive t-il au corps d'une femme durant la grossesse et l'allaitement maternel? Comment le corps produit-il le lait maternel? Le fait de répondre à ce genre de questions pourrait expliquer la relation existant entre le sang et le lait maternel, de même que la signification symbolique du lait maternel et de l'allaitement maternel.
- ◆ *Images de l'allaitement maternel:* Les femmes et les autres considèrent-ils l'allaitement maternel comme étant un comportement primitif ou moderne, beau et naturel, ou alors affreux et déplaisant? L'allaitement maternel est-il normal pour les mères éduquées et vivant en milieu urbain ou pour les mères non éduquées vivant en milieu rural?



- ◆ *Fatalisme*: Existe t-il des attitudes de fatalisme qui poussent à négliger ou abandonner certains enfants?
- ◆ *La confiance en soi et l'indépendance des femmes à prendre des décisions*: Comment est-ce que les femmes et la société perçoivent la capacité des femmes de prendre des décisions à propos de leur régime, nutrition, recherche de soins de santé, etc.? Jusqu'à quel point est-ce que les femmes, notamment les jeunes femmes, sont considérées dépourvues d'expérience et soumises aux souhaits des autres?
- ◆ *Attentes culturelles pour les femmes post-partum*: Qu'attend-on d'elles s'agissant de travail, repos, régime, rites, et soins du bébé?
- ◆ *La culture de complémentation*. En Amérique Latine en particulier, il semble y avoir une culture de l'allaitement maternel qui co-existe avec une culture favorable à la complémentation. Il est important d'examiner à la fois la complémentation traditionnelle et le soutien commercial, médical et autres soutiens de la complémentation moderne.

Il est également extrêmement important de savoir si les pratiques réelles diffèrent des perceptions locales des pratiques d'alimentation idéales, et comment. Si l'étude formative décrit ce que font les mères, mais ne définit pas adéquatement ce qu'elles feraient si les conditions le leur permettaient, on ne peut pas savoir jusqu'à quel point les mères font ce qu'elles veulent faire et jusqu'à quel point elles modifieraient leurs pratiques si elles n'en étaient pas contraintes par les circonstances comme le manque d'argent pour acheter du lait en poudre.

Une étude formative a rapporté que les mères introduisaient d'autres laits le premier mois de vie du bébé parce que: elles pensaient que leur lait maternel ne suffisait pas et que l'enfant pleurait parce qu'il avait faim..." Cette déclaration ne nous en dit pas assez, puisque nous ne savons pas si cela signifie que certaines mères introduisaient des laits parce qu'elles pensaient que la qualité et la quantité de leur lait était insuffisante, ou si c'était parce que ces mères croient que le lait maternel à lui seul ne nourrira pas et ne satisfera pas un nourrisson, même si elles ont elles-même beaucoup de lait. La réciproque serait la découverte que la mère ne donne que du lait maternel. Mais est-ce parce qu'elle croit que c'est la meilleure manière de nourrir son enfant, ou le fait-elle parce qu'elle ne peut pas se permettre d'acheter du lait commercial qui pour elle, permettra vraiment à son bébé d'être bien portant.

La distinction est importante parce que les implications du programme sont si différentes. Si le concept d'idéal des mères est loin de la pratique optimale (telle que définie par les croyances biomédicales actuelles), les questions de connaissances et de motivation doivent être résolues. Si les mères veulent allaiter exclusivement au sein leur bébé mais rencontrent des obstacles, il leur faudra donc surmonter les problèmes et obstacles spécifiques qu'elles identifieront. Si les pratiques des mères sont bonnes, mais que les mères n'ont pas confiance en elles, il faudra alors les encourager et les améliorer.

Un autre exemple du problème qu'il y a à ne pas tenir compte des pratiques d'alimentation perçues comme idéales est, se trouve dans une étude de l'impact du soutien social, qui a pour hypothèse que le soutien social amélioré conduirait à accroître l'allaitement maternel exclusif, comme l'ont indiqué d'autres études. Toutefois, les investigateurs ont manqué de tenir compte de ce que les

mères considèrent comme idéal -- si elles s'efforçaient même d'allaiter exclusivement au sein. D'autres études avaient indiqué que dans cette culture les mères ne croient pas qu'un nourrisson puisse être bien nourri de lait maternel uniquement. Il était donc probable que le fait d'aider ces mères à cuisiner, aller au marché, laver les vêtements, ou tout autre forme de soutien social, ne les décideraient pas à cesser de donner des compléments alimentaires à leur bébé. Cela ne leur permettrait que de se rapprocher de leur norme sociale, qui est de donner des compléments alimentaires. Ainsi, quoique cette étude ait pu tirer des conclusions sur le soutien social, elle n'a pas pu donner de nouveaux aperçus sur la manière de rapprocher les mères des pratiques optimales d'allaitement maternel.

Dans l'étude formative, une façon de déterminer les notions d'alimentation idéale est de découvrir les liquides et aliments typiques qui sont donnés aux nourrissons et de demander: "Quel est le meilleur âge pour donner (des laits, bouillies, etc)? Ceci peut ne pas bien marcher dans des zones où les mères ne sont pas préoccupées par le temps et le calendrier. Si elles répondent "cinq mois", pensent-elles vraiment à un bébé de cinq mois? Une manière de découvrir les concepts d'alimentation idéale dans les populations peu éduquées est d'utiliser les photos d'un bébé bien nourri et d'un autre mal nourri, et de demander aux mères de quoi est nourri chacun d'eux. Il devrait s'agir de la photo d'enfants locaux âgés d'environ quatre mois. Demander d'abord à la mère quel est d'après elle l'âge de l'enfant, et comment il se porte, pour être sûr qu'elle pense que l'enfant est bien portant et a environ quatre mois. Demander ensuite, "De quoi est nourri cet enfant?" Suivre la même procédure pour l'enfant mal nourri. Pour valider cela, vous pouvez également avoir des photos d'une mère riche et d'une mère démunie, et demander à chacune d'elle de quoi est nourri son enfant d'un certain âge.

Autres Concepts et Comportements Clé

Insuffisance de lait

L'étiologie d'insuffisance de lait peut être biologique ou sociologique/psychologique, et la plupart du temps impliquer une interaction entre les deux. En fait, très peu de femmes sont biologiquement incapables de produire assez de lait pour allaiter exclusivement leur bébés pendant environ six mois. Même dans des conditions difficiles, où le régime de la mère est marginal et les demandes de travail élevées, la quantité et qualité du lait reste satisfaisante. Ce n'est que dans des conditions d'extrême privation que la capacité de lactation devient compromise et que les propres réserves nutritionnelles de la mère commencent à s'épuiser.

Un des principes les plus fondamentaux de l'allaitement maternel est que plus le bébé tète, plus la mère produit du lait. Si une mère allaitante commence à donner des aliments et liquides supplémentaires, cesse de donner les tétées de nuit, est séparée de son bébé pendant plus de trois à quatre heures à la fois, ou donne habituellement une tétine ou du liquide dans un biberon, la réserve en lait de cette mère va alors diminuer, puisque la demande aura diminué et le stimulant de sucer pour produire du lait aura diminué. Ainsi, les comportements provoquent les changements biologiques. Dans d'autres situations, l'anxiété ou l'insécurité peut pousser les mères à interpréter les changements biologiques normaux que connaissent leurs seins, ou interpréter un comportement normal de l'enfant comme indicateur d'insuffisance de lait.



Dans bien des pays, l'insuffisance de lait est la raison la plus couramment citée pour commencer à donner des aliments complémentaires ou pour cesser d'allaiter au sein. Peu de cultures font le lien exact entre la fréquence de téter et le volume de lait, ou si ce lien est fait, le concept n'est pas appliqué. Lorsqu'une mère sent que ses propres réserves de lait diminuent, la réponse la plus courante est de réduire les tétées pour économiser le lait, mais en fait, la conséquence est la réduction de la production de lait. Le personnel de santé lui-même peut encourager des croyances et pratiques potentiellement nuisibles.

De nombreuses cultures supposent que les seins plus gros produisent de plus grandes quantités de lait que les petits seins; mais au Sénégal, on pense que les petits seins produisent le meilleur et le plus de lait. Ces croyances ne sont pas soutenues scientifiquement.

Comme l'on peut s'y attendre, la prédominance de perceptions d'insuffisance de lait sont plus répandues dans certaines cultures que dans d'autres. Dans certaines sociétés, les pratiques d'alimentation normatives, notamment la complémentation prématurée, conduisent à une réduction de la production de lait. Dans les sociétés qui subissent une transition ou une tension, les revendications d'insuffisance de lait augmentent.

Perceptions de la Qualité du Lait

La qualité du lait maternel est remarquablement élastique sous diverses conditions -- régime inapproprié, tension, maladie. Les études indiquent que le lait de la mère ne s'abîme jamais, et qu'il n'est pas dangereux de boire du lait au moins six heures après qu'il ait été tiré s'il n'a pas été réfrigéré, et pendant au moins 24 heures après, s'il a été réfrigéré.

Dans la plupart des cultures, les mères sont préoccupées par la qualité de leur lait, en partie parce qu'on croit en général qu'il existe un lien direct et immédiat entre l'état physique ou émotionnel de la mère et la qualité de son lait. Dans bien des cultures, on croit que le lait maternel, comme les autres laits, peut devenir amer ou tourner, soit dans le sein, ou s'il est tiré.

De nombreuses cultures interdisent à une femme allaitante d'avoir des relations sexuelles, croyant que le sperme peut entrer dans le lait et rendre l'enfant malade. Par exemple, en Tunisie, au Honduras, en Indonésie et au Swaziland, il a été rapporté que l'on croit beaucoup que la fatigue physique a un impact négatif sur le lait.

En général, on croit que l'état psychologique de la mère peut affecter la qualité et/ou la quantité de son lait. Au Rwanda les mères parlent souvent de *sécurité morale*, ou de bien-être émotionnel, facilement troublé par une discorde maritale, souvent dû à la polygamie pratiquée par leur mari ou à sa consommation d'alcool. Au Caire, les mères croient que la peine est la cause d'un lait "triste", qui peut causer des diarrhées aux bébés allaités. Parmi les nombreux différents types de lait maternel reconnus par les mères Boliviennes traditionnelles, on distingue le lait "coléreux" produit par une mère bouleversée. Ce lait n'est pas considéré bon pour le bébé. De même en Haïti, on pense que les mères qui se disputent ou sont bouleversées produisent du lait tourné.

Au Kazakhstan, les mères s'inquiètent de la consistance et de la couleur de leur lait et font des remarques s'il est "trop fin" ou "trop gras". Une mère qui pense que son lait est trop fin donnera à son jeune nourrisson des liquides ou des aliments supplémentaires pour s'assurer d'une nutrition



adéquate; une mère qui croit que son lait est trop gras s'inquiètera probablement que son bébé ne soit constipé. Le personnel de la santé a conseillé à une mère de faire un lavement à son nouveau-né parce que, rapporta-t-elle, son lait gras rendait son bébé constipé.

Dans bien des cultures, même dans celles qui ne croient pas au lait tourné, on croit que certaines femmes produisent du bon lait et d'autres non. En Bolivie, il existe des mères "fortes" et des mères "faibles" dont la constitution affecte naturellement leur lait. Au Mali, "la qualité du lait d'une femme est considérée comme quelque chose d'intrinsèque, pas facilement sujet au changement ou à l'altération. Si une femme décide que son lait est mauvais, elle ira peut-être chercher des médicaments pour l'améliorer, sevrera le bébé, ou ajoutera du lait commercial ou des aliments solides au régime de son bébé" (Dettwyler).

Techniques d'Allaitement Maternel

Des techniques d'allaitement maternel inadéquates peuvent entraîner un malaise et l'interruption précoce de l'allaitement maternel. Parmi ces techniques figurent la préparation et le positionnement du sein et le fait de savoir si un seul sein ou les deux sont utilisés. Un positionnement correct aide à empêcher d'avoir des mamelons présentant des crevasses et douloureux. Le bébé devrait être positionné de manière à ce que la plupart de l'aréole (plutôt que juste le mamelon) soit dans la bouche du bébé. Actuellement, il n'est médicalement conseillé aucune préparation spéciale des seins, ni pendant la grossesse, ni avant de commencer à donner à téter. Il n'est pas nécessaire de laver les seins, notamment avec du savon et cela peut amener la femme à souffrir de mamelons crevassés ou douloureux.

Les problèmes de positionnement du bébé sont probablement plus fréquents dans les cultures qui ne soutiennent pas les pratiques d'allaitement maternel, où il faut enseigner aux femmes comment allaiter au sein leur bébé.

Certains Ministères de la Santé recommandent de faire des exercices de la poitrine et autre préparation de l'allaitement maternel qui ne sont probablement pas nécessaires et peuvent être nuisibles. Les recommandations d'alimentation infantile de Moscou prescrivent de laver entièrement les seins, la poitrine et les avant-bras, et d'appliquer un antiseptique avant chaque tétée. Au Kazakstan, pays qui vient de commencer à ré-évaluer les directives de Moscou, les problèmes de seins présentant des crevasses et douloureux sont très courants. Les matériaux actuels d'éducation sanitaire au Nigeria recommandent que les femmes lavent leurs seins avec du savon et de l'eau avant de donner à téter, une recommandation qui vient probablement du souci que se font les agents de santé du fait que beaucoup de femmes portent de l'argent sale dans leurs soutien-gorges.

Dans de nombreux pays d'Asie et dans certains pays d'Afrique, les femmes font téter à leur bébé le sein droit à cause d'une croyance selon laquelle "tout ce qui est pris de la main droite est bon" (par exemple dans le Nord du Nigeria), ou qu'un sein contient de l'eau ou du lait d'aspect liquide (comme à Java)

Au Nigeria et dans d'autres pays, les mères "donnent par force" à leur bébé des gruaux et autres compléments au lait maternel. C'est peut-être là une pratique très enracinée mais elle devrait être



découragée à la fois à cause de la densité en faible calorie de ce qui est donné et parce que le bébé pourrait étouffer.

Usage de Laits Non-Humains, Biberons et Tétines

La technologie moderne et le marketing ont créé et popularisé les laits commerciaux et les biberons, qui ont été si facilement acceptés par les femmes occidentales, et donc associés aux termes de sophistication et de modernité. Parmi les familles démunies des pays en voie de développement, les effets de l'alimentation au biberon sont accablants. Peu de familles peuvent se permettre de continuer à donner des laits commerciaux à leur bébé une fois qu'elles ont commencé, et elles finissent donc par trop diluer le lait, ce qui contribue à une déficience calorique. En même temps, la production de lait de la mère diminue. Le manque d'environnement sanitaire suffisant pour mélanger et administrer le lait commercial signifie que le biberon devient un tuyau conducteur de microbes.

Même là où les mères peuvent se permettre d'acheter du lait commercial pour leurs bébés, il est important de faire des recherches sur l'usage des biberons d'alimentation, puisqu'il se peut que les mères utilisent des biberons pour donner de l'eau, de l'eau sucrée, ou une bouillie légère, une pratique qui peut causer des diarrhées et des maladies.

Là où les laits commerciaux ont fait irruption, les investigateurs ont besoin de faire des recherches sur l'étendue de l'usage des laits commerciaux et autres fluides, et des biberons, de même que sur la manière dont ils sont utilisés: Comment sont-ils mélangés, quels ustensiles utilise-t-on, comment sont-ils lavés. En outre, il est important de faire des recherches sur le *pourquoi* de leur utilisation: les images des biberons et laits commerciaux, comment affectent-ils la santé et la croissance du bébé, quel type de gens les utilisent-ils, qu'offrent-ils que le lait maternel n'offre pas, qu'est-ce qui indique qu'un bébé "a besoin" de lait commercial.

Les bébés à qui l'on donne du lait commercial peuvent grossir plus tôt que ceux qui sont allaités au sein, et dans beaucoup de cultures, on accorde de l'importance aux gros bébés. Souvent, on pense que les laits commerciaux ou autres formes de lait servent à différents objectifs de croissance et nutrition. Par exemple, au Honduras "les mères ne pensent pas à choisir entre le lait maternel et une poudre; les deux sont considérés comme des aliments distincts ayant des propriétés, effets, avantages et inconvénients distincts... On pense que le bébé nourri au sein est plus actif et moins potelé que celui qui est nourri au biberon, et quoiqu'on donne beaucoup d'importance à la bonne santé d'un bébé, l'idéal culturel est d'avoir un bébé potelé et non exigeant" (O'Gara et Kendall). Au Pakistan, on pense que les enfants les plus sains sont ceux qui consomment à la fois du lait maternel (pour une force intérieure) et du lait commercial (pour les rondeurs extérieures). Dans les zones yoruba et haoussa du Nigeria cependant, on pense que les bébés nourris au sein sont actifs et robustes (qualités idéales), alors que les bébés nourris de lait commercial agissent comme des animaux (une idée que les gens prétendent avoir entendu chez les agents de santé).

Dans les endroits où l'on pense que l'allaitement maternel vide la mère ou détruit sa silhouette, les biberons fournissent une alternative convenable. D'après l'étude sur l'allaitement maternel faite au Pakistan, on pense que les mères qui nourrissent au biberons leur bébé sont belles et fraîches et que les mères qui allaitent au sein leur bébé souffrent d'amaigrissement et de

malnutrition. Les soucis qu'on a des seins affaissés (appelés "pantoufles" au Nigeria) prédominent dans les sociétés Occidentales ou celles qui mettent l'accent sur la valeur sexuelle du sein. Contrairement à la plupart des cultures, les Pedi ruraux en Afrique du Sud considérant les seins tombant comme désirables.

Il faudrait également examiner d'autres facteurs sociologiques qui pourraient affecter la décision de donner du lait non-humain à un bébé. Les biberons offrent certainement un peu d'indépendance vis-à-vis du bébé, qui peut être nécessaire aux femmes travaillant en dehors de leur foyer. Quoiqu'on puisse laisser du lait maternel à l'enfant, à moins que la mère ne soit convaincue de la supériorité du lait maternel et veuille y mettre du sien, l'usage de substituts achetés (si elle peut se le permettre) sera considéré comme la solution préférable. Tel que cela a été noté plus tôt, il est interdit de tirer du lait dans certaines cultures.

Allaitement Maternel et Fertilité

L'aménorrhée lactationnelle est un avantage sanitaire principal de l'allaitement maternel plein ou exclusif et contribue à rallonger les intervalles gravidiques dans de nombreux pays. Un consensus soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que la méthode d'aménorrhée lactationnelle (MAL) de planning familial -- qui exige qu'une femme allaite exclusivement au sein, dans les premiers six mois d'accouchement, et soit aménorrhéique -- est efficace à plus de 95% pour empêcher la contraception.

Les personnes planifiant de déployer des efforts pour promouvoir les pratiques d'allaitement maternel devraient apprendre des mères et des personnes d'influence jusqu'à quel degré les effets contraceptifs de l'allaitement maternel peuvent motiver les femmes à se rapprocher de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois. Les personnes qui se concentrent sur l'espacement des naissances et le planning familial doivent mesurer le degré de compréhension et la capacité de satisfaire les critères de la méthode MAL -- par exemple, savoir si les gens ont des notions de temps et de calendrier, jusqu'à quel point les femmes sont déjà en train d'allaiter entièrement ou exclusivement, et les principales raisons pour lesquelles davantage de femmes ne le font pas, les attitudes des femmes vis-à-vis de l'aménorrhée, etc. L'Annexe C contient un ensemble générique de questions sur la recherche concernant la méthode MAL.

Les planificateurs devront également examiner les normes du Ministère de la Santé concernant l'allaitement maternel et l'usage de contraceptifs, puisque dans certains pays, il n'est pas permis aux femmes allaitantes de prendre des contraceptifs tant qu'elles n'ont pas cessé d'allaiter au sein leur bébé. Dans ce cas, il se peut que certaines femmes cessent tôt d'allaiter au sein leur bébé de manière à pouvoir commencer à utiliser des contraceptifs, et que d'autres tombent enceintes pendant la période de sevrage du bébé, ce qui souvent entraîné l'interruption brusque de l'allaitement maternel. Là où ces normes existent, des programmes devraient s'efforcer de les modifier, de sorte que davantage de femmes allaitantes disposent de méthodes contraceptives sûres.

D'autres aspects de l'allaitement maternel et de la fertilité -- notamment les tabous contre les relations sexuelles lorsque la femme allaite son bébé et l'interruption de l'allaitement maternel à cause d'une nouvelle grossesse -- sont tous sujets d'une discussion plus tard, dans le présent chapitre.



Régime et Repos de la Mère durant sa période de Grossesse et de Lactation

Toutes les femmes à l'exception de celles qui souffrent de malnutrition peuvent allaiter au sein leur bébé avec succès, et tant qu'elles ont assez de temps entre les grossesses, les mères peuvent en général se remettre des contraintes alimentaires causées par la lactation. Toutefois, il est important que l'étude formative sur l'allaitement maternel couvre les domaines de la nutrition de la mère durant sa grossesse et sa période de lactation, premièrement à cause des nombreux effets directs et indirects de la nutrition de la mère sur la santé de la mère et du nouveau-né, et deuxièmement parce que souvent, les mères elles-mêmes s'inquiètent beaucoup de leurs régimes durant la lactation, croyant qu'un mauvais régime affecte énormément leur capacité d'allaiter au sein leur bébé.

Dans certaines cultures, les femmes enceintes prennent peu de poids s'il leur arrive d'en prendre (par crainte d'accoucher d'un gros bébé, d'un accouchement difficile, et/ou par manque de nourriture pour la famille et d'une mauvaise distribution de la nourriture dans la famille). Des nourrissons à faible poids à la naissance et les risques qui s'y associent constituent le principal souci de la santé publique. On s'inquiète aussi des micronutrients durant la grossesse (fer, iode, vitamine A), dont un manque significatif peut affecter directement la santé des mères ou des bébés.

Il se peut que traditionnellement, on ait pensé que différents aliments favorisent ou font obstacle au succès d'une grossesse ou de la lactation, ou transmettent des attributs particuliers à l'enfant. Le planificateur du programme a besoin de savoir ce que sont ces aliments et pourquoi ils sont favorisés ou évités. Combien en consomme-t-on? La plupart des gens partagent-ils ces pratiques ou s'agit-il uniquement d'une minorité? Qui fournit des aliments spéciaux? Dans bien des endroits, les hommes achètent du lait commercial en pensant contribuer au bien-être de leur bébé. Il pourrait être possible de promouvoir des aliments plus bénéfiques à la santé de la mère et des bébé en âge d'être sevrés, et de les lier à la responsabilité d'un homme.

Dans plusieurs endroits, on croit que la bière aide la lactation. Au Rwanda, les mères allaitantes boivent de la bière pour accroître leur production de lait et amortir les douleurs post-natales; elles évitent de boire de l'eau croyant que cela dilue le lait maternel. Cette croyance, en plus de la chaleur qu'il fait, peut compromettre la production de lait par un niveau de déshydratation, à moins d'obtenir des fluides par d'autres moyens.

Dans la plupart des sociétés, on donne aux mères ayant récemment accouché une période de traitement spécial. Ceci implique en général un répit de leur charge de travail, et dans la mesure du possible, des aliments et traitements spéciaux. Dans de nombreuses cultures, une fois le bébé né, notamment durant les 40 premiers jours, on donne aux mères beaucoup d'aliments supplémentaires et spéciaux afin qu'elles puissent bien allaiter leur bébé. Dans certaines sociétés, les hommes aideront peut-être à procurer des aliments spéciaux durant la période post-partum immédiate.

Quelles sont les croyances à propos du besoin de repos des femmes à terme et après leur accouchement? Le repos est souvent prescrit sur le plan culturel, mais n'est pas en réalité pris pour plus d'un jour ou deux, vu le besoin continu de s'occuper de la famille. Certaines cultures n'accordent pas d'importance au repos post-partum, comme en Inde où l'on pense que les travaux,

tels que le pilage du grain fortifient une femme et l'aide à rejeter le sang de l'accouchement. Dans d'autres cas, les femmes se reposent pendant une certaine période, parfois dans une chambre spéciale ou chez leur mère. Dans ces situations, la mère a plus de chance de récupérer et d'alimenter son nouveau-né aussi souvent qu'il en a besoin.

Soutien Social

L'étude formative se doit d'examiner plus profondément le rôle du soutien social vis-à-vis de l'allaitement maternel. Ce genre de soutien prend en général la forme de reconnaissance par la famille et les amis de l'importance de l'allaitement maternel et des actions qui permettent à la mère de le faire. Ce soutien communautaire peut être très important lorsque les femmes considèrent l'allaitement maternel comme un choix en compétition avec d'autres alternatives acceptables, ou dans des cas, comme il y a une décennie au Brésil, où les mères allaitantes se sentaient seules et "stressées". Dans ces situations, ce soutien permet à la femme de faire un choix considéré comme le "bon", mais qui est plus difficile que les alternatives.

