



**AGADEZ**  
**RAPPORT D'ETUDE**

DECEMBRE 2022

**RÉPUBLIQUE DU NIGER**

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR LA NUTRITION

N°19

# NUTRITION



**ENQUETE QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES, LES PRATIQUES ET  
LES COMPORTEMENTS EN MATIERE D'ALIMENTATION ET DE  
NUTRITION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS DANS LA  
REGION D'AGADEZ**





ENQUETE QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES, LES PRATIQUES ET LES COMPORTEMENTS EN MATIERE  
D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS DANS LA REGION D'AGADEZ



## SIGNALETIQUE



agriculture



climatologie



commerce



conditions de vie  
des ménages



conjuncture



économie



éducation



élevage



emploi et  
revenus



énergie



environnement



habitat



industrie



justice



nutrition



population



poste et  
télécommunications



santé



services



société



territoire



tourisme



transports

## OURS

Unité responsable : **Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition**

Directeur du projet : Mme **TAKOUBAKOYE Aminata Boureima**, Directrice Générale de l'INS

Chargé du suivi du projet : **OUMAROU Sani**, Secrétaire Général de l'INS

Coordonnateur : **SAMAILA ISSA Ibrahim**, Coordonnateur de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN), Institut National de la Statistique (INS)

**Auteur :**

**OUMAROU NAPIOU Mahamane**, Consultant en  
Socio anthropologie

**Contributeurs :**

**AG BENDECH Mohamed**, Conseiller en formulation  
de politiques et communication stratégique en  
nutrition, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN)

**KEBE Mababou**, Chef d'Equipe, Statisticien Analyste,  
Assistant Technique PNIN (AT/PNIN)

Photos : **Insitution / Photographe**

Editeur de la publication : **PNIN/INS**

**THEODORE YATTA Almoustapha**, Analyste Principal  
PNIN







## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AGR</b>	Activité Génératrice de Revenu
<b>DS</b>	District sanitaire
<b>DRSP/P/AS</b>	Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et de l'Action Sociale
<b>FGD</b>	Focus Group Discussions
<b>FDAL</b>	Fin de Défécation à l'Air Libre
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour Populations
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>INS</b>	Institut National de la Statistique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PNIN</b>	Pateforme Nationale d'Information sur la Nutrition
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>CS</b>	Case de Santé
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportements
<b>CRENAS</b>	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Sévère
<b>CRENAM</b>	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Modérée
<b>CPS</b>	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
<b>AME</b>	Allaitement Maternel Exclusif
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>MAS</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MAM</b>	Malnutrition Aigüe Modéré
<b>MAG</b>	Malnutrition Aigüe Globale
<b>PFE</b>	Pratiques Familiale Essentielles
<b>RC</b>	Relais Communautaire
<b>SONICHAR</b>	Société Nigérienne de production de Charbon

## SOMMAIRE

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>2</b>		
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>		
<b>SUMMARY .....</b>	<b>8</b>		
<b>RESUME.....</b>	<b>9</b>		
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>		
<b>1. APPROCHE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>14</b>		
<b>1.1. Choix des sites d'enquête .....</b>	<b>14</b>		
<b>1.2. Techniques et outils de collecte .....</b>	<b>14</b>		
1.2.1. Entretiens.....	14		
1.2.2. Groupes de discussions .....	15		
1.2.3. Observations .....	15		
1.2.4. Etudes de cas .....	15		
<b>1.3. Conditions de réalisation de la collecte des données.....</b>	<b>15</b>		
1.3.1. Phase préliminaire .....	15		
1.3.2. Déroulement de la collecte des données sur le terrain .....	16		
1.3.3. Difficultés rencontrées .....	16		
<b>1.4. Traitement et analyse des données ....</b>	<b>16</b>		
<b>2. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE .17</b>			
<b>2.1. Situation socioéconomique .....</b>	<b>17</b>		
2.1.1 Département de tchirozérine.....	17		
2.1.2 Département d'Iférouane.....	17		
<b>2.2. Offre des services de santé .....</b>	<b>18</b>		
2.2.1. Prise en charge nutritionnelle .....	18		
2.2.2. Programmes et stratégies de communications pour le changement de comportement.....	20		
<b>3. REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION INFANTILE EN MILIEU TAMASHEQ D'AGADECZ .....</b>	<b>22</b>		
<b>3.1. La malnutrition infantile vue par les acteurs de développement .....</b>	<b>22</b>		
<b>3.2. Représentations médicales et sociales de la malnutrition infantile .....</b>	<b>23</b>		
3.2.1. Causes médicales de la malnutrition infantile .....	23		
3.2.2. Causes sociales de la malnutrition infantile .....	24		
3.2.2.1. Le manque d'hygiène comme cause de malnutrition .....	24		
3.2.2.2. La « négligence » des mères comme un facteur de risque possible de la malnutrition.....	25		
3.2.2.3. L'alimentation maternelle monotone comme un facteur de risque possible de malnutrition chez l'enfant	25		
3.2.2.4. « L'ignorance » des mères comme une des causes possibles de malnutrition des enfants.....	26		
3.2.2.5. Les périodes de soudure annuelle sont des périodes de faible disponibilité des aliments locaux ....	26		
<b>3.3. Diagnostic de la malnutrition : connaissances et attitudes des populations .....</b>	<b>26</b>		
<b>3.4. Malnutrition infantile et recours thérapeutique .....</b>	<b>27</b>		
<b>4. ALLAITEMENT MATERNEL : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS ....</b>	<b>29</b>		
<b>4.1. La mise immédiate au sein du nouveau-né est une pratique différenciée selon le groupe ethnique .....</b>	<b>29</b>		
<b>4.2. L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) jusqu'à l'âge de six (6) mois moins fréquent que l'allaitement maternel mixte.....</b>	<b>30</b>		
4.2.1. Administration de l'eau et des jus fréquente après la naissance .....	30		
4.2.2. Alimentation précoce fréquente avant l'âge de six mois pour habituer le nourrisson aux aliments semi-solides et solides .....	31		
4.2.3. Préparation du corps de l'enfant entre décoctions et ports d'objets spéciaux protecteurs .....	32		
<b>4.3. Les connaissances et comportements des femmes sur les techniques et fréquence de tétées de plus en plus favorables en dépit de nombreuses barrières.....</b>	<b>33</b>		
<b>5. ALIMENTATION DE COMPLEMENT .....</b>	<b>36</b>		
<b>5.1. Connaissances et pratiques des mères sur l'alimentation de complément différenciées avec l'usage plus fréquent du plympy Nut dans les zones urbaines .....</b>	<b>36</b>		
<b>5.2. Alimentation quotidienne des ménages soumise à diverses contraintes d'accès aux aliments et a l'information .....</b>	<b>38</b>		
<b>5.3. Pratiques traditionnelles de soins et de restrictions alimentaires chez les femmes enceintes influencent le développement et la santé du fœtus et du nouveau-né .....</b>	<b>39</b>		
5.3.1. Chez la femme enceinte .....	39		
5.3.2. Chez la femme allaitante .....	40		



## 6. FACTEURS DETERMINANTS DE LA PREVALENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA REGION D'AGADEZ...41

### 6.1. Facteurs structurels..... 41

- 6.1.1. *Les conditions d'existence précaires et la charge de travail élevée de la femme réduisent la qualité des soins donnés aux nourrissons et aux jeunes enfants* .....41
- 6.1.2. *Comportements pro natalistes : « Rurutsa » induisent les naissances rapprochées fréquentes* .....43
- 6.1.3. *Les mauvaises conditions d'hygiène favorisent la survenue fréquente des maladies comme les diarrhées*.....45
- 6.1.4. *Le partage du PPN dans l'entourage familial de l'enfant est une pratique néfaste à la récupération nutritionnelle des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère dans les délais requis*.....45
- 6.1.5. *La perception de la malnutrition aiguë est associée à la faim qui est elle-même assimilée à l'incapacité de l'époux à répondre aux besoins de ses enfants et donc la « honte » et de « négligence » chez la mère*.....45
- 6.1.6. *De nombreuses barrières à la consultation prénatale existent et persistent*.....46
- 6.1.7. *Les restrictions alimentaires persistantes contribuent à la monotonie des régimes alimentaires*.....47

### 6.2. Les facteurs institutionnels sont également présents..... 47

6.2.1. *Les ruptures fréquentes du PPN sont un obstacle à la continuité des traitements et la guérison*.....47

6.2.2. *La fermeture des cases de santé*.....48

## CONCLUSIONS ..... 49

### QUELQUES PRATIQUES PROMETTEUSES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION D'AGADEZ..... 49

### QUELQUES PRATIQUES DOPANT LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION D'AGADEZ..... 50

- Représentations sociales.....50
- Autour de l'allaitement.....51
- Autour de l'alimentation de complément .....51
- Conditions de vie des populations .....52
- Fonctionnement du système de santé .52

### Recommandations..... 54

### ACCELERER L'AMELIORATION DES PRATIQUES D'ALIMENTATION DES GROUPES VULNERABLES ..... 54

### ACCROITRE L'ACCES DES MENAGES AUX REGIMES ALIMENTAIRES SAINS (SURS ET NUTRITIFS) ET A L'EAU POTABLE ET L'ASSAINISSEMENT DE BASE ..... 55

### Bibliographie ..... 57

### Remerciements ..... 59





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des sites visités .....	14
---	----

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation médicale de la malnutrition infantile .....	23
Figure 2 : Instrument utilisé par la guérisseuse pour purger le ventre, Source : Enquête Iférouane, juin 2022.....	28





## SUMMARY

The malnutrition situation in Niger is complex. It is affected by social and structural inequalities and ecological and humanitarian crises. To act on these general factors which constitute the multiple causes of malnutrition, major development programs and projects are implemented to promote positive change in practices and behaviors which are harmful to the health and nutrition of women and children.

The programs and projects implemented for almost two decades by the Government and its partners to prevent malnutrition have not drastically reduced the high trends of stunting among children under five (5) years of age in Niger. Furthermore, there are regional disparities in the country. These disparities would be the result of contextual differences, food and nutritional behaviors but also representations related to the disease and foods that should be further documented.

The decision to carry out this qualitative study is a recommendation of the reports on trends analysis of stunting among under-five children, in order to better understand the risk factors of under-nutrition in Agadez region.

The survey took place in two districts of Agadez region (Iférouane and Tchirozérine). In Iférouane, the study was conducted in the municipalities of Iférouane (Etaghas, Souloufete, Tarenkit, Ebourkoum and Tedek) and Timia (Taguer, Infatartant, Abarakan (CSI) and Tamechite). As for Tchirozérine, the study targeted the administrative capital of the district and four (4) villages (Tounga 1, Tounga 2, Campala, Tchougrougar Peul). Individual interviews and focus groups were the main techniques used for data collection. The data from these two techniques were complemented with field observations and case studies.

