+Ministère de la Protection
Sociale et de la Famille
MPSF

Cellule PAN

Catholic Relief Services-Bénin
CRS-Bénin

United States Agency for International Development
USAID

ETUDE DE L'IMPACT DU PROGRAMME ALIMENTAIRE NUTRITIONNEL A BASE COMMUNAUTAIRE SUR LA CONNAISSANCE, PRATIQUE ET COUVERTURE VACCINALE DANS LES ZONES D'INTERVENTIONS DES DEPARTEMENTS DE L'OUEME ET DU PLATEAU

RAPPORT

Cotonou, Août 2000

TABLE DE MATIERES

Pages

AVANT- PROPOS **1**

SIGLES ET ABREVIATIONS **4**

LISTE DES TABLEAUX **5**

LISTE DES GRAPHIQUES. **6**

INTRODUCTION **7**

PRINCIPAUX INDICATEURS **10**

SYNTHESE **12**

I - CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION 13
1 – 1 - Age des mères et des enfants *13*
1-2- Instruction et occupation des mères *14*
1-3- Absence des mères de la maison *14*

II - ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION **15**

2-1- PRATIQUE DES MERES **15**

2-1-1-Allaitement Maternel *15*
2-1-2- Initiation de l'allaitement *15*
2-1-3- Allaitement maternel exclusif *15*
2-1-4- Introduction de l'aliment de complément *15*
2 - 2- CONNAISSANCE DES MERES 16
2-2-1-Stimulation de la production laiteuse *16*
2-2-2- Alimentation du jeune enfant *16*

III - CROISSANCE PONDERALE **17**

3-1-EXISTENCE DE FICHE DE PESEE ET SUIVI DE CROISSANCE 17

IV - MALADIES DIARRHEIQUES **17**

4-1- PRATIQUE 17
4-1-1- Prévalence et alimentation lors de la diarrhée *17*
4-2- CONNAISSANCE DES MERES 18
4-2 – 1 - Signes, symptômes et prise en charge de la diarrhée *18*

V - MALADIES RESPIRATOIRES **20**

V I - SOINS MATERNELS **21**

6-1- PRATIQUE DES SOINS MATERNELS 21
6-1-1-Existence de carte ou carnet de santé maternelle et consultations prénatales *21*
6-1-2- Accouchement assisté *21*
6-2 – CONNAISSANCE DES MERES 21

VII - VACCINATION DES ENFANTS ET DES MERES **22**

7-1– SITUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE 22
7-1-1- Vaccination des enfants *22*
7-1-2- Couverture vaccinale antitétanique chez les mères *23*
7-2- CONNAISSANCE SUR LA VACCINATION 23
1-1 - AGE DES MERES ET MATERNITE A MOINDRE RISQUE. 26
1 – 2 - NIVEAU D'INSTRUCTION ET OCCUPATIONS DES MERES. 26

II – ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION **28**

III – CROISSANCE PONDERALE **31**

IV – MALADIES DIARRHEIQUES **32**

V – SOINS MATERNELS **34**

VI – VACCINATION DES ENFANTS ET DES MERES **35**

OBJECTIFS DU PBC OUEME-PLATEAU POUR 2003 ..... **38**

Pratique *38*

Connaissance *39*

CONCLUSION **40**

REFERENCES **41**

ANNEXES **42**

AVANT- PROPOS

Le CRS/Bénin, une Organisation Volontaire Privée (PVO) dont la siège se trouve à Baltimore, soutient au Bénin depuis 1958, un programme national de Protection Sociale en partenariat avec le Ministère chargé des Affaires Sociales. Ce programme est soutenu par les ressources du Titre II du Gouvernement Américain. Il s'agissait d'un programme d'assistance simple aux populations les plus à risque sur le plan de la sécurité alimentaire. L'activité principale de ce programme était la distribution des vivres importés des Etats-Unis d'Amérique sous forme d'assistance alimentaire.

A partir de 1982, le CRS-Bénin a décidé en accord avec le Gouvernement du Bénin, d'utiliser une partie importante de ces ressources pour soutenir un programme social (Santé – Nutrition) au lieu du programme d'assistance simple dont l'impact était difficile à cerner. Le nouveau programme intitulé Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN) a été mis en oeuvre dans les centres de Promotiom Sociale (CPS) et Centres d'Education Nutrrionnellle (CEN) sur toute l'étendue du territoire nationale. En 1997, l'approche communautaire a été retenue par les deux partenaires afin d'assurer un transfert de compétence et susciter une participation communautaire gage d'une durabilité.

C'est à la suite de l'enquête de base réalisée en 1997 dans les communautés bénéficiaires du programme dans l'Ouémé et le Plateau que la présente étude a été menée. Pour que cette étude soit conduite de façon technique et scientifique, les structures suivantes ont apporté chacune son concours : CRS, C/PAN, Direction de la Protection Sociale de l'Ouémé et du Plateau, la Direction de la Santé Familiale et l'Institut Régional de Santé Publique. L'enquête a été conduite selon la méthodologie mise au point par le Département de l'Hygiène et de la Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (USA) qui recommande de responsabiliser les différents services impliqués dans le programme de santé maternelle et infantile dans la conduite de cette enquête.

Le présent document a été rédigé par BALOGOUN C. Edouard et ZANOU Elisabeth la lecture de la version préliminaire a été assurée par Messieurs GOHY Gilles et SAGBADJA Félicien respectivement Chef Section MTIE et Chargée de Projet à la section Santé.

Le CRS-Bénin remercie vivement les personnes et institutions suivantes pour leurs contributions à la conception, la préparation et la conduite de cette étude et est disposé à l'améliorer par vos contributions et observations :

M S P/DSF

M P S F/DDS

IRSP

DDPSF/Ouémé-Plateau

Tous les superviseurs et enquêteurs

Opératrices de saisie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	Animatrices Communautaires
AG	Assemblée Générale
BCG	Bacille Calmette-Guérin
C/PAN	Cellule Programme Alimentaire Nutritionnel
CPS	Centre de Promotion Sociale
CRS	Catholique Relief Services
CVDS	Comité Villageois de développement Social
DTCP	Diphtérie, Tétracoq, Coqueluche, Poly myélite
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IEC	Information, Education, Communication
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
KPC	Knowledge, Pratice and Coverage (Vaccination)
MCH	Maternal, Child Health (Santé Maternelle et Infantile)
MSP	Ministère de Santé Publique
MTIE	Monotoring, Targeting, Impact & Evaluation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAN	Programme Alimentaire et Nutritionnel
PBC	PAN à Base Communautaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PVO	Private Voluntary Organization
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Solution de Réhydratation Orale
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNESCO	United Nation Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNICEF	United Nation Children’s Fund
USA	United States of America
VAT	Vaccin Anti Tétanique (Vaccination Anti Tétanique)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1.	Répartition des enfants par tranche d'âge
Tableau n° 2	Répartition des mères selon la durée dans le programme
Tableau n° 3	Types d'aliments donnés aux enfants
Tableau n° 4	Signes/symptômes obligeant une mère à demander conseils
Tableau n° 5	Prise en charge de la diarrhée à domicile
Tableau n° 6	Alimentation de l'enfant après un épisode diarrhéique
Tableau n° 7.	Période pour la première consultation prénatale
Tableau n° 8	Aliments à consommer pendant la grossesse pour éviter l'anémie
Tableau n° 9.	Situation vaccinale DTCPI, DTCPII et DTCPIII (1997-2000) enfants de 12 à 23 mois
Tableau n° 10.	Situation vaccinale BCG et Rouvax (1997-2000) enfants de 12 à 23 mois révolus
Tableau n° 11.	Enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (1997-2000)
Tableau n° 12.	Nombre de doses de vaccins antitétaniques pris par les mères lors de la grossesse (1997-2000)
Tableau n° 13.	Répartition des mères selon leur réponse sur la période normale d'une vaccination contre la rougeole (1997-2000)
Tableau n° 14.	Rôle du VAT
Tableau n° 15	Connaissance des mères sur le nombre de doses de VAT requis pour une mère enceinte

LISTE DES GRAPHIQUES.

Graphique 1. Niveau d'instruction des mères
Graphique 2. Evolution de la pratique de l'allaitement exclusif
Graphique 3 Initiation à l'allaitement maternel
Graphique 4 Pratique de pesée dans la zone
Graphique 5 Utilisation de la TRO
Graphique 6 Alimentation de l'enfant au cours de la diarrhée
Graphique 7 Couverture vaccinale
Graphique 8 Couverture vaccinale : Taux d'abandons comparés entre 1997 et 2000

INTRODUCTION

Présentation de la zone d'étude

L'étude s'est déroulée dans le département de l'Ouémé actuellement subdivisé en deux (Ouémé et Plateau) situé au Sud–Est du Bénin. L'ensemble des deux départements s'étend sur une superficie de 4542 km2. L'INSAE estime en 2000 à 733.883 habitants, la population de l'Ouémé et à 396.902 habitants celle du Plateau.
Le programme s'exécute dans 7 sous-préfectures sur les 9 que compte le département de l'Ouémé au niveau de 9 centres MCH. Dans le Plateau, le programme l'exécute dans 3 sur les 5 sous-préfectures du département au niveau 4 centres MCH. Dans les deux départements le programme couvre 79 communautés avec 16.000 bénéficiaires (MIS/CPAN/09/00).

Objectifs de l'étude

Comme toutes les enquêtes KPC, les résultats de celle-ci permettront de recueillir des informations relatives aux :

1 - Connaissances et pratiques des mères dont les enfants sont âgés de 0 à 23 mois sur les principales menaces à la survie des enfants et à la santé maternelle

- Prises en charge des maladies diarrhéiques et respiratoires
- importances du contrôle de croissance
- allaitement maternel, sevrage et de l'alimentation des enfants
- soins maternels

2 - Messages d'éducation en santé appropriés pour les groupes cibles.

3 - Taux de couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois pour les vaccins du PEV

La comparaison entre les différents ratios et ceux obtenus en 1997 permettra de voir les effets positifs et négatifs du programme sur la population cible et de se fixer des objectifs pour la prochaine étape.

Echantillonnage.

L'échantillonnage consiste à sélectionner au hasard au moins 300 femmes vivant dans l'une des communautés ciblées par le Programme Alimentaire et Nutritionnel et ayant au moment de l'enquête un enfant dont l'âge varie entre 0 et 23 mois révolus. Pour y arriver, on a procédé un tirage à deux degrés.

Au 1er degré, 30 communautés étaient tirées suivant la méthode du nombre au hasard qui consiste à choisir aléatoirement un nombre. La taille de la population sur laquelle porte l'étude étant connue, on détermine le pas (intervalle fixe à respecter entre deux tirages consécutifs). On

cumule les effectifs des différentes communautés et la 1ère grappe est celle dont l'effectif cumulé est immédiatement supérieur ou égal au nombre au hasard.

Au 2nd degré, on choisit le 1er ménage par la méthode itinéraire. En effet, en l'absence d'une base de sondage et d'une opération de dénombrement, l'équipe de collecte conduite par deux superviseurs, choisissent en présence des autorités tire une localité. Ce tirage est généralement effectué par une autorité. Les superviseurs se placent au centre de la localité et l'aide d'une bouteille choisissent l'itinéraire et numérotent toutes les cases ou maisons se situant de part et d'autre de la voie. Enfin, on tire au hasard un nombre et à partir de la case choisie, l'enquête commence et se poursuit selon le principe de la case suivante ayant la porte la plus proche jusqu'à ce que le nombre requis par grappe soit atteint.

Au total, 320 mères d'enfants de 0 à 23 mois ont été enquêtées dans les 30 communautés.

Déroulement de l'enquête.

Les données ont été recueillies au niveau des unités secondaires sélectionnées conformément au plan de sondage.

Collecte des données.

La collecte des données s'est déroulée du 24 au 26 Août 2000 et a mobilisé 18 agents enquêteurs et 12 superviseurs. A chaque trinôme d'enquêteurs, on adjoint 2 superviseurs.

Le personnel d'encadrement est composé du personnel de CRS, C/PAN et de l'IRSP. Afin de mieux assurer le suivi de la collecte et la fiabilité des données, il a été mis sur pied un dispositif articulé autour des points suivants :

- L'audit : Le superviseur vérifie si les éléments d'identification (nom, âge…) sont remplis de façon lisible, vérifie la concordance entre la date de naissance et l'âge de l'enfant en mois et fait un contrôle de cohérence au niveau des questions. Cette opération se déroule sur le terrain immédiatement après que l'enquêteur aurait rempli le questionnaire.