Dans des sociétés plus traditionnelles où l'allaitement maternel est le mode d'alimentation systématique, les mères ont également besoin de types différents de soutien social. Le comportement des mères est culturellement sanctionné et accepté, et elles sont peu limitées en terme de temps et d'endroits où elles peuvent allaiter au sein leurs bébés (dans le nord du Nigeria cependant on s'attend à ce que les mères restent chez elles pour allaiter leur bébé, essayant d'éviter de le faire en public). Toutefois, même dans des environnements favorables à l'allaitement maternel, les femmes doivent souvent l'assumer en plus de responsabilités déjà lourdes, combinées à de maigres régimes et un repos inadéquat. Elles profiteraient certainement du fait que la communauté reconnaisse leur situation, et profiteraient aussi des formes de soutien plus directes.

Rôles des Membres de la Famille

Divers aspects du comportement des hommes affecte l'environnement de la communauté vis-à-vis de l'allaitement maternel. Dans de nombreux pays, les mères de dire que si un mari boit, est violent, ou cause des tensions autrement, son comportement interfère avec la capacité d'une femme de produire du lait. Une explication biologique peut, en fait, exister, puisque le stress peut interférer avec le réflexe d'éjection du lait. Chez les Xhosa en Afrique du Sud, il est interdit aux femmes allaitantes d'avoir des relations sexuelles. Mais beaucoup d'hommes sont des travailleurs nomades qui exigent des rapports sexuels à leur retour chez eux. Ainsi, une solution est de cesser d'allaiter au sein et de donner le biberon au bébé. Certains pères Haoussas s'inquiètent tellement de la possibilité que leur épouses allaitent en public qu'ils disent préférer l'usage des biberons pour éviter cela.

Dans bien des cultures, quoique les hommes *accomplissent* peu de tâches requises pour alimenter et s'occuper des jeunes enfants, ils se sentent *responsables* et *fiers* (ou honteux) de la santé et du bien-être de leurs enfants. (En Indonésie et ailleurs, les hommes se sentent responsables de l'éducation "morale" de leurs enfants.) Les recherches peuvent permettre d'examinée les rôles et valeurs des hommes pour trouver ce qui les motivent à soutenir leurs femmes, et aussi les possibilités d'élargir les rôles et responsabilités traditionnels des hommes.



Les investigations peuvent permettre d'explorer les possibilités de renforcer ou de se baser sur les coutumes qui pourraient être bénéfiques à la santé de l'enfant. Existe-t-il des choses culturellement acceptables qu'un père puisse faire pour soutenir le temps de repos des mères? La virilité peut-elle être associée au fait de suivre cette tradition? Là où les hommes accordent la priorité au bien-être de leurs enfants au lieu de celui de leurs épouses, cet appel à l'aide peut être fait au nom des enfants. Il est aussi important de découvrir les connaissances des hommes et ce qu'ils ont besoin de savoir. Jusqu'à quel degré s'intéressent-ils à apprendre? Quelles possibilités y a-t-il de donner aux hommes des informations de base sur l'alimentation infantile, notamment pour en savoir plus sur l'importance de l'allaitement maternel?

Dans bien des cultures, les grand-mères des bébés ont parfois une grande influence sur les pratiques d'allaitement maternel des mères et les pratiques d'alimentation des enfants, et elles prennent en charge les responsabilités de nourrir le bébé, si la mère en est séparée parce qu'elle travaille en dehors de chez elle. Il est clair que l'étude formative doit explorer l'étendue et la nature de l'influence des femmes plus âgées.

Là où les accoucheuses traditionnelles assistent à de nombreux accouchements ou aident à donner les soins post-partum immédiats, il faudra également évaluer leur influence. En général, les accoucheuses traditionnelles influent beaucoup sur l'initiation de l'allaitement maternel, le don d'aliments artificiels ou de colostrum, et les rites post-partum, mais ne se préoccupent pas de l'alimentation de l'enfant après les quelques premiers jours. Souvent, les accoucheuses traditionnelles détiennent et défendent des croyances et pratiques traditionnelles qui diffèrent de celles qui, du point de vue occidental et scientifique, sont les meilleures pour le nouveau-né.

Le Rôle du Personnel de Santé et des Institutions de Santé

Quoique le rôle et l'influence du personnel de santé varient énormément d'un pays à l'autre, leurs points de vue et pratiques devraient toujours être inclus dans l'étude formative sur l'allaitement maternel, notamment là où la plupart des mères se rendent auprès du personnel de santé pour recevoir des soins prénataux, d'accouchement ou des soins post-partum. Au moins qu'ils aient été formés dans le domaine de l'allaitement maternel, les connaissances techniques du personnel de santé en matière d'allaitement maternel ainsi que leurs connaissances des points de vues et expériences des femmes sur ce sujet seront probablement bien limitées. La description suivante du rôle des médecins au Brésil (Mattai) est typique:

"Quoiqu'il soit conscient du fait que le lait maternel soit le meilleur aliment du bébé, ses conseils à la mère sont embrouillants ou inexistants, et il accepte trop facilement de prescrire des substituts -- résultat d'une préparation académique défectueuse, de la promotion intensive des laits commerciaux par l'industrie, et de l'absence de tout plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel. Il a une formidable influence sur la mère, la famille/communauté, le système de santé, les groupes officiels, les hôpitaux et l'industrie."

Au Rwanda, où les croyances et pratiques traditionnelles sont proches de l'idéal ce sont les institutions de santé qui sous-estiment ces pratiques en introduisant des idées d'insuffisance de lait et des recommandations de donner du lait artificiel. L'étude nationale faite au Pakistan a



également a permis de constater que les médecins avaient une énorme influence négative sur les femmes suivant des pratiques d'allaitement maternel optimales. Guidées par les découvertes de l'étude formative, la plupart des stratégies de programme devraient inclure des activités de formation et de communications pour le personnel de santé.

En particulier dans les pays où de nombreuses naissances ont lieu dans des institutions, il faudrait inclure dans la recherche les normes et pratiques liées à l'initiation de l'allaitement maternel. Jusqu'à quel point les institutions de santé suivent-elles *les Dix Etapes à Suivre pour Réussir un Allaitement Maternel* de l'OMS/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) dans les maternités (ont une politique d'allaitement maternel écrite, forment tout le personnel de santé dans les techniques nécessaires, informent toutes les femmes enceintes, initient l'allaitement maternel dans la demie-heure suivant la naissance, montrent aux mères comment allaiter au sein, ne donnent aux nouveaux-nés ni aliment ni boisson, ne séparent pas la mère de son enfant, encouragent l'allaitement maternel sur demande, ne donnent ni tétines artificielles, ni sucettes, et réfèrent les mères aux groupes de soutien de l'allaitement maternel)? Les normes existant au Kazakstan contredisaient la plupart de ces principes.

Liste de Contrôle des Sujets de l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel

L'encadré suivant peut servir de liste de contrôle sur les sujets qu'il faudrait au moins considérer d'inclure dans l'étude consultative et l'étude des priorités des besoins en formation en matière d'allaitement maternel.

**Liste de Contrôle des Sujets de base de l'Etude Consultative sur l'Allaitement Maternel**

- I. Comportement d'allaitement maternel optimal
 - A. Initiation dans l'heure qui suit la naissance
 - 1. Moment de mettre le bébé au sein pour initier l'allaitement maternel
 - 2. Donner le colostrum
 - 3. Usage d'apport en aliments artificiels et justification
 - B. Tétées fréquentes et à la demande (y compris les tétées de nuit)
 - 1. Nombre et durée des tétées
 - 2. Signes pour initier les tétées
 - 3. téter des deux seins
 - 4. Tétées à la demande par rapport aux tétées programmées
 - 5. Usage et raisons des compléments alimentaires (eau y compris)
 - 6. Usage de tétines (sucettes)
 - 7. Séparation de la mère durant la journée à cause de son travail
 - 8. La manière dont les mères portent leur bébé
 - 9. le bébé dort-il avec sa mère
 - C. Allaitement maternel exclusif pendant au moins six mois
 - 1. Croyances des femmes en la suffisance de leur lait maternel
 - 2. Qualité du lait, y compris les effets du régime des mères, de la maladie de la mère ou de l'enfant
 - 3. Complémentation d'autres aliments et boissons (moment, raisons, et manière)
- 4. Lait commerciaux et biberons
 - D. Compléter le lait maternel par des aliments de sevrage appropriés à environ six mois
 - 1. Calories et éléments nutritifs des aliments de sevrage
 - 2. Fréquence de l'alimentation/succession à l'allaitement maternel
 - 3. Préparation des aliments, manière d'allaiter, conservation et hygiène des aliments
 - E. Continuation de l'allaitement maternel
 - 1. Age du bébé au moment de cesser l'allaitement maternel, génération actuelle et antérieure
 - 2. Raisons de la cessation, y compris problèmes d'allaitement maternel, retour au travail (tirage du lait), nouvelle grossesse, attentes culturelles
 - 3. Interruption progressive plutôt que brusque
- II. Normes Sociales de l'Allaitement Maternel
 - A. Pratiques d'allaitement maternel locales idéales
 - B. Connaissances des pratiques optimales d'allaitement maternel du point de vue d'un agent de santé publique
 - C. Désir de suivre les pratiques optimales d'allaitement maternel
 - D. Techniques à avoir pour suivre les pratiques d'allaitement maternel optimales.



- III. Contexte Culturel de l'Allaitement Maternel
 - A. Valeur culturelle de l'allaitement maternel/allaitement maternel exclusif
 - B. Ethnophysiologie de l'allaitement maternel et du lait maternel
 - C. Images
 - 1. de l'allaitement maternel et des femmes qui allaitent au sein
 - 2. des bébés qui sont allaités au sein et nourris au biberon
 - D. Fatalisme/contrôle
 - E. Confiance en soi et indépendance des femmes
 - F. Prévisions culturelles pour les femmes post-partum
 - G. Rôles des hommes et des femmes au travail et pour les soins des enfants.
 - H. Acceptabilité de l'allaitement maternel en public
- IV. Concepts et Comportements clé qui méritent davantage de détails
 - A. Perceptions de l'insuffisance de lait
 - B. Perceptions de la qualité du lait
 - C. Techniques de l'allaitement maternel (préparation, positionnement)
 - D. Usage des biberons et tétines
 - F. Allaitement maternel et fertilité
 - F. Régime de la mère durant la grossesse et la lactation
 - 1. Quantité
 - 2. Qualité
 - G. Rôle des hommes et des grand-mères
 - H. Rôle des accoucheuses traditionnelles et d'autres dans la communauté
 - J. Rôle du personnel de santé et des institutions de santé
- V. Réseaux de communication Actuels et Potentiels
 - A. Contact et attitudes vis-à-vis des institutions de santé traditionnelles et modernes (quand, tous les combien, traitement et avantages perçus)
 - B. Alphabétisme et lecture
 - C. Organisations communautaires, présences aux marchés et lieux de culte
 - D. Leaders d'opinions, sources d'information crédibles
 - E. Accès, usage, et attitudes vis-à-vis de la radio et de la télévision
 - F. Traditions de communication orale
 - G. Alphabétisme pictorial

Ceci met fin à la révision des questions de comportement et culturelles de l'allaitement maternel. Le chapitre suivant discute plus en détails des considérations méthodologiques qui permettront de planifier et de mener l'étude consultative et des priorités des besoins en formation en matière d'allaitement maternel.



Deuxième Chapitre: MENER L'ETUDE Formative SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Il n'existe aucune formule pas à pas et universelle que l'on puisse recommander pour mener l'étude formative sur l'allaitement maternel, comme on peut le voir grâce aux diverses méthodes, ordre des activités, et tailles-échantillon décrits dans l'Annexe A et B. Il y a plusieurs raisons à cela:

(1) Les situations de programme ou projet diffèrent beaucoup -- l'étendue et la complexité de la région du programme, l'agence qui exécute le programme, si le programme ne se concentre que sur l'allaitement maternel ou aussi sur les autres activités de santé, et la nature diverse des questions d'allaitement maternel (initiation retardée, et rejet du colostrum, complémentation trop précoce, complémentation trop retardée).

(2) L'étude consultative est un processus d'apprentissage itératif, et donc les ajustements des méthodes devraient se faire à mesure que les investigateurs en sauront plus en la matière. A travers le processus d'étude des priorités des besoins en formation, l'équipe chargée de la recherche devra prendre des décisions bien renseignées sur les questions et concepts qu'il est important d'explorer, les méthodes à utiliser et dans quel ordre, les définitions des segments de la population, la taille-échantillon, etc. Un facteur particulièrement important est de savoir combien en sait-on déjà sur les questions d'allaitement maternel après révision des études et documents antérieurs et à partir d'interviews avec quelques experts.

(3) Des considérations pratiques influencent également les décisions sur la conception et la méthodologie: la disponibilité en temps, la taille du budget, et la disponibilité d'un personnel de recherche expérimenté (qui parle les langues appropriées).

Tandis que chaque activité de recherche suivra son propre chemin, les phases et étapes *générales* recommandées seront les suivantes:

◆ **REVISION DES INFORMATIONS EXISTANTES:** Les objectifs seront: (1) d'identifier ce que l'on sait sur les perceptions et pratiques d'allaitement maternel, y compris les concepts du corps des femmes et les raisons de ces concepts; (2) d'identifier les régions-clé et les groupes cible spécifiques pour faire des investigations approfondies supplémentaires; et (3) de fournir une base de comparaison avec les informations collectées durant les activités sur le terrain. Le produit est un document général qui résume les informations existantes et souligne le manque d'informations sur les pratiques d'allaitement maternel. Cette étape permet au directeur de la recherche de décider à la fois *combien* la nouvelle recherche est nécessaire et du *programme* de cette recherche. Les sujets et questions soulevés dans le chapitre précédent devraient fournir une ligne de conduite générale.

◆ **RECHERCHE EXPLORATOIRE:** On peut utiliser les interviews et observations approfondies pour augmenter les informations sur les pratiques actuelles d'allaitement maternel et les obstacles les empêchant de se rapprocher des pratiques "optimales"; et pour formuler des recommandations spécifiques qui pourront être soumises aux



réactions et suggestions des mères dans la prochaine phase. En particulier là où il existe déjà énormément d'informations importantes, les discussions de groupe d'analyse pourront aussi être utilisées. Les produits sont un rapport sommaire des découvertes d'activités sur le terrain, y compris une évaluation de l'avantage, de la neutralité, ou du tort des pratiques actuelles; les recommandations relatives aux changements des pratiques d'allaitement maternel; une liste des résistances possibles aux recommandations de changement de comportement; les suggestions de chaînes les plus appropriées pour fournir des informations à diverses audiences cibles; et une liste d'arguments possibles pour motiver les groupes cibles spécifiques à accepter les recommandations.

- ◆ **ESSAIS DES PRATIQUES AMELIOREES:** Ces essais de comportement ont pour objectifs de déterminer les changements de pratiques bénéfiques les plus faisables; d'en apprendre davantage sur les obstacles majeurs (résistances) à l'adoption de ces nouvelles pratiques; et de suggérer des modifications possibles de recommandations qui rendraient ces changements plus acceptables et permettraient de suggérer les stratégies à adopter. Un rapport sommaire devrait présenter les résultats du travail sur le terrain du groupe cible et énumérer les changements de comportement les plus faisables à promouvoir.
- ◆ **RECHERCHE DE CONTROLE:** L'objectif est ici de tester les concepts et comportements perçus de manière positive et exécutés avec le plus de succès durant les essais avec les mères et aussi avec les individus qui actuellement donnent des conseils sur l'allaitement maternel (ceux qui utiliseront probablement les matériaux et messages éducationnels tirés de cette recherche). Un des résultats obtenus est une compilation de profils de chaque segment d'âge de la population cible qui identifie le niveau de compréhension de chaque pratique améliorée, l'acceptation de la pratique, et les conditions sous lesquelles elle pourrait être adoptée; les résistances à adopter le nouveau comportement; et les facteurs de motivation associés aux comportements suggérés.
- ◆ **ANALYSE ET SYNTHÈSE:** L'objectif est de synthétiser tous les résultats des activités de recherche et de déterminer leur signification pour la formulation d'une stratégie, notamment pour les activités de communication. Pour l'usage des individus qui élaboreront la stratégie et les matériaux créatifs de promotion des pratiques d'allaitement maternel améliorées, ce rapport sommaire devrait décrire le processus de recherche, et présenter les principales pratiques qui ont besoin de changement, les motivations et résistances pour chaque groupe d'âge et enfin, suggérer les media et personnes d'influence potentielles.
- ◆ **FORMULER UNE STRATEGIE DE PROJET:** C'est une stratégie exhaustive qui comprend toutes les composantes majeures d'une stratégie de changement de comportement, y compris les communications. Toutes les principales organisations d'exécution devraient prendre part à sa formulation.

Ci-dessous figure une description plus complète des éléments à considérer pour la méthodologie de recherche. Ces mêmes méthodes sont décrites en plus amples détails dans le document intitulé *Designing by Dialogue*.



Planifier la Recherche

Méthodes et Agenda de la Recherche

La littérature sur les pratiques d'allaitement maternel est pleine d'enquêtes quantitatives CAP (connaissances, attitudes et pratiques) des mères et des agents de santé. Ce genre d'enquêtes servent plus à identifier la prédominance des pratiques et prioriser les problèmes qu'à guider la manière de modifier efficacement ces pratiques. Elles sont également plus susceptibles à certains problèmes: parce que les questions sont déterminées par l'investigateur, les répondants peuvent donner des réponses qu'ils croient "correctes" ou "attendues" plutôt que les vraies réponses; souvent, les questions ne sont pas assez spécifiques (par exemple, poser des questions séparément sur l'eau, les aliments, et potions médicinales), de sorte que les réponses sont difficiles à interpréter. Idéalement, les questions d'enquête quantitatives ne devraient pas être formulées jusqu'à ce que la recherche qualitative ait permis aux planificateurs de programme de définir les concepts, pratiques, attitudes, et croyances primordiaux qu'ils espèrent modifier. (Ces enquêtes quantitatives sont également nécessaires pour évaluer formellement une activité d'allaitement maternel.)

Le présent guide propose que les méthodes d'activités de recherche qualitative soient utilisées pour planifier efficacement des activités du programme – notamment des interviews approfondies, des essais des pratiques améliorées, des discussions de groupe d'analyse, et des observations. Quoiqu'un ordre général de ces méthodes soit recommandé, chaque directeur de recherche, tel que proposé plus haut, devrait avoir une liberté d'action pour prendre ses propres décisions. Le tableau figurant ci-dessous résume des directions sur les méthodes plus ou moins appropriées de collecter le type d'information nécessaire à la planification d'activités.

Méthodes de l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel

Type d'Information	Méthodes plus Appropriées	Méthodes Moins Appropriées
CONNAISSANCES des mères et des personnes d'influences des pratiques scientifiquement optimales	Recherche de documents; enquête quantitative; interviews qualitatives approfondies	Discussion des Groupes d'Analyse
ATTITUDES, CROYANCES & OPINIONS des mères et des personnes d'influence	Méthodes qualitatives, y compris interviews approfondies et Discussions de groupe d'analyse. Ces techniques peuvent être renforcées par des techniques projectives, telles que dessiner ou réagir à des illustrations, fin d'une histoire, etc; interviews approfondies avec des informateurs clé, notamment pour apprendre l'ethnophysiologie de l'allaitement maternel; informations tirées d'activités de recherche qualitative antérieures et descriptions de systèmes de croyance.	Enquêtes; Discussions de groupe d'analyse pour le personnel de santé professionnel (qui tend à beaucoup se soucier de dire ce qu'il faut devant ses pairs)



PRATIQUES des mères et des personnes d'influence	Combinaison de: (1) questions quantitatives (pour des nombres de tétés spécifiques, âges du bébé pour certaines pratiques, etc.; (2) méthodes qualitatives (pour mieux connaître les comportements et leurs raisons d'être); et (3) observations faites de manière à réduire le nombre de gens qui modifient leur comportement parce qu'ils sont observés – par exemple conjointement avec les interviews approfondies des mères; ou en utilisant les consultations d'un client mystérieux avec les institutions de santé	Toute méthode
VOLONTE ET CAPACITE DE MODIFIER LES PRATIQUES des mères et des personnes d'influence	Essais comportementaux (TIPS) dans lesquels un nombre limité de mères acceptent d'essayer d'apporter des changements appropriés aux pratiques que le programme envisage de recommander; Discussion de groupes d'Analyse.	Questions hypothétiques
Aperçus des CONCEPTS, IMAGES, MATERIAUX qui serviront à motiver efficacement des changements de comportement positifs.	Essais des Pratiques Améliorées; Discussions de Groupe d'Analyse et interviews approfondies pour pré-tester/modifier des concepts, images et matériaux.	Méthodes quantitatives

Pour minimiser et mettre au point les nouvelles recherches sur le terrain, on devrait en apprendre autant que possible durant la période de recherche initiale de documents et les interviews des informateurs-clé (les personnes qui ont étudié l'allaitement maternel et quelques informateurs de la communauté bien renseignés sur le sujet, tels que les accoucheuses traditionnelles ayant beaucoup d'enfants et de petits-enfants). Ces aperçus sont peu à peu testés et raffinés durant les activités de recherche exploratoire, les essais des pratiques améliorées, et/ou les discussions de groupe d'analyse.

L'Annexe C indique les méthodes utilisées par plusieurs études qualitatives sur l'allaitement maternel pour couvrir divers sujets. La liste de contrôle figurant à la fin du chapitre précédent fournit un "menu" générique de sujets pour l'étude formative sur l'allaitement maternel. La révision des informations existantes et préliminaires se concentrera en général sur le fait d'apprendre autant que possible sur les perceptions et pratiques concernant ces sujets. Les essais et les phases de la recherche de contrôle se concentreront davantage sur la faisabilité de passer des pratiques-clé observées actuellement à des pratiques promouvant davantage la santé, y compris une analyse des principaux obstacles relatifs aux informations, attitudes et pratiques et la manière de les surmonter.

Formation de l'Equipe chargée de la Recherche

Un directeur de recherche (principal investigateur) est tout d'abord responsable de superviser les activités de recherche, mais elle/il devrait également faire des interviews et autres travaux sur le terrain. Cette personne devrait travailler en étroite collaboration avec une personne spécialisée en gestion de la lactation. D'autres membres de l'équipe servent d'intervieweurs, et aussi de formateurs et de superviseurs. L'idéal est que tous les membres de la recherche sur le terrain



participent à tous les aspects de la recherche (formation, interviews, observations, analyse, et rédaction de rapports). Tandis qu'il est important de recruter assez tôt le directeur de recherche et l'autre agent de recherche clé, afin qu'ils puissent prendre tôt des décisions sur l'échantillonnage et les guides de questions, les intervieweurs pourront être embauchés plus tard.

La manière dont l'équipe de recherche sera constituée dépendra des ressources locales et du niveau de participation désiré par le personnel du programme. La recherche peut être en partie ou entièrement prise en main par le programme, qui peut embaucher le directeur de recherche et/ou les agents sur le terrain. Là où les infirmières ou les diététiciens seront impliqués dans l'exécution du programme, ils pourront être formés et employés comme intervieweurs sur le terrain, ce qui leur permettra d'apprendre de nouvelles techniques de recherche importantes, de même que d'obtenir des informations approfondies sur l'allaitement maternel et les sujets connexes. Il faudrait mettre en balance cet avantage et la question de savoir si le personnel de santé peut se défaire de son statut professionnel et ne pas être didactique ni juger les mères, et si les mères vont modifier leurs réponses pour donner aux professionnels de la santé ce qu'elles considèrent être les réponses "correctes". L'importance de ces problèmes peut être réduite au minimum si les intervieweurs: (1) sont bien formés; (2) ne se présentent pas (physiquement ou verbalement) en tant que personnel de santé; et, (3) travaillent en dehors de leur lieu de travail normal.

Une société ou un institut de recherche pourrait également entreprendre de faire cette recherche. Si l'on passe un contrat à une société, elle devrait avoir de l'expérience en matière de recherche *qualitative* (contrairement à une enquête), de même que de l'expérience à travailler avec des groupes socio-économiques de rang inférieur.

Les individus ayant une formation en nutrition, santé maternelle et infantile, ou sciences sociales sont les candidats idéaux pour être des membres de l'équipe. Les membres de l'équipe devraient dans la mesure du possible:

- ◆ parler couramment la (les) langue(s) locale(s);
- ◆ être en mesure d'établir un rapport avec des étrangers, discuter naturellement des sujets qui intéressent l'étude, observer avec astuce et avoir un esprit ouvert;
- ◆ être mûrs, capables de faire face à des situations parfois difficiles, et parler aisément des sujets d'allaitement maternel, de santé et d'alimentation des enfants, de nutrition de la mère, et des soins des enfants (parce que le sujet est l'allaitement maternel, à l'exception peut-être des interviews des hommes, les femmes sont en général les membres d'équipe les plus efficaces);
- ◆ avoir de l'expérience en matière de méthodes qualitatives;
- ◆ désirer séjourner dans les communautés que l'on étudie durant les activités de recherche; et
- ◆ être capables d'analyser une situation, penser, et agir seuls, et s'exprimer clairement par écrit.

Les membres de l'équipe ne doivent avoir aucun lien présent ou passé avec les fabricants de substituts du lait maternel.