As results, the social representations linked to malnutrition, the use of preventive and curative care, the perceptions and social considerations associated with "a child", breastfeeding, complementary feeding and the living conditions of the populations were the main bottlenecks to the improvement of knowledge and feeding practices as part of the required social and behavior change.

Despite the persistence of many social and contextual barriers, some progresses have been made. Thus, a positive improvement is observed on mothers' knowledge on breastfeeding techniques and complementary feeding practices, even if they are not yet systematically applied by all women. In addition, the immediate breastfeeding after childbirth and the acceptance of colostrum are widespread practices in nomadic societies.

The knowledge gains and the commitment of mothers alone are not enough for massive changes following the nutrition messages disseminated through local health services since decisions on child matters are more collective than individual. There is an urgent need to act by developing social and behavioral change communication plans specific to local contexts. Recommendations have been made in this report to better fight against malnutrition by taking into account the specificities of the Agadez region.

## RESUME

La situation de la malnutrition au Niger est complexe. Elle est affectée par des inégalités sociales et structurelles et par des crises écologiques et humanitaires. Pour agir sur ces facteurs d'ordre général qui constituent les multiples causes de la malnutrition aiguë, d'importants programmes et projets de développement sont mis en œuvre pour impulser un changement positif des pratiques et comportements jugés néfastes à la santé et à la nutrition des femmes et des enfants.

Les programmes et projets mis en œuvre depuis presque deux décennies par l'Etat et ses partenaires pour prévenir la malnutrition n'ont pas permis de réduire drastiquement les tendances élevées de malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans au Niger. Par ailleurs, il existe des disparités entre les régions du pays. Ces disparités relèveraient des différences contextuelles, des comportements alimentaires et nutritionnels mais aussi des représentations liées à la maladie et aux aliments qu'il convient de documenter.

La présente monographie fait suite aux rapports d'analyse réalisée par la PNIN sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans, afin de mieux comprendre les phénomènes/facteurs qui expliquent les tendances élevées de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans la région d'Agadez.

L'enquête s'est passée dans deux départements de la région d'Agadez (Iférouane et Tchirozérine). A Iférouane, l'étude s'est déroulée dans les communes d'Iférouane (Etaghas, Souloufete, Tarenkit, Eboukoum et Tedek) et de Timia (Taguer, Infatartant, Abarakan (CSI) et Tamechite). Quant à Tchirozérine, l'étude a ciblé le chef-lieu du département et quatre (4) villages (Tounga 1, Tounga 2, Campala, Tchougrougar Peul) sur le long de la route.

L'entretien et les groupes de discussions ont constitué les principales techniques qui ont été utilisées pour la collecte des données. Les données issues de ces deux techniques ont été complétées par des observations effectuées sur le terrain et par des études de cas.

Les résultats de cette étude révèlent que les représentations liées à la malnutrition, le recours aux soins préventifs et curatifs, les perceptions et considérations sociales associées à « l'enfant », à l'allaitement, l'alimentation de complément et les conditions d'existence des populations constituent des goulots d'étranglement au progrès tant souhaités en faveur de l'amélioration des connaissances et des pratiques pour le changement des comportements des populations en matière de l'alimentation et de la nutrition.

Malgré la survivance de nombreuses barrières sociales et contextuelles, quelques avancées sont enregistrées. C'est ainsi qu'une amélioration positive est observée dans les connaissances des mères au niveau des techniques de tétées et des pratiques d'alimentation de complément, même si elles ne sont encore systématiquement appliquées dans les pratiques quotidiennes d'alimentation et de nutrition. Par ailleurs, la mise au sein immédiatement après l'accouchement et l'acceptation du colostrum constituent des pratiques répandues dans les sociétés nomades. Des recommandations ont été formulées dans le présent rapport pour mieux lutter contre la malnutrition en prenant en compte les spécificités de la région d'Agadez.



## INTRODUCTION

### APERÇU

Cette étude qualitative, réalisée dans la région d'Agadez, porte sur les connaissances, les pratiques et les comportements des populations en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans. Devenue plus un problème de santé publique qu'une situation d'urgence, la malnutrition infantile constitue une préoccupation de l'Etat du Niger et de ses partenaires. Depuis plus d'une décennie, plusieurs programmes et projets de Communication pour un Changement de Comportement (CCC) ont été mis en œuvre à travers le pays. Cependant, il existe très peu d'études pour mesurer leurs impacts sur l'évolution des connaissances, des pratiques et des comportements des populations cibles en matière d'alimentation et de nutrition des enfants.

Cette étude a été réalisée par la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) du Niger dans la région d'Agadez de 28 mai au 13 Juin 2022. Elle questionne les effets de la mise en œuvre des messages et conseils véhiculés par les professionnels de santé et les relais communautaires pour assurer un développement optimal aux jeunes enfants.

Cette monographie est structurée en six (6) chapitres : 1) la méthodologie utilisée, 2) la présentation des caractéristiques socio-économique des zones concernées par l'étude, 3) les représentations de la malnutrition infantile, 4) les connaissances, attitudes et comportements en matière d'allaitement maternel, 5) l'alimentation de complément pour l'enfant et enfin 6) les déterminants de la prévalence de la malnutrition infantile.

La conclusion quant à elle revient essentiellement sur les recommandations opérationnelles issues des résultats de l'étude.

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La situation de la malnutrition au Niger est complexe. Elle est affectée par des inégalités sociales et structurelles ainsi que par des crises écologiques et humanitaires. En 2020, le Niger a été classé au dernier rang du monde en matière d'Indice du Développement Humain (IDH), avec un IDH de 0,377<sup>1</sup>. La population, estimée à 23 millions d'habitants, connaît l'un des taux d'accroissement les plus rapides du monde (3,9 %). Cette situation précaire est exacerbée par des rendements agricoles faibles, des chocs saisonniers (crise pastorale, inondations, période de soudure, pic du paludisme) et des perturbations climatiques (faibles précipitations, sécheresse, désertification), qui ont réduit la quantité de terres arables et exacerbé l'insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique.

Pour agir sur ces facteurs d'ordre général qui constituent certaines des multiples causes de la malnutrition aigüe sévère et de malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, d'importants programmes et projets de développement sont mis en œuvre pour impulser un changement positif des pratiques et comportements jugés néfastes à la santé et à la nutrition des femmes et des enfants. Parmi ces initiatives, nous pouvons citer les programmes sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), la promotion de la santé maternelle et infantile (les politiques de gratuités), la Planification Familiale (PF), les Pratiques Familiales Essentielles (PFE), les écoles des maris, les écoles des familles, etc. Ces politiques ou stratégies sont promues par l'Etat, les organisations des nations unies (Unicef, UNFPA, OMS, etc.) et autres organisations humanitaires qui se sont données pour mission d'améliorer la santé et la nutrition des populations les plus vulnérables. Des professionnels de santé et des acteurs communautaires (relais communautaires) sont formés et outillés pour la mise en œuvre de ces différentes stratégies à travers des séances de sensibilisation qui sont organisées soit au

<sup>1</sup> Rapport du PNUD sur le développement humain de 2020

niveau des structures sanitaires, soit au niveau communautaire. Elles permettent de sensibiliser régulièrement les populations sur le changement des comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants et des femmes enceintes et allaitantes.

Malgré tous ces efforts, l'amélioration des comportements en matière de nutrition et d'alimentation reste encore limitée et sous-évaluée. En effet, le niveau des indicateurs en matière de pratiques de l'allaitement et d'alimentation reste encore faible : 28,1 % pour l'allaitement maternel exclusif, 23,1 % pour la diversification alimentaire minimum et 19,5 % pour l'alimentation minimale acceptable<sup>2</sup>. La situation nutritionnelle des enfants demeure préoccupante non seulement dans les zones périodiquement affectées par l'insécurité nutritionnelle due aux chocs naturels ou aux conflits, mais aussi dans les zones non affectées. Chaque année, la prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) dépasse le seuil d'alerte fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est de 10 %. En effet, au niveau national, la MAG est de 10,7 % en 2019 et de 12,7 % en 2020<sup>3</sup>. La prévalence de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) est de 2,6 % en 2020 dépassant le seuil d'urgence fixé par OMS (soit 2 %). Elle reste semblable à celle de 2019 qui était de 2,7 %.

Les autres formes de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans sont également répandues. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF, 2019), la prévalence du retard de croissance a augmenté passant de 42 % en 2012 à 47,8 % en 2018. De même, l'analyse de la situation nutritionnelle du pays réalisée par la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) au Niger (2020)<sup>4</sup> révèle que plus de 2 millions d'enfants de moins de cinq (5) ans sont affectés par le retard de croissance, la moitié des femmes en âge de procréer et environ deux (2) enfants sur trois (3) sont anémiés. Ces chiffres cachent des disparités entre les régions. La MAG chez les enfants de 6-9 mois basée sur l'indice poids/taille est en dessous du seuil d'alerte (fixé par l'OMS) à Niamey (9,1 %), à Dosso (9,3 %) et à Tillabéri (9,3 %) contrairement aux régions de Zinder (14,9 %), Maradi (13,1 %), Tahoua (13,7 %), Diffa (19,3 %) et Agadez (14,8 %) où elle reste au-dessus de 10 %.

La malnutrition aigüe est plus présente chez les enfants âgés de 6 à 23 mois (18,9 %) que chez ceux âgés de 24 à 59 mois (9,1 %) (INS, 2020). Or la malnutrition aigüe a une influence importante sur le taux de mortalité infanto-juvénile qui a fortement baissé passant de 127 à 84 ‰ naissances vivantes entre 2012 et 2018 grâce à une convergence d'interventions de santé publique y compris le passage à l'échelle de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe sévère (PCIMA) et des programmes de prévention dont le programme élargi de vaccination et la supplémentation de masse en vitamine A. Malgré cela, la sous-nutrition demeure l'une des principales causes de mortalité infantile et un problème majeur de santé publique. Un enfant de moins de cinq (5) ans sur deux meurt de malnutrition aigüe dont la prévalence est en augmentation depuis 2016, pour atteindre 16,5 % en 2018 (INS, 2020).

Les programmes et projets mis en œuvre depuis presque deux décennies par l'Etat et ses partenaires pour prévenir la malnutrition chronique n'ont pas permis de réduire drastiquement les tendances élevées de malnutrition chronique au Niger. Par ailleurs, il existe des disparités entre les régions du pays. Les régions de Maradi et Zinder présentent des tendances assez élevées de la malnutrition comparativement aux régions de Niamey et d'Agadez. Ces disparités relèveraient des différences contextuelles, des comportements alimentaires et nutritionnels, d'accès aux services sociaux de base mais aussi aux représentations liées à la maladie et aux aliments qu'il convient de documenter.