- La validation : Elle se fait après l'audit et consiste à cocher d'un trait fort les réponses.

- Le feed-back : Le superviseur fait à l'enquêteur des observations et des remarques pertinentes après avoir suivi celui-ci en train de faire une interview ou après avoir audité un questionnaire. Il s'agit de renforcer les bonnes actions de l'enquêteur et de corriger les erreurs relevées.

Ce dispositif a permis de procéder au contrôle systématique de tous les questionnaires et d'établir les différentes cohérences au niveau de chaque module du questionnaire.

La saisie et le traitement des données

La maquette de saisie a été construite sous Epi-Info. Deux opératrices de saisie ont effectué la double saisie, les données ont été comparées et corrigées. La tabulation a été faite en SPSS et les différents tableaux ont été tirés.

Méthode d'analyse et de discussion.

Les différents résultats obtenus ont été comparés aux données de 1997 et aux objectifs fixés à l'étude de base par les différentes institutions intervenants dans le programme. Les résultats de l'enquête et les comparaisons faites avec d'autres données acceptées sur le plan international sont discutées par un groupe de travail composé des membres de l'équipe de conception, du personnel du CRS/Bénin et des formateurs. Ce groupe de travail a été reparti en 3 équipes conformément au thèmes suivants :

- Allaitement maternel/Nutrition et Suivi de la croissance des enfants
- Maladies diarrhéiques et maladies respiratoires
- Soins maternels et couverture vaccinale

Les discussions ont amené les différentes équipes à formuler des recommandations et à fixer des objectifs pour la prochaine étape du programme.

PRINCIPAUX INDICATEURS

INDICATEURS	**1997 (%)**	**2000 (%)**	**S**
A – HABITUDES APPROPRIEES DE NUTRITION DE L'ENFANT			
1 – Initiation de l'allaitement maternel Enfants allaités au cours de la première heure après naissance	**39,3**	**34,4**	**Ns**
2 – Allaitement maternel exclusif Enfants de 0 à 3 mois exclusivement nourris au sein	**4,7**	**28,8**	**S*** **
3 – Introduction des aliments Enfants de 6 à 10 mois qui reçoivent en plus du lait maternel, des repas solides ou semi-solides comme la bouillie.	**87**	**97,3**	**Ns**
4 – Persistance de l'allaitement maternel Enfants de 20 à 23 mois qui sont toujours nourris au sein et recevant des aliments solides et semi-solides comme la bouillie	**84,6**	**100,0**	**Ns**
B – PRISE EN CHARGE DES MALADIES DIARRHEIQUES			
1 – Continuation de l'allaitement maternel Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de lait maternel	**61**	**71,6**	**Ns**
2 – Continuation des liquides Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de liquides autres que le lait maternel	**25,3**	**67,9**	**Ns**
3 – Continuation des aliments Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus d'aliments	**39**	**46,6**	**Ns**
4 – Utilisation de la TRO Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et qui ont été traités à la TRO	**52,7**	**78,9**	**Ns**
C - COUVERTURE VACCINALE			
1 – Accès au DTCP I Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I	**87,4**	**91,3**	**Ns**
2 – Couverture vaccinale pour le DTCP III Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I, II et III	**69**	**78,6**	**Ns**
3 – Couverture de rougeole Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	**59,8**	**68,3**	**Ns**
4 – Taux d'abandon			
Variation de taux entre le DTCP I et le DTCP III	**21**	**13,9**	**-**
Variation de taux entre le BCG et le Rouvax	**31,6**	**25,9**	**-**

D – SOINS MATERNELS			
1 – Une ou plus de visites prénatales Mères dont les carnets de santé montrent au moins une visite prénatale avant l'accouchement	**76,3**	**82,5**	**Ns**
2 – Couverture vaccinale antitétanique Mères ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique pendant la grossesse	**71**	**71,4**	**Ns**
3 – Accouchement assisté Mères ayant fait l'accouchement de leur plus jeune enfant en présence d'un agent de santé assermenté	**68,7**	**90,9**	**S*****
E – INDICATEURS DE CONNAISSANCE			
1 – Taux d'instruction Mères ayant été à l'école et pouvant lire	**8**	**6,9**	
2 – Age de vaccination contre la rougeole Mères sachant que le vaccin contre la rougeole se fait lorsque l'enfant est âgé de 9 mois	**21,7**	**27,8**	**Ns**
3 – Protection par le VAT Mères sachant que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né	**38**	**35,6**	**Ns**
4 – Visites prénatales Mères sachant que la visite prénatale doit s'effectuer dès le premier trimestre de la grossesse	**58,7**	**72,8**	**S***

SYNTHESE

L'enquête de Connaissance, de Pratique et de Couverture vaccinale est une enquête par sondage auprès de la population bénéficiaire du Programme à Base Communautaire (PBC).

D'une manière générale, il se dégage de l'analyse des données ce qui suit :

- *Les femmes interrogées sont relativement jeunes. Elles sont en majorité âgées de 18 à 35 ans.*
- *Ces femmes sont dans leur majorité sans instruction formelle. Seulement 7% parmi elles peuvent lire et écrire le français ou la langue locale.*
- *96,3% exercent au moins une activité génératrice de revenus dont 81,3% en dehors du foyer*

En ce qui concerne les indicateurs de l'allaitement maternel et de la nutrition de l'enfant, 95,0% des femmes allaitent encore leur enfant au moment de l'enquête. L'initiation à l'allaitement maternel dans la première heure qui suit l'accouchement est pratiquée par 34,4% alors que 32,8% d'entre elles adoptent cette attitude entre la 1er et la 8ème heure après l'accouchement. Il ressort de l'analyse des données que 67,2% des femmes ont acquis la bonne pratique selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. Cette pratique a connu une amélioration entre 1997 et 2000. L'allaitement exclusif est pratiqué par 28,8% des femmes de la zone d'étude. Il faut certes, noter l'effort remarquable observé par rapport à 1997 où seulement 4,7% de la population enquêtée avaient cette pratique. Très peu de mères d'enfant (3,8%) interrogées savent que faire téter fréquemment son enfant stimule la production laiteuse. Cependant 58,8% des mères savent qu'il faut introduire de l'aliment de complément en plus du lait maternel entre le 4ème et le 6ème mois. A 80,0%, les femmes ayant fait objet de la présente étude, pensent qu'en période de sevrage, le repas de l'enfant doit comporter des aliments riches en fer. On note ainsi une amélioration de 10 points par rapport au résultat de 1997. Pour 42%des mères il faut donner des aliments riches en Vitamine A.

Par rapport à le prise en charge par les mères de la diarrhée de leur enfant, on note que plus de 7 femmes interviewées sur 10 (73,3%) continuent de donner au malade au moins autant du lait maternel qu'auparavant. L'analyse en terme de l'alimentation en liquides autres que le lait maternel lors des épisodes de diarrhée permet de faire ressortir que 66% des femmes adpotent la bonne pratique. Alors, il se dégage que de nombreuses mères, au regard des données de 1997 ont acquis une bonne pratique lorsque leur enfant souffre de la diarrhée. 61,0% d'entre elles vont vers les canaux appropriés pour le traitement de l'enfant malade. L'utilisation de la TRO a enregistré une hausse sensible passant de 52,7% à 78,9% entre 1997 et 2000.

De l'examen des informations relatives au suivi de croissance et au soins maternels, il ressort que moins de la moitié des enfants possèdent une fiche de croissance du programme au moment de l'étude et que 74,8% ont été pesés les 4 derniers mois précédant l'enquête. Au niveau des mères, 88,1% ont pu exhiber leur carnet de santé maternelle dont 93,6% ont fait au moins une visite prénatale. Aussi, a-t-on noté que 9 femmes sur 10 (90,9%) ont eu un accouchement assisté par un agent de santé assermenté. Par ailleurs 72,8% des femmes savent qu'elles doivent effectuer leur première consultation prénatale entre le 1er et le 3ème mois, 65% savent que pour éviter l'anémie pendant la grossesse, il faut consommer les protéines riches en fer et des légumes verts.

La situation de la couverture vaccinale dans la zone de l'étude, montre que 65,9% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés contre 59,8% en 1997. On enregistre un taux d'abandon entre le DTCP I & le DTCP III de 13,9 points contre 21 points en 1997. Par ailleurs, 71,4% des femmes interrogées ont reçu au moins 2 doses de VAT. La connaissance des mères sur la vaccination paraît acceptable dans la mesure où 77% savent qu'il faut au moins deux doses de VAT avant l'accouchement. Mais seulement 36% savent que le VAT protège à la fois le nouveau-né et la mère. Très peu de femmes, 27,8% savent l'âge auquel un enfant doit être vacciné contre la rougeole alors que 68% des enfants ont reçu le Rouvax.

RESULTATS

I - Caractéristiques socio-économiques de la population

La taille finale de l'échantillon pour cette étude est de 320 mères d'enfants de 0 à 23 mois. Toutes les 47 questions des 320 questionnaires ont été traitées à l'ordinateur de même que les indicateurs. Aucun questionnaire n'a été retiré pour avoir été mal audité.

Le dépouillement de chacune des données collectées a conduit aux résultats globaux suivants.

1 – 1 - Age des mères et des enfants

La médiane des âges des mères rencontrées est de 25 ans. L'âge moyen des mères est de 26 ans. 3,4% des mères ont moins de 18 ans. La majorité des mères enquêtées soit 90,9% (291/320) se trouve dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans. Seulement 4,4% (14/320) des mères ont plus de 35 ans. Les âges de 4 mères n'ont pu être déterminés.

L'âge moyen des enfants dont les mères ont été enquêtées est 10 mois. Sur les 320 enfants, la fréquence la plus élevée a été observée chez les enfants de 0 mois qui représentent 6,9% soit (22/320). La fréquence la moins élevée concerne les enfants de 20 mois qui représentent seulement 0,9% de l'échantillon. Le tableau n°1 ci-dessous, présente la répartition par tranche d'âge des enfants dont les mères ont été interviewées au cours de l'enquête.

Parmi les enfants dont les mères ont été enquêtées, 50,3% (161/320) sont de sexe masculin et 49,7 % (159) sont de sexe féminin.

Tableau n°1: ***Répartition des enfants par tranche d'âge***

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage	% cumulé
0-3 mois	66	20,6	20,6
4–5 mois	36	11,3	31,9
6–9 mois	58	18,1	50,0
10-11 mois	34	10,6	60,6
12–23 mois	126	39,4	100%

Pour cette enquête finale, nous avons cherché à savoir si les mères choisies au hasard, participent au programme PBC et si oui, pendant combien de temps.

Sur les 320 mères enquêtées, 62,2% (199/320) ont déclaré qu'elles participent au PBC ; 37,8% de ces mères sont dans les communautés mais ne participent pas au programme.

Spécifiquement, l'étude permettra de savoir la durée de participation des femmes au programme.

Tableau n° 2 : Répartition des mères selon la durée dans le programme

Durée dans le programme	Effectif	%
Moins de 6 mois	41	20,6
Entre 6 - 12 mois	53	26,6
Entre 12 - 18 mois	24	12,1
Entre 18 - 24 mois	33	16,6
Entre 24 - 30 mois	9	4,5
Entre 30 - 36 mois	39	19,6
Total	199	100,0

1-2- Instruction et occupation des mères

Parmi les mères enquêtées 82,2% ont rapporté qu'elles n'ont reçu aucune éducation formelle. Par ailleurs, 10,6% d'elles ont déclaré qu'elles ont été à l'école primaire, mais ne peuvent pas lire. 2,5% ont déclaré qu'elles ont atteint le niveau de l'école primaire et qu'elles peuvent lire le Français. Seulement 6 mères (1,9%) ont atteint le secondaire ou plus. 2,8% des mères ont déclaré être alphabétisées. 81,3% des mères rapportent qu'elles avaient une activité qui fait qu'elles étaient généralement hors de leur foyer pendant la journée.

1-3- Absence des mères de la maison

Parmi celles qui ont déclaré travailler en dehors de la maison, la majorité des mères soit 69,6% (181/260) partait en début de matinée ; 17,7% (46/260) partaient en fin de matinée. Seulement 5% partaient en début de soirée. Aucune mère n'a répondu qu'elle partait en fin soirée.

Parmi celles qui ont déclaré travailler en dehors de la maison, il y a une seule qui revenait à la maison en début de matinée, seulement 6,5% (17/260) revenaient en fin de matinée, et 18,5%(48/260) à midi. La majorité des mères (158/260) rentre soit dans l'après midi, 36,5%(95/260) ou en début de soirée 24,2% (63/260. 13,8% (36/260) rentrent en fin de soirée.