Dans la phase de préparation de l'équipe, il est important que le directeur de programme ou directeur de recherche établisse des dynamiques de groupe, ainsi qu'un fonctionnement efficace. Il est important d'avoir un bon moral de l'équipe parce que le travail sur le terrain peut s'avérer ardu, à la fois physiquement et émotionnellement, et prendre beaucoup de temps.

Les investigateurs devraient de manière idéale, travailler en équipes de deux ou trois membres. Une petite équipe peut aller ensemble vers chaque communauté, chaque investigateur se chargeant d'interviewer les femmes enceintes ou les mères de jeunes enfants dans un groupe d'âge spécifique. Là où l'on parle plusieurs langues, les membres de l'équipe devront se répartir suivant leurs compétences en langue, et non suivant le groupe d'âge.

Les responsabilités administratives (par exemple demande de per diem, organisation des voyages) devraient être attribuées à quelqu'un qui soit en dehors du groupe, ou alors être divisées raisonnablement entre les membres du groupe. Il ne convient pas très bien d'avoir un directeur de recherche responsable des tâches administratifs.

Révision des Informations Existantes

Au moment de décider des pratiques actuelles d'allaitement maternel et d'alimentation des enfants sur lesquelles le programme devrait agir, les planificateurs devraient d'abord rassembler des informations sur les nombreux facteurs qui affectent l'allaitement maternel et qui sont énumérés sur les pages deux et trois. De telles informations peuvent être nécessaires à la formulation de stratégie (décrite au troisième chapitre) et aident également à fixer l'agenda de la nouvelle recherche consultative.

Révision des Documents

Les rapports du Gouvernement, du bailleur de fonds et de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) sur la situation nutritionnelle et les projets de nutrition, les publications universitaires, les thèses, les enquêtes nationales sur la nutrition, les données de l'Etude Démographique et de Santé et les rapports qualitatifs/ethnographiques sont autant de sources potentielles d'informations sur l'allaitement maternel, la nutrition maternelle et infantile, les modèles d'alimentation infantile, l'état nutritionnel, les informations culturelles, et d'autres sujets pertinents. Les sources d'information sur l'usage des media et programmes de communication peuvent inclure l'étude du marché local et des agences de publicité, les stations de radio et télévision, les bureaux d'information du gouvernement, l'UNICEF, les organisations bénévoles privées, et les groupes travaillant aux programmes d'éducation pour adultes non formels.

Si de nombreuses études sont disponibles, la révision d'informations des cinq dernières années uniquement, ou dans une ou deux zones géographiques pourrait limiter cette phase de la recherche. Toutefois, il faudrait indiquer que le temps et les ressources investis dans la révision de documents constitueront une base solide pour concevoir les étapes subséquentes du processus de recherche. Exécuter entièrement cette étape pourrait à la longue, épargner au projet du temps et de l'argent.



Faire des Interviews des Informateurs-Clé

Les interviews de personnes bien renseignée pourraient continuer indéfiniment. Si le temps et les ressources sont limités, choisir une demie-douzaine d'individus considérés comme des experts locaux sur l'allaitement maternel et l'alimentation infantile. Les types de personnes à interviewer sont des nutritionnistes, le personnel technique du Ministère de la Santé, les chercheurs cliniques (peut-être issus d'une école de médecine locale), les éducateurs et communicateurs dans le domaine de la santé, et les anthropologues et autres scientifiques sociaux.

Les interviews d'informateurs-clé devraient compléter et/ou expliquer les informations collectées durant la révision des documents. Elles sont également un moyen de découvrir "les connaissances communes" qui ne sont peut-être pas écrites sur papier. Les interviews devraient être structurées, mais ouvertes. La liste de sujets à couvrir dans le document de base (voir plus bas) devrait suffire à guider la discussion.

Préparer un Document de Base

Ce document devrait:

- ◆ Décrire la situation de la santé publique quant aux pratiques d'allaitement maternel: morbidité et mortalité du bébé et de l'enfant, l'état nutritionnel du bébé, la contraception, et l'aménorrhée lactationnelle;
- ◆ Décrire les pratiques et modèles d'allaitement maternel actuels, de la préparation prénatale jusqu'à la cessation de l'allaitement maternel, indiquant ce que l'on sait de l'importance des différences urbaines/rurales, religieuses et/ou ethniques;
- ◆ Commencer à identifier les plus sérieuses déviations des pratiques d'allaitement maternel présentes des pratiques optimales;
- ◆ Résumer ce que l'on sait des raisons de l'existence des pratiques actuelles, y compris:
 - les croyances et attitudes des mères, de la famille et des personnes d'influence dans la communauté, et du personnel de santé,
 - le soutien social à l'allaitement maternel
 - les normes et prévisions culturelles,
 - l'environnement politique, légal et de travail, et
 - les normes et pratiques significatives des services de santé formels et informels;
- ◆ Décrire les réseaux par lesquels les communications du programme pourraient être diffusées:
 - le système sanitaire du gouvernement: nombres et types de personnel, vulgarisation au niveau de la communauté, et éducation
 - les programmes et réseaux des ONGs,
 - le système de santé traditionnel ou non-formel,
 - les systèmes d'information traditionnels ou non-formels, tels que les clubs des mères, les programmes d'alphabétisation, et le théâtre populaire, et
 - les mass media;



- ◆ Examiner les efforts déployés dans le passé pour communiquer les informations sur l'allaitement maternel et l'alimentation infantile, y compris l'expérience des media et les messages éducationnels actuellement utilisés:
 - quelles media a t-on utilisé et quel en a été l'impact?
 - quels messages éducationnels ont été ou sont en train d'être communiqués
 - quelles leçons a t-on tiré?

- ◆ Identifier les lacunes existant dans les CONNAISSANCES actuelles, y compris les vastes domaines comme l'absence de recherche basées sur les ménages, ou les informations sur les perceptions et comportements des mères. Quelles sont les informations cruciales pour améliorer les pratiques qui restent inconnues ou incomplètes?

Analyse de ce que l'on Sait et les Questions Restantes pour l'Etude Formative sur l'Allaitement Maternel <i>Comité de Direction National sur l'Allaitement Maternel, Pakistan</i>		
Tendance	Ce qu'on Sait/Suppose	Questions Restantes
Aliments artificiels ou alimentation précoce	*En général liquide sucré et herbes, ghee *Fait pour nettoyer les intestins *Donné avec les doigts - quelques gouttes durant un à trois jours *Apporte la chance	*Y croit-on fermement - raisons *Fréquence, quantité, durée *Qui donne des conseils *Donne t-on les conseils sur l'allaitement maternel avant la naissance du bébé
Colostrum est en général jeté	*Considéré sale, rance, lourd, épais, *Aucun soutien positif du personnel de santé; ils pensent que ce n'est pas nécessaire	*Influence du <i>dai</i> (accoucheuses traditionnelles), femmes plus âgées *Force de résistance (digestion, coutume, tradition)
L'allaitement maternel n'est pas initié immédiatement (l'enfant n'est mis au sein que le troisième jour)	*Les mères disent ne pas avoir de lait, maladie *Les docteurs n'encouragent pas en zone urbaine	*Influence du <i>dai</i> *Soutien des membres de la famille *Caractéristiques du lait *CONNAISSANCES de la succion
Courte Période d'allaitement maternel exclusif, notamment dans les zones semi-urbaines et urbaines	*Les femmes prétendent avoir beaucoup de problèmes d'allaitement maternel *Prétendent ne pas avoir assez de lait *Une des causes sont les grossesses fréquentes	*Que donne t-on, quand, quelle quantité, pourquoi *Image et propriétés des laits, des aliments *Soutien des membres de la famille *Niveaux d'autres résistances: perte de liberté, manque de confiance, sentiment d'être trop occupé, perte de sa silhouette *Pratiques réelles d'allaitement maternel (les deux seins, fréquence, durée de chaque tété *Role du Pere, qui achete le lait?



Complémentation avec des liquides initiée le premier mois	<ul style="list-style-type: none"> *L'eau (souvent sucrée) donnée en zones rurales, et l'eau, le lait et les biberons dans les zones plus urbaines, notamment en hiver *Les mères pensent que c'est nécessaire à la bonne santé de l'enfant *Le personnel de santé l'encourage 	<ul style="list-style-type: none"> *Mode d'alimentation -- gaze, biberon, main ... *Propriétés et "culture" de différents compléments *Don d'opium
L'introduction d'aliments solides varie - elle a lieu tard dans les meilleures situations (six à neuf mois), quoique souvent neuf à douze mois	<ul style="list-style-type: none"> *Semble que c'est une crainte des aliments qui cause des problèmes *N'ont aucune orientation 	<ul style="list-style-type: none"> *Variations suivant la situation *Considération du développement de l'enfant (âge par rapport à étapes - dents, position assise)
Peu de variété dans l'alimentation -- les biscuits, le pain, le riz sont les aliments les plus courants	<ul style="list-style-type: none"> *Influence des systèmes de croyances chaud/froid et léger/lourd *Le statut socio-économique peut faire une différence 	<ul style="list-style-type: none"> *Mode d'alimentation *Fréquence de l'alimentation *Dilution des aliments *Contenu des aliments *Quantité *Donner un régime d'adulte (en rapport à l'alimentation de la famille) *"Snacks"
Alimentation durant la maladie (diarrhée) semble mauvaise -- souvent retrait des aliments	<ul style="list-style-type: none"> *L'enfant ne veut pas manger *Les mères craignent les effets *Manque d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> *Source des conseils *Variation suivant la maladie *Alimentation durant la récupération *Ce qui devrait être donné *Qui est responsable *Rôle de l'hygiène alimentaire
La plus forte influence sur l'alimentation de l'enfant semble être d'autres membres de la famille, le dai et le médecin (surtout pour ce qui est de l'allaitement maternel)	<ul style="list-style-type: none"> *Peu d'accès aux services de santé *Faible utilisation des services gouvernementaux *Haut niveau du prestige des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> *Qui a le meilleur potentiel pour influencer (mullah) *Rôle du père *Rôle des femmes plus âgées *Opinion sur les nouveaux conseils *Pourquoi ne pas utiliser les installations publiques *Capacité de contrôler la santé

Etude Exploratoire: Interviews et Observation Approfondies

La première phase de la recherche sur le terrain se fait en général par des interviews approfondies (et des observations) avec les mères, les pères, les femmes plus âgées, et d'importantes personnes d'influence dans la communauté, ainsi que les agents de santé traditionnels ou formels les plus concernés. Les discussions de groupe d'analyse peuvent aussi être incluses, surtout si l'on en sait déjà beaucoup sur les perceptions et pratiques et que vous avez besoin d'explorer les influences sociales ou normes culturelles. Toutefois, les discussions de groupe d'analyse sont en général plus appropriées pour examiner en profondeur plus tard dans le processus, quelques questions approfondies.

Cette phase peut être extensive ou limitée suivant l'analyse de ce que l'on sait déjà, le nombre et l'importance des questions/lacunes restantes dans vos informations, et les contraintes budgétaires

ou de temps. Cette phase initiale de la nouvelle recherche consultative se concentre sur le fait d'apprendre ce qui se sait déjà sur:

- ◆ la nature et la prédominance des pratiques actuelles d'allaitement maternel qui soulignent les écarts majeurs existant entre elles et les pratiques optimales;
- ◆ les croyances et attitudes des mères et des personnes d'influence qui expliquent ces pratiques;
- ◆ les perceptions et pratiques des agents de santé;
- ◆ les media de communication, ressources et expérience actuelles et potentielles; et,
- ◆ le soutien communautaire et les normes culturelles pour l'allaitement maternel.

Les interviews approfondies sont des discussions guidées, mais flexibles. Les sujets sont définis à l'avance, mais il n'y a aucune catégorie prédéterminée pour les réponses. Des questions Oui et Non sont posées, mais la principale question est pourquoi, ainsi les intervieweurs ont souvent des notes extensives. Cette flexibilité permet à la discussion de se poursuivre dans des directions qui n'ont peut-être pas été prévues lors de la planification de l'interview.

Déterminer le plan d'Echantillonnage

Il n'existe pas de règles claires et rapides pour déterminer la taille-échantillon. L'équipe cherche en fait, la taille optimale qui leur donnera assez d'informations approfondies sur les catégories de répondants qui semblent les plus importants pour cette étude, dans les limites des contraintes mondiales réelles de temps et de budget. Les décisions dépendent en partie :

- ◆ de ce que l'on apprend de la recherche de documents et des interviews avec les spécialistes;
- ◆ de la manière dont l'organisation parraine a défini le problème sous étude (par exemple, se soucie t-on de la baisse de l'allaitement maternel en zones urbaines? Se soucie t-on des femmes démunies uniquement?); et,
- ◆ de l'expérience de l'organisation d'exécution et de la faisabilité de cibler différents messages pour de nombreux segments de l'audience.

Les caractéristiques particulières de la population sur lesquelles porteront l'investigation devraient être celles que l'on croit avoir le plus d'effet sur les croyances et comportements vis-à-vis de l'allaitement maternel.

L'expérience indique que le fait de résider en milieu rural ou urbain est un facteur-clé, de même que l'étendue des contacts avec le système de santé formel (qui peut avoir des influences positives et/ou négatives sur les pratiques), le statut socio-économique, et le groupe ethnique/religieux là où les gens sont très traditionnels. Les jeunes mères ou les primipares peuvent être séparées dans des endroits où elles seront beaucoup influencées par des belles-mères ou d'autres individus. Des caractéristiques moins importantes de distinction de la population peuvent ne pas être des critères pour les groupes, mais peuvent toujours être examinées séparément durant l'analyse de l'étude. Les segments peuvent être définis par des catégories générales, et dans ces catégories, par des types d'individus. Ci-dessous figurent certaines des catégories courantes par lesquelles la population peut être échantillonnée :



Catégories Générales

- ◆ urbaines/rurales
- ◆ principaux groupes culturels/ethniques qui, croit-on, ont différentes croyances et pratiques concernant l'allaitement maternel
- ◆ plus éduquées/moins éduquées

Types d'Individus

- ◆ femmes enceintes:
 - primipares
 - ayant au moins une grossesse auparavant
- ◆ mères d'enfants de certains groupes d'âge (définis en partie, par l'âge auquel on croit que les principaux problèmes d'allaitement maternel se produisent)
- ◆ mères par catégorie d'allaitement maternel
 - n'ont jamais initié l'allaitement maternel
 - ont donné des compléments à leur bébé les trois premiers mois
 - ont allaité pleinement ou exclusivement pendant environ six mois
 - ont allaité pleinement ou exclusivement pendant plus de six mois
- ◆ mères par période de temps de séparation (loin de leur bébé pendant plus ou moins de trois heures par jour)
- ◆ maris (partenaires masculins)
- ◆ femmes plus âgées (suivant la culture, les mères ou belles-mères peuvent être plus importantes)
- ◆ institutions de santé: suivant la personne qui voit une partie considérable des mères durant leur grossesse et la période post-partum, il pourrait y avoir des segments :
 - d'accoucheuses traditionnelles
 - de médecins
 - d'infirmières
 - d'agents de santé communautaires

Si l'on doute de la réponse, il vaut mieux en général utiliser moins de segments de recherche. Si de nouveaux groupes semblent être importants suivant les résultats de la recherche initiale, des segments séparés pourront toujours être ajoutés dans les dernières étapes de l'étude formative.

La classe sociale peut être un critère de sélection, mais en général la totalité de l'échantillon fera partie de la classe socio-économique de rang inférieur, puisque c'est la classe la plus à risque pour les résultats négatifs des mauvaises pratiques d'allaitement maternel.



Après l'identification des segments de la population, l'étape suivante est de sélectionner les *unités de population* au sein desquels se fera la recherche. L'unité la plus appropriée pour cette recherche peut varier d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre. Dans les zones rurales de Java (Indonésie) par exemple, des villages entiers seraient sélectionnés; en dehors de Java, où les gens se regroupent différemment, cette unité pourrait être les *dunsun* (une unité de sous-village). En Ecuador, une paroisse entière pourrait constituer l'unité de recherche en milieu rural, tandis qu'en milieu urbain, on pourrait sélectionner des zones de recensement. Au Swaziland, les habitants des zones rurales vivent dans des exploitations rurales, ainsi les limites de la recherche sont définies par les zones d'énumération du recensement.

Chaque unité de population devrait être "normale" en termes de caractéristiques sélectionnées pour décrire le segment, par exemple, personnes démunies en milieu urbain, nomades, etc. Ne sélectionner qu'une à trois unités de population dans chaque segment pour les interviews et observations de famille.

Un schéma d'échantillonnage illustratif pour une étude de l'allaitement maternel s'ensuit: la répartition régionale majeure de l'échantillon pourrait inclure trois zones culturelles/géographiques: le groupe ethnique A dans les zones rurales, le groupe ethnique B dans les zones rurales, et les zones urbaines sans se soucier de l'ethnicité. (Il est recommandable de ne pas en avoir plus de quatre). Dans chacune de ces trois zones, sélectionner deux unités de population typiques au hasard. Le nombre d'interviews planifiées pourrait figurer comme suit:

Groupes	Groupe ethnique A, zone rurale	Groupe ethnique A, zone rurale	Groupe ethnique B, zone rurale	Groupe ethnique B, zone rurale	Zone Urbaine 1	Zone urbaine 2
Mères enceinte	3	3	3	3	3	3
Mères de bébés < six mois, alimentés avec des compléments les deux premiers mois	5	5	5	5	5	5
Mères de bébés < six mois, alimentés avec des compléments après les deux premiers mois	5	5	5	5	5	5



Mères de bébés âgés entre six et onze mois	3	3	3	3	3	3
Mères de bébés entre douze et 23 mois	2	2	2	2	2	2
Pères de bébés < six mois	4	4	4	4	4	4
Accoucheuses traditionnelles	2	2	2	2	0	0
Agents de santé communautaires	1	1	1	1	1	1
Infirmières auxiliaires	1	1	1	1	2	2

Ce schéma d'échantillonnage produirait au total 154 interviews. Si ce total est trop important, on pourrait réduire ou éliminer certains segments dans certaines unités .



Les découvertes provenant d'interviews initiales approfondies sont destinées à révéler les croyances et pratiques, et non à délimiter les prédominances précises ou à être interprétées statistiquement. Une conception-échantillon clairement réfléchi et bien planifiée est essentielle au succès de cette activité, mais ce doit être une activité qui puisse être gérée par un personnel et des ressources disponibles.

C'est un échantillon intentionnel. Quoiqu'au sein des catégories l'échantillon soit fait au hasard, l'échantillon n'a aucun pouvoir statistique, et ne devrait pas être utilisé pour produire des résultats quantitatifs. Durant les activités de recherche, l'équipe décidera peut-être de ne pas interviewer l'échantillon entier, si après un certain point, les interviews cessent de produire des informations nouvelles et utiles. Ou alors il se peut que l'équipe décide d'ajouter des interviews d'un certain type de répondants sur la base de découvertes antérieures.

D'une part, cette flexibilité est un grand avantage de ce type d'activités de recherche qualitative. D'autre part, la validité des découvertes dépend entièrement des bonnes décisions prises concernant le plan d'échantillonnage, et d'une façon d'interviewer et d'une interprétation expertes. Un autre inconvénient est que les découvertes quantitatives peuvent servir à convaincre les décideurs de la fiabilité des informations, mais celles-ci ne sont pas disponibles à partir de cette méthodologie. (Si le projet est formellement évalué cependant, il faudrait mener des enquêtes de suivi, de base et quantitatives. En outre, une quantité limitée d'informations quantitatives peuvent être collectées durant les interviews et observations, y compris une analyse de la fréquence de l'alimentation.)

Recruter les Familles

Une fois le plan d'échantillonnage des familles déterminé, il faudra identifier les familles réelles. Le directeur de recherche ou directeur de programme a besoin d'être guidé parce qu'il faudra peut-être dévier du plan si les intervieweurs ont du mal à localiser certains types de répondants en quantité suffisante, ou sont confrontés à d'autres problèmes. De plus, il faudrait veiller à éviter d'obtenir un échantillon partiel à cause de la proximité d'une installation sanitaire ou d'autres raisons. Si cela est faisable, les recruteurs devraient visiter tous les foyers de l'unité de population et ne remplir une feuille de recrutement rien que pour les familles comptant une mère ou un enfant dans une des catégories.

Le directeur de programme ou directeur de recherche:

- ◆ classe les feuilles de recrutement dans les catégories appropriées (groupe d'âge, ethnicité, etc.);
- ◆ sélectionne le nombre approprié de familles (au hasard, ou suivant des critères supplémentaires pour s'assurer que tous les groupes d'âge sont pris en considération) tel qu'établies lors de la conception de l'échantillonnage; et
- ◆ désigne les ménages de remplacement au cas où certaines des familles sélectionnées ne pourraient pas prendre part à l'étude.



Le recrutement ne rallonge pas nécessairement le processus de recherche. Souvent, il peut se faire par les agents sur le terrain ou les agents de santé locaux pendant que les guides de questions sont rédigés et testés par l'équipe chargée de la recherche.

Les enfants de familles très atypiques à cause d'un problème social ou médical ne devraient pas être sélectionnés. Il est également important que chaque groupe comprenne des enfants de chaque groupe d'âge.

Préparer les Guides de Questions et d'Observation

Les guides sont en général composés de questions spécifiques que poseront les intervieweurs, de directives d'observation, et d'informations pour identifier les répondants (nom, adresse, âge). Si les intervieweurs ont beaucoup d'expérience, une liste de sujets à explorer peut être préférable à des questions spécifiques. Les guides de questions réduisent les problèmes en structurant la prise de note. Beaucoup d'espace a été mis de côté pour les commentaires et remarques qui pourront être incorporés dans des endroits spécifiques ou colonnes marginales du guide de questions, lorsque les notes prises sur le terrain seront révisées après l'interview. Les pratiques d'allaitement maternel observées pourront être utilisées pour valider ce que diront les mères à propos de ce qui déclenche l'allaitement maternel (initiative de la mère ou du bébé), l'attachement du bébé, la fréquence de l'allaitement maternel, la durée des tétées, les signes à suivre pour cesser d'allaiter, etc., et peuvent fournir des détails additionnels.

Les sujets couverts dans les interviews des agents de santé et des leaders d'opinions peuvent être les mêmes ou différents de ceux couverts dans les interviews des familles. Le "menu" de sujets (les importantes pratiques d'allaitement maternel et les facteurs qui les influencent) se trouve au premier Chapitre. Les exemples de guides d'observation et d'interview sur l'allaitement maternel se trouvent à L'Annexe D.

Le guide initial provisoire devrait être pré-testé et raffiné avant de commencer le travail sur le terrain. Un pré-test final peut se faire durant la formation de l'intervieweur.

Former l'Equipe

La formation des coordinateurs de la recherche, des superviseurs et des intervieweurs peut durer entre trois jours et deux semaines suivant l'expérience en matière de recherche de l'équipe, ses connaissances sur l'allaitement maternel et l'alimentation de l'enfant. Cette formation devrait couvrir:

- ◆ un aperçu du projet, ses objectifs, buts, et calendrier d'exécution;
- ◆ une révision des pratiques optimales d'allaitement maternel et leurs avantages, et de ce que l'on sait actuellement des croyances et pratiques des mères concernant l'allaitement maternel;
- ◆ une description complète de chaque technique de collecte d'informations;



- ◆ des instructions sur l'usage correct des formulaires et pratiques de recrutement (pour les recruteurs, qui ne seront pas nécessairement des intervieweurs);
- ◆ des instructions et pratique dans les techniques permettant d'établir des rapports avec les membres de la famille et autres informateurs;
- ◆ une explication complète de chaque guide de questions et la manière d'enregistrer les réponses à chaque question;
- ◆ instruction et pratique dans la conduite d'interviews ouvertes, en mettant l'accent sur le développement de bonnes techniques d'écoute et de prise de note, et sur le fait de bien identifier et poursuivre des "indications" dans la conversation (commentaires nouveaux et intéressants qui ont rapport au fait de comprendre les pratiques, points de résistance, et motivations à changer);
- ◆ instruction et pratique pour développer les techniques d'observation, d'abord par le jeu de rôle et en demandant aux stagiaires d'expliquer les comportements qu'ils ont remarqué, puis en observant dans les communautés et installations sanitaires, et en demandant aux stagiaires d'observer et documenter les différentes pratiques;
- ◆ instruction et pratique dans l'usage d'un magnétophone; et
- ◆ pré-test et révision des questionnaires sur le terrain;

Parmi les matériaux à préparer pour la formation figurent: un programme du cours; un résumé des objectifs, méthodes et des résultats désirés de chaque méthode de collecte d'informations; un plan tentative de terrain pour les interviews approfondies; une description de différentes techniques d'interview; et un document de référence sur l'allaitement maternel.

Le programme suivant, pour former des investigateurs expérimentés en recherche qualitative au Pakistan en donne un exemple.