<sup>2</sup> Rapport de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger, INS 2021

<sup>3</sup> Enquête Nationale de Nutrition au Niger selon la méthodologie SMART (INS 2020)

<sup>4</sup> Notes d'informations INS/PNIN



Suite aux rapports d'analyse réalisée par la PNIN sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans validés par le Comité Technique de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (CT/PNSN), il a été recommandé de mener une enquête qualitative approfondie dans la région d'Agadez. Cette enquête doit permettre de mieux comprendre les tendances de la malnutrition et l'évolution des comportements en matière de l'ANJE. A travers ces enquêtes, la PNIN pourra affiner les interprétations des données dans le cadre de la mise à jour des analyses prévues dans le Plan Cadre d'Analyse 2021-2022 (PCA 2021-2022). Le rapport d'analyse permettra de mieux comprendre les comportements, d'affiner les réflexions et de formuler des recommandations opérationnelles pour une amélioration de la situation de la malnutrition des jeunes enfants dans les régions étudiées.

Les résultats et recommandations issus de l'enquête permettront d'accompagner la mise en œuvre du plan d'action de la PNSN 2021-2025.

### OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette étude a pour objectif d'améliorer la compréhension des déterminants qui expliquent les tendances élevées de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans la région d'Agadez.

De façon spécifique, elle vise à :

- Analyser l'évolution des connaissances des populations en matière d'alimentation et de nutrition des enfants ;
- Documenter les pratiques et comportements alimentaires des ménages et des groupes vulnérables ainsi que leurs impacts positifs ou négatifs sur l'alimentation et la nutrition ;
- Déterminer les restrictions alimentaires vis-à-vis des enfants en bas âge, de la femme enceinte et allaitante ainsi que les pratiques traditionnelles en matière d'allaitement et d'alimentation de complément ;
- Identifier pour chaque comportement les personnes clés qui peuvent servir d'alliées et celles qui risquent d'être des obstacles ;
- Comprendre et appréhender les logiques qui gouvernent les pratiques et comportements alimentaires observables chez les groupes vulnérables ;
- Appréhender le calendrier de disponibilité alimentaire dans chaque communauté d'étude (village, campement ou quartier) ;
- Apprécier la pertinence et l'adéquation de l'offre des services de nutrition, d'approvisionnement alimentaire, de santé, d'eau, d'hygiène et d'assainissement ;
- Apprécier les potentialités et les contraintes existantes en matière de communication au niveau des communautés, notamment l'efficacité des canaux et moyens de communication par rapport aux groupes cibles ;
- Identifier le degré et les mécanismes de participation actuelle des femmes et des communautés aux activités couvrant les domaines de l'alimentation, la nutrition, les soins de santé pré et post-natals, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement et autres services d'encadrement.

Les résultats de cette étude contribueront à alimenter les réflexions afin d'affiner les orientations politiques et les plans stratégiques d'intervention pour lutter contre la malnutrition infantile qui demeure chronique dans la région.





## 1. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre présente l'approche méthodologique utilisée pour la réalisation de l'étude.

### 1.1. Choix des sites d'enquête

L'enquête s'est passée dans deux départements de la région d'Agadez (Iférouane et Tchirozérine). A Iférouane, l'étude s'est déroulée dans deux communes à savoir la commune d'Iférouane (Etaghas, Souloufete, Tarenkit, Eboukoum et Tedek) et la commune de Timia (Taguer, Infatartant, Abarakan (CSI) et Tamechite). Quant à Tchirozérine, les entretiens ont eu lieu principalement au niveau du chef-lieu du département en raison de la situation sécuritaire. Cependant, quatre (4) villages (Tounga 1, Tounga 2, Campala, Tchougrougar Peul) sur le long de la route ont été identifiés et visités avec l'aval des autorités préfectorales. Les listes des villages d'étude par commune sont consignées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Récapitulatif des sites visités**

COMMUNES	VILLAGES
<b>Tchirozérine</b>	Tchirozérine Tounga 1 Tounga 2 Campala Tchougrougar Peul
<b>Timia</b>	Timia Taguer Infatartant Abarakan Tamechite
<b>Iférouane</b>	Etaghas Souloufete Tarenkit Eboukoum Tedek

Le choix des sites s'est effectué de façon graduelle et par choix raisonné. D'abord les discussions avec les personnes ressources et les autorités sanitaires (DRSP/P/AS) de la région d'Agadez ont permis de choisir les deux (2) départements pertinents pour la réalisation d'une telle étude. Ensuite, les échanges avec les responsables sanitaires locaux notamment au niveau des centres de santé respectifs ont abouti au choix des villages pertinents pour l'étude. D'autres sites ont été identifiés et ajoutés à la liste en fonction des pistes de recherche. Quelques entretiens ont été conduits dans le chef-lieu de la région.

### 1.2. Techniques et outils de collecte

#### 1.2.1. Entretiens

Dans le cadre de cette enquête, des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de comprendre les perceptions des acteurs sur la malnutrition, les pratiques, les comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants ainsi que les logiques sociales justifiant les pratiques adoptées. Tous les acteurs stratégiques inscrits sur les canevas d'entretien ont été interviewés. Chez les bénéficiaires, ce sont les chefs de ménage et les mères d'enfant qui sont objet de ces entretiens. Dans les services de santé, ce sont le médecin chef de district, le

responsable nutrition, les infirmiers, les relais communautaires et les matrones qui ont fait l'objet d'interviews. Au niveau communautaire, ce sont les grand-mères, les chefs de villages et les leaders locaux qui ont été interrogés. Les acteurs alternatifs comme les tradipraticiens et guérisseurs traditionnels, les marabouts ont été également interrogés. L'étude a aussi ciblé les autorités communales (le secrétaire municipal, le vice-maitre, le responsable de l'état civil). Tous les entretiens réalisés ont été conduits à l'aide d'un canevas d'entretien tout en restant dans le registre de causerie. Des entretiens informels ont été conduits lorsque l'occasion s'est présentée.

Au total 160 entretiens (formels et informels) ont été réalisés dans les deux départements. Certains entretiens ont fait l'objet d'enregistrement et d'autres non du fait de l'insuffisance d'enregistreurs et de l'énergie insuffisante pour charger nos téléphones portables. Les entretiens ne suffisent pas pour comprendre toutes les dimensions de la malnutrition. Ainsi, les entretiens ont été complétés avec des observations.

### 1.2.2. Groupes de discussions

Des discussions en *focus group* ont été réalisées. Les participants aux groupes de discussions sont les parents ou responsables d'enfant de moins de cinq ans (femmes et hommes chefs de ménage). La durée des discussions de groupe varie entre 45 minutes et 1 heure 40 minutes. Les participants sont les femmes en âge de procréation rencontrées dans les CSI, dans les CREN et dans les villages. Des groupes d'hommes (à la Fada) et de femmes en ménopause ont également été constitué en groupe distincts pour des causeries de groupe.

### 1.2.3. Observations

Les observations ont essentiellement porté sur l'hygiène des ménages, des enfants, mais aussi sur les conditions environnementales des villages concernés par l'étude. Une grille d'observation a été élaborée et utilisée pour cela.

### 1.2.4. Etudes de cas

Des études de cas sous forme de récits individuels ou collectifs ont été effectuées pour rendre compte des réalités sociales et aider à mieux comprendre le phénomène de la malnutrition dans le contexte d'Iférouane, de Timia et d'Iférouane.

## 1.3. Conditions de réalisation de la collecte des données

### 1.3.1. Phase préliminaire

Il s'agit des travaux effectués au préalable avant le démarrage de l'étude proprement dite : les entretiens exploratoires, la revue de la littérature, la mise en place d'un comité scientifique et deux équipes d'appui pour la supervision de la conduite de la collecte des données sur le terrain.

Une formation a été donnée aux assistants par le consultant avec appui du personnel de la PNIN/Niger pendant cinq jours. Cette formation a été d'abord axée sur le contexte et les objectifs de l'étude. Ensuite, elle a porté sur les résultats attendus et le cadre méthodologique de l'étude. Enfin, les outils de collecte des données ont été partagés, amendés et traduits en langues locales (haoussa, peuls et tamasheq) avec l'ensemble des participants.

Un pré-test a été réalisé dans le village de Abda Gungu, dans la commune de N'dunga, situé à la périphérie de Niamey. Par la suite, une réunion de débriefing a été organisée avec l'ensemble des participants pour évaluer les outils à travers des discussions sur les données



recueillies. Les discussions ont permis de corriger les erreurs méthodologiques, d'apprécier les performances des enquêteurs et d'affiner les outils de collecte des données.

### **1.3.2. Déroulement de la collecte des données sur le terrain**

La collecte des données s'est déroulée de façon très cordiale participative avec les acteurs stratégiques. Elle a été coordonnée par un consultant socio-anthropologue de la PNIN. Deux (2) assistants de recherche, agissant en qualité de chefs d'équipe, ont dirigé les opérations de collecte sur les différents sites visités. Chaque chef d'équipe avait sous sa responsabilité trois (3) enquêteurs, dont deux (2) hommes et une (1) femme. La collecte des données s'est déroulée du 28 mai 2022 au 13 juin 2022 (17 jours au total). Les entrevues se sont déroulées principalement en tamasheq puis en hausa avec les acteurs communautaires et en français pour les acteurs institutionnels.

Chaque soir les membres de l'équipe se retrouvaient pour faire une synthèse journalière. Ces réunions ont permis aux membres de l'équipe de collecter de partager les informations collectées, de dégager des pistes, d'approfondir certaines informations, d'identifier des études de cas et de corriger certaines erreurs méthodologiques.

### **1.3.3. Difficultés rencontrées**

Quelques difficultés, sont à souligner. D'abord, à Iférouane, la plupart des discussions ont été animées par un seul enquêteur du fait de la barrière linguistique à laquelle l'équipe s'est confronté par rapport au nombre des enquêteurs recrutés. Seul un enquêteur parlait bien le tamasheq, ce qui a rendu la prise de notes impossible par son binôme. Pour pallier à cette difficulté, on s'est contenté d'enregistrer les échanges à l'aide d'un dictaphone. Tout de même, le binôme, aide à aborder les aspects qui lui semblent avoir été omis dans les discussions. Des transcriptions ont été faites par l'enquêteur afin de disposer des données issues des discussions.

A Tchirozérine, l'équipe a profité des visites des mères accompagnantes au niveau des centres de santé afin de les interroger. Le marché hebdomadaire de Tchirozérine a permis de rencontrer les acteurs alternatifs de soins venus de divers horizons. En plus grâce aux activités de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) couplées à la campagne de vaccination contre la poliomyélite, l'équipe a pu rencontrer les relais des villages. Certains villages se trouvant le long de la route d'Agadez ont été aussi visités.

### **1.4. Traitement et analyse des données**

Le traitement et l'analyse des données se sont faits de façon progressive. D'abord sur le terrain, des débriefings quotidiens étaient animés par le consultant pendant que les assistants procédaient à la saisie en continu des données partagées dans une trame organisée (elle peut évoluer au fil du terrain). D'autres thématiques peuvent être intégrées au regard de leurs pertinences par rapport à l'étude. Cette trame a servi de support aux discussions et aux réunions de synthèse tenues avec l'équipe de la PNIN à la fin des activités de collecte des données sur le terrain. Ensuite, l'ensemble de ces données, avec leur début d'analyses élaborées lors des débriefings, a constitué une base de données, articulant les données de terrain, les verbatim et les données issues de la littérature. Elles ont été traitées, triées et classifiées manuellement en fonction des thématiques pour une analyse plus fine et une triangulation (simple et/ou complexe) des différentes informations disponibles.