Des 320 mères enquêtées, seules 12 mères (soit 3,8%) rapportent qu'elles n'avaient aucune activité génératrice de revenus. 308 soit 96,3% ont déclaré qu'elles avaient une activité génératrice de revenus. Parmi les activités les plus pratiquées par les mères on pouvait noter par ordre d'importance, la vente ou transformation de produits agricoles 56,9% (182/308), la vente de nourriture 39,4% (126 mères sur 308), les ouvriers agricoles et cueilleuses de fruits 21,6% (69mères sur 308), 41 mères soit 12,8% travaillent comme ambulant ou boutiquier. 8,1% des mères (26 /308) s'adonnent aux travaux manuels. 11 mères soit 3,4% ont mentionné des activités en dehors des catégories ci-dessus citées.

A la question de savoir qui d'autres en dehors de la mère s'occupaient de l'enfant lorsque la mère n'était pas présente à la maison.

Plus de la moitié des mères enquêtées soit 54,7% (175/320) prennent leur enfant avec elles chaque fois qu'elles doivent s'absenter de leur foyer. 40,6% des mères (130/320) confient leur plus jeune enfant à des parents (grand-mère, co-épouse). Seules 2,2% des mères confient leur enfant à leur mari tandis que 17,5% (56/320) des mères confient leur plus jeune enfant, aux enfants plus âgés de la famille. 0,9% confient leur enfant aux voisins. La tendance que la majorité des mères d'enfants de 0 à 23 mois prennent leurs enfants avec elle se confirme de même que la garde dans le cas échéant par les parents (grands-mères ou co-épouses) et les sœurs plus âgées.

II - Allaitement maternel et nutrition

2-1- Pratique des mères

2-1-1-Allaitement Maternel

L'allaitement au sein est une pratique courante dans la région couverte par l'enquête. En effet, 95,9% des mères (307/320) ont rapporté qu'elles allaitaient encore leur enfant. Les 13 mères qui n'allaitaient pas leur enfant au moment de l'enquête, ont eu à allaiter l'enfant dans le passé. *2-1-2- Initiation de l'allaitement*

Selon le message du Ministère de la Santé, l'allaitement doit être initié dans l'heure suivant l'accouchement ou au plus tard 8 heures après. 34,4% des mères (110/320) ont répondu avoir donné la première tétée à leur enfant dans la première heure qui a suivi l'accouchement. 32,8% des mères (105/320) ont répondu avoir donné cette première tétée entre la première et la huitième heure suivant l'accouchement. 32,2% des mères (103/320) l'ont fait plus de huit heures après la naissance de l'enfant et 2 mères (0,6%) ne se souviennent plus.

En somme **67,2%** des mères ont adopté la bonne pratique contre **62%** selon les données de 1997.

2-1-3- Allaitement maternel exclusif

Dans l'échantillon enquêté, 20,6% des mères (66/320) ont des enfants de 0 à 3 mois. Parmi elles, **28,8%** (19/66) pratiquaient l'allaitement maternel exclusif contre **4,7%** en 1997. La majorité des mères qui n'observait cette pratique donnait autres liquides ou nourriture à leur enfant. Le plus souvent, ces mères, 56,5% donnent à leur enfant de l'eau ou de la tisane en plus du lait maternel. 9,7% de ces mères (6/62) déclarent donner en plus du lait maternel, de la bouillie à leur enfant. 3,2 % de ces mères donnent à leur enfant du lait artificiel ou du lait de vache.

2-1-4- Introduction de l'aliment de complément

Dans le groupe des mères soit 22,8% (73/320) ayant un enfant dans la tranche d'âge 6 à 9 mois révolu, on constate que **97,3%** (71/73) ont introduit des aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation de leur enfant. Ce taux est de **96,9%** pour les données de base de 1997.

Les réponses des mères sur les différents types aliments qu'elles donnent aux enfants sont consignées dans le tableau ci-après

Tableau n°3 ***: Types d'aliments donnés aux enfants***

Types d'aliments	1997	2000
a) de l'eau ou des tisanes	97,7%	93,8%
b) du lait artificiel	8,8%	17,5%
c) de la bouillie ou pâte	76,6%	82,5%
d) des fruits	**53,3%**	**70,0%**
e) des aliments riches en vitamine A (huile rouge, fruits jaunes)	**59%**	**69,4%**
f) et j) les légumes verts	**51,3%**	**65,0%**
g) des protéines animales (viande ou du poisson)	**54,7%**	**68,4%**
h) des protéines végétales (soja, haricots, arachide, etc.)	**58%**	**66,9%**
i) des oeufs	**31,3%**	**54,7%**
k) du sucre ou du miel	51%	71,3%
l) du gras ou de l'huile	51,3%	69,4%

2 - 2- Connaissance des mères

2-2-1-Stimulation de la production laiteuse

Interrogées sur ce qu'elles peuvent faire en dehors de bien manger pour avoir suffisamment du lait afin d'allaiter son enfant durant les quatre premiers mois, 85,3% (273/320) des mères ont répondu ne pas savoir. Mais elles reconnaissent que la bouillie de maïs prises plusieurs fois dans la journée, stimule la production du lait maternel.

Par contre, 6,9% (/320) ont répondu que la meilleure action serait "Les soins des seins et des mamelons". 3,8% ont répondu 'faire téter fréquemment' Seulement 0,6% (2/320) ont répondu "Allaitement exclusif pendant les quatre premiers mois de vie de l'enfant", aucune mère n'a répondu "éviter le biberon"ou 'allaiter aussitôt que possible'.

2-2-2- Alimentation du jeune enfant

La mesure de la connaissance des mères sur l'âge d'introduction de l'aliment de complément et la composition des aliments de sevrage utilisés montre que 58,8% des mères ont reconnu qu'il faut introduire l'aliment complémentaire entre 4-6 mois, 16,6% ont su que c'est après 6 mois. Par contre pour 21,3% des mères, il faut commencer à donner de la bouillie à l'enfant avant 4 mois d'âge.

Quant à la composition de ces aliments, 80,0% ont cité des aliments riches en Fer (soja, petits poissons, feuilles vertes) ; 42,8% ont cité des aliments riches en Vitamine A. 2,5% des mères ont déclaré ajouter de l'huile. Seulement 2,5% des mères ont déclaré ne pas savoir, preuve que les mères ont une meilleure connaissance des groupes d'aliments. Par contre 54,7% ont cité autres types de repas.

III - Croissance pondérale

3-1-Existence de fiche de pesée et suivi de croissance

Pour 320 mères enquêtées, moins de la moitié soit 47,2% disposaient de fiches de croissance pour leur enfant au moment de l'enquête alors que 44,4% n'ont jamais eu de fiches de croissance et 8,4% l'ont perdue.

Parmi les mères qui ont présenté la fiche ou le carnet de croissance de leur enfant, **74,8%** sont allées faire peser leur enfant au moins une fois au cours des 4 derniers mois précédant l'enquête en 2000 contre **51,5%** en 1997 alors que 73,5% ont pesé leur enfant les 2 derniers mois précédant l'enquête.

Sur les 151 fiches ou carnet de croissance présentés**,** 63,6% sont des fiches individuelles du PBC et 35,8% correspondent au carnet/carte de santé. 1 mère a présenté une carte de suivi de croissance du Nigeria.

IV - Maladies diarrhéiques

4-1- Pratique

4-1-1- Prévalence et alimentation lors de la diarrhée

La prévalence de la diarrhée dans la zone d'enquête est de **27,5%** contre **31%** en 1997.

Parmi les enfants qui ont ou qui ont eu la diarrhée au moment de l'enquête, 2,3% n'étaient plus au sein. La tendance dans la pratique de l'allaitement est de d'allaiter comme normalement dans 50% des cas. 21,6% ont allaité plus que normalement. Par contre 25,0% rapportent avoir donné le sein moins que normalement. Il convient de noter que **71,6%** des mères ont adopté la bonne pratique. Ce taux est de **59,4%** en 1997.

En ce qui concerne l'alimentation en liquides autres que le lait maternel, 22,7% des mères ont donné à leur enfant, *plus que normalement* pour remplacer la quantité de liquide perdu par l'organisme de l'enfant, 43,2% ont continué à donner à leur enfant ces liquides *comme normalemen*t et 18,2% ont donné *moins* alors que 4,5%% des mères ont arrêté complètement de donner de liquide à leur enfant. Néanmoins 11,4 % ont donné uniquement le lait maternel. Le message sur ce thème au Bénin est de **donner comme normalement ou plus de liquide pendant une maladie diarrhéique**, on peut déduire que **65,9%** des mères ont une bonne pratique dans le traitement de la diarrhée de leur enfant par la réhydratation avec d'autres liquides autres que le lait maternel. Ce taux est de **74,7%** en 1997.

Pour l'alimentation en solides des enfants lors des épisodes diarrhéiques, 34,1% des mères donnent à manger aux enfants *comme normalement.* Seulement 12,5% donnent à leur enfant un repas solide ou semi-solide *plus que normalement*. 31,8% ont donné *moins que normalement*. 8% des mères ont complètement arrêté et 13,6% donnaient seulement le lait maternel. En somme, **46,4%** ont adopté une bonne pratique en 2000. En 1997 par contre, **57,3%** des mères avaient pratiqué la bonne attitude.

4-1-2- Prise en charge à domicile des maladies diarrhéiques

De tous les enfants qui souffraient d'une diarrhée ou ont eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête, **36,3%** ont été traité avec les sachets de Sel de Réhydratation Orale (sachets Orasel) contre **21,5%** en 1997. 7,5% ont reçu la Solution Sucrée Salée (SSS), 33,8% ont été traités avec des infusions et autres liquides. 1 mère a donné de la TRO à base de céréale. En somme, **78,9%** des mères ont pratiqué une des formes de la Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) contre **52,7%** en 1997. **28,8%** ont donné à leurs enfants des médicaments anti-diarrhéiques et/ou antibiotiques alors que ce taux est de **40,9%** en 1997.

25% des mères ont choisi traiter leurs enfants «autrement». 9,1% ont décidé de ne pas traiter la diarrhée de leurs enfants.

Au cours de la diarrhée de leur enfant, 46,6% des mères ont déclaré qu'elles ont demandé conseils et se sont adressées prioritairement au centre de Santé/hôpital (53,7%), puis aux parents (36,6%). Selon les données de 1997, la majorité demandait conseils auprès des parents (69%).

Pour ce qui concerne les enfants qui souffraient de maladies respiratoires, 93% étaient encore au sein. Parmi eux, 56,9% ont été allaités comme ou plus que normalement, 43% des ont moins allaité qu'à l'accoutumée, et 2 mères ont arrêté complètement d'allaiter leur enfant au cours de la maladie.

4-2- Connaissance des mères

4-2 – 1 - Signes, symptômes et prise en charge de la diarrhée

Le tableau ci-dessous montre les signes ou symptômes qui obligeraient les mères à demander conseil ou un traitement pour la diarrhée de leur enfant. En d'autre terme, ce sont les signes de danger ou d'aggravation de la diarrhée.

Tableau n° 4 : Signes/symptômes obligeant une mère à demander conseils

Réponses	1997	2000
a) Ne sait pas	16%	5,9%
b) Vomissement	14,3%	5,0%
c) Fièvre	**36,3%**	**17,5%**
d) Bouche sèche, yeux escavés, diminution d'urine	**10%**	**10,9%**
e) Diarrhée prolongée (au moins 14 jours)	**30%**	**60%**
f) Sang dans les selles	0,3%	0,6%
g) Manque d'appétit	7,7%	8,8%
h) Faiblesse	**42,7%**	**59,7%**
i) Autres	15,3%	9,1%

Chacune des mères ont été interrogées sur les actions les plus importantes qu'une mère devrait faire elle-même lorsque son enfant souffre d'une diarrhée. Les réponses sont consignées dans le tableau n°6

Tableau n° 5 : Prise en charge de la diarrhée à domicile

Réponses	1997	2000
a) Ne sait pas	12,7%	5,9%
b) Donner des liquides aussitôt que possible	18,3%	21,9%
c) Donner à l'enfant plus à boire que normalement	8%	1,3%
d) Donner à l'enfant, de la nourriture en quantité plus petite et plus souvent	14,3%	4,1%
e) Préparer et administrer correctement la SRO	**31,7%**	**50,3%**
f) Emmener l'enfant à l'hôpital/dispensaire	**32,7%**	**51,3%**
g) Donner plus à manger après la diarrhée pour que l'enfant reprenne le poids perdu	6,7%	0%
h) Arrêter de lui donner des liquides	**0,7%**	**0%**
i) Arrêter de lui donner de la nourriture	1,7%	0%
j) Autres	25,3%	20,3%

Chacune des 320 mères a également été interrogée sur les actions les plus importantes qu'elle devrait faire quand son enfant se remet d'une diarrhée.