<i>Jour 1:</i>	Ouverture et présentations Discussion de l'objectif (développer une activité de promotion de l'allaitement maternel) et prévisions Le rôle de la recherche dans la préparation du programme – pourquoi recherche qualitative Pratiques optimales d'allaitement maternel Préparer le plan de recherche – ce que l'on sait déjà, ce que l'on veut savoir
<i>Jour 2:</i>	A qui devons-nous parler – sélection de l'échantillon Comment pouvons-nous rassembler les informations nécessaires: interviews individuelles approfondies et Discussion de groupe d'analyse Spécifier la sélection de l'échantillon par la méthode de la recherche Énumérer les sujets pour les interviews approfondies et les discussions de groupe d'analyse Rédiger le guide d'interview approfondie
<i>Jour 3:</i>	Développer le guide de discussion des groupes d'analyse Réviser les techniques de discussion de groupe d'analyse Modifier le guide Pratiquer
<i>Jour 4:</i>	Pratiquer en faisant une interview approfondie et une discussion de groupe d'analyse dans des et des maternités communautaires et d'hôpital Discuter de l'expérience
<i>Jour 5:</i>	Continuer la discussion: réviser les guides et techniques pour travailler plus tard Analyser la pratique sur le terrain
<i>Jour 6:</i>	Analyser la pratique sur le terrain (suite) Discuter des problèmes et solutions de l'allaitement maternel
<i>Jour 7:</i>	Rédiger des guides d'essai pour les interviews approfondies et discussions de groupe d'analyse Pratique
<i>Jour 8:</i> mères	Retourner dans les communautés et hôpitaux pour discuter des pratiques proposées avec les Discuter de l'expérience Réviser les guides
<i>Jour 9:</i>	Analyser/discuter des résultats Finaliser le plan de recherche pour les six semaines suivantes

Rédiger un Plan de Terrain

Préparer un plan de logistiques sur le terrain qui énumère les membres de l'équipe sur le terrain et fournit un calendrier spécifiant où et quand chaque équipe travaillera. Il faudrait considérer un bon nombre de facteurs en rédigeant ce plan, et inclure les contraintes logistiques (vols, horaires du bac, jours de marché, coutumes et jours fériés locaux, etc), le nombre d'investigateurs sur le terrain, et le nombre d'interviews que chacun d'eux peut faire par jour.

Il est important de laisser beaucoup de temps pour discuter et réfléchir sur les informations collectées, de même que pour organiser les notes sur le terrain et rendre à nouveau visite aux familles en cas de besoin.



Faire les Interviews

Dans bien des endroits, on peut conseiller de rendre visite au chef communautaire formel ou informel pour lui demander la permission de réaliser cette étude, et peut-être d'organiser une réunion communautaire. Il est important d'expliquer les raisons de la collecte des informations, mais comme il a été noté plus haut, il n'est pas recommandable d'identifier les intervieweurs par leur profession, notamment s'il s'agit de médecins, d'infirmières, parce que les répondants ont immédiatement des modèles de comportement/réponses préparés.

En général, il est recommandé d'interviewer d'abord les agents de santé, les accoucheuses traditionnelles, et autres décideurs, parce que ces interviews aident à identifier les normes de la communauté et les opinions des individus-clé à leur sujet. Il est recommandable de mener ces interviews dès votre arrivée dans une communauté, parce que ces discussions devraient aider à identifier les sujets à aborder dans les interviews subséquents des familles, et devraient aussi aider à clarifier les problèmes.

Mener ces interviews dans un endroit où le répondant pense qu'il/elle pourra parler librement et candidement. L'informateur devrait sélectionner un endroit et une heure appropriés pour l'interview. L'interview est structurée mais ouverte. Elle est relativement courte, et ne doit pas de préférence durer plus d'une heure (contrairement aux interviews des ménages qui sont plus longues).

Les interviews d'informateurs communautaires, tout comme les interviews approfondies des ménages, sont enregistrées dans la mesure du possible, quoiqu'on puisse aussi prendre extensivement des notes. La difficulté qu'il y a à prendre extensivement des notes tout en écoutant attentivement souligne l'avantage d'avoir comme intervieweurs, des investigateurs sur le terrain ayant de l'expérience. Les interviews d'informateurs communautaires devraient être immédiatement résumées de manière à pouvoir prendre et exécuter les décisions concernant la modification des guides et les nouvelles lignes d'enquête.

Avant d'initier l'interview approfondie des ménages, il est important d'établir un niveau d'acceptation avec la famille, il vaut donc mieux que les intervieweurs rendent une brève visite initiale. La totalité de l'interview, y compris l'observation structurée, peut durer plusieurs heures. Il devient plus facile pour l'intervieweur d'observer ce qui se passe normalement dans la famille, plus il passe du temps dans la maison. S'il est inconfortable de rester dans la maison pendant de longues heures, il faudrait planifier une série de visites plus courtes, couvrant de manière idéale différents moments de la journée.

Il n'est pas en général difficile d'établir un rapport avec les répondants, si les intervieweurs sont sympathiques et parlent la langue locale. Une fois le rapport établi, il n'est pas difficile de passer du temps dans la maison, car les membres de la famille ne penseront pas qu'il leur faut traiter l'intervieweur comme un invité, mais ils accompliront leurs tâches, laissant à l'intervieweur le choix de terminer ses notes ou de les aider. Les questions ne doivent pas s'en arrêter aux guides. Si l'intervieweur est dans la maison à plusieurs reprises, ou pendant une période prolongée, le fait d'introduire la discussion sur la cuisine et les recettes peut permettre de détourner la conversation de la famille, mais toujours révéler les points de vue du répondant. L'atmosphère devrait être



détendue. Si la mère s'assoit à l'ombre pendant une minute pour éplucher des pois, l'intervieweur devrait s'asseoir avec elle et la laisser initier la conversation.

Au début de l'interview, il est plus facile de commencer par les questions de base: nom, adresse et composition de la famille. Après avoir obtenu ces informations, on peut continuer par une discussion informelle. Le rôle de l'intervieweur est de guider la conversation en posant différents types de questions, en demandant plus de détails, et en demandant des clarifications. En obtenant du répondant des points de vues et des faits spécifiques, l'intervieweur veillera à éviter de suggérer les réponses "correctes" ou désirées.

Contrairement aux enquêtes formelles, dans lesquelles les réponses sont brèves, les interviews approfondies encouragent la clarification des dires de chaque personne. On arrive souvent à élaborer une réponse et révéler sa pleine signification en répétant ou reformulant une question. L'interview approfondie permet d'explorer de nouveaux thèmes et questions à mesure qu'ils émergent en posant une question plus d'une fois, en changeant légèrement le centre d'intérêt.

Si un répondant semble peu disposé à discuter parce qu'il/elle ne pense pas avoir d'informations à donner, l'intervieweur doit l'encourager et l'assurer que ce qu'il/elle sait a beaucoup d'intérêt et d'importance.

L'observation structurée est extrêmement importante dans la recherche sur l'allaitement maternel, parce que bien des femmes ne sont pas conscientes du nombre de tétées, de la durée des tétées, etc. De plus, l'observation dans une situation naturelle permet de contrôler les femmes rapportant de fausses informations, parce qu'elles croient que c'est ce que veut entendre l'intervieweur.

Analyser les Résultats de la Recherche Exploratoire

Au cours du travail sur le terrain, l'équipe devrait discuter et résumer les informations tirées des interviews des informateurs-clé suivant le sujet et le contenu. Tous les résultats des interviews d'informateurs-clé (résumés, tabulations, et réponses subtiles textuelles) devraient être analysés par région et type d'informateur (par exemple, comparer les points de vue des accoucheuses traditionnelles et des agents de santé communautaires). Cette analyse devrait également permettre d'évaluer si les observations d'informateurs-clé sur les pratiques courantes reflètent précisément ce que disent en réalité les mères, et jusqu'à quel point elles influencent les mères.

L'équipe devrait également réviser quotidiennement les résultats des interviews approfondies tout au long du travail sur le terrain, pour identifier les domaines à clarifier ou étudier davantage. L'équipe devrait résumer chaque guide, faire des observations sur les pratiques au besoin. Les investigateurs pourraient remplir des fiches récapitulatives sur le terrain, toutes les nuits ou à la fin de toutes les interviews. Il est préférable de faire les résumés immédiatement, parce que les informations et impressions sont encore toutes fraîches à la mémoire.

Trier les informations par local, groupe ethnique, ou suivant que la mère est jeune ou plus âgée. Créer ensuite des grilles d'évaluation pour les informations importantes. Ces grilles d'évaluation présentent une seule "variable" pour toutes les familles de l'échantillon, s'il n'y en a pas beaucoup, ou elles peuvent inclure plusieurs "variables" pour une seule communauté. Les grilles d'évaluation permettent à l'équipe sur le terrain d'observer facilement les modèles et différences



existant entre les familles et les régions. Par exemple, suivant les critères utilisés pour définir les segments d'échantillonnage (zones géographiques, âge des enfants, groupe ethnique) ou d'autres critères (comme les mères jeunes ou plus âgées), on peut analyser de nombreux types de données sur des grilles d'évaluation.

Tirer des conclusions sur chaque sujet en cochant toutes les informations sur chaque page et en comparant les différentes cellules. Ecrire les conclusions sur chaque fiche d'évaluation. Résumer l'histoire de l'alimentation et les pratiques actuelles de chaque enfant séparément, en utilisant une page par enfant. Chacune de ces pages devrait être codée avec l'âge de l'enfant, la région d'où il vient, etc. Ce système de code permettra de classer au besoin les feuilles pour mener diverses analyses. Sur la base de cette analyse, le directeur de recherche peut formuler des hypothèses concernant les pratiques actuelles, les raisons de ces pratiques, et les suggestions acceptables pour les modifier. Ces hypothèses pourront être testées dans la phase suivante de la recherche, les essais de nouvelles pratiques.

Un moyen de combiner les résultats des observations aux réponses d'interview est de développer des "notations combinées" pour des groupes de comportement particuliers tels que: le style d'allaitement maternel, le style d'alimentation complémentaire ou l'hygiène alimentaire. Ceci se fait en identifiant une courte liste de pratiques importantes, notant les familles d'un "oui" ou "non" pour chacune d'elles, et totalisant ensuite les notes. On peut comparer les notes moyennes de différents segments. Et on peut comparer les notes des groupes de comportements aux notes combinées sur les connaissances pour déterminer le vide à combler.

Au Pakistan les mères obtenaient une note combinée élevée sur le style d'allaitement maternel si elles:

- ◆ nourrissaient leur bébé à la demande;
- ◆ le nourrissaient des deux seins;
- ◆ laisser l'enfant prendre la décision d'arrêter;
- ◆ rapportaient avoir initié l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance; et
- ◆ allaitaient exclusivement au sein.

Les programmes de logiciel informatique sont disponibles pour faire les triages et aider à faire l'analyse. Quoiqu'ils puissent être utiles, notamment pour un échantillon plus important, ils peuvent aider, mais pas substituer aux connaissances de l'équipe chargée de la recherche, ni aux liens existant entre les facteurs.

Rédiger le rapport et se Préparer pour les Essais des Pratiques Améliorées (TIPS)

Le rapport de la recherche exploratoire devrait contenir:

- ◆ une introduction et un bref résumé des procédures sur le terrain
- ◆ une description de la situation dans les communautés sous étude (ces informations, provenant principalement des feuilles de recrutement, couvriront les caractéristiques de tous les ménages sur lequel aura porté l'enquête, et à partir desquels les quelques ménages échantillon auront été sélectionnés);



- ◆ une description des familles participantes et des informateurs-clé
- ◆ une description des croyances et pratiques en matière d'allaitement maternel
 - quelles sont les croyances et pratiques en matière d'allaitement maternel et comment changent-elles à mesure que grandit l'enfant?
 - quels sont les types de sevrage (âge d'introduction des aliments, type d'aliments, préparation, mode d'alimentation, quantité, qualité)? Comment changent-ils au cours du temps?
 - Quelles sont les croyances importantes des mères qui encouragent ou découragent les pratiques optimales d'allaitement maternel (par exemple, concernant le contexte culturel, le travail)?
 - jusqu'à quel degré est-ce que les croyances et pratiques d'allaitement maternel sont-elles le produit d'influences économiques, logistiques et socio-politiques?
 - Comment le comportement d'un enfant influence t-il les décisions de la mère concernant son alimentation?
- ◆ une analyse de l'allaitement maternel et d'autres modes d'alimentation durant ou après une diarrhée et d'autres maladies; et
- ◆ des informations sur l'usage des média et des sources d'information sur le régime de la mère, l'allaitement maternel, et les conclusions et recommandations pour les zones qu'il faudra étudier avec soin durant les essais des pratiques améliorées.

Déterminer les priorités et les changements de pratique spécifiques qui seront la base des essais des pratiques améliorées. Cette activité peut se faire avant de finaliser le rapport de la recherche exploratoire. (Ces priorités peuvent ensuite être incorporées dans la partie des conclusion et recommandation du rapport). Les étapes fondamentales sont les suivantes:

- ◆ Diviser la population suivant l'âge des enfants.
- ◆ Compiler une fiche de travail (pour chaque groupe d'âge qui dispose, sous forme de colonne, une description :
 - des principales pratiques d'allaitement maternel et de sevrage suivant le groupe d'âge, telles que découvertes dans les interviews et observations;
 - de la pratique idéale ou attendue pour chacune des pratiques réelle notées;
 - des raisons ou des résistances qui empêchent la population de suivre les pratiques idéales, et la force que la population ressent à leurs égards et avec laquelle, elle y adhère.
 - des zones où le changement peut être possible, ainsi que la nature du changement et de la motivation à changer.

Il faudrait explorer toutes les options pratiques qui mèneront à l'avantage désiré en terme de nutrition et de santé.

Il faudrait citer sur papier toutes les différentes options de changement de comportement, y compris les motivations, les raisons et avantages qui encourageraient les mères à changer leurs



pratiques. Cette liste contient les avantages qui, d'après le planificateur du programme, sont importants, et ont beaucoup d'importance pour la mère.

Essais des Pratiques Améliorées (TIPS)

Si un programme veut réussir à motiver des changements dans les pratiques quotidiennes des individus chez eux, il devrait consulter ces individus pour tester et raffiner d'abord ces changements. A travers les essais des pratiques améliorées, la capacité et la volonté des femmes de changer spécifiquement des pratiques, sont étudiées grâce à un long essai d'une semaine environ comportant des interviews avant et après. Grâce aux essais des pratiques améliorées les planificateurs peuvent apprendre :

- ◆ la facilité ou difficulté relative qu'il y a à faire naître les pratiques désirées;
- ◆ s'il faut modifier les pratiques recommandées et comment; et,
- ◆ si de nouvelles résistances apparaissent.

Contrairement au fait de pré-tester les matériaux éducationnels (une étape bien plus tardive), cette phase teste la faisabilité des individus exécutant des *comportements* soutenus. Tandis qu'il est souhaitable de mener les essais de tous les principaux changements de comportement proposés, il est difficile ou impossible de tester certains changements se produisant dans les pratiques d'allaitement maternel, soit parce qu'il est difficile de localiser les personnes appropriées ou parce qu'ils concernent des comportements à long terme qui ne peuvent être testés dans un essai d'une semaine. Ces changements particuliers, doivent donc être explorés rien qu'en contrôlant la recherche (en général discussions de groupe d'analyse). Le tableau figurant ci-dessous démontre la faisabilité d'entreprendre des essais de certaines pratiques d'allaitement maternel.

Faisabilité des Essais de Pratiques Améliorées sur les Pratiques d'Allaitement Maternel

Pratiques	Faisabilité de Faire des Essais
Initiation de l'allaitement maternel: démarrer immédiatement après l'accouchement, donner le colostrum, limiter ou éliminer les aliments rituels	Pour l'interview initiale, il faut localiser les mères quand elles sont sur le point d'accoucher - soit dans une installation sanitaire, ou dans la communauté. L'interview de suivi aura probablement lieu chez les femmes. Il peut être quelque peu difficile de localiser les femmes appropriées dans les zones rurales, quoiqu'on n'ait besoin que d'un nombre limité de femmes.
Améliorer le régime de la mère allaitante -- contenu en éléments nutritifs, calories, liquides, nombre de repas et snacks	Là où il s'agit de questions importantes, elles peuvent être testées facilement dans la communauté. Les mères en période post-partum spéciale (qui dure souvent 40 jours) devraient être considérées séparément des mères au-delà de cette période.
Allaiter à la demande, et non suivant un programme	Ceci peut être testé dans un centre ou à domicile. Noter cependant qu'une cause importante des tétées programmées provient probablement de conseils médicaux, un fait qui devrait être reconnu par toute solution à ce problème.



Continuer d'allaiter au sein même si la mère et le bébé sont séparés pendant trois heures ou plus dans la journée.	Quoiqu'on ne puisse pas tester toutes les solutions à ces problèmes potentiels (par exemple, l'essai ne peut pas établir une crèche d'essai dans une usine), certaines peuvent être testées (comme la capacité et la volonté des mères de tirer leur lait et la volonté des bébés de le consommer).
Faire téter davantage et plus longtemps chaque jour	Ces pratiques peuvent être testées dans la communauté.
Retarder l'introduction d'aliments complémentaires jusqu'à ce que le bébé ait entre quatre et six mois	Ceci est bien difficile à tester dans un essai, puisqu'il faut localiser les mères qui sont sur le point de donner des compléments alimentaire à leur bébé. Toutefois, on pourrait demander aux mères venant de commencer à donner des compléments (suivant l'âge de l'enfant): (1) de reprendre l'allaitement maternel; (2) de réduire la fréquence de ces compléments et d'accroître l'allaitement maternel; ou (3) de donner des compléments dans une tasse au lieu d'un biberon.
Continuer d'allaiter au sein durant les épisodes de diarrhée et autres maladies	Ceci peut être testé, il peut être difficile de localiser les mères allaitantes dont les bébés ont la diarrhée ou d'autres maladies. Les essais devraient considérer non seulement les caractéristiques des mères et l'âge de l'enfant, mais aussi, la gravité de la maladie.
Continuer un peu d'allaiter au sein lorsque le bébé a au-delà de douze ou dix-huit ou vingt quatre mois.	Il est impossible de tester cela dans un essai de courte durée.
Continuer d'allaiter au sein malgré l'"insuffisance de lait", les mamelons irrités, ou autres problèmes d'allaitement	Il est impossible de tester cela, mais il peut être difficile de trouver des mères qui viennent juste d'arrêter d'allaiter ou qui sont prêtes à arrêter à cause de ces problèmes, notamment en zones rurales. De même, en demandant aux mères qui se plaignent d'insuffisance de lait d'allaiter plus souvent, il est possible de voir si leur perception va changer.

On ne trouve pas les essais des pratiques améliorées dans la plupart des méthodologies de recherche. Ils ont été inclus ici, parce que l'expérience a permis de constater que vu l'avantage qu'ils donnent à la conception du programme, cela vaut la peine de dépenser du temps et des ressources additionnels. Tout comme un agent de marketing commercial refusera de lancer un nouveau produit alimentaire avant un test pilote, les programmes de santé publique ne devraient pas promouvoir de nouvelles pratiques d'alimentation sans un test pilote pour avoir les réactions et suggestions des mères. Durant cette étape, on apprend beaucoup sur la manière dont les gens répondent aux recommandations d'un programme, ainsi que sur les résistances les plus importantes à changer les pratiques actuelles. Ceci devient une étape cruciale de la recherche.

Elaborer des Recommandations Spécifiques de Changement de Comportement

Pour réaliser les essais des pratiques améliorées, on établit des recommandations spécifiques de changement de comportement pour chaque groupe d'âge, sur la base des découvertes de la recherche exploratoire, et de l'analyse de la manière de combler le vide existant entre les pratiques réelles et idéales. Essayer de limiter les options aux changements de pratiques qui combinent le plus grand potentiel d'impact sur la santé, et la plus grande chance de succès.

Préparer les Guides des Essais de Pratiques Améliorées

Ce guide devrait fournir les informations suivantes qu'il faudra donner à la mère:



- ◆ Plusieurs changements de pratiques, liés à l'allaitement maternel ou à l'alimentation du jeune enfant, appropriés à chaque groupe d'âge;
- ◆ Les arguments/motivations que l'on croit être les plus efficaces pour les stimuler à suivre les recommandations;
- ◆ La mention du terme "médecin" ou d'une autre autorité comme source de conseils;
- ◆ Les informations pour combattre les obstacles d'attitude qui empêchent le comportement recommandé;
- ◆ Les suggestions sur la manière de surmonter les obstacles pratiques;
- ◆ Des directives permettant de parvenir à un accord avec la mère pour essayer une nouvelle pratique ou plus, pendant une certaine période (en général cinq à dix jours) et être ré-interviewée à propos de son expérience (il faudrait demander à la mère de décrire ses pratiques d'alimentation actuelles et, de se rappeler du régime du bébé durant 24 heures, surtout pour les bébés de plus de six mois);
- ◆ Un espace pour enregistrer les recommandations qui ont fait l'objet d'une discussion avec la mère, et ses réactions positives et négatives à chacune d'elles (sa réaction globale aux pratiques suggérées, son désir de suivre le(s) conseil(s), et pourquoi, les personnes qu'elle pense devoir consulter pour des conseils, sa capacité de suivre les conseils et pourquoi, ainsi que ses prévisions d'apporter des changements aux conseils, lesquels et pourquoi);
- ◆ Un espace pour enregistrer les recommandations que la mère accepte de mettre en pratique.
- ◆ Un espace pour enregistrer, durant la visite de suivi, les commentaires de la mère une fois qu'elle a essayé les recommandations.

Une variation que l'on peut utiliser -- notamment si la recherche exploratoire était peu importante ou inexistante -- est de: (1) faire une interview initiale approfondie qui soit essentiellement le diagnostic des pratiques actuelles d'allaitement maternel/alimentation infantile de la mère. Ensuite, à la fin de la visite ou lors d'une seconde visite, faire démarrer l'étape des essais des pratiques améliorées avec (2) une visite de conseil/négociation durant laquelle l'intervieweur proposera plusieurs changements de pratiques appropriés et nécessaires, et la mère acceptera d'en essayer une ou plusieurs, suivie (3) d'une visite de suivi pour constater ce qui a été fait et pourquoi. (Cette forme d'essais de pratiques améliorées à trois étapes est décrite en détails dans le document *Designing by Dialogue*.) Ci-dessous figure une partie du guide d'évaluation et de conseils concernant les essais des pratiques améliorées à Oyo/Osun au Nigeria.



**Guide d'Evaluation et de Conseils:
Problèmes d'Alimentation Courants et Recommandations pour les Essais des Ménages
dans les états d'Oyo et Osun au Nigeria**

Groupe d'Age: de la naissance à 2,9 mois

Modèle d'alimentation idéal: Allaitement Maternel Exclusif

Problème 1: *La mère qui n'allait pas exclusivement au sein son bébé*

Recommandations:

- 1a. Si l'enfant n'a pas encore été allaité au sein et a reçu un apport d'aliments artificiels: Mettre l'enfant au sein et l'allaiter fréquemment, jour et nuit.
- 1b. Allaiter plus souvent: à la demande et au moins huit à dix fois par jour (24 heures).
- 1c. Dormir avec l'enfant et l'allaiter au sein durant la nuit.
- 1d. Cesser de donner de l'eau, du lait, des potions, de la bouillie ou d'autres aliments/liquides.
- 1e. Donner moins d'eau, de lait, de potions, de bouillie, ou d'autres aliments/liquides (en réduire la fréquence et la quantité).
- 1f. Tirer le lait maternel qu'il faudra donner à l'enfant lorsque la mère s'absentera.

Problème 2: *La mère qui n'allait pas l'enfant la nuit.*

Recommandations:

- 2a. Dormir avec le bébé et l'allaiter pendant que vous êtes alitée.
- 2b. La nuit, lui donner le lait tiré.



Problème 3: *La mère qui allaite exclusivement au sein son bébé, mais qui pense ne pas avoir suffisamment de lait.*

Recommandations:

- 3a. Allaiter plus souvent -- deux fois de plus durant la journée, au minimum huit fois par période de 24 heures.
- 3b. Utiliser les deux seins à chaque tétée et vider complètement les seins en allaitant plus longtemps.

Problème 4: *La mère donne des biberons inappropriés et ne veut pas/peut pas allaiter exclusivement (ou n'allait pas du tout)*

Recommandations:

- 4a. Allaiter davantage autant que possible et réduire la quantité de lait en poudre.
- 4b. Utiliser un lait commercial pour nourrisson qui soit approprié et cesser de donner de la bouillie, du "thé", ou autres potions.
- 4c. Préparer le lait en poudre comme il le faut, suivant des instructions.

Groupe d'Age: 3-5,9 mois

Modèle d'alimentation idéal: L'Allaitement maternel exclusif

- Si l'enfant est surtout allaité au sein, se référer aux pages précédentes pour connaître les problèmes, ainsi que les recommandations faites pour s'orienter vers l'allaitement maternel exclusif. C'est l'option préférée.
- Si l'enfant reçoit une quantité considérable d'aliments complémentaires et que l'allaitement maternel exclusif ou complet n'est pas faisable, considérer les problèmes et recommandations figurant ci-dessous, concernant le groupe d'âge suivant.