## 2. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

### 2.1. Situation socioéconomique

Cette étude a été réalisée dans la région d'Agadez et a ciblé exclusivement les communes de Tchirozérine, d'Iférouane et de Timia. La population des départements visités, dans le cadre de cette étude, est majoritairement touareg. Il faut noter aussi des peuplements peuls occupant les aires pastorales de l'espace départemental. Ces populations sont organisées en villages, tribus et fractions eux même organisés en groupements. Chaque village, fraction, tribu ou groupement est dirigé par des notables élus en son sein et reconnus par les autorités administratives.

#### 2.1.1 Département de tchirozérine

La commune est à prédominance touareg répartie dans la zone rurale. Cependant on retrouve des Peuls repartis dans des villages près des espaces pastoraux. Par ailleurs le village de Tchirozérine constitue une attraction de plusieurs groupes ethniques qui le fréquentent dans le cadre de leur activité économique. Ainsi on distingue des Touaregs, des Peuls, des Haoussas, des Toubous, des Kanouris, des Arabes et des Zarmas. Les activités économiques de la commune sont très diversifiées. Les plus importantes sont le maraichage, l'élevage, les activités minières qui regroupent l'orpaillage et l'exploitation du charbon. On n'y pratique aussi le commerce et le transport (taxi de brousse, taxi moto, transport de marchandise, etc.) qui occupent une place importante dans l'économie locale. L'artisanat est omniprésent dans toute la zone et se décline en vannerie, maroquinerie, broderie, tissage et forge. Contrairement au commerce, au transport et à l'agriculture, l'artisanat laisse une grande place aux femmes. Dans le cadre de l'exploitation du charbon, il faut noter aussi la place importante qu'occupe la Société Nigérienne de production de Charbon (SONICHAR) qui emploie plusieurs centaines de travailleurs permanents et temporaires. Il faut rappeler aussi que la ville s'est construite autour de cette société. La SONICHAR est une société nigérienne, créée en 1975, qui opère dans le domaine de l'énergie et de la production d'électricité. Elle exploite le gisement de charbon à Anou Araren à environ 3 km de la ville de Tchirozérine. Le charbon extrait est utilisé sur place dans une centrale thermique pour produire de l'électricité qui alimente les usines de traitement d'uranium d'Arlit et d'Akokan ainsi que les principales villes de la région d'Agadez. Ainsi l'électricité est vendue à la COMINAK, la SOMAIR et la NIGELEC.

#### 2.1.2 Département d'Iférouane

Les communes rurales d'Iférouane et de Timia se situent respectivement à 340 kilomètres au sud-est et à 220 kilomètres au nord-est d'Agadez. Les touaregs constituent l'ethnie dominante dans ces deux communes. Les Haoussas, représentant l'ethnie minoritaire, sont pour la plupart des commerçants. La culture maraichère représente l'une des principales activités exercées dans ces localités.

L'image qui retient l'attention du visiteur qui arrive pour la première fois dans ces communes est la présence des jardins tout au long de la rivière *Goulbi*<sup>5</sup>. A l'intérieur, on aperçoit des arbres fruitiers comme les dattiers, les manguiers, les grenadiers, les orangers, etc. La culture des produits maraichers comme l'oignon, les pommes de terre, le blé, l'ail est aussi une activité importante. Une grande partie de ces productions est destinée à la commercialisation.

Sur le marché de la ville, certains légumes recommandés aux enfants par les agents de santé tels que les tomates et la pomme de terre sont disponibles. Certains fruits comme le melon,

---

<sup>5</sup> Marre semi permanente



la pastèque, la mangue sont également à la portée des habitants.

Les habitants disposent de deux sources d'approvisionnement en eau : des puits cimentés alimentés par le *Goulbi* et des mini-APE. Cependant, la commune de Timia a un sérieux problème d'eau potable. Pendant notre court séjour, l'eau était rare dans les robinets, d'où le recours des habitants à l'eau des puits qui elle-même commence à tarir à cause de la baisse de la nappe, provoquant aussi une diminution du niveau d'eau.

Ne disposant pas d'assez de terre, les habitants de Timia taillent les rochers pour construire leurs habitations. Ces habitations sont très serrées. Du fait que les rochers sont difficiles à creuser, mais aussi en l'absence d'espace suffisant pour l'habitat, beaucoup de concessions ne disposent pas de latrines. La défécation est faite en plein air sur les rochers.

L'autre partie de la population est nomade. Elle vit généralement très loin de la ville et se déplace d'un endroit à un autre à la recherche de pâturages. L'aliment de base de cette population est le lait. Malheureusement avec la baisse des pluies, l'accès aux ressources fourragères devient difficile provoquant ainsi une sous production du lait chez les animaux. De plus, les chèvres plus présentes sont de plus en plus attaquées par les prédateurs sauvages (chacals et autres).

Les ressources des ménages proviennent essentiellement des activités exercées par les populations complétées par l'argent envoyé par les migrants issus de ces ménages.

## 2.2. Offre des services de santé

Les départements de Tchirozérine et de d'Iférouane disposent chacun d'un District Sanitaire (DS) avec leurs démembrements notamment les CSI et les Cases de Santé (CS). A Iférouane, l'offre de services de santé du département est assurée par un DS géré par une Équipe Cadre du District (ECD) composée d'un médecin, d'un médecin adjoint, d'un communicateur et d'un chargé de la surveillance épidémiologique. Au niveau du chef-lieu du département, se trouve un CSI type 2 qui fonctionne avec 9 personnels : Un chef CSI et son adjoint, tous deux infirmiers diplômés d'état (IDE), deux sages-femmes, une perceptrice, une fille de salle et deux matrones qui font office des relais communautaires. Quelques pagi volts sont accrochés au mur dans le hall et à l'entrée du bureau du chef CSI. Ces images rappellent le calendrier vaccinal de l'enfant et la promotion de la planification familiale.

Quant au département de Tchirozérine, le district sanitaire créé en 2004 est localisé dans la ville d'Agadez. Selon les informations recueillies auprès des autorités en place, plusieurs raisons sont à l'origine de la localisation du district à Agadez et non dans le chef-lieu du département. D'abord, avec la présence du CSI SONICHAR, les autorités sanitaires ont décidé de laisser le district à Agadez pour la simple raison que le centre de santé implanté par la SONICHAR prend en charge gratuitement les soins de santé. La distance de la ville de Tchirozérine par rapport aux autres aires de santé avancées est une autre raison explicative de ce positionnement. Ainsi, Agadez est plus proche, presque au centre de toutes les aires de santé du département. Enfin, le manque de locaux et d'infrastructures<sup>6</sup> constitue aussi une des raisons de l'absence du district dans le chef-lieu du département.

### 2.2.1. Prise en charge nutritionnelle

<sup>6</sup> Dans les années antérieures, la SONICHAR a voulu financer la construction du district, ce qui n'a pas pu se faire en raison d'un manque d'accord avec les autorités. Par ailleurs un espace est actuellement identifié après une étude de terrain de la part des partenaires algériens qui comptent financer la construction du district.

Les deux districts offrent une prise en charge nutritionnelle aux enfants dépistés et atteints de malnutrition aiguë. Celle-ci se fait tous les jours ouvrables. A Tchirozérine elle se fait par un assistant nutritionnel qui est dans le service depuis 1996. Elle est soutenue par les autres agents durant les périodes de pics annuels de malnutrition aiguë.

Ainsi du 1<sup>er</sup> janvier au 07 juin 2022, 63 cas de malnutrition ont été notifiés au CRENAM, contre 74 cas au CRENAS et 51 cas au CRENI soit 188 cas au total. D'après le service, ce nombre est faible par rapport au nombre habituel de cas de malnutrition durant cette période de l'année. Durant certaines années, on peut notifier plus de 50 cas de malnutrition aiguë par jour.

Dans tout le département de Tchirozérine, il existe un seul centre de prise en charge de la malnutrition infantile. Il s'agit du CSI mission. Ce dernier a été créé dans le cadre de la mission évangélicatrice pour favoriser la transmission du message de l'évangile. Il y a un problème majeur dans ces zones d'accès aux services sociaux de base de santé et d'éducation adaptés à la vie nomade. Par ailleurs, avec la succession des crises alimentaires et nutritionnelles, le centre s'est spécialisé dans la prise en charge de la malnutrition aiguë. La première expérience remonte à la famine de 1980 à 1984. Le centre faisait une prise en charge à travers le programme de récupération nutritionnelle avec du lait de chèvre et des aliments localement disponibles. Progressivement le paquet des prestations a été élargi grâce à l'ouverture de CRENI et de CRENAS.

Le CSI est de type 2 et est basé dans la cité de la société SONICHAR. Les services offerts dans ce CSI portent sur la prise en charge médicale, les CPN, l'accouchement, la CN et les références en cas de malnutrition aiguë sévère avec complications. Il dispose également d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un service de radiologie. Le service possède deux ambulances médicalisées pour assurer les évacuations sanitaires vers le centre de référence. Le personnel se compose de deux médecins, d'un major, d'un radiologue et de plusieurs infirmiers et sages-femmes.

Il a été créé pour prendre en charge gratuitement l'ensemble des employés de la société. Par ailleurs, il y a une clause entre la société et la population de la ville du fait de l'exploitation de la mine dans la commune. Cette clause prévoit l'approvisionnement en eau de la ville par la société et la prise en charge gratuite des habitants malades qui se présentent au CSI.

Cependant la société n'arrive plus à respecter certains éléments de cette clause contractuelle. En effet, depuis la fermeture de la COMINAK à Arlit qui consommait environ 60 % de l'électricité produite, la société traverse une crise financière. Cette situation a abouti à une réorientation des priorités dans l'offre de services avec une diminution d'environ 30 % du budget du service de santé selon nos enquêtés. Ainsi, dans la prise en charge des personnes malades, seule la consultation médicale est actuellement gratuite. Des coupures répétitives d'eau potable sont aussi enregistrées.

Le service est assuré par un système de planning rotatif pour tous les agents de l'Etat, excepté les agents de la mission catholique. Les agents de la mission catholique viennent tous les jours comme c'est le cas de la nutritionniste et du pharmacien.



## 2.2.2. Programmes et stratégies de communications pour le changement de comportement

Plusieurs programmes en faveur d'un changement de comportement sont instaurés au niveau des formations sanitaires visitées. Ces programmes sont entre autres, la Planification Familiale (PF), l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), l'accouchement assisté, l'hygiène et assainissement, les consultations prénatales et des nourrissons, la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère.