Tableau n° 6: Alimentation de l'enfant après un épisode diarrhéique

Réponses	1997	2000
a) Ne sait pas	18,3%	11,3%
b) donner de la nourriture en quantité plus petites et plus souvent	39,0%	25,3%
c) plus de nourriture que normalement	19,0%	15,3%
d) donner de la nourriture riche en calories	41,7%	55,0%
e) autres (à spécifier)	17,3%	45,9%

Il est noter qu'à cette question, la majorité des mères cite des aliments de haute valeur calorique et nutritive.

V - Maladies respiratoires

5-1- Prévalence et alimentation des enfants lors des maladies respiratoires

Pour 320 enfants dont les mères ont été interviewées, **61,6%** souffraient d'une toux, des difficultés à respirer ou d'un rhume pendant les 15 derniers jours. Parmi ces enfants, **68,5%** avaient une respiration difficile, qui est une complication liée aux maladies respiratoires avec comme conséquence, des difficultés pour téter et/ou manger.

De tous les enfants qui souffraient de maladies respiratoires, 93% étaient encore au sein. Parmi eux 56,9% ont été allaités plus ou comme normalement. 43% des mères interrogées à ce sujet ont moins allaité qu'à l'accoutumée. 1% des mères ont arrêté d'allaiter leur enfant.

5-2- Connaissance des mères

Les mères ont été interrogées sur les actions à faire afin que l'enfant atteint de toux et de rhume puisse bien manger.

Pour 49,7% des mères, il faut emmener l'enfant à l'hôpital. 10% ont déclaré lui déboucher le nez et 9,7% donner de liquides aussitôt que possible. 17,8% des mères ne savent pas les actions à mener pour que l'enfant puisse manger correctement.

V I - Soins maternels

6-1- Pratique des soins maternels

6-1-1-Existence de carte ou carnet de santé maternelle et consultations prénatales

88,1% des mères disposaient de carnet de santé et l'ont présenté. 11,9% ont déclaré l'avoir perdu ou ne l'ont jamais eu.

Des 282 carnets de santé présentés, il était prévu un espace pour enregistrer les visites prénatales que dans 269 carnets. Cet espace a été rempli dans 263 carnets, preuve que **93,6%** des mères ont eu à faire avant l'accouchement de l'enfant, au moins une consultation prénatale. En 1997, ce taux est de **76,3%.** Il est à noter que **46,7%** parmi celles qui avaient de carnet, ont fait au moins 4 consultations prénatales comme recommandé par le Ministère de la Santé. Par contre 6,4% détiennent un carnet de santé mais n'ont fait aucune visite prénatale.

6-1-2- Accouchement assisté

Pour apprécier la proportion des mères qui ont eu un accouchement assisté par un agent de santé qualifié, il a été demandé aux mères qui a coupé le cordon ombilical de l'enfant au moment de l'accouchement. **90,9%** des mères ont eu un accouchement assisté par un "Agent de santé" (médecin, infirmier, sage-femme). Ce taux était de **68,7%** en 1997. 6,6% ont indiqué "un membre de leur famille", et 2,2% "accoucheuse traditionnelle/matrone" donc des accouchements à domicile. Une seule mère ne se rappelle plus de la personne qui a coupé le cordon ombilical à la naissance de son enfant.

6-2 – Connaissance des mères

La question de connaissance sur le *temps en mois*, qu'une femme doit attendre avant de voir un agent de santé après avoir su qu'elle était en état de grossesse, a été posée à toutes les mères interviewées. Les réponses sont présentées dans le tableau n° 7.

Tableau n° 7: Période pour la première consultation prénatale

Réponses	1997	2000
1) pendant le premier trimestre, 1 à 3 mois	**58,7%**	**72,8%**
2) au milieu de la grossesse 4 à 6 mois	30,0%	24,1%
3) dernier trimestre 7 à 9 mois	5,3%	0,6%
4) aucun besoin de voir un agent de santé	0%	0,3%
5) ne sait pas	6,0%	2.2%

La question de connaissance sur les types d'aliments qu'une femme devrait manger lorsqu'elle est enceinte afin d'éviter l'anémie a été posée à toutes les mères interviewées (confère tableau n° 8).

Tableau n°8 : Aliments à consommer pendant la grossesse pour éviter l'anémie

Réponses	1997	2000
a) ne sait pas	11,7%	10,3%
b) les protéines riches en fer	**74,0%**	**65,0%**
c) les légumes verts riches en fer	**68,7%**	**67,8%**
d) autre (à préciser)	22,3%	52,8%

VII - Vaccination des enfants et des mères

7-1– Situation de la couverture vaccinale

7-1-1- Vaccination des enfants

Tableau n°9: Situation vaccinale DTCPI, DTCPII et DTCPIII (1997 –2000) enfants de 12 à 23 mois révolus

	1997	2000
	%	%
DTCPI	87,4	91,3
DTCPI&II	80,5	85,7
DTCPI, II &III	69,0	78,6
Abandon entre DTCPI et DTCPIII	21	13,9

Tableau n°10 : Situation vaccinale BCG et Rouvax (1997-2000) (enfants de 12 à 23 mois révolus)

	1997	**2000**
	%	%
BCG	87,4	92,1
ROUVAX	59,8	68,3
Abandon entre BCG et Rouvax	31,6	25,9

Tableau n° 11 : Enfants de 12 – 23 mois complètement vaccinés (1997-2000)
Les enfants de la tranche 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins du PEV à savoir BCG, DTCP1, 2, 3 et Rouvax.

	1997	**2000**
Enfants complètement vaccinés	59,8%	65.9%
Enfants non complètement vaccinés	40,2%	34,1%

7-1-2- Couverture vaccinale antitétanique chez les mères

Au contrôle du nombre de vaccination contre le Tétanos (VAT) pris par la mère, il a été constaté que sur les 282 mères ayant présenté leur carnet de santé, 71,6% (202/282) ont pris au moins deux doses de vaccin antitétanique, 8,2% ont pris une seule dose et 20,2% (57/282) n'ont pris aucune dose de VAT. Selon les indications du Ministère de la Santé, une femme enceinte a besoin d'au moins deux doses de VAT qui protége à la fois la mère et le nouveau-né.

Tableau n° 12 : Nombre de doses de vaccins antitétaniques prises par la mère lors de la grossesse (1997-2000)

Nombre de doses de VATprise par mère	1997	2000
Deux ou plus	71,4%	71,6%
Aucune	7,0%	20,2%

7-2- Connaissance sur la vaccination

Les questions de connaissance sur la vaccination portent sur :
- l'âge du Rouvax
- rôle du VAT et le nombre de doses requises

Pour 100 mères dont les l'âge des enfants oscille entre 0 et 23 mois révolus, 77 savent que le nombre de vaccination contre le tétanos requis pour une femme enceinte doit être supérieur à un et 36 reconnaissent que la vaccination contre le tétanos lors de la grossesse protège aussi bien la mère que le nouveau-né. Les données sont résumées dans les tableaux n°13 et n° 14 et n°15.

Tableau n° 13 : Répartition des mères selon leur réponse sur la période normale d'une vaccination contre le Rouvax (1997-2000)

Réponses	1997	2000
1) 9 mois	21,7%	27,8%
2) ne sait pas	78,3%	72,2%

Tableau n° 14 : Rôle du VAT

Réponses	1997	2000
1) protéger la femme et le nouveau-né	38%	35,6%
2) protéger seulement la femme	6,3%	3,8%
3) protéger seulement le nouveau-né	14,3%	16,6%
4) ne sait pas ou autre (à préciser)	41,4%	43,8%

Tableau n° 15 : Répartition des mères selon les réponses au nombre de vaccin antitétanique requis pour une mère enceinte (1997-2000)

Réponses	1997	2000
1) une	4,7%	3,1%
2) deux	18,0%	22,5%
3) plus de deux	**53,3%**	**54,1%**
4) aucune	0%	0%
5) ne sait pas	24,0%	20,3%

En fait les messages dans ce sens, recommandent au moins deux doses de VAT avant l'accouchement pour protéger le nouveau-né et la mère. En somme **76,6%** des mères ont donné la bonne réponse contre **71,3%** en 1997.

DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les indicateurs de pratiques et connaissances des mères par rapport aux messages clés de la survie de la mère et de l'enfant paraissent relativement faibles. Cependant en comparaison aux résultats obtenus lors de l'étude de base, on note une amélioration notable pour ce qui concerne certains indicateurs. Ces progrès réalisés par endroits peuvent s'expliquer par les diverses interventions en santé maternelle et infantile dans l'Ouémé et le Plateau.

Les discussions menées autour de ces indicateurs ont permis de prendre certaines décisions et de faire des recommandations qui permettront d'améliorer les situations où les indicateurs sont en dessous des objectifs fixés en 1997.

Il faut rappeler que le programme de santé maternelle et infantile sur la base duquel la présente étude d'impact est réalisée est un programme d'assistance et d'éducation pour la survie de la mère et de l'enfant. La cible principale est dès lors, les mères d'enfants de 0 à 23 mois révolus. Ainsi les stratégies qui apporteront des solutions aux problèmes de la communauté se définissent et s'exécutent avec la participation active des bénéficiaires.

Des progrès remarquables sont notés au niveau de certains principaux indicateurs notamment l'allaitement exclusif pour les enfants de 0 à 3 mois révolus, prise en charge des maladies diarrhéiques, et de couverture vaccinale, la consultation prénatale et l'accouchement assité. Ces résultats trouvent leur justification à la fois dans l'engagement des membres de la communauté et les efforts des divers intervenants en Santé.

Les décisions et les recommandations à l'issue de cette étude permettront de sauvegarder les acquis et d'améliorer les situations où les objectifs assignés ne sont pas atteints.

Il faut se rappeler que le PAN à Base Communautaire vise comme objectif un changement de comportement des mères et de toute autre personne s'occupant des enfants de la tranche d'âge la plus à risque (0 à 23 mois révolus) au sein de la communauté. Dès lors, toutes les stratégies qui doivent apporter des solutions aux problèmes de santé qui se posent, se définiront et s'exécuteront avec la participation active des bénéficiaires. Le programme assiste et éduque la population en s'appuyant sur les acquis de la communauté. Le but est donc de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations qui participent au projet et au-delà par des effets d'entraînement celles de toute la communauté, par les actions de prévention pour la survie de la mère et de l'enfant et des activités de développement communautaire.

I - CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION

Les caractéristiques socio-économiques des mères d'enfants interrogées dans le cadre de cette étude seront analysées à travers l'âge des mères et des enfants, le niveau d'instruction et les occupations des mères.

1-1 - Age des mères et maternité à moindre risque.

La répartition des mères par grands groupes d'âge fait ressortir que la proportion des femmes à maternité à risque est faible[1]. En effet, 91% des femmes enquêtées se situe dans la tranche 18 à 35 ans alors que seulement 3% et 4% d'entre elles ont respectivement moins de 18 ans et plus de 35 ans.

D'après le document de communication de l'UNICEF, OMS et UNESCO « **Savoir pour Sauver** », les maternités encourent un risque très élevé lorsque la mère est âgée de moins de 18 ans et de plus de 35 ans[2].

Partant de cette assertion, on peut affirmer qu'environ 7% des mères enquêtées font des accouchements à risque élevé. Cette situation est renforcée par les 7% qui ne font pas des consultations prénatales et les 10% qui font des accouchements sans assistance fiable. Certes, on a observé une amélioration par rapport aux données de base. Cependant, des efforts doivent être entrepris tant au niveau périphérique qu'au niveau national et intermédiaire.