Groupe d'Age: 6-8,9 mois

Modèle d'Alimentation Idéal: Allaitement maternel fréquent complété par des aliments mous nourrissants

Problème 5: *Les aliments semi-solides ou liquides n'ont pas assez d'éléments nutritifs (ou les aliments complémentaires ne sont pas encore donnés)*

Recommandations:

- 5a. Donner à l'enfant des aliments nourrissants, disponibles localement, et que l'on peut se permettre d'acheter comme l'eko-afala, moïn-moïn, des haricots en purée, l'ekuru, le potage d'igname, etc.
- 5b. Faire une bouillie plus épaisse (en utilisant plus de pâte d'ogi) et la donner dans une tasse et avec une cuillère; ne pas trop la diluer avec de l'eau.



5c. Enrichir l'ogi d'arachide, d'écrevisse, d'egusi, de farine de soja, farine de niébé, d'huile de palme, de sucre, de lait ou d'oeuf, etc.

5d. Donner des fruits ou légumes en purée (banane, papaye, orange, mangue, banane plantain grillée, feuilles vertes cuites, etc.)

*Tous ces aliments doivent être donnés dans une tasse et avec une cuillère, et non dans des biberons ou en forçant l'enfant à s'alimenter.

Problème 6: *L'enfant est nourri moins de trois à quatre fois par jour (en plus de l'allaitement maternel à la demande) ou reçoit des quantités trop petites (moins d'1/2 tasse d'aliments écrasés ou moins de 3/4 d'une tasse de bouillie enrichie)*

Recommandations:

6a. Donner un repas ou un snack de plus chaque jour.

6b. Augmenter les portions de deux cuillerées à chaque repas (ou davantage si l'enfant en veut plus) et encourager l'enfant à manger toute la portion.

Problème 7: *L'allaitement maternel réduit/remplacé trop vite*

Recommandations:

7a. Allaiter plus souvent, à la demande, et au moins huit fois par jour.

7b. Allaiter d'abord, avant de présenter d'autres aliments.

7c. Allaiter à la demande durant la nuit.

7d. Donner du lait tiré à l'enfant lorsque la mère est absente.

Former l'équipe sur le terrain pour les essais des pratiques améliorées

Il faudrait assurer un cours de recyclage de courte durée aux membres de l'équipe sur le terrain avant de mettre en pratiques les essais. Ce cours devrait comprendre:

- ◆ une révision et discussion des découvertes faites jusque là;
- ◆ une discussion des pratiques idéales par rapport aux pratiques réelles pour chaque groupe cible, et de la raison de se soucier des problèmes de nutrition ou de santé.
- ◆ une discussion de la rationnelle, des procédures, et de la manière d'utiliser le guide de discussion, y compris de la manière de négocier avec les mères pour trouver des recommandations de comportement appropriées; et,
- ◆ des techniques et pratiques à utiliser pour motiver les répondants à adopter les recommandations.



Exécuter les Essais

Le nombre de mères utilisées lors des essais de pratiques améliorées dépend du nombre de pratiques-clé à tester et de l'homogénéité de la population totale sous étude, mais il suffit souvent d'avoir dix mères dans chaque groupe d'âge. Il faudrait décider du fait de savoir s'il faut des échantillons séparés de ménages vivant en zone urbaine et rurale et/ou de différents groupes ethniques.

Puisque l'objectif de ces essais est d'obtenir les réactions des audiences cibles aux changements de comportement proposés à la fois avant et après qu'ils essaient de les exécuter, il est tout aussi important d'obtenir des réactions négatives et un manque d'adoption de ces pratiques que des réactions positives et une adoption réussie. Les raisons pour lesquelles une pratique n'a pas été suivie, et les conditions sous lesquelles elle a pu être suivie, de même que toute modification de la pratique recommandée durant l'essai faite par les individus, sont des découvertes très précieuses de la recherche.

Pour ces essais, les interviews devraient durer moins de temps que les interviews approfondies. Les intervieweurs rendent initialement visite à cinq mères par jour (si elles ne sont pas trop dispersées).

Il est plus facile de faire ces essais là où les rapports ont été établis au moyen d'interviews approfondies. Si le ménage n'a pas participé à l'étude exploratoire, il faudra donc faire une visite préparatoire pour faire connaissance avec la famille et l'enfant. Quoiqu'il semble peut-être difficile de demander à la mère de changer ses pratiques, du moins dans les familles où le rapport a été établi, les familles sont en général heureuses de voir l'intervieweur revenir et considèrent souvent ces séances de conseils comme une récompense à leur participation antérieure. A quelques rares exceptions près, les familles sont pressées d'améliorer leurs pratiques pour le bien-être de leur enfant.

Visite(s) initiale(s)

- ◆ Déterminer les attitudes et pratiques actuelles d'allaitement maternel et sélectionner les modifications de comportement appropriées que la mère devra essayer. Cette visite peut inclure un rappel du régime durant 24 heures du bébé, ou une analyse de la fréquence de l'alimentation pour les bébés de plus de six mois.
- ◆ Discuter de chaque recommandation appropriée avec la mère pour obtenir ses opinions et réactions. Essayer de convaincre la mère d'adopter un des changements recommandés ou plus si elle hésite de le faire, et noter soigneusement les hésitations de la mère et la manière dont elles les a ou non, surmontées. Essayer de persuader la mère d'adopter le changement de comportement pendant les cinq à dix jours suivants.
- ◆ S'accorder avec la mère sur les changements spécifiques qu'elle essaiera, et fixer un rendez-vous avec elle pour revenir la voir et obtenir ses réactions et opinions.



Visite(s) de suivi

- ◆ Discuter :
 - du degré jusqu'auquel la mère a suivi les conseils;
 - de la raison pour laquelle elle a fait ce qu'elle a fait;
 - de son sentiment sur son expérience (si c'était difficile ou facile? y a-t-il eu des problèmes?)
 - Ce qu'ont pensé ou conseillé les autres et pourquoi;
 - pour savoir si cette pratique a été bénéfique ou nuisible à son enfant ou elle-même (avantage ou inconvénient?);
 - si elle a modifié les recommandations et pourquoi; et,
 - si elle a l'intention de continuer de suivre cette pratique et pourquoi.

Analyser les Résultats des Essais

Durant les essais, les investigateurs ont conservé les fiches récapitulatives qui contenaient le nom de la mère ou de l'enfant, l'âge, des informations avant et après l'allaitement maternel, les comportements discutés et démontrés, les comportements que les mères ont accepté d'essayer, et les réactions et suivi. Une fois le travail sur le terrain terminé, les résultats de chaque groupe cible sont tabulés à partir des fiches récapitulatives par communauté et type de mère/âge de l'enfant. Dans l'analyse initiale, il est important de noter les enfants qui sont ou malades ou mal nourris pour voir comment cela affectera les pratiques des mères. Dans cette analyse, il faudra inclure:

- ◆ les recommandations et motivations données;
- ◆ les changements de pratiques acceptés d'un commun accord;
- ◆ le résultat de cet accord (a-t-il été observé, modifié, ou pas suivi, et pourquoi);
- ◆ les réactions de l'enfant et de la mère (ont-ils aimé ou non, et pourquoi, y compris les conseils d'autres individus, les problèmes, les avantages dont ils ont bénéficié, l'intention de continuer et pourquoi).
- ◆ les commentaires d'autres individus à propos des recommandations; et,
- ◆ les commentaires de l'investigateur.

L'analyse des informations tabulés permettra à l'équipe chargée de la recherche de:

- ◆ déterminer la segmentation des groupes cibles la plus appropriée (suivant l'âge de l'enfant, la zone géographique, etc.) qu'il faudra étudier davantage et/ou pour un programme éducationnel;
- ◆ pour chaque segment, identifier les changements de pratiques spécifiques qui étaient le plus recommandés et le plus souvent exécutés et/ou auraient le plus d'impact sur l'allaitement maternel amélioré;



- ◆ identifier les concepts/pratiques qu'il faudra tester davantage;
- ◆ déterminer les individus qui, en plus des mères, devraient être inclus dans la recherche de contrôle; et,
- ◆ identifier d'autres pratiques améliorées spécifiques ou des concepts plus larges qu'il faudrait examiner davantage durant la recherche de contrôle, parce qu'on ne pouvait pas les étudier au moyen des essais des pratiques améliorées.

Rédiger le Rapport sur les Essais des Pratiques Améliorées

Le rapport sommaire sur les essais de pratiques améliorées devraient inclure:

- ◆ ***Un résumé de conclusions, pour chaque type de mères et chaque groupe d'âge d'enfant,*** sur les changements de comportement recommandés qui auront le plus de chance d'être acceptés et adoptés, et qui auront le plus d'impact sur la santé et nutrition de l'enfant. Il faudrait mettre en vedette les différences géographiques et culturelles, et tout facteur, tel que le travail de la mère en dehors de chez elle, qui affecte directement l'adoption de changements de comportement. Les conclusions pour chaque segment d'âge devraient discuter de ce qui n'a pas marché et pourquoi. Il faudrait mettre l'accent sur les adaptations qui, d'après les mères, devraient être faites aux pratiques recommandées.
- ◆ ***Une discussion des conditions nécessaires pour réaliser les changements ou surmonter les résistances*** Peut-être y a-t-il des gens (par exemple, des grand-mères, des pères) qui sont importants quand il s'agit de prendre des décisions, et qui doivent sanctionner les changements avant que les mères ne les essaient. Ou il existe peut-être des concepts qui doivent être communiqués avant que ne se produisent les changements spécifiques.

Recherche de Contrôle: Discussions de Groupe d'Analyse

La recherche de contrôle qui, en général, utilise les discussions de groupe d'analyse comme principale méthodologie, a pour objectif d'apprendre davantage sur les pratiques spécifiques qui n'ont pas pu être testées dans les essais, de vérifier jusqu'à quel point les découvertes des essais sont généralisables à une audience plus importante (par exemple, dans une autre partie du pays), et d'obtenir des réactions à ce que proposent, à titre d'essai, les agents de santé et autres individus très impliqués dans l'exécution des activités du programme. Les discussions de groupe d'analyse sont également très utiles pour apprendre des informations générales sur les images, valeurs culturelles et motivations.

Les discussions de groupe d'analyse sont des discussions thématiques parmi les membres d'un petit groupe homogène de bénéficiaires potentiels du programme ou d'individus qui les influencent. Les discussions de groupe d'analyse donnent aux concepteurs de programme la possibilité d'apprendre directement de leurs futurs "clients", de la bouche de ces clients, ce qu'ils pensent de certains produits ou la raison pour laquelle ils soutiennent certaines pratiques, ainsi que les avantages qu'ils espèrent en tirer. Quoique n'étant pas appropriée pour documenter les pratiques réelles, c'est là une excellente technique pour en savoir plus sur les attitudes et perceptions.



La popularité des discussions de groupe d'analyse a considérablement augmenté au cours des quelques dernières années, et elles sont actuellement considérées, par beaucoup, comme une technique de recherche rapide, applicable à diverses situations. Alors que les discussions de groupe d'analyse peuvent s'avérer être une technique de recherche extrêmement précieuse, elles doivent être utilisées correctement et de manière appropriée. Il est important d'avoir un modérateur expérimenté, de recruter soigneusement les participants, et de ne pas essayer de couvrir trop de sujets. Les discussions de groupe d'analyse sont trop souvent utilisées pour couvrir superficiellement un sujet important, lorsqu'en fait, leur usage approprié est une exploration approfondie d'un sujet restreint, d'un nombre limité de concepts, ou d'un ou plusieurs matériaux de communication proposés. Pour cette raison, elles sont souvent utilisées plus efficacement dans les étapes ultérieures de planification du programme pour examiner les questions ou concepts particuliers qui ont émergé, et non comme une méthode précoce de collecte d'informations. On ne peut examiner adéquatement divers sujets dans une seule discussion de groupe d'analyse (les interviews approfondies sont plus appropriées). Les discussions de groupe d'analyse utilisent des dynamiques de groupe. Lorsque c'est utile à un sujet, elles constituent une méthode de recherche très appropriée.

Les plans de recherche ne devraient pas comporter trop de discussions de groupe d'analyse, mais juste assez pour pouvoir en avoir deux ou trois par segment de recherche (caractéristiques géographiques/culturelles/personnelles). Les études qui comportent trop de discussions de groupe d'analyse ont tendance à ne pas être suffisamment approfondies; et si les groupes sont animés par un modérateur expérimenté et dans le cadre d'autres paramètres essentiels, elles sont coûteuses du point de vue monétaire et de la main d'oeuvre. Si en particulier, elles sont utilisées conjointement avec d'autres méthodes de recherche, on a rarement besoin d'environ plus de quinze discussions de groupe d'analyse. Un bon nombre d'excellentes études qualitatives n'ont utilisé que cinq à quinze groupes.

Les discussions de groupe d'analyse sont recommandées pour la recherche de contrôle pour tester des recommandations sur les changements de comportement déjà définis, et obtenir des réponses "spontanées" aux idées des individus qui n'ont pas été exposés à la recherche. Les discussions de groupe d'analyse ne constituent pas un bon moyen d'obtenir des informations sur les pratiques. Les discussions de groupe d'analyse ont lieu au sein des mères (et autres gardiennes d'enfant) qui n'ont pas été impliquées dans l'élaboration des recommandations, et d'individus qui fournissent actuellement des informations sur la nutrition et la santé, et qui utiliseraient probablement des matériaux et messages éducationnels provenant de la recherche.

Les discussions de groupe d'analyse ne sont pas recommandées à moins de disposer de modérateurs qui connaissent la langue locale, aient des compétences verbales, des connaissances en matière de dynamiques de groupe et de l'expérience en matière de pensée abstraite. En outre, si les changements de comportements à tester sont peu nombreux, que la population est limitée et homogène, et que l'équipe chargée de la recherche est sûre des informations collectées et des conclusions tirées jusque là, on peut sauter cette étape. Toutefois, si le projet a une audience cible importante et quelque peu variée, si les comportements sont complexes, et que les gens hésitent à changer, cette étape est fortement recommandée.



Planifier les discussions de groupe d'analyse

Sélectionner le personnel. Pour un sujet comme l'allaitement maternel, il est vraiment préférable d'avoir des modérateurs femmes expérimentées, sauf pour les groupes qui comptent des hommes. Une société d'étude de marché ou un groupe de recherche en science sociale spécialisé dans la technique peut s'engager à mener des discussions de groupe d'analyse. Si l'on ne dispose pas de personnel spécialisé parlant la langue locale en tant que modérateurs, les intervieweurs les plus adeptes peuvent se charger de cette tâche. Dans ce cas, plusieurs groupes de pratique devraient être gérées et analysées sous la direction d'un modérateur qualifié.

Si le personnel du projet est responsable de mener à bien les discussions de groupe d'analyse, il faudra trois différents types d'individus:

- ◆ *des recruteurs* pour localiser et inviter des participants acceptables;
- ◆ *des modérateurs* pour conduire les groupes; et,
- ◆ *des preneurs de notes* (qui pourraient également avoir été des membres de l'équipe d'interview de ménage) pour faire la liste des sujets discutés et des réactions des participants du groupe, aider à transcrire, et s'assurer que la discussion toute entière est enregistrée. (Enregistrer aussi, si c'est acceptable par les participants.)

Choisir les Sites de Discussions. Pour les discussions de groupe d'analyse, choisir des sites qui soient différents de ceux où les interviews approfondies ont eu lieu. On peut utiliser les mêmes zones géographiques, mais s'il existe un groupe ethnique ou religieux minoritaire non échantillonné durant les interviews approfondies, on pourrait y inclure ses représentants. Quoiqu'on puisse ajouter de nouvelles zones, il est préférable de les limiter à deux et pas plus, pour éviter que les logistiques ne deviennent trop complexes. Un maximum de six sites suffit pour la plupart des programmes.

Les plans devraient avoir une flexibilité incorporée, parce que le nombre total des discussions devrait dépendre à la fois du nombre de segments identifiés (sites et types de participants) et de la satisfaction de l'équipe de recherche à propos des discussions à mesure qu'elles ont lieu. Si une discussion était dominée par une personne ou pour quelque raison était inhabituelle, il faudrait la répéter. Il faudra alors trouver un autre site semblable au premier.

Choisir les Participants. Chaque discussion devrait compter six à huit participants sélectionnés en général, sur la base de leurs caractéristiques homogènes. Normalement, il n'est pas recommandé de mélanger des individus de sexes, classes sociales, ou groupe d'âge différents, si ces caractéristiques signifient que certains membres du groupe domineront la discussion et que d'autres seront intimidés. Toutefois, il serait indicatif d'avoir un nombre limité de groupes mixtes (par exemple, des maris et femmes, des personnes allaitant et non allaitant, ou des mères et leurs mères) si aucun de ces groupes n'est trop intimidé pour parler. Les groupes mixtes ne marcheront pas dans des cultures extrêmement traditionnelles.



Les caractéristiques importantes à inclure devraient être énumérées, et les plus appropriées pour chaque site, sélectionnées et spécifiées dans le plan d'échantillonnage. Par exemple, les caractéristiques de groupe désirables pourraient être choisies parmi les caractéristiques suivantes:

1. mères d'un enfant < 24 mois et sans autre enfant;
2. mères d'un enfant < 24 mois ayant d'autres enfants;
3. mères d'un enfant < 24 mois et qui travaille en dehors de chez elle durant plus de trois heures par jour;
4. Belles-mères vivant avec une belle-fille dont l'enfant a < 24 mois;
5. pères d'enfants de moins de 24 mois,
6. agents de santé communautaires et/ou chefs de clubs de mères.

Tous les groupes n'ont pas besoin d'être couverts dans chaque site, ainsi, par exemple, les groupes de belles-mères et d'agent de santé communautaires peuvent se réunir dans les zones rurales uniquement et les groupes de mères qui travaillent en dehors de la maison (loin de leur bébé) peuvent se réunir dans les zones urbaines. Pour chaque segment identifié, essayer de faire au moins deux groupes pour vérifier les résultats. Faire attention quand vous sélectionnez les segments parce que le nombre de groupes peut s'accroître rapidement.

Recruter les Participants. Suivant une procédure semblable à celle utilisée pour les interviews approfondies, l'équipe de recherche recrute des participants pour les discussions de groupe d'analyse. Les recruteurs vont d'une maison à l'autre dans l'unité de population sélectionnée pour trouver des gens qui remplissent les critères. Ils utilisent les fiches de recrutement qui contiennent quelques questions supplémentaires en plus de celles nécessaires à la sélection des participants (par exemple, le niveau éducationnel, le nombre d'autres enfants). Les recruteurs invitent les participants potentiels à se joindre à la discussion de groupe, leur disent le lieu et l'heure de la discussion et leur laissent une carte de rappel.

Il faudrait recruter plus de six à huit participants pour chaque discussion de groupe pour finir avec ce nombre. Mais on apprendra combien de participants il y a eu de plus sur la base de l'expérience précédente ou de l'expérience des premières discussions de groupe d'analyse. Suivant la densité de la population et la rigueur des critères de sélection, le recrutement peut s'avérer être un long processus. Dans certaines situations, l'équipe de recherche peut devoir assurer le transport des participants.

Développer les Guides de Questions. Un guide générique peut être développé pour tous les groupes, avec en cas de besoin des variations spécifiées pour les différents types de participants. Les guides de discussions de groupe d'analyse ne sont en général qu'une liste de sujets à couvrir et le type de technique qui sera utilisée pour stimuler la discussion sur le sujet. Le guide peut aussi contenir un nombre limité de questions essentielles associées à des concepts pour pouvoir demander plus de détails, suivant la discussion. L'Annexe D contient des guides-échantillons, y



compris des guides en trois colonnes énumérant les concepts généraux, les questions-clé à poser, et peut-être les questions ou sujets permettant de demander plus de détails.

Les sujets énumérés devraient être déterminés sur la base des questions restantes auxquelles la recherche n'a pas encore trouvé de réponse claire. L'équipe de la recherche peut avoir encore besoin de résoudre les questions sur les recommandations concernant les comportements spécifiques; quels sont les meilleurs arguments des messages qui font ressortir les avantages immédiats, aussi bien que les valeurs culturelles très estimées; quel est le meilleur moyen (par des messages ou par une activité en dehors des communications, telles que les changements des normes d'hôpital) de surmonter les résistances les plus difficiles. par exemple:

- ◆ Quelles images ont les participants de l'allaitement maternel et des femmes allaitantes; des mères qui donnent des compléments alimentaires; des biberons; de l'insuffisance de lait; ou de la qualité du lait?
- ◆ Quels changements de comportement spécifiques ont-ils eu du succès dans les essais ou n'ont-ils pas été pratiqués à tester dans les essais? Qu'est-ce qu'ils aiment/n'aiment pas à propos des idées, des pratiques? Quelles sources de cet information pourrait-on croire?

Les guides de question devraient être ou formellement pré-testés dans une ou deux discussions et/ou devraient être modifiés durant le processus sur la base des discussions terminées.

Formation et Pratique. La formation des modérateurs et preneurs de note devrait:

- ◆ introduire et discuter du but et des objectifs des discussions de groupe d'analyse;
- ◆ réviser les résultats des étapes antérieures de la recherche;
- ◆ réviser les procédures de recrutement;
- ◆ introduire et enseigner les techniques de modération et de prise de note;
- ◆ assurer la pratique en matière de coordination des discussions et d'analyse des résultats; et
- ◆ superviser les séances pratiques d'abord dans la salle de classe, et ensuite dans les locaux proches.

Les modérateurs devraient pratiquer les techniques et étapes de routine suivantes :

- ◆ *Présentation du processus aux participants.* Le modérateur se présente lui/elle-même et présente le preneur de note au groupe et explique leurs rôles; il demande le nom de tous les participants et essaie de s'en souvenir de façon à pouvoir appeler chaque personne par son nom; explique que l'objet de la réunion est que les participants aident à concevoir un programme éducationnel pour améliorer la vie de famille; explique que les opinions de chaque personne sont recherchées, et que donc les participants devraient dire ce qu'ils



pensent, mais parler à tour de rôle; et il souligne qu'il n'y a pas de réponses vraies ou fausses.

- ◆ *Consulter le guide de question* pour les sujets et les techniques à utiliser pour stimuler la discussion.
- ◆ *Clarifier une réponse.* Après qu'un participant ait répondu à une question, le modérateur devrait utiliser cette réponse pour demander des clarifications ou plus d'explication. Par exemple "Pouvez-vous me dire s'il vous plaît ce que veut dire Mme Sain quand elle dit qu'elle..."
- ◆ *Substitution.* Il faudrait utiliser les mots d'un participant pour reformuler une question originale. Toutefois, il faut faire attention de ne pas changer la signification de la question.
- ◆ *Sondage.* Cette technique aidera à animer une discussion ou à détourner l'attention du groupe de quelqu'un qui domine peut-être la discussion. Le modérateur demande individuellement à chaque participant d'exprimer une opinion. Mais rappelez-vous que l'objectif est d'avoir une discussion entre les participants, et non une interview approfondie avec chacun des participants.
- ◆ *Contraste.* Après avoir sondé les participants ou au cours de la conversation, il y aura peut-être des moments où il sera fait mention de différentes opinions ou pratiques pour le même problème ou la même situation. Le modérateur devrait souligner les différences de manière diplomatique, et demander l'opinion du groupe.
- ◆ *Demander pourquoi.* Les discussions de groupe d'analyse ne sont pas simplement un moyen de faire une enquête. La tâche du modérateur est de créer la discussion qui soulignera les pratiques, et les perceptions de l'allaitement maternel, ainsi que les raisons de ces pratiques et perceptions.
- ◆ *Techniques projectives.* Utiliser des photographies ou images pour obtenir les réactions de groupe et une discussion. Commencer une histoire par une mère et un bébé et laisser le groupe la terminer.
- ◆ *Remarques de conclusion.* A la fin de la séance, le modérateur devrait demander aux participants ce qu'ils pensent de ce qui a été discuté et s'ils ont des commentaires à ajouter. Lorsque les participants voient que la séance est terminée, ils commencent souvent à parler plus franchement qu'ils ne l'ont fait durant la séance.

Quoique les discussions soient en général enregistrées, il faudrait former un preneur de note à:

- ◆ observer et enregistrer les dynamiques du groupe et autres réactions et interactions subtiles qui pourraient être intéressantes pour l'analyse;
- ◆ aider le modérateur en enregistrant les informations de bases sur les participants; et



- ◆ développer un système qui permette d'identifier les participants et de leur attribuer leurs remarques.

Organiser les Discussions

Les séances de groupes devraient se tenir dans un endroit où les participants se sentiront à l'aise pour discuter candidement. Ce devrait être un endroit neutre pour les participants et les modérateurs. Par exemple, ce n'est pas une bonne idée de discuter de sujets liés à la santé dans une clinique de santé ou chez le président du club des mères. Le lieu de réunion d'une école ou d'un village serait préférable..

Les discussions durent en général une à deux heures. Le modérateur présente d'abord le processus aux participants et demande la permission d'utiliser un magnétophone. Le modérateur ouvre la discussion en posant une question ou en faisant une déclaration pour stimuler la discussion. Le modérateur participe de temps à autres pour guider la discussion, impliquer les individus qui ne parlent pas, ou souligner une différence d'opinion ou les raisons de certaines pratiques d'alimentation.