Des séances de sensibilisations sont organisées au niveau des formations sanitaires pour amener les femmes à changer de comportement en leur montrant les bienfaits de tous ces programmes.

**Planification Familiale (PF)** : les méthodes modernes de contraception sont disponibles au niveau des services de santé. Elles sont généralement délivrées par les sages-femmes (dans les CSI où il existe des maternités) sinon par une infirmière. D'après le discours des agents de santé, les femmes sont sensibilisées à utiliser les méthodes modernes afin d'éviter les grossesses rapprochées. Il y a deux façons de faire la sensibilisation : (i) une sensibilisation de masse lorsqu'il y a un nombre important de femmes venues pour les prestations et (ii) une sensibilisation individuelle. La radio communautaire est aussi mobilisée pour passer les messages de sensibilisation sur l'espacement des naissances. Des pagi volts faisant la promotion de la planification familiale sont aussi accrochés sur les portes des certaines salles du CSI.

**Allaitement Maternel Exclusif (AME)** : les femmes allaitantes sont sensibilisées pour donner exclusivement le lait maternel à leurs enfants jusqu'à l'âge de six (6) mois. Elles ne doivent donc pas commencer à donner de l'eau avant les 6 premiers mois. Il est indiqué aux femmes qu'elles n'ont pas besoin de donner de l'eau à leurs bébés car le lait maternel contient de l'eau en quantité suffisante et des nutriments qui protègent l'enfant contre beaucoup de maladies.

**Consultations Prénatales et des Nourrissons (CPN et CN)** : les femmes sont appelées à respecter le nombre de visites recommandées avant leur accouchement. En ce qui concerne les consultations des nourrissons, il est expliqué aux mères l'intérêt pour un enfant de bénéficier de tous ses vaccins. On observe également des pagi volts accrochés au mur dans le hall de tri du CSI. Ces imagent montrent le calendrier vaccinal de l'enfant jusqu'à 23 mois.

**Accouchement assisté** : c'est aussi un programme sur lequel les agents de santé insistent beaucoup pour que les femmes accouchent à la maternité afin de prévenir les complications. Les relais communautaires sont mobilisés par le CSI pour inciter les femmes à accoucher dans les maternités.

**Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)** : les mères d'enfant reçoivent des conseils nutritionnels de la part des agents de santé et des relais communautaires selon l'âge de l'enfant. Par exemple, un peu de bouillie enrichie après 6 mois, un peu de sauce riche en légumes, etc. Les démonstrations culinaires deviennent de plus en plus rares au niveau des formations sanitaires. À Iférouane, les femmes/relais communautaires ont cependant initié une cotisation de 250 francs CFA entre elles pour pouvoir maintenir les démonstrations culinaires. Ces dernières se font toutes les 2 semaines et se tiennent, à tour de rôle, dans les quartiers de la commune et dans les villages environnants.

Les partenaires d'appui à ces programmes étaient entre autres le PAM à travers la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes ainsi que des enfants malnutris modérés, mais ces appuis ne sont plus assurés. Les agents de santé ignorent les raisons de cette situation, ils ont

juste reçu une note pour annoncer l'arrêt du programme. Durant la mise en œuvre de ce programme, les groupes cibles recevaient des céréales (mil, sorgho, huile) et assistaient à des démonstrations culinaires (notamment la préparation de bouillie enrichie) au niveau des formations sanitaires. Le PAM avait également formé des relais communautaires pour dépister et référer les enfants atteints de malnutrition aiguë.

**L'ONG Animas Sutura** appuie les formations sanitaires en produits contraceptifs modernes et dans les sensibilisations en matière d'hygiène. Elle assure également la distribution des contraceptifs au niveau communautaire notamment en formant des relais distributeurs communautaires de contraceptifs. Cependant, son intervention est très critiquée au niveau communautaire, surtout par les sage-femmes, car elle encourage selon eux « *la débauche au sein de la communauté* ».

L'**Unicef** prend en charge la malnutrition aiguë sévère des enfants en assurant la disponibilité des aliments thérapeutiques au niveau du district sanitaire.

**L'ONG ADA** dans le cadre de la lutte contre la malnutrition des enfants apporte un appui dans les démonstrations culinaires. En plus, selon les propos de nos enquêtés, l'ONG accorde une somme forfaitaire de 20.000 Frs CFA par mois aux femmes vulnérables de la commune. L'objectif est d'atteindre 30 femmes vulnérables par quartier (la commune compte 7 quartiers). La stratégie est de permettre à ces femmes d'acheter une chèvre afin d'avoir du lait pour son enfant. Dès que la chèvre met bas, elle est donnée à une autre femme vulnérable du quartier et ainsi de suite. Pour le moment deux quartiers seulement ont été touchés.

Tous les programmes mis en œuvre sont positivement appréciés par les personnes enquêtées, à l'exception de la PF qui est perçue par une grande partie des maris comme « *inadaptée aux valeurs religieuses* ». Si cette stratégie a fait ses preuves particulièrement dans le chef-lieu de commune d'Iférouane, elle fait cependant face à des résistances dans les villages. Par exemple, à Tamechite un village d'Abarakan, le relais formé par Animas Sutura, du fait de la pression des sages du village, a été contraint d'arrêter ses activités de distribution des contraceptifs au niveau communautaire en ramenant les produits contraceptifs et les kits au niveau du CSI de Abarakan.



### 3. REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION INFANTILE EN MILIEU TAMASHEQ D'AGADEZ

Il s'agit d'apprécier les connaissances, référentiels et logiques qui gouvernent les pratiques et comportements des populations en matière de malnutrition infantile.

#### 3.1. La malnutrition infantile vue par les acteurs de développement

Les interventions de développement sont en fonction des représentations que les développeurs se font des objets qui les intéressent mais aussi et surtout de ce qu'ils veulent faire des populations bénéficiaires (De Sardan, 1995). Au Niger, comme dans d'autres pays en développement, la malnutrition infantile est perçue comme le résultat de plusieurs facteurs sociaux associés aux comportements des populations en matière de la santé et de la nutrition des jeunes enfants. Des résultats d'études réalisées dans différents pays corroborent cette perception que partagent les développeurs. Des études socio-anthropologique (Desclaux, 1996 ; Keith et Koné, 2005 ; Koné, 2008), en abordant la question sous l'angle socio-culturel, mettent en lumière les comportements et pratiques sociales des populations qui sont les causes sociales du phénomène de malnutrition. L'analyse de ces travaux permet de distinguer les comportements alimentaires, les problèmes d'hygiène, le fort taux de fécondité, les comportements nuptiaux, les problèmes conjugaux, la « négligence » parentale, les représentations de la malnutrition etc., parmi les déterminants de la malnutrition infantile. Dans les sociétés parlant haoussa, tous ces déterminants représentent un ensemble de facteurs qui sont plus sociaux que matériels comme par exemple la nature des modèles alimentaires dominants, l'organisation sociale de la préparation de la nourriture au sein des foyers (Claude Raynault, 1993) et l'organisation de sa répartition et consommation.

Pour agir sur certains de ces facteurs, des programmes et messages de sensibilisation sont mis en œuvre par l'Etat et ses partenaires pour un changement des comportements des populations bénéficiaires. Dans la région d'Agadez, tout comme dans le reste du pays, les messages de sensibilisation sont véhiculés par divers acteurs :

**Des professionnels de santé** ayant la charge d'assurer la santé dans une perspective de santé communautaire.

**Les relais communautaires/Mamans lumières** : qui sont recrutés localement par les ONG pour la mise en œuvre des projets de développement. Ils sont le prolongement du système de santé au niveau communautaire. Leurs activités consistent à faire des mobilisations et des sensibilisations communautaires à travers les assemblées villageoises, les visites à domicile, les causeries de groupes et parfois des entretiens individuels. Les relais profitent également des événements sociaux qui rassemblent les femmes pour passer des messages de sensibilisation.

Les matrones, les associations des jeunes, les crieurs publics, les chefs de villages, les imams, la mairie, les acteurs de la radio communautaire sont sporadiquement impliqués pour faciliter la diffusion des messages lorsque cela est nécessaire.

Substantiellement, les messages transmis aux mères concernent l'étiologie médicale de la malnutrition infantile et son diagnostic par (les femmes) pour le référencement vers les centres de santé. Cela vise essentiellement à agir sur les représentations populaires de la malnutrition infantile et subséquemment à influencer et à orienter le recours aux services des soins conventionnels.

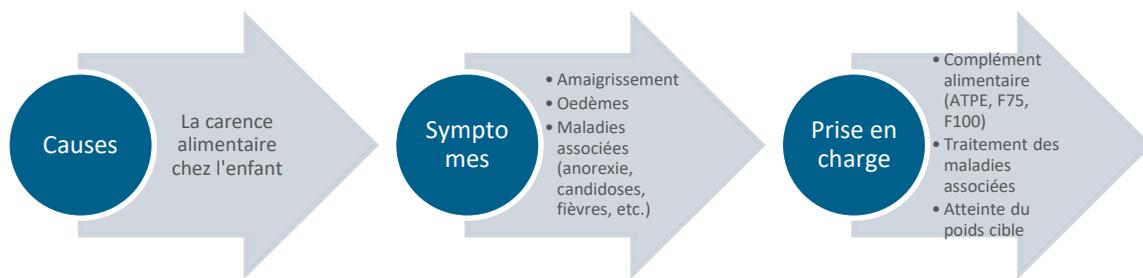
### 3.2. Représentations médicales et sociales de la malnutrition infantile

Il existe des écarts importants entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition infantile. Les référentiels et les logiques entre les deux registres explicatifs de la pathologie sont parfois contraires et entrent en friction lorsqu'il s'agit de la quête de soins et de la guérison.

#### 3.2.1. Causes médicales de la malnutrition infantile

La lecture biomédicale de la malnutrition aiguë par exemple est entre autres liée à une carence d'apport alimentaire et en nutriments qui entraîne l'amaigrissement du corps et l'état pathologique chez l'enfant. Cette lecture nécessite pour la prise en charge du sujet atteint de malnutrition aiguë, la fourniture des compléments d'aliments pour la récupération nutritionnelle et la prise de poids. Un focus sur l'atteinte du poids cible de chaque enfant est mis en avant. Ce poids est déterminé à partir d'une grille de lecture standardisée qui s'appuie sur des critères anthropométriques tels que la taille, le poids et le périmètre brachial. La figure ci-après retrace la représentation médicale de la malnutrition infantile, sous l'angle de déficit d'apport alimentaire et nutritionnel, telle que véhiculée par les professionnels de santé et leurs auxiliaires.