Mais quoique l'enquête ne permet pas de déterminer les raisons qui expliquent ce fait, on est porté à croire qu'il serait dû aux mariages précoces, au faible niveau d'instruction des mères, et aux grossesses multiples encouragées par la société. De l'analyse des résultats de l'enquête, les recommandations suivantes ont été formulées :

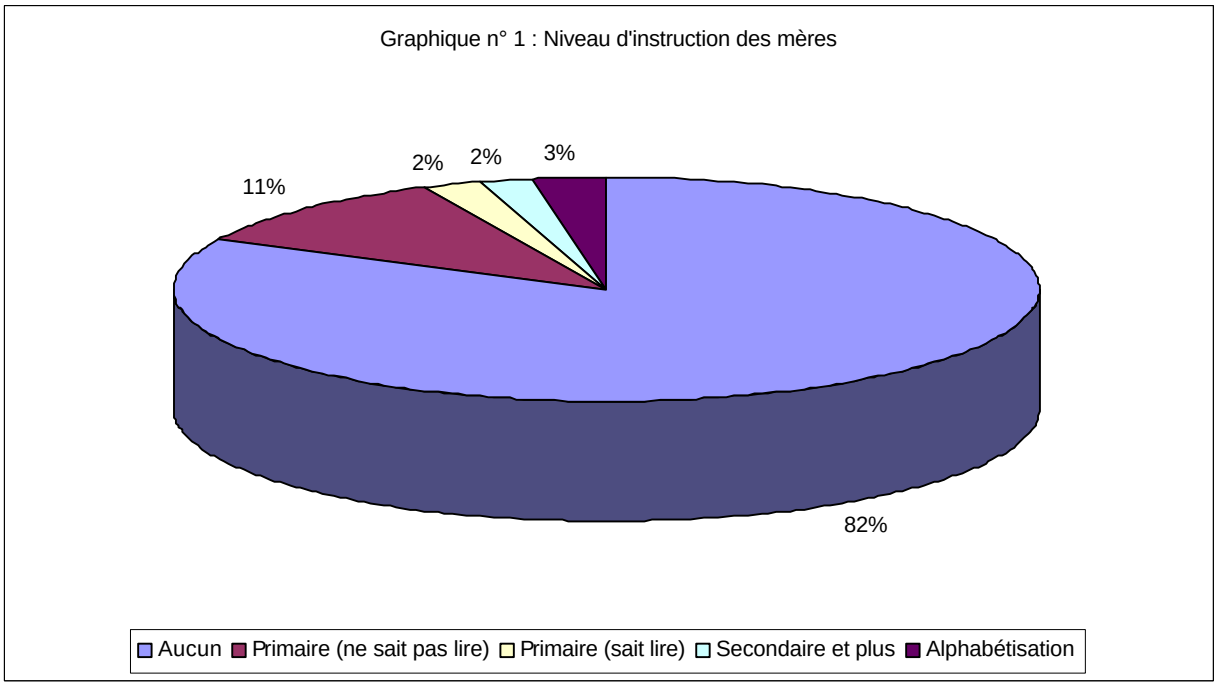
1 – 2 - Niveau d'instruction et occupations des mères.

L'étude a confirmé le faible niveau d'instruction des femmes en milieu rural. Seulement, 7,2% des mères peuvent lire soit le français ou la langue locale. 92,8% n'ont aucune formation formelle. Ce fort taux d'analphabétisme est une contrainte certaine dont il fait tenir compte pour la suite du programme. Donc, il est fondamental que les autorités poursuivent et encouragent les programmes d'alphabétisation des adultes et de la scolarisation des jeunes filles surtout en milieu rural. Cela permettra de développer des messages simples et accessibles sur la santé à mettre en oeuvre simplement distribués aux participants. Toutefois, le taux très faible de femmes sachant lire, recommande de choisir la stratégie de l'Information, l'Education et la Communication (I.E.C) sur l'hygiène et la santé pour que les messages puissent parvenir aux populations cibles. Les animatrices communautaires (AC) qui ont l'important rôle de répercussion sur les femmes doivent être formées et recyclées sur le contenu des messages, sur les nouvelles techniques d'animation de groupe et la méthodologie d'éducation des adultes.

---

[1] Ce résultat ne saurait pas être interprété comme une absence de grossesse précoce au sein des localités concernées par l'étude dans la mesure où l'enquête ne s'est pas intéressée au nombre de grossesses conçues par l'enquêtée.

[2] Tiré du rapport de base de l'enquête sur la connaissance, la pratique et la couverture vaccinale en santé maternelle et infantile, Département de l'Ouémé redigé par Fortuné Agboton et Paul Macek, CRS/Bénin, en mars 1997.



Par rapport à l'occupation des mères, pratiquement toutes 96.2% ont une activité génératrice de revenus. Plus de 81% de ces femmes exercent leur activité en dehors de la maison. La plupart préfèrent se déplacer avec leur enfant. Dans le cas contraire elles confient leur plus jeune enfant aux grands parents (40,6%), ou aux soeurs aînées (17,5%). L'analyse de l'heure de sortie et de retour à la maison montre que ces femmes passent entre 8 et 10 heures en dehors du foyer.

Recommandation n° 1 : Les autorités politico-administratives doivent accroître les mesures tendant à accroître le taux de scolarisation surtout des filles en milieu rural.

Recommandation n°2 : L'Etat doit poursuivre la formation des accoucheuses traditionnelles, recycler les aides soignants chargés des prestations à la maternité et de mettre un système d'encouragement pour les agents.

Recommandation n° 3 : Les gouvernements doivent poursuivre et renforcer le programme d'alphabétisation des adultes

Recommandation n° 4 : Afin que les messages de santé puissent toucher également les frères et sœurs aînées qui sont scolarisés, les autorités politico-administratives doivent introduire dans le programme des matières à enseigner dans les écoles, un minimum de thèmes liés à l'hygiène et à la santé infantile. Ce faisant, on pourrait insuffler une dynamique de changement dans le comportement des ménages.

Recommandation n° 5 : La poursuite des activités du PBC requiert que la C/PAN mette plus d'accent sur l'appui à la formation des animatrices communautaires sur des thèmes appropriés surtout sur les messages relatifs à l'hygiène et à la santé permettant de corriger les connaissances et les pratiques des mères pour la survie de l'enfant.

Recommandation n°6 : La C/PAN pourrait envisager d'associer les activités de santé communautaire avec des activités de crédit épargne ou de banques villageoises.

II – Allaitement maternel et nutrition

Trois informations peuvent être extraites des règles d'or du document **Savoir pour Sauver** dans le module Allaitement maternel[3].

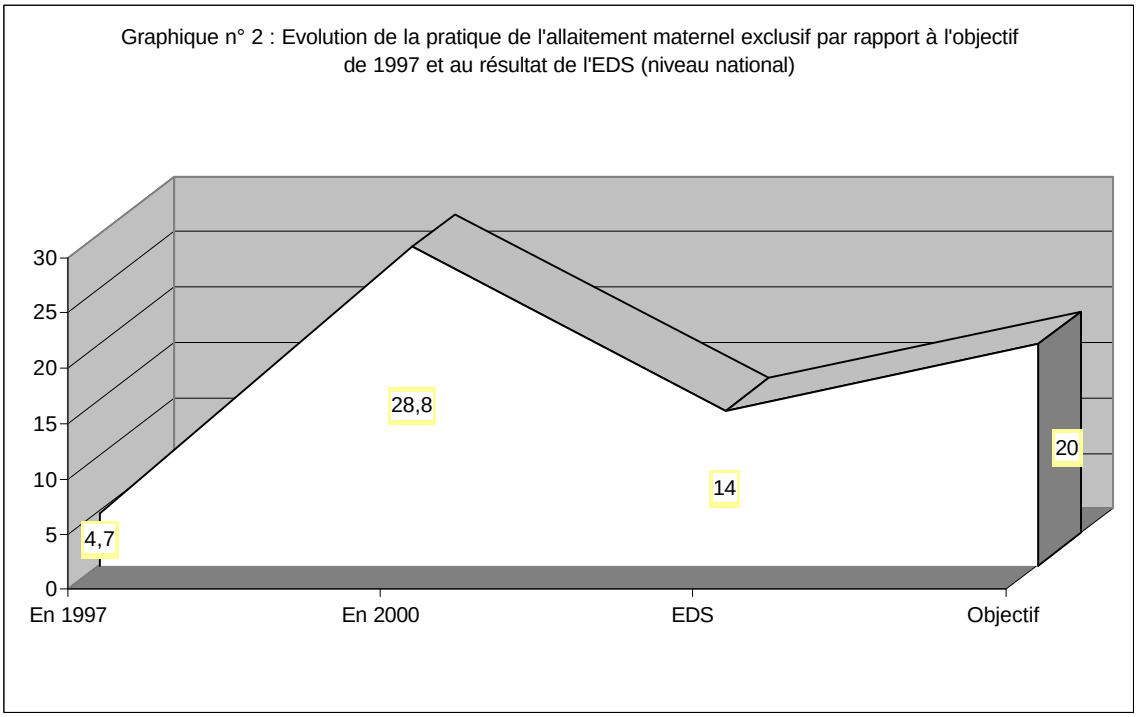
∗ Le lait maternel constitue à lui seul la meilleure nourriture et boisson pour un bébé. Celui-ci n'a besoin d'aucun autre aliment ou boisson jusqu'à quatre à six mois environ

∗ Le bébé devrait être mis au sein aussitôt que possible après sa naissance

∗ L'allaitement au sein doit se poursuivre jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant et même plus tard si possible.

D'après un autre message du même document, les soins des seins et mamelons et faire téter fréquemment stimulent la production laiteuse.

- **28,8%** des mères d'enfants de 0 à 3 mois révolus pratiquent l'allaitement exclusif.



[3] Extrait de Savoir pour Sauver de l'Unicef, l'OMS, L'UNESCO et le FNUAP

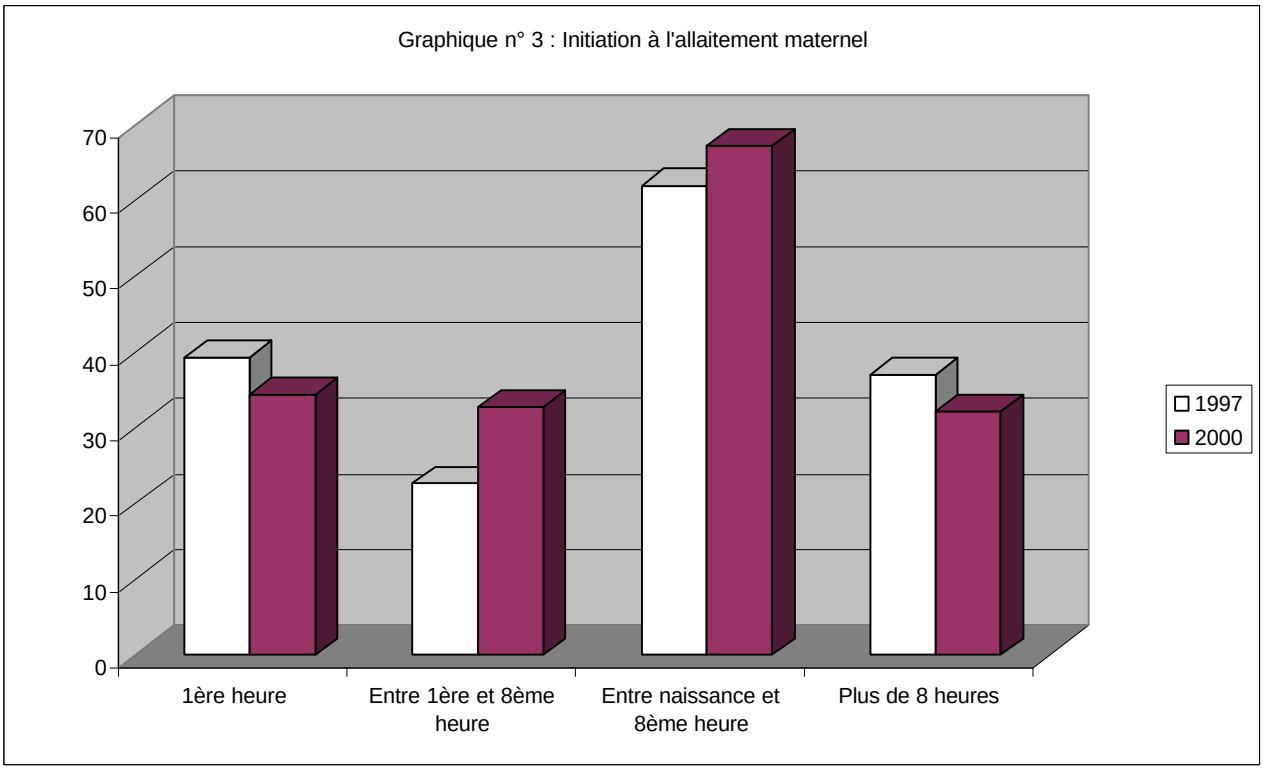
- Un peu plus du tiers des femmes (**34,4%**) donnent le sein à leur enfant dans la première heure d'accouchement.