Pour obtenir des réponses honnêtes qui reflètent des sentiments plus profonds que ceux souvent exprimés pour des questions directes, il faudrait considérer les techniques projectives et autres. Par exemple, on pourrait montrer les photos de femmes allaitantes de diverses classes sociales pour encourager les commentaires sur l'image de mères typiques qui allaitent au sein leur bébé.

Le fait de servir un snack peut permettre d'interrompre la discussion si le modérateur sent qu'il y a trop de fatigue ou de tension, ou de conclure la séance et encourager une discussion informelle. L'équipe de la recherche peut offrir une indemnité de déplacement ou un petit cadeau (souvent des aliments ou du savon) aux participants.

Analyser les Résultats des Discussions

Après chaque discussion de groupe d'analyse, le modérateur et le preneur de note devraient:

- ◆ *Compléter les notes de la séance.*
- ◆ *Transcrire les discussions enregistrées.* Il vaut mieux le faire tout de suite après la discussion. Décider à l'avance s'il va falloir des transcriptions textuelles, ou juste des notes détaillées avec quelques citations textuelles.
- ◆ *Résumer chaque séance.* Faire par écrit une brève description du groupe, résumer les points principaux par thème ou sujet, et inclure les citations appropriées pour illustrer le point de vue exprimé. En outre, l'analyse est souvent plus facile si ces résumés sont mis sur des carnets ou des feuilles de papier séparées. Noter que les thèmes ne sont pas les mêmes que les questions tirées du guide. Une question peut révéler des idées sur bien des thèmes, ou un thème peut inclure des réponses à plusieurs questions. Certains thèmes peuvent être énumérés avant de mener les discussions de groupe d'analyse, mais d'autres seront identifiés durant l'analyse, sur la base de questions auxquelles les groupes ont accordé beaucoup d'attention. Par exemple, au Nigeria, les mères et les pères ont souvent



mentionné qu'un "bon parent" est quelqu'un qui a du temps à passer avec son enfant. Au Pakistan, les participants aux discussions de groupe d'analyse ont souligné le besoin des mères allaitantes de manger des "aliments purs". Les modérateurs avaient besoin de clarifier ce que signifiait ce terme et la raison pour laquelle c'était un thème si important.

- ◆ *Faire les révisions nécessaires* au guide de question ou à l'approche pour tenir compte des nouvelles questions qui ont été soulevées et demander une investigation supplémentaire.

Une fois les discussions de groupe terminées, il est temps de faire un résumé de tous les groupes et d'identifier les tendances ou les importantes différences.

- ◆ *Finir d'analyser le contenu des transcriptions* et de résumer chaque thème sur une page différente. Noter tout fait approprié sur le groupe ou les participants.
- ◆ *Coder les résumés* des thèmes en utilisant des marqueurs de couleur ou des symboles pour indiquer la provenance de l'information et le type de participant. Souligner les mots ou les expressions-clé.
- ◆ *Faire des résumés* qui indiquent les points principaux qui ont été faits sur chaque sujet et là où il y a eu un consensus ou une différence d'opinion. Se rappeler qu'il ne s'agit pas d'une analyse de contenu quantitative, qu'il ne faut pas compter le nombre de gens ayant exprimé une opinion particulière. Il faudrait mettre en vedette les tendances et points intéressants soulevés dans le groupe.
- ◆ *Faire la liste du vocabulaire spécial* ou des expressions inhabituelles utilisés. Conserver beaucoup de citations directes dans le contenu du résumé.
- ◆ *Rassembler tous les résumés de chaque type de participant*, tel que les mères qui travaillent. Résumer les similarités et différences notées dans la catégorie des mères qui travaillent. Existe-t-il des différences entre les mères rurales et urbaines ou partagent-elles des perceptions générales de leurs difficultés, récompenses, et perspectives d'améliorer les pratiques? L'objectif est ici de mettre l'accent sur les similarités, mais aussi de noter toute différence importante parmi les groupes sous étude.
- ◆ Enfin, *analyser différents segments de la population* (tels que les régions ou groupes ethniques) pour développer un profil de la population toute entière. A nouveau, il vous faudra chercher les similarités et souligner les différences uniquement lorsqu'elles sembleront appropriées à la conception du programme.

Rédiger un Rapport Sommaire des Discussions

Le rapport sommaire devrait inclure:

- ◆ une brève description des méthodes;



- ◆ un résumé de chaque sujet, différenciant les concepts et perceptions par segment de population (pères, mères qui travaillent, etc.) et par unité (urbaine, hautes terres, etc.); et
- ◆ des conclusions qui répondent aux questions suivantes:
 - Quelles est la prédominance des pratiques qui ont été identifiées durant la période d'identification du problème dans d'autres communautés?
 - A quel point les changements proposés et qui ont été utilisés avec succès dans les essais sont-ils appropriés, et est-il probable qu'ils soient adoptés dans d'autres communautés? Comment doit-on les modifier?
 - Existe t-il des facteurs de motivation ou de style de vie qui n'ont pas été justifiés?
 - Y a t-il d'autres résistances spontanées aux nouvelles pratiques?
 - Que pensent des recommandations, les pourvoyeurs de la santé et les autres "agents de changements" probables des programmes éducationnels?
 - Quelles caractéristiques de style de vie générales et fondamentales peut-on utiliser pour situer les pratiques améliorées d'allaitement maternel? Que désirent les gens pour leurs enfants? Bien travailler à l'école? Etre un membre respecté de la communauté? Suivre les traditions? Etre de taille? Pouvoir aider au travail des champs?

Analyse et Synthèse

Il est maintenant temps de passer des découvertes et connaissances tirées de la recherche formative, à l'élaboration de la stratégie réelle de changement de comportement. Il faudrait analyser et faire la synthèse de toutes les informations collectées durant les étapes précédentes, et les présenter ensuite de manière à faciliter l'élaboration de la stratégie.

Réviser les Découvertes de la Recherche.

A ce stade, il est important de revenir sur chacun des rapports (la révision des informations existantes, la recherche exploratoire, les essais des pratiques améliorées, et la recherche de contrôle) pour réviser les découvertes et les conclusions et rassembler les informations. Puisque le fait d'apprendre à partir de la recherche est cumulatif, les conclusions obtenues plus tôt peuvent changer dans les étapes ultérieures de la recherche. A ce point, il est bon de comparer les résultats du travail qualitatif aux résultats obtenus des enquêtes quantitatives révisées dans la quête de documents pour voir si de nouvelles découvertes issues de l'étude soutiennent ou sont en conflit avec d'autres études. Quoiqu'on veuille à tout moment à combler un vide existant dans la littérature actuelle, c'est le moment le plus facile d'évaluer la contribution de ce travail à l'ensemble des connaissances sur l'allaitement maternel existant dans le pays.

En rédigeant ce rapport, il vaut mieux travailler avec au maximum trois personnes qui soient extrêmement au courant de la recherche qualitative qui a été faite. Le directeur de recherche devrait nommer tout autre écrivain. La tâche présente n'est pas compliquée mais doit être faite entièrement et en ayant à l'esprit la conception du programme. Tout d'abord, tracer les grandes lignes et ensuite réviser les résumés de chacune des phases pour sélectionner les parties concernant la conception du programme pour chaque partie de ces grandes lignes.



Rédiger le Rapport Final

Il est en général plus rapide et plus facile de rédiger (et lire) le rapport final si chaque partie énumère les découvertes-clé et révèlent ensuite leurs implications pour le programme.

Le rapport devrait contenir les points suivants:

- ◆ Un bref résumé de deux à trois pages de la procédure de la recherche.
- ◆ Une description du contexte de style de vie dans lequel vit l'audience cible. Ceci peut par exemple comporter: un aperçu général sur la vie, un aperçu sur les rôles de la mère ou des soins des enfants, les aspirations pour les enfants, les connaissances des concepts biomédicaux et autres concepts relatifs à la santé et à la nutrition, l'utilisation des installations de santé des secteurs public et privé, la composition de la famille, le revenu, le travail de la mère, les niveaux d'alphabétisation, et l'accès aux informations, y compris la participation à des groupes et l'accès aux masse-médias.
- ◆ Une description de la situation actuelle de l'enfant en matière de santé et nutrition et des pratiques d'allaitement maternel. La plupart de ces informations proviendront des interviews approfondies. Elles devraient résumer l'état nutritionnel et de santé de chaque groupe de mères et d'enfants. Elles passent en revue la grossesse, les pratiques d'allaitement maternel, l'introduction des pratiques d'alimentation durant ou après une maladie. Chaque sous-partie d'un groupe devrait conclure avec une interprétation de ces informations, jusqu'à quel point est-ce qu'elle soutient ou est en conflit avec les découvertes des études précédentes, et les problèmes principaux auxquels il faudrait s'attaquer dans la stratégie du programme. Il faudra également prendre note de tout autre facteur à souligner dans le programme de communications, ou de tout autre personne d'influence importante.
- ◆ Une description concise des changements de pratiques, motivations et résistances possibles. Ces informations proviendront principalement des essais des pratiques améliorées et des discussions de groupe d'analyse. Là aussi, elles sont organisées par segment d'audience (ceux que l'on recommande d'utiliser dans le programme de communications). Chacun des changements de comportement recommandés par le programme est énuméré par segment et les résultats des essais sont résumés.
- ◆ Une récapitulation concise de toutes les conclusions de la recherche. C'est une liste vis-à-vis de laquelle on jugera le contenu de tous les matériaux de communication développés pour le programme.

Parce que ce rapport établira un pont avec le programme, il devrait être facile à utiliser. A mesure que les groupes créatifs rédigeront une stratégie et concevront des matériaux et plans de média, le directeur de programme devra se référer constamment à ce document de recherche pour s'assurer de la conformité des matériaux créatifs. Cette étude a pris beaucoup de soins et de temps, de sorte qu'il faudra obliger les directeurs de programme de considérer sérieusement les découvertes de cette étude dans toutes les décisions du programme.



Troisième Chapitre: FORMULER UNE STRATEGIE DE PROGRAMME

Comme cela a été mentionné plus haut, le processus d'étude formative décrit dans le présent guide fournit les informations essentielles non seulement pour concevoir une composante de communications du programme, mais aussi pour d'autres composantes essentielles.

- ◆ Si la supplémentation précoce se produit parce que bon nombre de femmes urbaines ne peuvent pas allaiter dans la journée, une partie de la stratégie pourrait être : de soutenir la législation en faveur des crèches et des pauses-allaitement dans les grandes entreprises; soutenir la mise en vigueur des lois existantes; ou de soutenir les projets de soins des enfants communautaires qui respectent les pratiques d'allaitement maternel.
- ◆ Si les sociétés de lait commercial pour bébé continuent de faire fi des accords internationaux sur les pratiques de promotion, il faudra que de nouvelles législations et/ou la mise en vigueur de législations existantes fassent partie de la stratégie globale de promotion de l'allaitement maternel.
- ◆ Dans plusieurs pays d'Amérique Latine, les familles couvertes par le programme de sécurité sociale sont approvisionnées en lait en poudre durant la première année de vie d'un bébé. Les stratégies de promotion de l'allaitement maternel pourraient plaider en faveur de la modification de cet "avantage".
- ◆ Là où les pratiques des centres de santé empêchent l'initiation appropriée de l'allaitement maternel, il est nécessaire d'intervenir au niveau des normes de ces centres, et de la formation, la motivation et la supervision du personnel de santé pour promouvoir les pratiques d'allaitement maternel.
- ◆ Là où la promotion des solutions de réhydratation orales a introduit la notion que les bébés ont besoin de beaucoup d'eau pour ne pas être déshydratés, l'activité de promotion de l'allaitement maternel peut avoir besoin d'exiger que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques modifie ses messages pour éviter d'encourager le fait de donner inutilement de l'eau au bébé durant ses six premiers mois.

En somme, le processus d'étude formative dans le présent guide aide les planificateurs à développer une série de comportements qui amélioreront la santé de l'enfant et que les gens pourront accepter de mettre en pratique, de même que des stratégies pour les réaliser. Tandis que la stratégie du programme mettra peut-être l'accent sur les communications pour améliorer les pratiques, elle comportera également d'autres éléments, dont certains devront être exécutés en collaboration avec divers organisations et groupes publics et privés, afin d'éliminer les obstacles aux pratiques améliorées.

Il s'est avéré extrêmement utile pour bien des programmes d'organiser un atelier sur la formulation d'une stratégie, à la fin de l'étude formative. Il faudrait y inviter les personnes-clé des secteurs public et privé qui seront vraisemblablement impliquées dans l'exécution de programme, de même qu'un nombre limité d'experts techniques. Il faudrait alors présenter à l'atelier le processus et les résultats de l'étude des priorités des besoins en formation. Il faudrait ensuite inviter les participants à concevoir une stratégie globale du programme. Des sous-groupes



peuvent commencer à élaborer des stratégies pour des composantes individuelles, telles que les communications.

La grille constitue un format utile de stratégie globale. La première colonne énumère les audiences cibles, dont les chefs politiques, le personnel de santé, et diverses catégories de mères, de pères, etc. Les trois colonnes suivantes analysent les objectifs des comportements. La première concerne les pratiques actuelles, la suivante la pratique techniquement idéale et la troisième la pratique faisable qui sera soutenue par le programme. Les dernières colonnes énumèrent les diverses composantes du projet qui soutiendront l'adoption de la pratique recommandée. Ces composantes pourraient inclure les communications, les modifications des services de santé, la formation, les politiques/législation, etc. Le tableau ci-dessous fournit une liste d'un bon nombre d'activités potentielles du programme.

Audience Cible	Pratiques Actuelles	Pratiques Idéales	Pratiques Faisables	Activités de Communication	Changer les Normes Institutionnelles	Formation	Organiser le Soutien des Mères/Crèches	Politiques /Législation

Ensuite, on pourra développer une stratégie plus détaillée pour chaque composante. Pour les communications, la grille commence par le groupe cible. La partie suivante décrit les messages -- contenus de comportements, motivations/arguments, principaux obstacles/résistances (personnels ou communautaires), et ce que fera le message pour les combattre, ainsi que les personnes d'influence. Enfin, une partie sur les média comporte des colonnes pour les média recommandés, et le format de chacune. Des exemples de grilles de stratégie de programme figurent à l'Annexe E.

Audience Cible	Message			Personne d'Influence	Média (radio, TV, posters, pièces de théâtre, supports de conseils, etc)
	Contenu du Comportement	Motivation/Argument	Résistances à Surmonter		

Après l'atelier, l'équipe chargée de la coordination du programme peut raffiner ces stratégies et les transformer ensuite en plans de travail.

A ce stade, le programme est prêt à lancer la phase d'exécution du programme -- la formation, le développement de matériaux, etc.) Les descriptions des programmes et des matériaux de communication de programme sont révisés dans un bon nombre de publications énumérées dans la bibliographie figurant ci-après.



Cadre Stratégique de Promotion des Pratiques Améliorées d'Allaitement Maternel

POLITIQUE

- Organiser des ateliers politiques pour sensibiliser les décideurs aux problèmes et solutions
- Rédiger et mettre en oeuvre une Politique Nationale d'Allaitement Maternel
- Rédiger/réviser les lois du travail et de la maternité, comme par exemple les lois qui soutiennent le lait gratuit et subventionné à certaines familles (par exemple les nouvelles mères qui ont droit aux avantages de la sécurité sociale)
- Adopter le *Code International de Commercialisation des Substituts du lait Maternel de l'OMS*
- Elaborer des normes pour les institutions de santé maternelle et infantile

ADMINISTRATIF

- Désigner un coordinateur national de l'allaitement maternel
- Créer un comité national de l'allaitement maternel
- Inclure des indicateurs de l'allaitement maternel dans les collectes de données et statistiques nationales
- Développer un plan national d'allaitement maternel
- Inclure les ressources destinées au soutien de l'allaitement maternel dans les budgets des Ministères de la Santé

STRUCTURE SANITAIRE INSTITUTIONNELLE/FORMELLE

- Elaborer une stratégie de formation
- Mettre à jour un programme d'étude pré-emploi
- Assurer une formation en cours d'emploi aux agents de santé sur les nouvelles normes, les pratiques d'allaitement maternel recommandées, et la manière de conseiller
- Mettre à jour/créer des matériaux de référence pour les pourvoyeurs de service
- Restructurer la disposition physique des maternités
- Réviser les normes des hôpitaux et cliniques pour l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants (et soutenir les nouvelles normes par le biais de la formation, du suivi et de la supervision)
- Créer une "maternité modèle"
- Créer un centre d'éducation en gestion de la lactation
- Intégrer l'allaitement maternel dans toutes les divisions de santé appropriées: nutrition, lutte contre les maladies diarrhéiques, lutte contre les maladies respiratoires aiguës, planning familial, etc.
- Développer un programme de formation continue ou actualiser les services pour les agents de santé qui puissent inclure des programmes radiophoniques périodiques.

COMMUNAUTAIRE

- Assurer un programme de communication en utilisant les masse-médias et média interpersonnelles pour promouvoir des changements de comportement spécifiques.
- Inciter les chefs communautaires et les pourvoyeurs de santé traditionnels à promouvoir les pratiques recommandées
- Créer, former, et soutenir les groupes de soutien des mères et les conseillers du même environnement socio-économique
- Créer des matériaux qui conviennent aux mères
- Former les pourvoyeurs de santé traditionnels et les sage-femmes traditionnelles
- Se baser sur les groupes communautaires et les réseaux existants pour fournir soutien et informations sur l'allaitement maternel
- Aider les employeurs à créer des lieux de travail amis des mères
- Travailler avec les coopératives rurales au développement de produits qui renforceraient les pratiques positives d'allaitement maternel telles qu'un nouveau porte-bébé ou une blouse pour les femmes allaitantes qui travaillent.



Références Sélectionnées

I. Questions de Méthodologie à propos de la Recherche sur l'Allaitement Maternel

Basch, Charles E. "Focus Group Interview: An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education," *Health Education Quarterly* (Hiver 1987) 14:4: 411-448.

Bernard, R. *Research Methods in Cultural Anthropology*. Sage Publications: Newbury Park, 8.

Dawson, Susan, Lenore Mandersoln, and Veronica L. Tallo. *A Manual for the Use of Focus Groups*. International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC): Boston, 1993.

Debus, Mary. *Handbook for Excellence in Focus Group Research*. Academy for Educational Development/HealthCom: Washington, DC, 1991.

Dickin, Kate, Marcia Griffiths, and Ellen Piwoz. *Designing by Dialogue. Consultative Research for Improving Young Child Feeding*. The SARA Project/The Manoff Group (USAID): Washington, D.C., 1996 (en préparation).

Ferencic, Nina. "Guide for Carrying Out In-Depth Interviews about Health in Developing Countries." Document de Travail No. 107. Center for International, Health, and Development Communication, University of Pennsylvania, Avril 1989.

"Forum: Focus Groups for Health Research," *Health Transition Review* (1994) 4:1: 81-104.

Goldman, Alfred E. et Susan Schwartz McDonald. *The Group Depth Interview: Principles and Practice*.

Graeff, Judy, John Elder, and Elizabeth M. Booth. *Communication for Health and Behavior Change: A Developing Country Perspective*. Jossey-Bass, Inc. Publishers: San Francisco, 1993.

Griffiths, Marcia, Ellen Piwoz, Mike Favin, and Joy del Rosso. *Improving Young Child Feeding during Diarrhea. A Guide for Investigators and Program Managers*. PRITECH Project (USAID): Arlington, VA, 1988.

Khan, M.E. and Lenore Manderson. "Focus Groups in Rapid Assessment Procedures," *Food and Nutrition Bulletin* (1992) 14:2: 119-127.

Scrimshaw, Susan and Elena Hurtado. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. UCLA Latin American Center, University of California: Los Angeles, 1987. (Anglais, Français et Espagnol)

Scrimshaw, Susan and G.R. Gleason, eds. *Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*. International Nutrition Foundation, Inc.: Boston, 1992.

Shafritz, Lonna B. and Anne Roberts. "Forum: Focus groups for health research." *Health Transition Review* (1994) 4:1: 81-104.



II. Documents du Programme Elargi de Promotion de l'Allaitement Maternel de Wellstart International

Kazakhstan

Ministry of Health, Scientific Center for Regional Problems of Nutrition and Wellstart International. "Qualitative Research on Breastfeeding in Kazakhstan." Septembre 1994.

Malawi

Castle, Sarah E. and Carol A. Baume. "The Social Context of Infant Feeding in Chikwawa District, Malawi." Avril 1993.

Nicaragua

Osorio, Elianne. "Resultado de Observaciones en Centros de Salud y Puestos de Salud de Managua." Septiembre 1995. [Results of Observations in Health Centers and Health Posts in Managua]

Picado, Tita (The Manoff Group) and Patricia Carrillo. "'No Conozco a Ninguna.' Actitudes, Valores y Creencias de Madres, Abuelas y Papás Hacia la Lactancia Materna en Managua y Zonas Rurales de Matagalpa. Informe sobre resultados de una investigación cualitativa elaborada para la Dirección de Nutrición del Ministerio de Salud," 21 de septiembre de 1995. ["I Don't Know Any." Attitudes, Values, and Beliefs of Mothers, Grandmothers and Fathers toward Breastfeeding in Managua and Rural Areas of Matagalpa. Rapport sur les résultats de l'étude qualitative faite pour la Division de la Nutrition du Ministère de la Santé]

Picado, Tita (The Manoff Group). "Informe de Ensayos Domesticos." Septiembre 1995. [Rapport sur les Essais des ménages]

Nigeria

CHEPON and Wellstart International, "Qualitative Research on Infant Feeding in Oyo and Osun States of Nigeria." Octobreer 1995.

Dickin, Katherine L. (The Manoff Group) for Wellstart EPB. "Infant and Young Child Feeding in Nigeria: A Review of the Literature," 31 Janvier 1995.

Research & Marketing Service Ltd. and Wellstart International, "Breastfeeding and Child Nutrition Study, Jigawa State, Nigeria." Aout 1995.

Rwanda

Ministry of Health and Wellstart International. "Qualitative Research on Breastfeeding in Kibungo and Gitarama Provinces Rwanda." Janvier 1994.

Sénégal

SANAS et Wellstart International. "Etude Qualitative sur L'Allaitement Maternel au Senegal." Avril/Mai 1995. [Qualitative Study on Breastfeeding in Senegal]

Uganda



Nutrition Division/Uganda Ministry of Health, Child Health and Development Center/Makerere University, Wellstart International. "Breastfeeding in Uganda: Beliefs and Practices. Report of Qualitative Research."

III. Autres Documents

Abulaban, Ayman et al. "Breastfeeding Knowledge and Practices in Jordan." University of Pennsylvania, Novembre 1989.

Baume, Carol A., Leslie Zeldin, and Julia Rosenbaum. *Breastfeeding and Weaning Practices in Honduras*. Nutrition Communication Project Baseline Study. Academy for Educational Development: Washington, D.C., 1991.

Beasley, Annette. "Breastfeeding Studies: Culture, Biomedicine, and Methodology." *Journal of Human Lactation* (1991) 7:1: 7-14.

Booth, Elizabeth M. and Chloe O'Gara. "Percentages and Perspective: A Comparison of Quantitative and Qualitative Research." *Field Notes. Communication for Child Survival*. Octobre 1985.

Brownlee, Ann. *Breastfeeding, Weaning and Nutrition: the Behavioral Issues*. International Health and Development, Juillet 1990.

Bryant, Carol et al. "Best Start: Breastfeeding for Healthy Mothers, Healthy Babies. 1989 (non publié).

CARE/Cameroon, Education Development Center, Inc. and The Manoff Group. *Improving Young Child Feeding Practices in Cameroon*. 1989.

Carrington, Maria, Marcia Griffiths, and Maggie Diamond. *Guide to Mass Média and Support Materials for Nutrition Education in Developing Countries: A Supplement*. International Nutrition Communication Service (INCS), 1987.

Castello Branco, H. "Breastfeeding On Prime-Time In Brazil," *Development Communication Report* (1990) 71: 4,7.

Center for Health Research, Consultation and Education (CIAES) and MotherCare Project. *Qualitative Research on Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Women's Reproductive Health*. Cochabamba, Bolivia. Arlington, VA, Juillet 1991.

Chalmers, B. *African Birth: Childbirth In Cultural Transition*. Berv Publications CC, 1990.

Chalmers, B., O.J. Ransome, and A. Herman. "Psychosocial Factors Related to Infant Feeding Patterns," *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (Juillet-Septembre 1987) 5:3: 153-164.

Cohen, R.J. et al. "Maternal Activity Budgets: Feasibility of Exclusive Breastfeeding for Six Months among Urban Women in Honduras," *Social Science & Medicine* (1995) 41:4: 527-536.

Creyghton, M.-L., "Breastfeeding and Baraka in Northern Tunisia," in Vanessa Maher, ed., *Anthropology of Breastfeeding: Natural Law or Social Construct*. New York: Berg Publishers: Juin 1992.

Dettwyler, Katherine A. "Biocultural Approach in Nutritional Anthropology: Case Studies of Malnutrition in Mali," *Medical Anthropology* (1992) 15:1: 17-39.