**Figure 1 : Représentation médicale de la malnutrition infantile**



La perception médicale de la malnutrition liée à la carence alimentaire et en nutriments est largement partagée par les populations des départements visités. Pour elles, la malnutrition, communément appelée « *yanti*<sup>7</sup> » est aussi associée à l'alimentation inadéquate pour les enfants. Les populations Touareg et Peuls soulignent volontiers que la malnutrition est la conséquence de la mauvaise alimentation ou de la faim. Les populations comme les agents de santé désignent la malnutrition par le terme « *yanti* » qui veut dire la faim, une incapacité du mari à nourrir sa famille, ou la « négligence » des mères vis-à-vis de l'alimentation de leurs enfants. Cependant la malnutrition infantile n'est pas uniquement la conséquence d'une carence alimentaire et en nutriments du point de vue des populations. Elle renvoie à bien d'autres causes socialement invoquées par les populations comme explications de ce phénomène.

<sup>7</sup> Veut la faim en tamasheq



### 3.2.2. Causes sociales de la malnutrition infantile

Il existe plusieurs explications autour des causes de la malnutrition. Parmi ces causes, celles qui relèvent du social jouent un rôle important dans la survenue de la malnutrition des enfants. Elles vont des causes hygiéniques à celles liées à l'alimentation en passant par celles causées par l'ignorance et le manque d'accès à l'information sur la nutrition.

#### 3.2.2.1. Le manque d'hygiène comme cause de malnutrition

On peut d'abord noter le manque d'hygiène environnementale qui est un facteur de malnutrition chez les enfants. L'utilisation des ustensiles de cuisine « sales » pour alimenter l'enfant en est un. Ces sont des ustensiles exposés à des vecteurs tels que les mouches, les animaux domestiques qui pourraient y déposer des microbes pathogènes. Cela est dû au fait que les ustensiles ne sont pas protégés avant et même après la vaisselle. Ils ne sont pas couverts avec un morceau de tissu comme cela est promu par les relais communautaires. Par exemple, les biberons qui sont utilisés pour nourrir les enfants ne sont pas protégés des mouches et ne sont pas souvent désinfectés dans l'eau bouillante par la plupart des femmes. Ce qui augmente le risque de provoquer des diarrhées chez l'enfant tant les conditions dans lesquelles ces biberons sont entretenus facilitent la survenue des diarrhées, un des déterminants possibles de la malnutrition.

Selon les recommandations véhiculées par les relais communautaires, le biberon ne doit pas être utilisé systématiquement puisque l'allaitement maternel doit être privilégié, son usage doit être fait au cas par cas. Dans cette dernière situation, un enfant a besoin de plus de six (6) biberons pour qu'il soit bien nourri au cours d'une journée. Or le biberon est un dispositif qui a la particularité d'attirer les mouches suite aux fréquentes manipulations à la main. Les dépôts des microbes liés à l'environnement de l'enfant peuvent passer dans son ventre au cours de la succion. L'enfant étant fragile, ces microbes lui provoquent facilement la diarrhée et dans certains cas des vomissements. La diarrhée entraîne la déshydratation chez l'enfant, ce qui représenterait un risque majeur par la suite dans la survenue de la malnutrition. Pour la plupart des parents, à peine deux prises de biberons sont données par jour. Par ailleurs, pour nettoyer un biberon utilisé, celui-ci doit être d'abord trempé dans de l'eau associée à un désinfectant puis être nettoyé avec du savon et ensuite réchauffé dans de l'eau chaude. Après, ces étapes le biberon est rempli avec du lait sans toucher la tétine. Cependant, il y a beaucoup de femmes qui ne maîtrisent pas ces étapes. Certaines n'ont pas le temps pour bien respecter ces étapes et même quand elles y arrivent, ce ne sont pas elles qui nourrissent l'enfant surtout quand il s'agit des femmes qui travaillent. Par exemple on ne peut pas demander aux femmes rurales d'appliquer cela car souvent elles peuvent passer toute la journée sans se laver les mains et très souvent ce sont elles et parfois les grand-mères qui assurent la garde des enfants.

En outre, le manque d'hygiène corporelle de la mère est un des facteurs de risque de la malnutrition. Il y a d'abord celle qui balaye ou fait les tâches ménagères et dans le même temps nourrit l'enfant. Souvent les mains de la mère ne sont pas propres. Sans nettoyer ses mains, elle nourrit l'enfant en même temps qu'elle exécute ses activités. Il y a ensuite celle qui allaite l'enfant après avoir parcouru toute la ville dans la poussière, la sueur et l'humidité. L'enfant est ainsi exposé à des bactéries et virus ramassés çà et là.

De plus, le pagne dans lequel l'enfant est mis est aussi très souvent pas propre. Le pagne est jeté n'importe où et c'est avec ce pagne qu'on nettoie l'enfant parfois quand il défèque. Ce sont les même habits portés par la maman qui sont utilisés pour nettoyer l'enfant. Certaines femmes parlent de l'utilisation d'un pagne sur lequel il y a eu des rapports sexuels et « *qu'il y a eu quelque gouttes de sperme versées dessus* ». Ce qui veut dire selon elles « *qu'il est souillé* ».

De même, la mauvaise utilisation des couches chez l'enfant peut être un facteur de contamination. Souvent les couches sont placées à l'enfant pendant toute une journée sans être remplacées. Cette situation est aussi observée chez les femmes fonctionnaires et pendant les festivités (baptême, mariage, rencontres diverses). L'enfant urine et fait des selles dans la couche. Ce qui peut créer une auto contamination de l'enfant.

Enfin, le manque en eau dans certaines localités fait que les règles d'hygiènes sont difficiles à respecter. Ce qui entraîne un manque d'hygiène chronique qui expose l'enfant à des contaminations récurrentes. Par exemple, au niveau de la commune de Timia, les habitants disposent de deux sources d'approvisionnement en eau : des puits cimentés en plein *Goulbi* et des mini-APE. Cependant, la commune de Timia a un sérieux problème d'eau potable. Pendant notre court séjour, l'eau était rare dans les robinets, d'où le recours des habitants à l'eau des puits qui elle-même commence à tarir à cause de la baisse de la nappe provoquant aussi une diminution du niveau d'eau dans les puits.

### **3.2.2.2. La « négligence » des mères comme un facteur de risque possible de la malnutrition**

Plusieurs mères sont qualifiées de « négligentes » parce qu'elles ne s'occupent pas bien de leurs enfants. Il y a celles qui laissent l'enfant se nourrir seul sans surveillance. Pendant ce temps l'enfant met la main partout et ramasse tout ce qu'il trouve (objets et sable). Les mères « portent peu d'attention vis-à-vis de l'hygiène corporelle de leur enfant ». Parfois, ce manque d'hygiène s'explique par les charges de travaux auxquels elles font face quotidiennement. L'enfant est abandonné et laissé sur le sable presque toute la journée. Il joue avec du sable dans un espace non balayé, donc non hygiénique. La mère observe la situation sans se soucier des conséquences sur la santé de son enfant. A long terme, cette façon de s'occuper de l'enfant l'expose à des épisodes de diarrhée récurrents et par ricochet à la malnutrition.

La mère en général part travailler ou s'adonner à des activités en laissant l'enfant non convenablement nourri. Les périodes et moments de prises alimentaires ne sont pas respectés chez ces enfants. Souvent, c'est quand la mère rentre le soir qu'elle prépare le repas familial dans des conditions d'hygiène parfois non optimales.

### **3.2.2.3. L'alimentation maternelle monotone comme un facteur de risque possible de malnutrition chez l'enfant**

Enfin, la sous-alimentation ou la malnutrition chez la mère peut aussi être un facteur de risque de malnutrition chez le nourrisson. Une mère qui est malnutrie ne peut pas bien allaiter son nourrisson et même si elle arrive à le faire, il pourrait ne pas recevoir un lait en quantité suffisante avec le nombre adéquat de tétées qui puisse lui permettre un développement normal. Cela rend l'enfant vulnérable à la malnutrition. L'exemple d'une femme du village d'Etahas est frappant.

« Depuis que ma fille est venue au monde, mes seins ne produisent pas de lait. J'ai été plusieurs fois au CSI, mais mon problème n'a pas été résolu. A la naissance, le docteur m'a recommandé de lui donner du lait en boîte, après plusieurs mois on a constaté qu'elle n'évoluait pas, je l'ai ramené au CSI alors le docteur m'a dit de lui donner du lait de chèvre que je dois chauffer avant et augmenter un peu d'eau, et c'est de ça qu'elle vit actuellement, s'ils m'avaient donné du PPN ou la farine peut être son état allait s'améliorer car si je mange ça le lait allait sûrement revenir ». (Femme, du village d'Etahas/Iférouane).



#### 3.2.2.4. « L'ignorance » des mères comme une des causes possibles de malnutrition des enfants

« L'ignorance » ou le manque d'accès à l'information nutritionnelle concerne les jeunes mères surtout les primipares qui n'ont pas d'expérience sur la prise en charge de l'enfant et de surcroit le manque de connaissance de ses besoins nutritionnels. Ces mères ne comprennent pas les réactions de l'enfant. Elles ne connaissent pas ses besoins sur le plan nutritionnel. Cette « ignorance » fait qu'elles peuvent garder un enfant malade pendant des jours avant de l'amener pour se faire soigner.

#### 3.2.2.5. Les périodes de soudure annuelle sont des périodes de faible disponibilité des aliments locaux

La période de soudure est une période de faible disponibilité alimentaire à cause de l'épuisement des stocks familiaux chez les sédentaires et chez les éleveurs. Elle correspond à la période de saison sèche précédant la saison des pluies. C'est une période de rupture fréquente d'aliments dans les familles. Il n'y a pas assez de nourriture pour pouvoir assurer l'alimentation adéquate de la famille. Ce qui rend les femmes et les enfants vulnérables à toutes sortes de maladies et à la sous-alimentation. D'ailleurs, c'est au cours de cette période que le plus grand nombre des cas de malnutrition est enregistré.

La saison froide qui coïncide à la période de rhinopharyngite de l'enfant est aussi un moment critique. Dans cette période les enfants font fréquemment le rhume qui est à l'origine des fièvres, et s'accompagne parfois de vomissements et de diarrhées. Avec ces maladies, les enfants perdent l'appétit et mangent moins que d'habitude. Il s'agit de la deuxième période à laquelle le plus grand nombre des malnutris est enregistré après celle du pic de paludisme.

### 3.3. Diagnostic de la malnutrition : connaissances et attitudes des populations

Contrairement à la perception médicale, la maigreur n'est pas automatiquement associée à la malnutrition des enfants chez les populations des zones visitées. Le caractère morphologique d'un enfant chétif, n'est considéré comme pathologique que lorsque celui-ci présente des signes et symptômes tels que la diarrhée, les vomissements et la fièvre. Chez les populations (Touaregs, Peuls et Haoussas), la maigreur en soi n'inquiète pas les parents, « *elle est un état physique normal parfois héréditaire* ». Pour la plupart d'entre eux il est difficile de distinguer l'enfant normal de celui qui n'est pas du point de vue de l'apparence physique et de la taille. Souvent c'est quand l'état physique de l'enfant est altéré ou qu'il reste apathique que les parents constatent qu'il est malade. Il y a aussi ceux qui perçoivent la malnutrition comme l'œuvre de l'attaque d'un génie, d'un sorcier ou d'un sort jeté sur un enfant par la jalousie ou la méchanceté d'autrui. Dans certains cas, la malnutrition d'un enfant peut être « envoyée » comme un sort par quelqu'un pour nuire à l'enfant et par ricochet à la mère. Ce qui explique aussi le recours thérapeutique auprès des acteurs tels que « *boca* » ou marabout afin de détruire ou annuler ledit sort.