- Plus de **9 mères sur 10** (95,9%) poursuivent l'allaitement jusqu'à l'âge de 23 mois.

- La majorité des mères n'ont pas une connaissance nette sur ce qu'il faut faire pour stimuler la production du lait en dehors de bien manger.

Au vu de ces résultats, il ressort que très peu de femmes ont une bonne pratique et connaissance en matière de l'allaitement maternel conformément aux comportements actuels recommandés.

Des discussions autour de l'allaitement maternel, on aboutit à la conclusion que la pratique à ce niveau sont des habitudes sociales léguées de génération en génération et qu'il est extrêmement difficile d'obtenir des changements immédiats de comportement surtout liés à l'allaitement exclusif pendant les 4 premiers mois au moins. En effet, il est très rare dans la société béninoise qu'une femme s'abstienne de donner à son enfant de l'eau ou de la tisane. C'est même une obligation pour des mères dans certaines régions de donner de l'eau à l'enfant chaque matin ou de la tisane pour protéger l'enfant de certaines maladies. Par contre, l'allaitement prolongé est un acquis dans la mesure où de nombreuses mères poursuivent l'allaitement jusqu'à 23 mois révolus et même au-delà. En somme, certains indicateurs de l'allaitement et de la nutrition paraissent encourageants au regard des données obtenues en 1997. L'objectif de 20% pour le taux d'allaitement maternel est atteint. Ces résultats peuvent s'expliquer par les messages croisés des divers intervenants en SMI dans la zone d'étude.



Quant au sevrage, 75,4% des mères situent la période entre le 4ème et le 6ème mois pour un objectif de 80% et 97,3% des mères de 6 à 9 mois ont déjà introduit autre aliment en plus du lait maternel. Certes, l'objectif de 80,0% fixé pas atteint, cependant, on note une progression sensible du nombre de mères ayant une bonne connaissance de l'âge auquel on pourrait introduire les aliments de sevrage en plus du lait maternel.

Pour ce qui est de la composition des aliments de sevrage, 80,0% des mères interviewées pensent qu'en période de sevrage, l'alimentation de l'enfant doit comporter des aliments riches en fer (soja, petits poissons, feuilles vertes …) et pour 42,8% d'entre elles, il faut surtout donner à l'enfant des aliments riches en vitamine A.

En comparaison au résultat de 1997, on note que la proportion des femmes citant des aliments riches en fer a évolué de 70% à 80% et celles qui reconnaissent qu'il faut ajouter à l'alimentation de l'enfant, des aliments riches en vitamine A est passée de 46,3% à 42,8% soit un taux de décroissement de 8,2%.

Dans l'ensemble, on note une augmentation sensible dans l'utilisation des oeufs, des fruits, des protéines végétales et animales. En dépit du progrès constaté au niveau des légumes verts, l'objectif de 70% fixé n'a pas été atteint mais force est de se rendre compte de l'accroissement de 13,7 points.

Recommandation n° 7 : Les AC, les CVDS et les C /MCH doivent poursuivre les efforts entrepris en constituant des groupes de femmes leaders au sein des mères adhérées au programme pour le soutien à l'allaitement maternel exclusif, notamment en direction des jeunes mères d'enfants et en faisant mettre l'accent sur l'allaitement exclusif au cours de la période d'essai consacrée aux mères d'enfants de 0 – 3 mois, désireuses de participer au PBC.

Les agents de santé doivent encourager les nouvelles accouchées à initier très tôt la mise au sein conformément au message en vigueur.

Les AC et les CVDS devront relancer la campagne de mise au sein immédiat du nouveau-né dans les diverses circonstances favorables à cette campagne : AG de village, vaccination de masse, consultations prénatales, etc.

Les AC et CVDS encourageront les femmes en âge de procréer à l'accouchement assisté et développeront la collaboration intersectorielle au niveau local : AC/CVDS – Matrones – Agents de santé.

Recommandation n° 8 : La C/PAN et le CRS redéfiniront la cible devant être soumise aux futures enquêtes KPC de sortie.

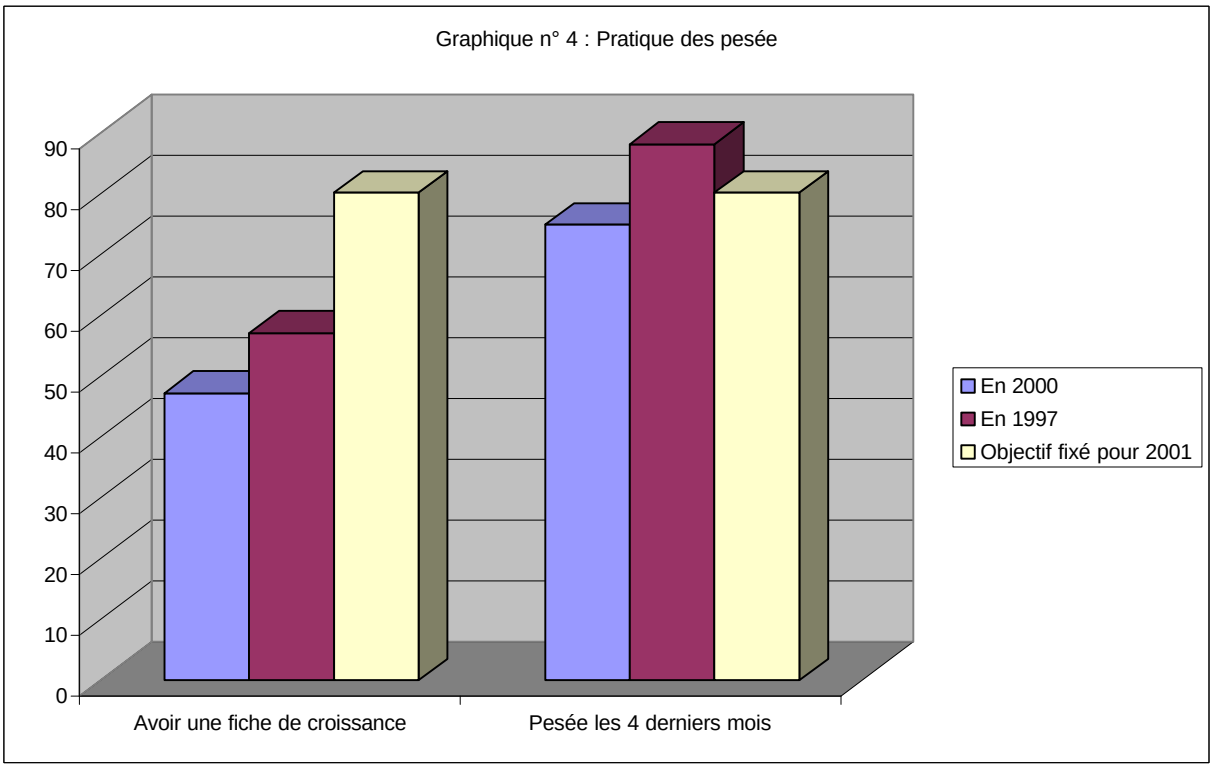
Recommandation n° 9 : Les AC renforceront l'activité de visite à domicile auprès des nouvelles accoucheuses et les C/MCH amèneront les AC à insister davantage sur le rôle des tétées fréquentes dans la production rapide du lait au cours des séances éducatives organisées au profit des mères en période d'essai.

III – Croissance pondérale

Après l'étude de base réalisée en 1997, il était prévu qu'en 2001, *80% des enfants de moins de 24 mois auraient une carte de suivi de croissance et auraient été régulièrement pesés au cours des 4 mois qui précédaient l'enquête*. Mais les résultats obtenus en 2000 ont montré que seulement **47,2%** avaient une carte de pesée contre **29,3%** en 1997. Certes un effort a été fait quant à la couverture du programme ; mais nous restons largement en dessous de l'objectif fixé.

Les causes de cette attitude pourraient être recherchées surtout au niveau de la dépréciation des prestations des animateurs communautaires par les mères qui ne répercuteraient pas les enseignements reçus auprès des autres femmes de la communauté.

Néanmoins, on note un accroissement du pourcentage d'enfants ayant été pesés au moins une fois les 4 derniers mois précédent l'étude qui est passé de **51,5%** en 1997 à **74,8%** en 2000. **73,5%** l'ont été les 2 derniers mois précédant l'étude. Or d'après les messages tirés de Savoir pour Sauver, un enfant doit être pesé chaque mois entre la naissance et 3 ans. S'il n'a pas pris de poids pendant deux mois consécutifs, cela signifie cil faut suivre son alimentation et sa santé de plus près.....Des fiches de suivi de croissance rencontrées sur le terrain, **63.6%** étaient des fiches individuelles du PBC et **35,8%** des Carnets ou cartes de santé.



De l'examen des données collectées, ont tire les conclusions suivantes :

- Les mamans n'ont pas encore bien perçu l'importance des pesés mensuelles pour la santé de leurs enfants.
- Les AC/CVDS ne font pas encore l'effort nécessaire pour mobiliser la communauté autour des activités PBC.
- Certaines participantes du programme n'avaient pas de fiches PBC pour leur enfant.

Recommandation n°10 : La C/PAN doit autoriser les AC à délivrer les fiches de croissance dès l'inscription des mères au PBC et non après 3 mois d'essai.

La C/PAN et les RC/MCH veilleront à l'approvisionnement régulier des communautés en fiches de croissance ; la C/PAN fournira aux communautés des fiches de croissance solides et résistantes à la détérioration telle que constater actuellement.

Recommandation n° 11 : La C/PAN doit prévoir un stock sécuritaire de fiches de croissance au niveau des Directions Départementales pour pallier les pénuries momentanées de fiches au sein des communautés ; les CVDS doivent intensifier le recensement continu des enfants.

Recommandation n°12 : Les AC et les C/MCH accorderont plus d'importance aux démonstrations diététiques et culinaires dans la planification des séances d'IEC tandis que les AC et CVDS doivent insister au cours des séances éducatives sur le rôle des aliments et l'importance de la variation du repas des enfants à des produits locaux et poursuivre les efforts entrepris sur la connaissance des groupes d'aliments et la notion de repas équilibré pour les enfants à partir de 6 mois d'âge.

IV – Maladies diarrhéiques

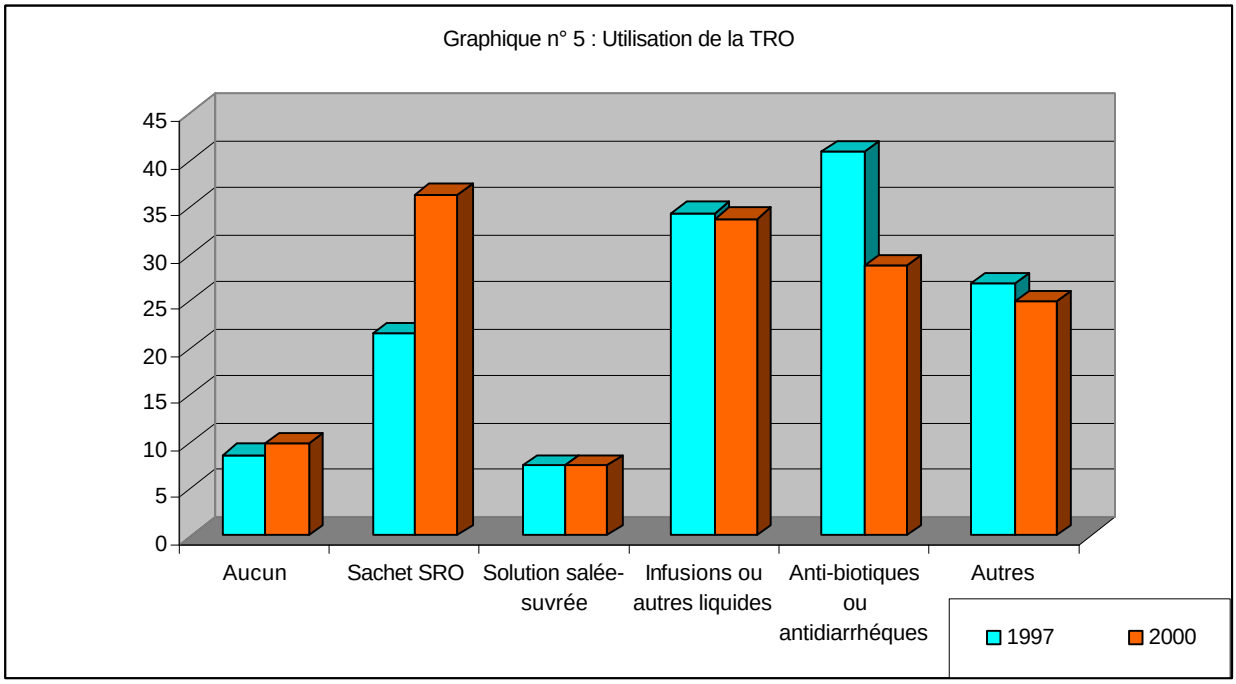
La prévalence de la diarrhée est toujours élevée dans la zone d'enquête essentiellement rurale : **27,5%**. Les causes en sont multiples : l'environnement malsain, l'introduction précoce d'aliments et d'eau souillés dans l'alimentation des enfants et la méconnaissance ou la non observance des règles élémentaires d'hygiène.