Dettwyler, Katherine A. "Infant Feeding in Mali, West Africa: Variations in Belief and Practice," *Social Science & Medicine* (1986) 23:7: 651-6644.

Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gobierno de El Salvador; y El Grupo Manoff. "Aprendiendo Más sobre 'El Desafío para Todos'; Prácticas, Percepciones y Maneras de Mejorar la Alimentación de Niños y Madres en las Areas Más Necesitadas de El Salvador. Informe de la Investigación Formativa." San Salvador, 1993.

Fernandez, E.L. and G.M. Guthrie. "Belief Systems and Breastfeeding among Filipino Urban Poor," *Social Science & Medicine* (1984) 19:9.

Forman, M.R. et al. "Factors Influencing Milk Insufficiency and Its Long Term Health Effects: The Bedouin Infant Feeding Study," *International Journal Of Epidemiology* (Fevrier 1992) 21:1: 53-8.

Green, Cynthia P. *Média Promotion of Breastfeeding: A Decade's Experience*. Academy for Educational Development: Washington, DC, Juillet 1989.

Griffiths, Marcia et al. *Guide to Mass Média and Support Materials for Nutrition Education in Developing Countries*. International Nutrition Communication Service (INCS), 1985.

Harrison, Gail G. et al. "Breastfeeding and Weaning in a Poor Urban Neighborhood in Cairo, Egypt: Maternal Beliefs and Perceptions," *Social Science & Medicine* (1993) 36:8: 1063-69.

Hoodfar, Homa. "Child Care and Child Survival in Low-Income Neighborhoods of Cairo." The Population Council, West Asia and North Africa. Regional Papers. Giza, Egypt, Décembre 1986.

Hoffman, M.N., N.M. Durcan, and P.B. Disler. "Breastfeeding in a Socio-economically Disadvantaged Area of Cape Town. Part 1. Analysis of Breastfeeding Patterns among Clinic Attenders," *South African Medical Journal* (July 14, 1984) 66:2: 64-5.

Hogue, R. and L. Filorama. "Managua, District 6/Tipitapa Baseline Survey (FY93): Knowledge and Practice Survey." World Relief Nicaragua: Managua, 1993.

Holmes, O. "WINS Project Consultant's Visit to Burkina Faso: Technical Support in Qualitative Research Methods." Education Development Center, Inc., Avril 8, 1994.

Hull, Valerie, S. Thapa, and H. Pratomo. "Breastfeeding in the Modern Health Sector in Indonesia: the Mother's Perspective," *Social Science & Medicine* (1990) 30:5: 625-33.

Laukaran, Virginia H. and Penelope Van Esterik. "Maternal Knowledge and Attitudes toward Breastfeeding and Use of Breastmilk Substitutes." Research Consortium for the Infant Feeding Study. The Determinants of Feeding Practices: Preliminary Results of a Four-Country Study. Avril 1984.

Lozoff, B. "Birth and Bonding in Non-Industrial Societies," *Developmental and Child Neurology* (1983) 91: 897-900.

Manoff International, Inc. *Nutrition Communication and Behavioral Change Component. Indonesian Nutrition Development Program*. Manoff International and Indonesian Directorate of Community Health Education, 1984.

Manoff, Richard, Marcia Griffiths, and Ron Israel. "Communications in Breastfeeding Promotion Programs." International Nutrition Communication Service (INCS), sans date.



- Matthai, J., "The Brazilian National Breast-Feeding Programme," *Assignment Children* (1983) 61/62: 225-247
- Millard, Ann V. "Place of the Clock in Pediatric Advice: Rationales, Cultural Themes, and Impediments to Breastfeeding," *Social Science & Medicine* (1990) 31:2: 211-221.
- Morse, Janice M., Corinne Jehle, and Diane Gamble. "Initiating Breastfeeding: A World Survey of the Timing of Postpartum Breastfeeding," *International Journal Of Nursing Studies* (1990) 27:3: 303-13.
- Mull, Dorothy S. "Traditional Perceptions Of Marasmus in Pakistan," *Social Science & Medicine* (1991) 32:2: 175-91.
- National Breastfeeding Steering Committee, Pakistan. *Losing the Ability to Distinguish What Is Best for Pakistan's Children: Breastfeeding -- A Tradition at the Crossroads*. Islamabad, Juillet 1991.
- National Division for Promotion and Protection, Ministry of Health, and The Manoff Group, Inc. *Improving Young Child Feeding Practices in Ecuador*. Project Overview. 1992.
- National Nutrition Council, Swaziland and The Manoff Group. *Improving Young Child Feeding Practices in Swaziland: Project Overview*. UNICEF, 1992.
- National Nutrition Council, Swaziland and The Manoff Group. *Summary Report. Project for Promotion of Improved Young Child Feeding*. 1988.
- Nutrition Directorate, Ministry of Health, Republic of Indonesia and The Manoff Group. *Improving Young Child Feeding Practices in Indonesia: Project Overview*. 1991.
- Nutrition Division, Ministry of Health, Ghana; and The Manoff Group. *Improving Young Child Feeding Practices in Ghana. Summary Report*. 1989.
- O'Gara, Chloe. "Breastfeeding and Maternal Employment in Urban Honduras." In Joanne Leslie and Michael Paolisso, eds. *Women, Work, and Child Welfare in the Third World*. Westview Press: Boulder, 1989.
- O'Gara, Chloe, and Carl Kendall. "Fluids and Powders: Options for Infant Feeding." *Medical Anthropology* (Printemps 1985).
- Pelto, Gretel H. "Infant Feeding Practices in the Third World: Beliefs and Motivations," in Jenny T. Bond, et al., eds. *Infant and Child Feeding*. Academic Press: New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco, 1981: 191-203.
- Pillsbury, Barbara, Ann Brownlee, and Judith Timyan. "Understanding and Evaluating Traditional Practices: Guide for Improving Maternal Care." International Center for Research on Women: Washington, D.C., Mars 1990.
- Roberts, Anne H. and Renata Seidel. "Breastfeeding Practices in Jordan: Designing Effective Messages," in R. Seidel, ed. *Notes from the Field: Communication for Child Survival*. HealthCom Project: Washington, DC, Avril 1993.
- Sharma, Ravi K. and Shea O. Rutstein. "Comparative Analysis of the Determinants of Infant Feeding Practices." DHS (Demographic Health Surveys) World Conference, Washington, D.C. Aout 5-7, 1991.



- Stupp, P. et al. *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe Final*. Profamilia/CDC, 1993.
- Thornton, L. "Breast-Feeding in South Africa, Social and Cultural Aspects and Strategies for Promotion," *Curationis* (1984) 7:3: 33-41.
- Van De Walle, E. and Van De Walle F. "Breastfeeding and Popular Aetiology in the Sahel, *Health Transition Review* (Avril 1991) 1:1: 69-81.
- Vong-Ek, P. "Patterns of Maternal Beliefs Affecting the Duration of Breastfeeding in the Central and the NorthEast of Thailand." Bangkok, Thailand. Mahidol University, Institute for Population and Social Research. Décembre 1990. IPSR Publication No. 152.
- Worthman, C.M., J.F. Stallings, and C.L. Jenkins. "Breastfeeding Patterns and Reproductive Function among Lowland Female Women of Papua New Guinea." *Réunions Annuelles de l'Association Américaine d'Anthropologie Physique*. 1990.



ANNEXES

A.	Résumés des Etudes Formatives sur l'Allaitement Maternel	
1.	Ouganda	A-2
2.	Chikwawa District, Malawi	A-3
3.	Province de Kibango et Gitarama, Rwanda	A-4
4.	Kazakstan	A-6
5.	Sénégal	A-8
6.	Etats d'Oyo et Osun, Nigeria	A-10
7.	Etat de Jigawa, Nigeria	A-11
8.	Nicaragua	A-13

Les annexes suivantes existent seulement en Anglais et ne sont pas inclus avec la traduction en Français.

B. Sample Research Designs

C. Sample Research Methods and Topics

D. Sample Question Guides

1. **Set of Question Guides from National Breastfeeding Study in Pakistan**
 - In-Depth Interview Guide for Mothers
 - In-Depth Interview Guide for Fathers
 - In-Depth Interview Guide for Doctors
 - In-Depth Interview Guide for Lady Health Visitors (LHVs)
 - In-Depth Interview Guide for Traditional Birth Attendants (TBAs)
 - Focus Group Discussion (FGD) Guide for Experienced Mothers
 - FGD Guide for Inexperienced Women
 - FGD Guide for Mothers-in-law
2. **Focus Group Discussion Guides**
 - Mothers, Nicaragua
 - Mothers, Fathers, Grandmothers, Jigawa, Nigeria
3. **Guides for Trials of Improved Practices (TIPS)**
 - Initial and Follow-up Interview Guides, El Salvador
 - Initial, Counseling, and Follow-up Interview Guides, Oyo/Osun, Nigeria

E. Sample Breastfeeding Promotion Strategy Grids

1. Cochabamba, Bolivia
2. Nigeria



Annexe A

RESUMES DES ETUDES FORMATIVES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL¹

1. OUGANDA

L'intérêt que porte le Ministère de la Santé Ougandais (MOH) à la mise en place de programmes visant à résoudre les problèmes de nutrition et de croissance des nourrissons a résulté en une étude approfondie des pratiques d'alimentation infantiles qui a eu lieu de Mars à Mai 1993. Financée par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), cette étude a été conduite par le Centre de Développement et de Santé Infantile du Ministère de la Santé Ougandais et le Programme Elargi de Promotion de l'Allaitement Maternel (PEPAM) de Wellstart International. Cinq centres représentant des modèles de pratiques alimentaires infantiles potentiellement différents ont été retenus, à savoir: la capitale Kampala ainsi que les districts d'Apac, Luwero, Mbarara et Mbale. La collecte des informations s'est pour la plupart, effectuée dans le cadre de discussions de groupes d'analyse et d'interviews d'informateurs-clé. Le groupe ciblé était les mères d'enfants de moins d'un an, quoiqu'aient eu lieu également des discussions de groupe d'analyse avec les pères et les grand- mères.

L'allaitement maternel a bonne presse en Ouganda et on y trouve de nombreuses pratiques recommandables d'allaitement maternel. Les mères sont disposées à allaiter leurs enfants au sein et presque toutes les femmes commencent par nourrir leurs bébés au sein. Les mères sont convaincues que les jeunes nourrissons peuvent être bien nourris de lait maternel uniquement. L'usage du biberon n'est pas courant, exception faite des mères salariées dans les zones urbaines. La durée de l'allaitement maternel est également bonne, et la majorité des enfants reçoivent du lait maternel tout au long de leur première année de vie.

Néanmoins certaines pratiques sont moins qu'optimales:

- o L'apport d'aliments artificiels (eau ou autres liquides ou aliments donnés au nouveau-né) est une pratique presque universelle en dehors du District Nord d'Apac.
- o La première séance d'allaitement maternel après la naissance est parfois retardée d'un à deux jours.
- o A Apac, ainsi que dans certaines communautés de Luwero, le colostrum est considéré comme nuisible et l'on s'en débarrasse.
- o Même si les mères considèrent qu'un nourrisson peut être bien nourri de lait maternel uniquement, la durée de l'allaitement maternel n'est pas assez longue. Il semble que le personnel de santé recommande la supplémentation à l'âge de trois mois, et qu'en plus, après cette période, les mères sont persuadées de ne pas avoir assez de lait pour poursuivre l'allaitement maternel exclusif.

¹ La plupart de ces résumés sont extraits des premiers rapports du PEPAM dont la liste figure dans la Deuxième Partie de la bibliographie.



- o Cependant, la supplémentation commence à des âges très différents. Si la supplémentation précoce est un problème, la supplémentation tardive l'est aussi, lorsque les enfants sont encore exclusivement nourris au sein à l'âge d'un an.
- o Certains signes peuvent indiquer une insuffisance de la fréquence et de la durée des tétées, mais cela devra être confirmé par des études d'observation et approfondies.
- o Convaincues que les suctions répétées tarissent leur source de lait, les mères commencent à donner des suppléments lorsqu'elles pensent que leur réserve de lait diminue. Les nourrissons sucent alors moins fréquemment, et donc la réserve de lait de leurs mères se réduit davantage.
- o On croit généralement que le lait maternel peut s'abîmer, et qu'un tel lait n'est pas approprié à la consommation. Dans ces cas, le nourrisson est prématurément et brusquement sevré.
- o L'allaitement au sein est brusquement interrompu lorsque la mère apprend qu'elle attend un autre enfant, ce qui provoque un choc nutritionnel et émotionnel chez l'enfant.

Les pratiques traditionnelles semblent être plus proches des pratiques idéales que celles qui sont actuellement appliquées. Les grand-mères par exemple indiquent qu'elles allaitaient exclusivement plus longtemps que ne le font les mères aujourd'hui. Puisque certaines pratiques nuisibles ne sont pas encore fermement implantées, des actions prises maintenant peuvent aider à les changer assez facilement. Vu que l'allaitement maternel est une pratique établie dans la culture Ougandaise, des slogans du genre de l'Allaitement Maternel est le Meilleur auront une portée limitée. On a plutôt besoin de messages visant à combattre des comportements et croyances spécifiques en matière d'alimentation, en faisant appel à des méthodes culturellement acceptables.

Le caractère rural de la population Ougandaise, la portée limitée des masses média et les faibles niveaux d'alphabétisation exigent que toute stratégie de communication soit largement à base communautaire. Les gens ont soif d'informations en matière de santé et veulent en parler. Curieusement, les hommes s'intéressent aux sujets de santé, de nutrition infantile, et de planning familial, et pourraient accepter d'assumer un plus grand rôle dans ces domaines, si on leur donnait les informations appropriées et des suggestions précises quant aux actions qu'ils pourraient prendre. Il existe des structures communautaires déjà en place qui offrent de bonnes perspectives comme moyens d'un programme de communication. Toutefois, il est essentiel que la composante communautaire soit accompagnée de la formation du personnel de santé au niveau du district et de la communauté. Ils doivent disposer (et savoir communiquer) d'informations correctes en matière d'alimentation infantile, et savoir résoudre les problèmes d'allaitement maternel. Les conseils du personnel médical ont beaucoup d'influence, et les informations erronées qu'ils donnent aux mères ont contribué à la réduction de la période d'allaitement maternel exclusif.

2. Le District de Chikwawa, au MALAWI

Il a été constaté que la supplémentation du lait maternel même avec de l'eau, au cours des quatre à six premiers mois de vie d'un enfant, accroissait considérablement les risques de maladie diarrhéique, et résultant en une réduction de la consommation de lait maternel par l'enfant (et par conséquent en



une réduction de la quantité d'anticorps maternels). Il a été démontré que les nourrissons qui recevaient des compléments sucçaient le sein de leurs mères avec moins de fréquence et d'intensité que les nourrissons à l'alimentation non-supplémentée, ce qui résulte en une réduction de la production du lait maternel et une plus forte probabilité de sevrage précoce. Ceci accroît aussi les probabilités d'une mère de tomber à nouveau enceinte, tout en présentant un gaspillage d'aliments utiles à d'autres membres de la famille.

Durant les mois d'octobre et de novembre 1992, une étude approfondie utilisant des techniques anthropologiques et démographiques a été menée auprès de 81 femmes de quatre villages dans le district de Chikwawa. Cette étude a permis de découvrir que pratiquement aucune mère n'avait recours à l'allaitement maternel exclusif pendant un laps de temps. Toutes apparemment donnaient de l'eau à leurs bébés dès leurs premiers jours de vie. Par ailleurs, trois quarts de ces mères nourrissaient leurs enfants au *phala* (une bouillie de maïs peu consistante) avant l'âge de quatre mois. Près d'un quart des nourrissons consommaient du *phala* durant leur premier mois de vie. Le *phala* était, disait-on, administré pour calmer les pleurs de l'enfant, quoique des travaux d'observation aient indiqué que l'administration du *phala* ne suivait pas immédiatement les pleurs de l'enfant, mais avait lieu aux heures de repas; en fait, cela faisait plutôt spécifiquement partie intégrante de la puériculture. D'après de récentes enquêtes, les épisodes les plus anciens d'alimentation au *phala* remontent à la sécheresse, ce qui a conduit les mères à se demander si elles sont capables de produire assez de lait pour allaiter leurs bébés. Les mères discutaient souvent de l'insuffisance de leur propre lait ou disaient que même les femmes modérément mal nourries étaient incapables de produire assez de lait pour leur bébé. Dans bien des centres de santé, la distribution gratuite d'aliments aux femmes enceintes et allaitantes, mères d'enfants de moins de quatre mois, tend à renforcer le point de vue erroné que les femmes n'ont pas assez de lait, parce qu'elles ne mangent pas assez.

Même s'il faut étudier plus en détail le statut nutritionnel de la mère, il semble que dans cet échantillon, même durant cette année difficile, les femmes sont suffisamment bien nourries pour allaiter leurs bébés exclusivement au sein pendant leurs quatre à six premiers mois de vie, à condition que leurs seins soient suffisamment stimulés par des suctions fréquentes du bébé. L'allaitement maternel exclusif devrait être encouragé par le personnel de santé à tous les niveaux, et à toutes les consultations, étant donné que le lait maternel est aisément disponible, gratuit et qu'il protège l'enfant des infections, et la mère des grossesses, et que c'est un moyen efficace de maximiser la sécurité alimentaire.

3. Les Provinces de Kibango et Gitarama, au RWANDA

Le Ministère de la Santé Rwandais et le PEPAM ont en avril 1992, réalisé des évaluations portant sur les installations sanitaires, les politiques, les pratiques et les questions juridiques en matière d'alimentation infantile. Cette évaluation a révélé que de nombreuses mères complétaient le lait maternel avec d'autres liquides, une pratique non seulement inutile, mais qui peut s'avérer dangereuse. Par ailleurs, plusieurs agents de santé conseillaient aux mères de commencer l'alimentation complémentaire dès deux à trois mois, parce qu'ils croyaient en général que les mères souffraient "d'insuffisance de lait". De plus, dans les zones urbaines, les femmes et les agents de santé favorisaient l'usage de substituts du lait maternel. Le rapport de l'évaluation a recommandé la conduite d'une recherche qualitative qui fournirait des informations sur la manière dont sont prises les décisions en matière d'alimentation infantile et les raisons de ces décisions, ainsi que des



informations sur les chaînes permettant de communiquer avec les mères et tous ceux qui sont impliqués dans ces décisions.

Durant les mois de Juillet et Août 1993, cette étude a été menée par le Ministère de la Santé Rwandais en collaboration avec le PEPAM. Elle a commencé par une révision des documents de base et d'autres études appropriées. Le travail sur le terrain s'est déroulé dans les zones de santé de Gitarama dans la région centrale de Kibango dans le Sud-Est du pays. Dans chaque zone, on a choisi quatre sous-districts dont l'un était une commune urbaine. Les méthodes de collecte d'informations étaient les suivantes:

- o La méthode de collecte de données principales consistait en 106 interviews approfondies, semi-structurées, dont 73 interviews de mères, seize interviews de pères, six de grand-mères et onze de guérisseurs traditionnels ou d'accoucheuses traditionnelles.
- o Dans chaque sous-district, on a visité la maternité de l'hôpital (en zone urbaine) ou du centre de santé et on y a conduit de brèves interviews avec les femmes en post-partum. On a aussi parfois interviewé des membres du personnel de santé.
- o Pour avoir une idée générale des quantités et types d'aliments et de liquides consommés, on a utilisé un formulaire de rappel du régime de 24 heures d'un bébé pour un sous-groupe de femmes.
- o On a observé huit mères pendant une journée entière.
- o On a conduit cinq séances de discussions de groupe d'analyse pour confirmer des modèles d'alimentation qui avaient été rapportés, ainsi que leur justification.
- o On a interviewé des "informateurs-clés" comme le personnel du Ministère de la Santé, des responsables de l'USAID, de l'UNICEF et d'autres.

En plus de nombreuses pratiques positives, cette étude a permis de déceler un bon nombre de comportements qui avaient besoin d'être modifiés:

- o Le Régime de la mère. Les femmes en grossesse réduisent leur consommation d'aliments, et les femmes allaitantes font face à de nombreuses restrictions alimentaires. Certaines mères allaitant limitent leur consommation d'eau qui, croit-on, dilue le lait maternel; elles évitent les aliments solides qui d'après elles, sont nuisibles à la lactation; et elles limitent leur consommation de fruits qu'on considère comme un aliment surtout pour enfants.
- o Post-partum. On donne de l'eau aux nouveaux-nés et on retarde souvent l'initiation de l'allaitement maternel de six à douze heures.
- o L'allaitement à la demande. La pratique de l'allaitement maternel uniquement lorsque l'enfant pleure doit être remplacée par de fréquentes tétées sur demande, ainsi que des tétées plus fréquentes des jeunes nourrissons (à cause de leurs petits estomacs).



- o Le moment approprié de l'alimentation complémentaire. Les croyances liées à l'insuffisance de lait, au mauvais lait, et au sevrage précoce doivent être élucidées pour permettre l'instauration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.
- o Le régime du sevrage. On donne souvent aux bébés de moins de six mois un complément alimentaire liquide (par exemple une boisson à base de sorgho et du lait de vache diluée), (c'est trop tôt), et des aliments semi-solides aux bébés de six à neuf mois (c'est trop tard). On croit aussi fermement que les bébés ne devraient pas consommer d'huile et autres matières grasses, ce qui contribue à des régimes déficients en calories.
- o La cessation de l'allaitement maternel. le sevrage brusque de l'allaitement maternel est pratique courante, surtout si la mère découvre qu'elle est à nouveau en grossesse.

4. **Kazakstan**

L'institut de Nutrition du Ministère de la Santé du Kazakstan a, en collaboration avec le PEPAM entrepris une étude qualitative des pratiques d'alimentation infantiles. Cette étude s'est surtout inspirée d'interviews semi-structurées et approfondies de mères, grand-mères, pères, médecins et infirmières. Les informateurs étaient représentatifs aussi bien des zones urbaines, que des zones rurales, ainsi que des deux principaux groupes ethniques: les Kazakhs et les Russes.

L'allaitement maternel fait partie d'une tradition bien établie au Kazakstan et y est bien accepté. Toutefois, les pourvoyeurs de santé et les mères se font beaucoup de souci en matière d'"insuffisance de lait". Selon les Kazakhs, le problème est dû à un régime et un état de santé médiocres de la mère. Tous les cas d'"insuffisance de lait" mis à jour dans cette étude, pourraient être attribués à la manière spécifique dont l'allaitement maternel était pratiqué. Au Kazakstan, les pratiques d'allaitement maternel qui font obstacle à un allaitement réussi sont les suivantes:

- o Séparation de la mère et du bébé à la naissance
- o Initiation retardée de l'allaitement maternel (d'un à quatre jours après la naissance)
- o Consommation d'eau depuis la naissance
- o Consommation d'aliments artificiels
- o Tétées rigidelement programmées plutôt que sur demande
- o Absence de tétées de nuit
- o Courte durée possible des tétées
- o Usage courant des tétines
- o Usage fréquent des biberons

L'approvisionnement en lait maternel est en grande partie fonction de la demande du bébé; cependant au Kazakstan, pour parer au problème d'insuffisance de lait, il est habituellement recommandé d'augmenter la supplémentation plutôt que les suctions, aggravant ainsi le problème. Les mères s'aperçoivent qu'elles n'ont pas assez de lait parce que leur bébé pleure, leurs seins semblant nous, ou parce qu'elles ont des difficultés à tirer leur lait. D'autres croyances qui font obstacle à un allaitement maternel optimal incluent l'idée que les seins doivent être lavés avant la tétée, que la mère doit cesser d'allaiter lorsqu'elle tombe en grossesse, qu'il est dangereux que la mère et le bébé dorment ensemble, et que le lait maternel peut être "trop gras" ou "trop léger" et qu'il faut l'équilibrer en donnant d'autres liquides ou aliments.



Bon nombre de ces idées et pratiques sont basées sur les anciennes directives soviétiques concernant l'alimentation de l'enfant, et sont en contradiction avec les normes internationales actuelles qui exigent l'allaitement maternel exclusif sur demande pendant six mois, suivi d'un allaitement maternel supplémenté pendant au moins un an. Les anciennes normes soviétiques sont renforcées par la formation du personnel de santé, les pratiques de routine et les dispositions physiques des maternités, les documents et les matériaux de formation en matière de santé. Certaines mères, certains pères et surtout des grands-mères n'acceptent pas les normes officielles (surtout les tétées programmées) et défendent en fait, de meilleures pratiques d'allaitement maternel que la plupart du personnel de santé. La résistance populaire aux conseils donnés en matière d'allaitement maternel a, dans une certaine mesure, entamée la crédibilité du personnel de santé.

L'étude a mis à jour beaucoup d'informations sur lesquelles peut se baser une stratégie d'amélioration des pratiques d'allaitement maternel au Kazakstan.