### 3.4. Malnutrition infantile et recours thérapeutique

Beaucoup ne font recours au traitement moderne qu'en cas de complication ou quand l'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas au bout de plusieurs jours de maladie. En cas de convulsion avec vomissement et diarrhée parfois accompagnée de dermatose (« *Tchinchagate* »), les parents recourent aux traitements traditionnels. Dans la logique des enquêtés, même si on a recours aux traitements modernes, l'enfant ne guérit pas tant qu'on ne lui a pas administré les traitements traditionnels. « *Toubaze* » qui signifie une forte fièvre qu'on retrouve chez les enfants est selon les populations, « *une fièvre que le centre de santé ne peut casser, il faut recourir aux médicaments traditionnels* ». Aussi en cas de diarrhée, les enquêtés nous ont fait savoir qu'ils ont recours à « *Tighar* » pour la traiter. Selon les tradipraticiens :

« La préparation de Tighar consiste à piler ses feuilles et les mélanger avec un peu d'eau. Le mélange est ensuite appliqué sur la tête de l'enfant pendant 3 jours. Les feuilles de « *Zizifus Mauritania, Kourna* » sont utilisées pour traiter le Zahi chez l'enfant qui présente de la fièvre, de la faiblesse et du manque d'appétit. Les feuilles sont pilées et ensuite appliquées sur la tête de l'enfant ». (Notes d'entretiens avec les tradipraticiens et les herboristes).

**Etude de cas :** Guérisseuse traditionnelle, une alternative à la prise en charge médicale de la malnutrition

Aja est une vieille femme d'une soixantaine d'année. Elle pratique le métier de tradipraticien, qu'elle a appris avec une vieille, depuis 30 ans. Elle est réputée et très reconnue pour son savoir-faire par les habitants de la ville d'Iférouane et ceux des villages environnants et même lointains. Aja reçoit des patients (hommes, femmes), des enfants, des femmes enceintes et des femmes en travail, dans son jardin tout près de son domicile qui sert de lieu de consultation des malades et de traitement. Elle prend en charge des pathologies comme « *Toukse*<sup>8</sup> », (littéralement chaud en tamasheq et *Zahi en haoussa*), « *Tasmat* » (littéralement froid en tamasheq et *Sanhi en haoussa*) et « *Alafass* », (littéralement des « problèmes digestifs »). Pour diagnostiquer ces pathologies, elle pose sa main sur le ventre de ses patients. Le même diagnostic est aussi appliqué aux femmes enceintes et celles qui sont en travail.

D'après la guérisseuse, *Alafass* est une pathologie que le centre de santé ne peut traiter. Elle ne peut être traitée que par des soins traditionnels. Comme médicament, elle donne des décoctions à boire et parfois elle fait « *tennafelt* » (purge) à l'aide d'un presseur afin d'évacuer les saletés dans le ventre de ses patients. Cet instrument de travail régulièrement utilisé pour purger les ventres des enfants est gardé dans des conditions d'hygiène déplorables. Il est rarement lavé et n'est ni à l'abri des mouches ni de la poussière. Il arrive que la malnutrition chez certains enfants soit qualifiée de *Alafass* comme le cas d'un enfant du village qui a été dépisté malnutri et admis au programme, mais qui a fini par être pris en charge par la guérisseuse. R.M, père de l'enfant, partage l'expérience de son enfant : « *quand nous l'avons amené au CSI, il a été admis au programme de prise en charge de la malnutrition. À la fin de sa prise en charge nutritionnelle, sa santé allait mieux, mais je n'étais satisfait car il n'était pas complètement guéri. Il était faible et sans appétit. J'ai donc consulté la guérisseuse traditionnelle du village qui l'a examiné moyennant 500 FCFA. Elle a confirmé que mon enfant souffre effectivement de « Alafas ou Zahi ». Elle a préparé une décoction à base d'écorce d'adua (*balanites aegyptiaca*) et de tougar pour l'introduire dans son anus à l'aide d'un presseur pendant 3 jours. Cela a permis à l'enfant d'évacuer toutes les saletés de son ventre. Le traitement a coûté 5.000 FCFA, ce qui fait 5.500 FCFA au total. Après ce traitement, l'enfant a retrouvé l'appétit* ».

<sup>8</sup> Toukse renvoie à zahi (haoussa) et à weyno (en zarma)



Aja ne reçoit pas les femmes pour les accouchements et ne donne pas des décoctions aux femmes enceintes sauf aux accouchées à qui elle prépare une décoction à partir du 20<sup>ème</sup> jour. Cette décoction traiterait les plaies du ventre de l'accouchée. Elle est consultée par des femmes enceintes pour connaître et arranger la position de leurs fœtus mal positionnés dans le ventre. Elle affirme ne pas donner des décoctions aux femmes enceintes par crainte de nuire à leurs fœtus. Aja est aussi consultée par des femmes en travail pour vérifier si leur accouchement est proche ou si elles doivent attendre encore avant d'accoucher. Mais selon Aja, « *il y a des femmes hypocrites qui savent qu'elles vont accoucher à la maison et m'appelle alors que c'est trop tard pour aller à la maternité* ». La logique de ces femmes serait d'éviter de se rendre tôt au centre de santé pour éviter une césarienne.

Sa formation sur l'accouchement et sa sollicitation par les sages-femmes en cas d'accouchements compliqués du fait d'une position anormale de l'enfant dans le ventre a valorisé Aja et ses prestations et lui a donné une certaine crédibilité aux yeux des femmes.

**Figure 2 : Instrument utilisé par la guérisseuse pour purger le ventre, Source : Enquête Iférouane, juin 2022**



## 4. ALLAITEMENT MATERNEL : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS

La période de l'allaitement maternel est très cruciale pour le développement d'un enfant. Dès la naissance l'enfant a besoin des nutriments que contient le premier lait maternel notamment le colostrum. Pour ce faire, des recommandations essentielles sont véhiculées pour sensibiliser les populations en la matière. Il s'agit des messages de sensibilisation sur la mise au sein immédiate ou dans l'heure qui suit la délivrance, la poursuite de l'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à l'âge de six mois et les pratiques des techniques de succion et des tétées adéquates. Ce chapitre analyse la réception, l'intériorisation et l'appropriation de ces messages par les populations des départements d'Iférouane et de Tchirozerine.

### 4.1. La mise immédiate au sein du nouveau-né est une pratique différenciée selon le groupe ethnique

La mise au sein immédiate est influencée par les perceptions sociales du premier lait (colostrum). Cette perception du premier lait maternel diffère selon qu'on soit Peul, Haoussa ou Touareg, les grandes communautés de la région d'Agadez. Chez les Peuls et les Haoussas, le premier lait est considéré comme un lait « mauvais » du fait de sa texture qui ne ressemble pas à du lait. Ils pensent que « *le colostrum provoque une constipation chez l'enfant, et c'est pourquoi on donne au nouveau-né du lait de chèvre pendant 2 à 3 jours voire une semaine* » disait une enquêtée. C'est pour cette raison que le premier lait n'est pas donné à l'enfant. Pendant ce temps, le nouveau-né est nourri avec du lait de chèvre ou de chamelle. Le lait de ces animaux est considéré comme du bon lait et assez nutritif pour l'être humain parce qu'ils se nourrissent d'herbes et diverses plantes sauvages. Il n'y a pas une mise au sein systématique du nouveau-né à la naissance. L'enfant devra attendre 2, 3 jours, voire une semaine avant d'être mis au sein. La consommation du lait de chèvre par les nouveau-nés est aussi une pratique très répandue dans les localités visitées. Malheureusement ce lait est donné à l'enfant sans être stérilisé ou bouilli, alors qu'il peut contenir des microbes qui peuvent menacer la santé du nouveau-né. Dans la logique sociale, *retarder la mise au sein du nouveau-né lui éviterait de consommer le colostrum qui attacherait le ventre de l'enfant et le priverait de selles*. La plupart des populations Peuls et Haoussas affirment retarder la mise au sein en attendant l'arrivée du lait chez l'accouchée qui se manifeste par le gonflement des seins de l'accouchée.

Par contre, chez les Touaregs, le premier lait est considéré comme le meilleur par sa capacité à purger l'enfant de tous les déchets accumulés dans son ventre pendant la grossesse. Au cours du développement de l'enfant c'est le seul qui donne à l'enfant les nutriments essentiels qui conditionnent l'alimentation future de l'enfant. Rater le premier lait peut faire en sorte que l'enfant ait une allure faible même s'il est bien alimenté avec du lait maternel. C'est pour cela que les Touaregs sont plus favorables ou pratiquent plus la mise au sein immédiate. Dès que l'enfant vient au monde, il est automatiquement mis au sein surtout quand l'accouchement a lieu dans un centre de santé.

Néanmoins, les laits maternels sont aussi catégorisés par le « bon lait » et le « mauvais lait ».

Le mauvais lait n'apporte rien à l'enfant et porte le risque de le rendre malade :

« *Mai tsami* » qui est un lait maternel au goût aigre,

« *Mai zarmi* » qui est désagréable à la bouche,

« *Mai salap* » qui n'est ni sucré ni salé.

*Lait sucré* : il est lié à la consommation abusive du sucre par la mère pendant la grossesse. Le corps de l'enfant ne peut supporter la dose de sucre contenu dans ce lait. Il est maléfique



pour lui. Il risque de contracter *bayamma*<sup>9</sup>.

Le lait qui contient du *kaikai* : lorsque le lait contient la maladie du *kaikai*, il n'est pas donné au nouveau-né. Il est remplacé par du lait de chèvre ou de chamelle.

Tous ces laits sont considérés comme des mauvais laits donc non nutritifs pour l'enfant. Il existe plusieurs femmes qui souffrent de cette situation. Cependant la santé moderne ne prend pas en charge ce trouble. Le seul signe annonciateur est quand l'enfant refuse de téter et c'est du lait qui peut lui provoquer la diarrhée. Seule la médecine traditionnelle prévoit le traitement de ces troubles à travers l'usage des plantes médicinales.

#### **4.2. L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) jusqu'à l'âge de six (6) mois moins fréquent que l'allaitement maternel mixte**

Toutes les femmes interviewées connaissent et/ou ont entendu parler de l'AME. Néanmoins la plupart des femmes font un allaitement maternel mixte, couplé avec d'autres types d'aliments ou remèdes socialement admis et dont a besoin le nourrisson au cours de ses premiers mois d'existence. La pratique de l'AME coïncide ainsi avec les pratiques sociales des populations, qui s'inscrivent dans le processus de fabrication du corps de l'enfant en milieu Touareg par exemple.