La proportion des femmes pratiquant la TRO est de 79,8% au moment de l'étude alors qu'en 1997, le taux était de 52,7% au niveau du département[4] et l'observance de l'alimentation de l'enfant en liquides paraît acceptable dans la mesure où 65,9% des mères donnent comme normalement ou plus que normalement de liquides lors des épisodes diarrhéiques contre 57,3% selon le KPC de 1997 dans la même zone. On observe une amélioration perceptible de 8,6 points.

Malgré les messages au niveau national sur la TRO, 28,8% des femmes interrogées continuent d'utiliser des antibiotiques et anti-diarrhéiques de sources douteuses pour guérir la diarrhée de leur enfant. On note tout de même une régression dans la pratique de l'automédication.

[4] Extrait du rapport de l'enquête de base KPC-Ouémé, 1997 p.23

Le message sur l'administration de liquides autres que le lait maternel lors des épisodes diarrhéiques au Bénin est de donner *comme normalement ou plus que normalement à l'enfant malade.* L'amélioration observée au niveau des indicateurs de prise en charge de la diarrhée pourrait s'expliquer par les messages passés lors des séances IEC, les spots radiodiffusés etc.



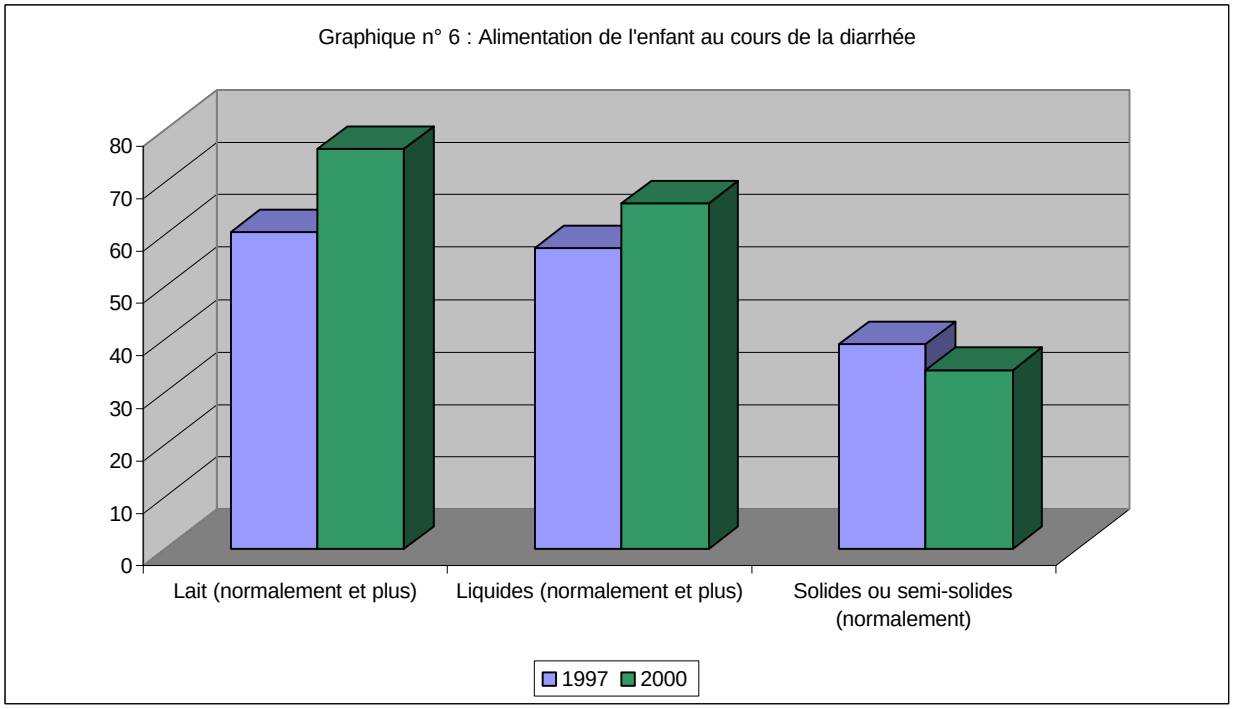
Très peu de femmes ne connaissent pas les signes et les symptômes d'aggravation de la diarrhée ou de déshydratation. Néanmoins, 60% citent la faiblesse comme signe de danger nécessitant une action urgente comme l'administration de la SRO et emmener l'enfant à l'hopital selon 50% des mères interrogées.

La connaissance des mères sur l'alimentation de l'enfant lors d'un épisode de diarrhée a connu une amélioration au cours de la période. De 41,7% en 1997, elles sont 55% actuellement à savoir qu'il faut des aliments de haute valeur calorifique et nutritive pour un enfant après un épisode de diarrhée.

En général, les femmes ont une assez bonne pratique et connaissance dans la prise en charge de la diarrhée de leur enfant que le programme doit chercher à renforcer.

Recommandation n° 13 : Intensifier au niveau national, intermédiaire et périphérique les IEC sur l'allaitement maternel exclusif et sur l'hygiène alimentaire. Inciter les AC à organiser d'autres séances d'IEC au sein de la communauté en dehors du PBC. Amener les mères à faire plus d'effort afin d'allaiter ou d'alimenter normalement leur enfant selon le cas.

Fixer des objectifs réalistes et insister davantage sur le sous-thème «Comment alimenter un enfant pendant et après la diarrhée».



Recommandation n°14 : Renforcer davantage les messages d'IEC sur la TRO et sur le fait que la diarrhée peut se traiter sans apport de médicaments : l'utilisation du médicament ne peut se faire que dans le cadre strict de prescription médicale délivrée par un agent de santé qualifié

Recommandation n° 15 : Eduquer les mères sur les signes d'aggravation de la diarrhée afin que ces dernières se réfèrent le plus tôt possible au centre de santé et systématiquement se rendre au centre de santé lors des maladies respiratoires.

V – Soins maternels

La majorité des femmes interviewées, (93,6%) possèdent un carnet de santé maternelle et ont eu à faire avant l'accouchement de l'enfant, au moins une consultation prénatale.
Au regard des résultats de 1997, on observe un taux d'accroissement de 22,7% ; les mères tendant ainsi à adopter la bonne pratique en la matière.

L'exploitation des données a montré que **9 femmes sur 10** (90,9%) ont eu un accouchement assisté par un agent de santé (médecin, infirmier, sage-femme) améliorant ainsi le taux obtenu en 1997 de 22,2 points.

Les données sur la connaissance des mères sur les soins maternels dégagent :

- Plus de **7 femmes sur 10** (72,8%) savent qu'elles doivent effectuer leur première consultation prénatale entre le 1er et le 3ème mois

- **65,0%** d'entre elles ont déclaré que pour éviter l'anémie en état de grossesse, il faut consommer les protéines riches en fer et 67,8% reconnaissent que la consommation des légumes verts protègent la femme contre l'anémie.

L'analyse comparée des résultats obtenus en 1997 et en 2000 montre une augmentation sensible des mères qui savent qu'il faut faire la première consultation prénatale entre le 1er et le 3ème mois (de 58,7% en 1997, le taux est passé à 72,8% en 2000). Mais, par rapport à l'aliment à consommer pour éviter l'anémie, on a enregistré une baisse. On pourrait tenter d'expliquer la baisse notée par l'absence de l'effet d'entraînement qu'auraient engendré les séances d'IEC.

Recommandation n° 16 : Les AC doivent mettre plus d'accent sur l'obtention et la conservation des carnets de santé maternelle lors des séances de sensibilisation et inciter davantage les femmes à faire les 4 visites prénatales prescrites par le MSP. Elles doivent renforcer les connaissances des mères sur l'alimentation pour éviter l'anémie en cas de grossesse et susciter les effets de boule de neige.

Recommandation n° 17: Les autorités centrales et intermédiaires doivent adopter une politique de formation des accoucheuses traditionnelles, élaborer un outil d'IEC sur la surveillance de la grossesse (maternité à moindre risque, document de PNS/SR), organiser des séances de mobilisation sociale et de sensibilisation médiatique (radiophonique, télévisuelle, presse écrite) à l'endroit des communautés sur le comportement des femmes en état de grossesse.

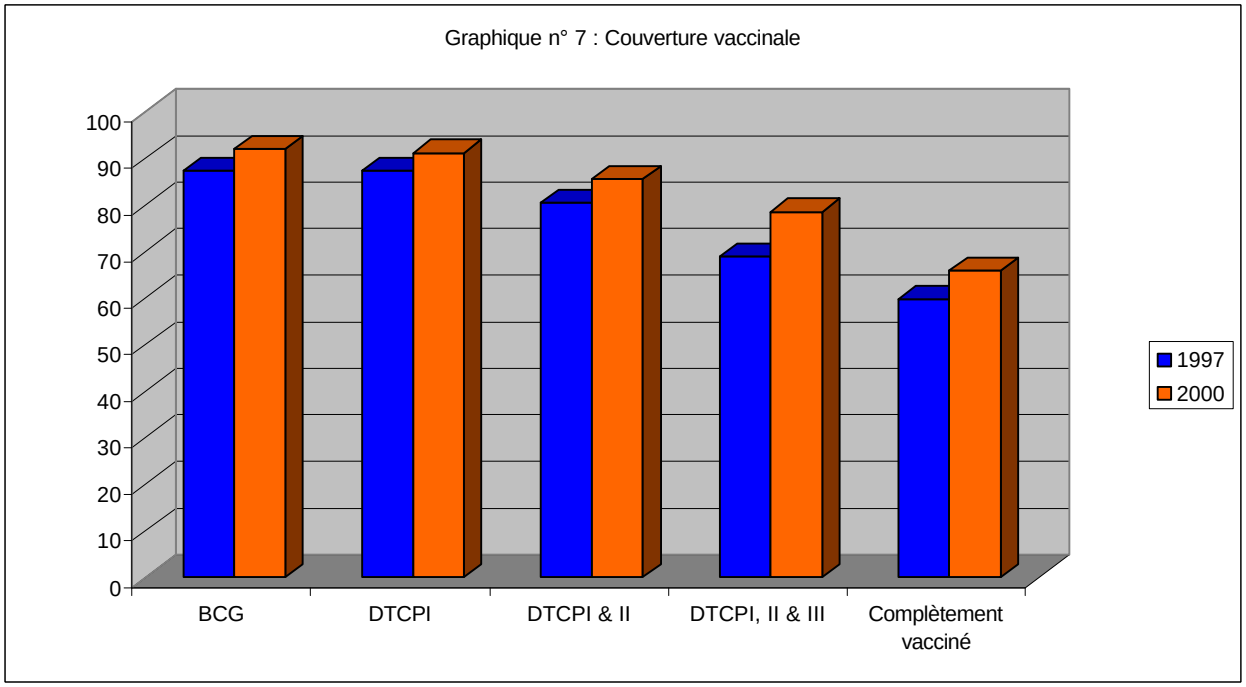
VI – Vaccination des enfants et des mères

D'une façon générale, la situation de la couverture vaccinale a connu une évolution sensible en dépit du fait que l'objectif de 80% d'enfants complètement vaccinés arrêté en 1997 ne soit pas atteint.