- o **Les Politiques.** Il faudrait préparer, publier et distribuer au personnel de santé et au grand public de nouvelles politiques officielles sur les pratiques d'allaitement maternel plus conformes aux normes internationales. Il faudrait également réviser les recommandations concernant l'introduction d'autres liquides et aliments semi- solides.
- o **La Formation:** Le contact étroit qui existe entre le personnel de santé et les mères est une occasion en or pour promouvoir les pratiques optimales d'allaitement maternel, mais malheureusement, on transmet beaucoup d'informations contraires à l'établissement et au maintien d'une bonne pratique d'allaitement maternel. Il faudrait que soit assurée une formation complète pré-emploi et en cours d'emploi de tout le personnel de santé maternelle et infantile. Cette formation ne devrait pas se contenter d'enseigner les nouvelles normes, mais aussi les raisons de l'existence de ces normes. Elle devrait aussi comporter une grande part d'exercices en gestion des problèmes d'allaitement maternel et en techniques de conseils.
- o **La Communication.** La communication devrait permettre de renforcer la nouvelle formation du personnel de santé pour rétablir leur crédibilité. Usage devrait être fait des matériaux de la presse écrite, de même que des masse média. Le contact avec les mères devrait s'établir surtout par le biais des conseils du personnel de santé et des matériaux de la presse écrite (la plupart des mères ont au moins un niveau scolaire secondaire), et ces informations devraient être légitimés à travers un usage sélectif des masse média. Le contact avec les pères et les mères devrait s'établir de la même manière.
- o **La Stratégie de Message.** Pour tous les groupes cibles, un des thèmes centraux devrait être que l'allaitement maternel exclusif sur demande est la solution au problème d'insuffisance du lait et qu'il apporte au bébé toute l'alimentation et le liquide dont il a besoin pendant les six premiers mois de son existence. Pour tous, les messages devraient insister sur les nombreux avantages de l'allaitement maternel optimal, y compris l'avantage de la suppression de la fertilité. Pour les agents de santé, les messages devraient faire ressortir le bien fondé des nouvelles normes et le fait qu'elles représentent les normes internationales. Pour les mères, les pères et les grand-mères, ces messages devraient souligner le fait que les nouvelles normes soutiennent la sagesse populaire des générations



plus anciennes. L'hypothèse avancée au début à savoir, que la crainte d'un lait maternel contaminé dissuaderait les mères d'allaiter n'a pas été vérifiée, aucune des mères n'ayant exprimé de souci à ce sujet.

5. SENEGAL

Une étude qualitative de l'allaitement maternel a été entreprise pour servir de base à la mise en place de stratégies visant améliorer les pratiques d'alimentation infantile au Sénégal. Les sites de cette étude comprenaient quatre zones rurales recouvrant les cinq principaux groupes ethniques du pays, à savoir: les Ouolofs, les Sérères, les Toucouleurs, les peuls et les Diolas. Les mères de bébés constituaient la cible principale, mais des personnes d'influence potentielles telles que les pères, grands-mères, chefs communautaires et religieux, ainsi que les agents de santé et les guérisseurs traditionnels y ont également été inclus. Le SANAS et le PEPAM ont mené cette étude d'avril à mai 1995 grâce à un financement de l'USAID.

Pratiques d'Alimentation Infantile

L'étude a permis d'examiner l'allaitement maternel et ses contextes sociaux et économiques. Au sein de tous les groupes ethniques, l'allaitement maternel est très respecté. Presque toutes les femmes allaitent au sein leur bébé, pendant une période de temps adéquate pour la plupart. Si ces pratiques sont à encourager et à maintenir, d'autres par contre sont à décourager, comme: l'apport d'aliments artificiels, le rejet du colostrum, le retard observé dans l'initiation de l'allaitement maternel, l'apport en eau, liquides ou aliments avant que le bébé n'ait entre quatre et six mois, et le sevrage brusque. Pour remédier à l'insuffisance de lait chez la femme, il faudrait encourager le bébé à sucer davantage le sein de sa mère et décourager la supplémentation. Il faudrait rassurer les femmes du fait que plus elles allaitent et plus elles produisent du lait et pas moins; que leur lait demeure de bonne qualité en toutes circonstances, et qu'il ne s'abîme pas.

Les Conditions Maternelles Affectant l'Alimentation Infantile

A la maison comme aux champs, les femmes travaillent dur. Elles se reposent rarement: même lorsqu'elles sont en grossesse, on s'attend à ce qu'elles maintiennent leur charge de travail jusqu'à terme. Leur régime alimentaire demeure cependant marginal, surtout durant la saison des pluies. Leur consommation alimentaire n'augmente pas durant leurs grossesses, si bien que les femmes accouchent et allaitent leurs bébés sans avoir accumulé au préalable des réserves nutritionnelles. Après l'accouchement, elles disposent de très peu de temps pour récupérer et reprendre des forces. Ce modèle global de ration alimentaire marginale, associé à d'énormes dépenses d'énergie mettent en danger la santé de la femme. L'allaitement maternel est un processus remarquablement adaptatif, et les femmes réussissent à allaiter au sein leurs bébés dans presque toutes les circonstances; cependant, lorsqu'une femme est marginalement nourrie, l'allaitement maternel se met à la priver de ses propres réserves nutritionnelles. Au Sénégal, la communauté devrait reconnaître :

- o que la charge de travail d'une femme devrait diminuer pendant sa grossesse;
- o que les femmes ont un plus grand besoin nutritionnel pendant la grossesse et que durant cette période, une amélioration de leur régime s'impose.



- o Qu'une plus longue période de repos est nécessaire après l'accouchement, d'au moins une semaine, pour donner à la mère une meilleure chance de reprendre ses forces; et
- o qu'il devrait s'écouler un laps de temps entre la fin de la période de lactation et la grossesse suivante.

Le Personnel de Santé

Les interviews ont révélé que le personnel de santé manque d'informations importantes en matière d'allaitement maternel et qu'ils transmettent très peu d'informations sur le sujet aux mères. Presque tous les vingt agents interviewés étaient d'avis que l'allaitement maternel était quelque chose de naturel pour toutes les femmes et qu'on n'avait pas besoin de conseils spéciaux sur l'allaitement maternel. La plupart d'entre eux conseillent aux femmes de manger mieux pendant leur grossesse, mais peu d'entre eux ne leur suggèrent de diminuer leurs charges de travail. La plupart des agents pensent que le colostrum devrait être donné au bébé, mais certains d'entre eux le trouvent mauvais pour l'enfant. La plupart d'entre eux pensent que le lait maternel n'est disponible que "lorsque se produit la montée de lait et une bonne minorité d'entre eux pensent que cela veut dire qu'il faut attendre 24 heures ou plus avant d'initier l'allaitement maternel. Entre temps, la grande majorité d'entre eux recommandent aux mères de donner de l'eau sucrée au nouveau-né.

La majorité des agents ont entendu parler de l'allaitement maternel exclusif, mais seule une minorité est convaincue qu'un enfant peut être bien nourri de lait maternel uniquement pendant trois mois. La plupart d'entre eux pensent qu'on devrait donner à un bébé de l'eau dès sa naissance, et d'autres aliments à l'âge de quatre mois.

Le personnel de santé rapporte qu'ils rencontrent souvent des plaintes d'insuffisance de lait, mais très peu d'entre eux ne conseillent d'allaiter plus fréquemment pour accroître la production de lait. La plupart d'entre eux pensent que le problème est dû à un régime médiocre et un excès de travail. Certains recommandent des vitamines ou des médicaments.

Certains agents de santé insistent avoir vu des cas de lait avarié ou de mauvaise qualité, quoique pour certains, ce sont de faux problèmes. La majorité d'entre eux affirment conseiller aux femmes de continuer à allaiter, mais de donner également un biberon en complément. Une minorité d'entre eux recommandent d'interrompre l'allaitement maternel.

Communication et Personnes d'Influence

Très peu de femmes en milieu rural ont accès au masse média. La plupart des foyers disposent d'une radio, mais beaucoup d'entre elles n'ont pas de piles ou ne marchent pas; en général, les hommes s'approprient la radio et les femmes y ont peu accès.

Dans tous les groupes ethniques, la belle-mère et d'autres femmes plus âgées exercent le plus d'influence sur les pratiques d'alimentation infantiles. Comparées aux agents de santé, ces femmes plus âgées sont plus disponibles et leurs conseils, plus crédibles. Les chefs et dirigeants religieux n'ont pas une influence directe, mais tout effort visant à améliorer les conditions de travail ainsi que le régime des femmes, est voué à l'échec sans leur soutien.



6. Les Etats d'Oyo et d'Osun, au NIGERIA

Le programme PEPAM fournit de l'assistance à plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation infantile au Nigéria. Ayant passé un contrat avec une société de recherche et travaillant avec elle, Wellstart a, d'avril à juin 1995, entrepris une étude des priorités des besoins en formation dans les zones rurales et urbaines des états d'Oyo et d'Osun (sud-ouest du Nigéria), telle une base d'activités de planification pour promouvoir les pratiques d'alimentation améliorées. Le tableau figurant ci-dessous résume les méthodes appliquées.

Méthode	Participants	Sujets Généraux
Six discussions de groupe d'analyse, utilisant des techniques projectives (réaction aux images)	Mères d'enfants de moins de deux ans	Images d'allaitement maternel et d'alimentation au biberon Avantages et inconvénients perçus Concepts de santé, développement et alimentation infantiles Aspirations pour l'enfant Attitudes vis-à-vis des agents de santé villageois /distributeurs basés dans la communauté Sources de conseils en matière d'alimentation infantile
Quatre Discussions de groupe d'analyse	Grand-mères d'enfants de moins de deux ans	Alimentation infantile moderne et traditionnelle; contraintes empêchant de changer les pratiques Concepts/rerelations entre la santé de l'enfant, le développement et les pratiques d'alimentation
Quatre Discussions de groupe d'analyse	Pères d'enfants de moins de deux ans	Rôle des pères dans l'alimentation infantile Images de l'allaitement maternel et de l'alimentation au biberon Avantages et inconvénients perçus
Huit Interviews Approfondies	Exécuteurs de programme (agents de santé villageois/accoucheuses traditionnelles, distributeur basés dans la communauté)	Connaissances de pratiques d'alimentation infantile appropriées Savoir communiquer avec les mères/techniques de conseils Motivations et contraintes pour fournir des informations sur l'alimentation infantile et les changements de comportement motivant dans la communauté
58 Interviews Approfondies et Essais des Pratiques Améliorées	Mères d'enfants entre zéro et 24 mois (voir critères additionnels et groupes d'âge plus spécifiques)	Volonté d'essayer les pratiques d'alimentation infantile (allaitement maternel exclusif, bouillie plus consistante, accroissement de la fréquence/quantité du lait maternel ou aliments, introduction d'aliments solides, etc) Réponse aux essais/résultats perçus Motivations et contraintes pour adopter les pratiques d'alimentation recommandées.

Les personnes interrogées ont en général une attitude très positive vis-à-vis de l'allaitement maternel, convaincues que c'est en fait, la manière normale et naturelle d'alimenter un jeune bébé. L'allaitement maternel sur demande pendant deux ans ou plus constitue la norme. Néanmoins, les recherches ont mis à jour de nombreux problèmes. Les mères, en particulier en zones urbaines,



pensent qu'il est impossible de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. La plupart des mères initiaient le jeune bébé à l'eau, au glucose et aux médicaments traditionnels et quelques mères en zones urbaines donnaient également du lait commercial. Leur décision était motivée par l'insuffisance de lait et par l'image positive projetée par ces suppléments alimentaires (quoique le lait commercial ait en général une image négative). Les mères qui n'avaient pas de contacts avec un programme de santé d'une ONG active avaient tendance à se débarrasser du colostrum. La plupart des mères initiaient l'enfant de près de quatre mois à une bouillie légère à base de maïs qui fournit peu de calories ou d'éléments nutritifs au nourrisson qui grandit. Des parents et même certains agents de santé ne comprennent pas bien certains aspects de l'allaitement maternel et de l'alimentation infantile.

Les essais des pratiques améliorées ont permis aux planificateurs de projets de mieux comprendre les comportements d'alimentation faisables, ainsi que la manière de les promouvoir. Parmi les 28 enfants âgés de neuf à 24 mois, aucun ne consommaient assez de calories à en juger par les rappels de régimes de 24 heures précédant les essais; mais à l'issue de l'essai qui a duré une semaine, quinze parmi eux recevaient suffisamment de calories. Alors que la plupart des mères rejetaient l'idée de donner à leurs bébés une bouillie plus épaisse, elles étaient en général plus disposées à ajouter de l'huile de palme, ainsi que plusieurs autres aliments disponibles riches en éléments nutritifs. Les mères de nourrissons plus jeunes montraient en général plus de dispositions à éliminer ou au moins réduire l'eau et les médicaments traditionnels.

Les discussions de groupes d'analyse ont fourni des informations utiles sur les images et concepts relatifs à l'alimentation infantile. Les bébés nourris au sein maternel paraissaient sains, robustes et actifs. On pensait que les parents trop sophistiqués (c'est-à-dire non traditionnels) pouvaient se passer de l'allaitement maternel et adopter les autres pratiques nécessaires à la santé et au bien-être de leurs bébés.

Une stratégie de formation et de communication a été mise en place sur la base des résultats obtenus. Pour améliorer les pratiques alimentaires, on fera appel à des mini-pièces théâtrales à la radio, des pièces plus longues sur vidéo, des supports de conseil entre autres supports médiatiques.

7. L'Etat de Jigawa, au NIGERIA

Wellstart/Nigeria a également travaillé en collaboration avec un groupe de recherche pour réaliser une étude qualitative dans l'Etat de Jigawa, une région Musulmane au nord-est du Nigeria. C'est ainsi qu'ont eu lieu douze discussions de groupe d'analyse avec des mères, des pères et des grand-mères; dix-huit interviews approfondies avec des mères; et quatre interviews avec des leaders d'opinions dans quatre sites représentatifs de cet état.

L'allaitement maternel est en général considéré comme une partie essentielle du régime du nourrisson. Les bébés sont, en général, initiés au lait maternel presque immédiatement après l'accouchement. Toutefois, le concept d'"immédiatement" est relatif. En zones urbaines, cela veut dire dans les cinq premières heures après la naissance, tandis qu'en zones rurales cela veut dire le jour suivant et dans certains cas, un ou deux jours plus tard.



L'allaitement maternel exclusif est rarement pratiqué, puisque la norme est d'ajouter de l'eau au lait maternel dès le début, que le bébé naisse à l'hôpital ou à la maison. En zones urbaines, certaines mères ajoutent du glucose à l'eau que l'on donne au bébé avant le lait maternel. Toutefois, en zones rurales, un mélange de dépôt de plomb, miel et extrait de palmier dattier constitue le premier fluide que reçoit un enfant. La principale raison que l'on donne à cette pratique est qu'un nouveau-né a soif. Les mères ne savent pas que l'introduction tardive du lait maternel affecte son flux.

Le rejet du colostrum est encore une pratique très répandue en raison de la croyance, notamment en zones rurales, selon laquelle le colostrum n'est pas bon, et est même capable de tuer les bébés. D'autre part, le fait d'être en contact régulier avec les agents de santé a amené les mères en zones urbaines, à réaliser l'importance du colostrum pour l'enfant. Hormis le fait de le savoir nourrissant, on croit aussi qu'il est "bon" en ce sens qu'il contient des anticorps qui protègent contre les infections possibles. Les grand-mères et les accoucheuses traditionnelles se sont avérées être les principaux groupes exerçant une pression sur les mères pour leur faire jeter le colostrum.

L'allaitement maternel du bébé pendant ses trois premiers mois de vie est une pratique très courante, quoique complété par de l'eau. Le lait maternel n'est pas perçu comme ayant assez d'eau pour faire vivre l'enfant, car les gens ressentent un besoin constant de boire de l'eau pour éviter la déshydratation dans un pays à climat aride. A mesure que grandit l'enfant, le lait maternel est complété principalement par de la bouillie de mil ou de maïs guinéen (*koko*) avec de la pâte d'arachide.

En général, le sevrage a lieu lorsque l'enfant a un ou un an et demie, il est alors considéré assez âgé pour être sevré. Jusque là, la plupart des mères affirment allaiter en moyenne leurs enfants environ cinq à sept fois par jour.

Il n'a été enregistré aucune mention spontanée de problèmes d'allaitement maternel. Cependant, lorsqu'on le leur suggéra, les personnes interrogées étaient au courant des problèmes d'abcès au sein, de 'mauvais' lait, de mamelons rétractés, et d'insuffisance de lait, mais aucune d'elles n'a prétendu les avoir personnellement vécus. On ne se soucie pas en général de ces problèmes, puisqu'il existe des méthodes traditionnelles pour y faire face. La plupart des mères interrompent l'allaitement maternel dès qu'elles découvrent qu'elles sont enceintes, par crainte de nuire au développement du fœtus.

Dans une large mesure, on désapprouve l'allaitement maternel en public. Une mère allaitante doit être toujours modeste et se couvrir d'un voile si elle a besoin d'allaiter en public. Certains pères affirment qu'ils seraient si embarrassés de voir leurs femmes allaiter ouvertement, qu'ils n'objecteraient pas à ce que leurs enfants soient alimentés au biberon pour éviter ce genre de situations.

Il n'y a que quelques mères salariées qui donnent des biberons de lait commercial à leur bébé. Mais beaucoup de mères utilisent des biberons pour le gruau (*koko*), c'est-à-dire de la bouillie ou de l'eau, surtout quand elles sortent.

De nombreuses familles croient fermement aux pratiques traditionnelles à Jigawa. Les grand-mères illettrées et les mères rurales se méfiaient de dire le nom ou l'âge de leurs plus jeunes



enfants à des étrangers craignant qu'ils ne meurent avant leur heure. Toutefois, les personnes interrogées lettrées en milieu urbain ne partageaient pas cette croyance. Dans les familles rurales traditionnelles, un coiffeur enlève l'uvule du jeune bébé, parce que l'on croit que cela aide le bébé à avaler plus facilement.

Pour la plupart des parents, avoir des enfants est en général une source de joie profonde. La croyance que la mère est responsable des soins des enfants est très répandue parmi les membres de la communauté, notamment les pères. Toutefois, l'étude a révélé que de nombreux pères participaient activement aux activités de soins des enfants comme le bain ou l'alimentation de leurs enfants. En fait, c'est maintenant un signe de fierté pour un homme que d'être impliqué dans ces rôles.

En gros, bonne nourriture et propreté (hygiène générale) étaient perçus comme des traits essentiels à la bonne santé de l'enfant, mais dans bien des foyers ruraux, un manque d'hygiène avait été observé. On croit que le fait de donner des aliments comme les haricots, la viande, le riz et des légumes contribue à une croissance saine du nourrisson. A cet égard, les agents de santé étaient en général approuvés par les mères, qui disaient avoir pris conscience/reçu une formation aux cliniques prénatales, sur le type d'aliments qu'il fallait donner au nourrisson pour aider sa croissance saine. Il était intéressant de voir que le lait maternel était aussi perçu comme une composante de la 'bonne' nourriture de l'enfant, notamment par les pères et les grand-mères.

Puisque le purdah (la pratique consistant à isoler les femmes mariées dans leurs foyers) est une pratique encore très répandue, le programme devrait concevoir des moyens innovateurs de diffuser les informations. Les visites à domicile ainsi que les radios sont les deux meilleurs moyens d'atteindre ces mères. Tel que mentionné plus haut, les personnes interrogées se fient au personnel de santé pour leur donner des informations fiables sur les questions de santé afférentes à leurs enfants.

8. NICARAGUA

Les consultants du programme PEPAM et le personnel du Ministère de la Santé ont entrepris une étude qualitative de l'allaitement maternel dans les zones urbaines et rurales de deux des dix zones de planification de la santé (Managua et Matagalpa) durant l'été de 1995. La principale méthode utilisée consistait en vingt discussions de groupe d'analyse, mais il y avait aussi des essais de pratiques améliorées impliquant 21 mères, ainsi qu'une étude d'observation limitée de la formation en matière de santé dans les locaux du Ministère de la Santé. L'objectif était d'obtenir davantage d'informations approfondies sur les CAP (Connaissances, attitudes et pratiques) de l'allaitement maternel afin de préparer une stratégie de communication visant à promouvoir des pratiques d'allaitement maternel améliorées.

Par le biais des discussions de groupe d'analyse, les investigateurs espéraient décrire les pratiques, attitudes, croyances et valeurs liées aux pratiques optimales d'allaitement maternel chez les grand-mères et les mères d'enfants de moins d'un an: les femmes au foyer qui allaitaient de manière prédominante ou partielle; les femmes qui travaillent en dehors de chez elles; et les primipares. (Il y avait si peu de mères qui allaitaient exclusivement au sein, qu'il n'était pas pratique d'en recruter des groupes.) Les discussions se sont concentrées sur l'identification des facteurs qui facilitaient ou empêchaient l'allaitement maternel optimal.



90
Le personnel des centres de santé locaux ont recruté les participants aux discussions de groupe d'analyse. A Managua, il y a eu douze groupes dans trois zones rurales et trois quartiers urbains. A Matagalpa, huit groupes ont été organisés dans sept communautés rurales.

Les découvertes ont indiqué que parmi la population sur qui avait porté l'étude, il existe une "culture positive de l'allaitement maternel", mais qui n'inclut pas le concept d'allaitement maternel exclusif. En ville et à un moindre degré, dans les zones rurales, les gens accordent beaucoup d'importance à l'alimentation au biberon et autres aliments liquides pour bébé, que la plupart des mères introduisent peu après la naissance de l'enfant. En ville, (entre deux et trois mois) et à la campagne (entre trois et quatre mois), les mères introduisent prématurément d'autres aliments, croyant que cela profitera à la fois à la mère et à son enfant. Les mères ne savent pas qu'elles peuvent accroître leur production de lait rien qu'en allaitant plus souvent, et pensent que pour mieux allaiter, il leur faudra manger beaucoup mieux. Pour cette raison, leur perception de leur propre mauvaise nutrition fait obstacle à l'allaitement maternel exclusif.

Les mères salariées qui pour la plupart, travaillent dans le secteur informel, ont pensé à diverses stratégies pour continuer d'allaiter au sein, y compris le travail de nuit, le travail à temps partiel et la permission de prendre des pauses-allaitement. En milieu urbain, bien des grand-mères sont activement impliquées dans les soins des enfants, quoique certaines mères ne suivent pas leurs conseils. Les pères sont peu impliqués dans l'alimentation de l'enfant. Ils se sentent responsables d'acheter de la nourriture pour leurs femmes/compagnons et du lait pour le bébé, mais il leur est difficile de le faire par manque d'argent.

Les mères ont rapporté avoir reçu beaucoup de conseils dans les centres de santé. Certaines les ont suivis, mais ils n'ont apporté que confusion pour d'autres.

Les découvertes issues des discussions de groupe d'analyse indiquent que la culture positive d'allaitement maternel devrait être renforcée, surtout en ville où elle compéte directement avec la culture du lait commercial pour bébé. Pour que les messages puissent promouvoir l'allaitement maternel exclusif, ils devraient comporter les importants éléments suivants à savoir: l'argument que les familles devraient dépenser un peu d'argent à l'achat de davantage d'aliments pour la mère, plutôt que dépenser beaucoup d'argent à l'achat de lait commercial pour bébé, et que les mères peuvent contrôler leur production de lait maternel. Il faudrait modifier la conception des mères, pères, et grand-mères à propos du régime de la mère. Les messages se doivent d'être concrets, par exemple, la mère allaitante a besoin de manger deux tortillas supplémentaires et boire une tasse de plus à chaque repas. Ces résultats indiquent que les messages doivent aller au-delà des avantages de l'allaitement maternel, une chose que les mères savent déjà, et examiner comment les mères pourront mieux gérer leur allaitement maternel.

Le succès des mères à suivre les pratiques recommandées dans les essais de pratiques améliorées, était tout à fait mitigé. Le taux de succès était le suivant: sur onze mères, huit ont cessé de donner de l'eau à leur bébé, et sur onze mères, huit ont augmenté le nombre des tétées et réduit le nombre de biberons; sur huit mères, sept ont donné au bébé les deux seins sur demande; sur six, trois ont cessé de donner du jus de fruit dilué avec de l'eau (*frescos*); sur trois mères, aucune n'a tiré son lait; et sur deux, aucune n'a cessé d'acheter du lait en poudre et utilisé l'argent pour acheter davantage d'aliments et de boissons pour la mère. Ces essais ont produit énormément



d'informations sur les sentiments de la mère à propos des avantages et des difficultés à suivre les pratiques recommandées.

Dans l'étude d'observation, un investigateur a observé comment été donnés aux mères les conseils sur la santé maternelle et infantile dans cinq centres ou postes de santé à Managua. Il fut observé que le personnel de santé donnaient aux mères peu d'informations ou de conseils, et qu'il y avait peu ou pas de dialogue entre eux. Certains agents traitaient les mères avec discourtoisie. Des discussions de groupe sur l'éducation en matière de santé n'avaient pas souvent lieu, et étaient jugées inefficaces. En somme, les agents de santé manquent de formation, de motivation, de matériaux et autres supports pour être des éducateurs/conseillers plus efficaces, problèmes auxquels devra faire face tout projet qui dépendra de ces agents.