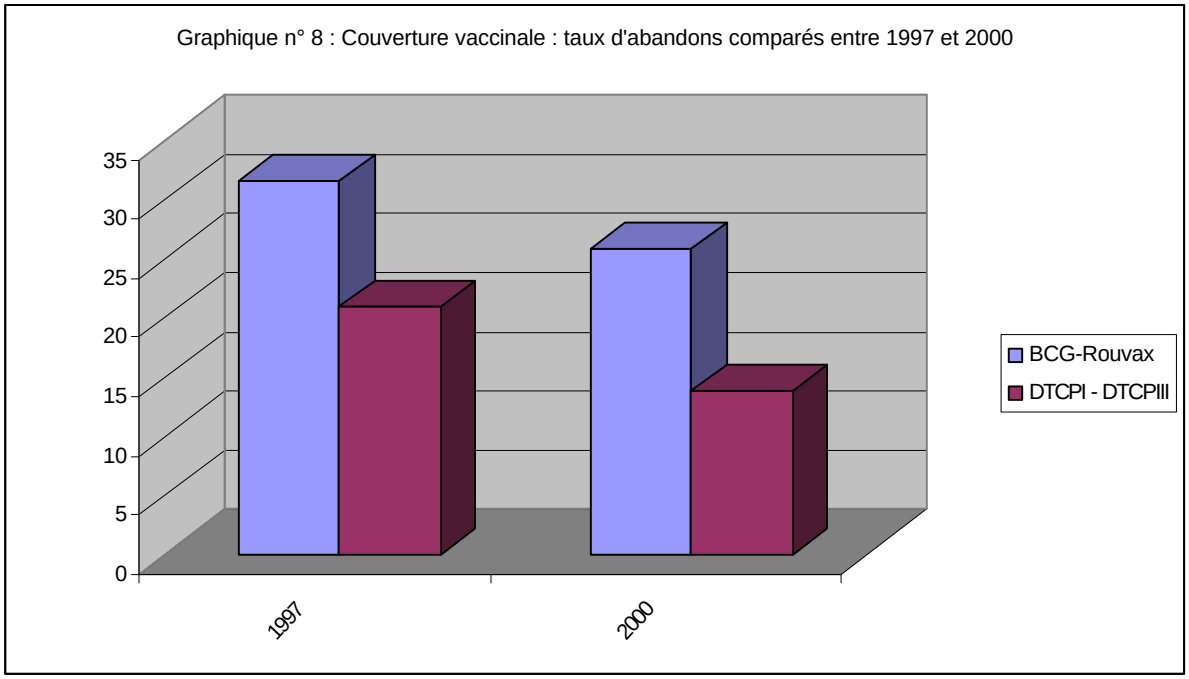
	2000	**1997**
- BCG	92,1%	87,4%
- DTCP I	91,3%	87,4%
- DTCP I & II	85,7%	80,5%
- DTCP I, II & III	78,6%	69,0%
- Rouvax	68,3%	59,8%
- Tous les vaccins du PEV	65,9%	59,8%

Nous avons noté une regression du taux d'abandon entre le DTCP1 et 3 de 21points à 13,9 points entre 1997 et 2000. Entre le BCG et le Rouvax, le taux a chuté entre 1997 et 2000 passant de 31,6 points à 25,9 points

Par ailleurs, **71,6%** des femmes interviewées ont reçu au moins 2 doses de VAT contre **71,4%** en 1997, mais ce taux est resté quasiment stationnaire. Ceci nécessite qu'une stratégie de sensibilisation sur la vaccination soit développée au niveau du programme.



L'examen des données selon la connaissance des mères montre qu'elles connaissent le calendrier vaccinal mais ne font pas la liaison avec les différents antigènes. Ainsi pour l'âge de vaccination contre la rougeole seulement **27,8%** des mères ont cette connaissance(contre **21,7%** en 1997), alors que **68.3%** ont reçu le Rouvax. Cette situation appelle une reformulation des messages sur la vaccination. Le même constat est fait pur la VAT où sur les **77%** de femmes qui savent que deux doses sont nécessaires, seulement **36%** savent que le VAT protège à la fois la mère et le nouveau-né. Tout porte à croire que les séances d'animation n'ont pas mis l'accent sur le rôle des antigènes.



Après plusieurs années de PEV, on peut affirmer que beaucoup de progrès ont été réalisés même si le chemin qui reste à parcourir est encore long. En 1996, pour l'Ouémé, l'EDS avait estimé à 70,8% la proportion d'enfants complètement vaccinés. En 2000, l'enquête KPC a révélé un taux de **65,9%** en zone rurale contre **59,8%**[5] en 1997**.** L'écart entre les données de l'EDS celles des enquêtes KPC est lié au fait que les données de l'EDS concernent à la fois le milieu rural et urbain et sont basées dans certains cas, sur la déclaration des mères. Alors les données du KPC concernent seulement le milieu rural et sont collectées à partir des carnets de santé.

Le manque d'instruction et la faible portée des messages dans le sens de l'amélioration de la pratique et de la connaissance sur la vaccination expliqueraient les faibles taux relevés au niveau de certains indicateurs. En outre, les mères ne s'intéressent pas aux discussions sur la vaccination après leur accouchement, le thème étant réservé aux femmes enceintes et l'absence d'objectif clairement défini n'ont pas permis la réalisation de certains objectifs.

Recommandation n° 18: Définir des stratégies à mettre en oeuvre pour la réalisation des objectifs et utiliser les différents canaux de mobilisation sociale pour renforcer la connaissance des mères sur la vaccination.

Recommandation n° 19 : Programmer des séances d'animation sur la vaccination antitétanique au profit des femmes et former et /ou recycler les AC sur les discussions relatives à la VAT. Organiser des séances d'IEC au profit des femmes en état de grossesse tout en poursuivant la sensibilisation sur la vaccination mettant l'accent particulier sur le nombre d'injection indispensable, les différents antigènes et leurs rôles.

Recommandation n° 20 : Les AC doivent poursuivre les séances de sensibilisation pour que les femmes maîtrisent le calendrier vaccinal et avec les appuis des CVDS, elles doivent renforcer la surveillance vaccinale pendant la période d'essai.

Au niveau national et intermédiaire, il faut négocier la collaboration avec le MSP et ses directions départementales afin que s'instaure un dialogue réel avec le personnel de santé pour l'organisation des séances de vaccination au profit des enfants du programme.

[5] Confère le rapport de base KPC, p. 22, CRS, 1997

OBJECTIFS du PBC OUEME-PLATEAU pour 2003

Pratique

Allaitement maternel et nutrition de l'enfant:

28,8% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif, or l'objectif fixé en 1997 était de 20%.

45% des mères d'enfant de 0 à 3 mois révolus pratiqueront l'allaitement exclusif

34,4% des mères interrogées initient l'allaitement maternel, dans l'heure après la naissance.

70% des mères doivent donner du sein à leur nourrisson dans la 1ère heure suivant l'accouchement

Suivi de croissance et soins maternels

47,2% possèdent une fiche individuelle de croissance délivrée par le PBC et dont 74,8% ont été pesés au moins une fois les 4 derniers mois précédant l'enquête.

80% des enfants doivent avoir une fiche individuelle de croissance PBC et être pesés au moins une fois au cours des 2 mois qui précédent l'enquête.

Maladies diarrhéiques et respiratoires

72% des mères ont continué d'allaiter leur enfant de 0 à 3 mois au cours d'un épisode de diarrhée plus ou comme normalement.

80 % des mères continueront à donner le sein plus ou comme normalement au cours d'une épisode diarrhéique

68% des mères ont donné à leur enfant qui n'étaient pas exclusivement au lait maternel, plus ou comme normalement de liquides au cours d'un épisode diarrhéique.

80% des mères donneront au cours d'un épisode de diarrhée, plus ou comme normalement de liquides à leur enfant malade qui ne sont pas exclusivement au lait maternel.

79% des mères interrogées pratiquent la TRO à leur enfant au cours de la diarrhée.

90% des mères de la région pratiqueront la TRO lors de la diarrhée de l'enfant.

Couverture vaccinale

Le taux actuel d'enfants complètement vaccinés dans la région de l'étude est de 65,9% et 69,0% des enfants ont reçu les trois doses de DTCP alors que 78,6% ont reçu la dose de Rouvax.

75% des enfants ayant atteint l'âge de 12 mois dans la zone d'étude doivent être complètement vaccinés.

Connaissance

Allaitement maternel et nutrition de l'enfant

3,8% des mères savent que faire téter fréquemment son enfant stimule la production laiteuse.

30% sauront que faire téter fréquemment stimule la production de lait maternel

58,8% des mères savent qu'elles doivent introduire des aliments de sevrage en plus du lait maternel au repas de l'enfant entre 4 et 6 mois.

75,0% des mères sauront qu'elles doivent introduire l'aliment de complément entre 4 et 6 mois d'âge de l'enfant.

65,0% des mères savent qu'elles doivent donner à leur enfant des légumes verts.

75,0% des mères doivent reconnaître l'importance et les différents usages des légumes verts dans l'alimentation des enfants.

Vaccination

35,6% des mères ont reconnu que le VAT protège la femme et le nouveau-né

50% des mères doivent avoir une bonne connaissance du rôle du VAT.

76,6% des femmes savent que le nombre de vaccination contre le tétanos lors de la grossesse doit être au moins égal à deux.

80% des mères sauront qu'une femme enceinte doit obligatoirement recevoir au moins deux doses de VAT.

27,8% des mères ont eu une bonne connaissance de l'âge auquel un enfant doit être vacciné contre la rougeole.

50% des mères sauront qu'un enfant doit être vacciné contre la rougeole à l'âge de 9 mois.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, les résultats obtenus montrent que les pratiques et les connaissances des mères ont connu des améliorations au niveau des indicateurs clés comme l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de l'enfant, la fréquence du suivi de croissance, l'utilisation de la TRO et la couverture vaccinale. Certes, la plupart des objectifs fixés ne sont pas atteints, mais des efforts notables ont été enregistrés. Le changement de comportement visé par le programme étant induit par la combinaison de plusieurs facteurs, les seules interventions du PBC, ne peuvent permettre de relever ce défi. Les efforts doivent être conjugués (ONG, secteur public et communautés) pour un réel changement de comportement.

REFERENCES

1. Enquête connaissance, pratique et couverture vaccinale en santé maternelle et infantile Département de l'ouémé (zone rurale) MPSF/CRS-Bénin. (1997)

2. Enquête Démographique et de santé au Bénin 1996 : Rapport préliminaire : Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi ; institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Démographic and Health Surveys, Macro International Inc. (September 1996)

3. EPI Info version 6 guide de l'utilisateur. Editions ENSP

4. Facts for Life – A Communications Challenge: UNICEF, UNESCO & WHO, New York, New york (1989).

5. Henderson, R. H. & Sundaresan, T. : ''Cluster Sampling to assess Immunization Coverage : A Review of Experience with a Simplified Sampling Method,'' Bulletin of the Wordl Health Organization 60 (2), pp. 253-260 (1991).

6. Household Survey Manual : Diarrhoea Case Management, Morbidity, and Mortality : Diarrhoeral Diesease Control Programme, World Health Organization, Geneva (1989).

7. PL 480 Title II Development Project Proposal FY 1996-2000 (submitted to AID/BHR/FF Washington): Catholic Relief Services/Bénin Program (October 1995).

8. Training for Mid-Level Managers: Coverage Survey: Expanded Programme on Immunization, Wordl Health Organisation, Généva (1988).

ANNEXES

PERSONNEL DE L'ETUDE

Core team

ZANOU	Elisabeth	Project Manager Santé CRS-Bénin
WOOD	Siri	Health Program Manager CRS-Bénin
GOHY	Gilles	MTIE Manager CRS-Bénin
YACOUBOU	Zénabou	C/PAN
BOKOSSA	Emmanuel	C/PAN
BODJRENOU	Augustin	C/PAN
AYEBOA Pierre	Claver	MPSF
SAMON	Hortense	DSF/MSP

Superviseurs

BALOGOUN	Edouard
ELECHO	Emmanuel
SOSSA	Jacob
HOUNDIGANDE	Bénoîte
GBLAGADA	Pascaline
ACOLATSE	Akouvi

Enquêteurs

Groupe de discussion

Core team
DDPSP
R/CMCH
Superviseurs

Opérateurs de saisie

AYADJI	Virginie	Opératrice de données MTIE CRS-Bénin
ANIAMBOSSOU	Chantal	Opératrice de données Finance CRS-Bénin

Rédaction

BALOGOUN C.	Edouard	Analyste MTIE CRS-Bénin
ZANOU	Elisabeth	Project Manager Santé CRS-Bénin

Lecture

GOHY	Gilles	MTIE Manager CRS-Bénin
SAGBADJA	Félicien	Project Manager /Santé CRS-Bénin