##### **4.2.1. Administration de l'eau et des jus fréquente après la naissance**

Dès la naissance, la consommation d'eau de l'enfant est couramment pratiquée par les mères dans les localités visitées. Concomitamment à l'allaitement maternel, tous les jours, de l'eau est donné au nourrisson pour calmer la soif. Cette pratique sociale s'explique selon les enquêtées par le fait « *que non seulement il fait chaud mais aussi les conditions climatiques en zones désertiques et montagneuses obligent à ce qu'on donne de l'eau à l'enfant, de crainte qu'il meure de soif* ». Cependant selon les connaissances biomédicales, le lait maternel apporte suffisamment d'eau au nourrisson même dans les conditions de chaleur extrêmes. Il n'y a donc pas de risque de mourir de soif si l'allaitement exclusif est adéquatement observé.

De même, les populations administrent au nouveau-né un mélange de citron et de sucre. Cette solution est sensée « *décontracter les nerfs de l'enfant* ». Il est aussi donné de l'eau sucré à base de sucre ou des dattes à l'enfant en goutte à goutte pour « *faire savoir à l'enfant qu'il y a du bien dans ce monde, lui faire goûter aux merveilles de la vie* ». Dans le même sens, on donne de l'eau de « *bagarwa jima* » à l'enfant pour le sensibiliser « *qu'il existe le mal dans ce monde, pour qu'il sente qu'il existe des souffrances, des défis et obstacles à franchir pour survivre et pour son épanouissement* ».

Dès la naissance les enfants sont également soumis à la consommation des décoctions à base de plantes dans les groupes ethniques hormis chez les Touaregs. Le plus souvent les parents ont recours aux recettes de plantes détenues par les personnes âgées et les guérisseurs traditionnels.

L'administration dès la naissance des infusions et/ou décoctions consiste aussi « à vérifier si l'enfant ne souffre pas de malformation du passage de la gorge à l'estomac ».

<sup>9</sup> Terme utilisé en langue hausa pour désigner la jaunisse.

#### 4.2.2. Alimentation précoce fréquente avant l'âge de six mois pour habituer le nourrisson aux aliments semi-solides et solides

En plus de pratique d'administration de l'eau dès la naissance au nouveau-né, la plupart des enfants sont précocement initiés aux aliments par les mères. Deux logiques soutiennent ce comportement. Premièrement, c'est le souci de compléter l'alimentation de l'enfant lorsque la maman a un déficit de lactation. Le lait de chamelle ou de chèvre ou encore le lait industriel chez les femmes fonctionnaires sont donnés aux enfants en guise de complément alimentaire. Deuxièmement, le comportement est motivé par la volonté d'habituer l'enfant aux autres types d'aliments afin de faciliter son futur sevrage et ablactation. C'est le cas d'une femme venue au CSI d'Iférouane pour une Consultation des Nourrissons (CN) accompagnée par son mari. Le mari, informe l'infirmière du comportement de sa femme :

Mari : Madame je l'ai dit de cesser de donner de la bouillie à mon enfant, mais elle refuse, donc il faut lui expliquer.

Infirmière : toi aussi pourquoi tu lui donnes de la bouillie alors qu'on explique toujours que le lait est suffisant pour l'enfant jusqu'à 6 mois ?

La femme sourit et ne dit rien. Le mari renchérit en lui demandant de répondre à la question. La mère s'exécute.

Mère : moi je lui donne parce que je vois qu'il a presque 5 mois, et que je veux qu'il s'habitue pour qu'au moment du sevrage (passage au plat familial) qu'il ne souffre pas.

Selon l'infirmière chargée des CN, cette pratique est répandue dans les communautés. Elle est considérée comme normale dans le cadre du développement de l'enfant. L'alimentation précoce avant l'âge de 6 mois participe à la préparation des enfants par les mères au sevrage (ablactation) qui peut être brusque comme dans beaucoup de cas.

De même, dans les villes, comme dans les campagnes, le cadre de vie n'est pas du tout favorable à l'AME tant l'alimentation de l'enfant s'inscrit dans l'environnement social immédiat surtout chez les sédentaires. En effet, selon les discours des mères, l'influence des parents et grands-parents ou proches voisins rend difficile la pratique de cette recommandation. On se retrouve dans la notion de « l'entourage nourricier » tel que décrit par Charles Eduard de Suremain (2007), comme un ensemble de personnes apparentées ou non qui, en fonction de leur proximité et de leurs rapports sociaux, sont déterminants dans l'alimentation des enfants. D'autres types d'aliments, parfois lourds, qui font partie de l'alimentation quotidienne des ménages, sont également donnés aux enfants. Lorsque les mères mangent, elles ont l'habitude de donner petit à petit de la nourriture aux enfants qui traînent à quatre pattes autour d'elles. Elles leur donnent de la sauce ou de la pâte alimentaire « mastiquée » au bout des doigts pour que ça soit plus digeste. Il en est aussi de même pour les autres aliments consommés dans les ménages (haricot au riz, galettes/beignets de farine de blé, pâte de mil ou de maïs).



### 4.2.3. Préparation du corps de l'enfant entre décoctions et ports d'objets spéciaux protecteurs

Au cours de leur développement, les enfants traversent des moments difficiles qui constituent des passages obligés. Il s'agit particulièrement de la dentition et du sevrage. Ces moments s'accompagnent des malaises qui font souffrir les enfants en bas âges. Pour renforcer le corps des enfants et les préparer à affronter ces moments, les populations des zones visitées exercent des pratiques dont les logiques peuvent être portuaires et/ou alimentaires.

**Logiques alimentaires :** il s'agit de donner des décoctions, comme *Taamate* et *Aborake*, aux nourrissons. Elles permettraient de régler la santé de l'enfant, « *maganin daidaita yaro* ». Il est donné une décoction à base d'association de plantes sauvages *Tamate*, *tasakate* noir et blanc et *Rouroute* à l'enfant pour lutter contre « *Anago* ». Ce dernier est occasionné par le changement de régime alimentaire, le non-respect des heures de repas et du régime alimentaire. Il se manifeste entre autres par la diarrhée chez l'enfant.

Au cours du sevrage il est donné du « *bauri*<sup>10</sup> » ou « *Rubutu*<sup>11</sup> » pour non seulement faciliter l'acceptabilité du sevrage à l'enfant, mais aussi pour lutter contre « *anogo* » et les pleurs de l'enfant. La même substance est utilisée pour purger l'enfant des déchets mais aussi permettre la mise en forme et la construction de son corps. Des décoctions ou remèdes de grands-mères allant dans le sens de « fortifier » le corps de l'enfant afin de l'aider à passer cette période particulièrement difficile sont également données aux enfants. On comprend aisément que le respect de l'allaitement exclusif est une question très délicate, alors que les pratiques curatives et préventives des malaises et affections infantiles sont fréquemment utilisées.

**Logiques portuaires :** On peut noter l'application des feuilles brisées de « *Kurna* » sur la tête de l'enfant jusqu'à ce que l'enfant cesse la diarrhée. Les mères ont également recours à « *Kiri*<sup>12</sup> » (ou *laya* en haoussa) qui est une sorte d'amulette délivrée par certains guérisseurs traditionnels et qui est portée autour de la hanche, du cou ou du pied des enfants. Selon une de nos enquêtées, « *son prix varie entre 750 FCFA et 1000 CFA* ». Ces pratiques sont observées au niveau de la plupart des femmes, qu'elles soient instruites ou non. On a d'ailleurs observé le « *Kiri* » autour du pied de l'enfant d'une infirmière rencontrée dans un village de la commune d'Iferouane. L'utilisation d'amulette a une visée préventive contre la diarrhée et la fièvre occasionnées par la dentition et est sensée faciliter aussi la poussée dentaire chez l'enfant. « *Le traitement biomédical serait inefficace pour prévenir ces pathologies* » selon certaines enquêtées.

Il y a l'utilisation des amulettes pour lutter contre les mauvais esprits qui regroupe les génies et les sorts en plus de la prévention des maladies liées à la dentition. L'amulette contre les mauvais esprits est composée de l'association du premier cheveu et du cordon ombilical. Certains utilisent un morceau de tissu sur lequel sont écrits des versets coraniques comme amulette pour lutter contre les mauvais esprits et les maladies liées à la dentition. On retrouve ces amulettes attachées soit au cou, au bras ou au pied de l'enfant.

Ces pratiques ont une visée purement préventive pour contrecarrer les situations de risques de maladies ou d'attaques invisibles auxquelles les enfants pourraient être exposés.

<sup>10</sup> Décoctions en langue Hausa

<sup>11</sup> Eau aux vertus thérapeutiques qui a servi à laver les écritures sacrées les tablettes des marabouts

<sup>12</sup> Il s'agit d'amulette que l'on porte pour se protéger des forces maléfiques

#### 4.3. Les connaissances et comportements des femmes sur les techniques et fréquence de tétées de plus en plus favorables en dépit de nombreuses barrières

Le cahier de charge des relais communautaires comme des agents de santé intègre les sensibilisations relatives aux techniques recommandées : bonne position de tétée, fréquence des tétées, vider le sein avant de passer à un autre, assurer une bonne succion.

De l'avis des agents de santé et des relais communautaires, des avancées sont enregistrées dans le cadre de la mise en œuvre des techniques adéquates pour bien alimenter l'enfant au lait maternel. Les connaissances des femmes se sont considérablement améliorées grâce aux sensibilisations faites depuis des années. Elles ont en effet intériorisé les techniques de tétée et ont pris conscience du danger liés aux mauvaises positions et techniques de tétées qu'elles avaient l'habitude d'utiliser comme par exemple laisser le sein à l'enfant, l'allaitement en plein travaux ménagères, changement rapide de sein, etc.

Maintenant, elles ont compris l'importance des bonnes postures de tétée soit en étant couchée ou assise. Elles allaitent assez fréquemment les enfants surtout chez celles dont la lactation se fait en abondance. Beaucoup affirment qu'elles allaitent en moyenne 8 à 10 fois par jour.

Néanmoins, malgré ces avancées, il ressort des défis à relever pour une meilleure intériorisation des techniques de tétée promues par les acteurs du développement.

**L'allaitement maternel en public est déconseillé à la maman.** Les événements funéraires ou des cérémonies constituent des espaces de danger pour les enfants. Ce sont ces lieux qui rassemblent des personnes étrangères les unes aux autres, dont certaines sont potentiellement maléfiques. La présence des sorciers, des génies ou des personnes dotées de mauvaises langues inquiètent les femmes. Afin de ne pas exposer les enfants aux éventuelles menaces, les mères, en jouant leur rôle social de protection de l'enfant, se gardent de les allaiter en public. Elles répondent de ce fait à l'injonction sociale qui interdit d'allaiter un enfant dans un espace à risque. Ce dernier peut être victime du mauvais œil ou d'attaque d'un génie qui va parfois toucher le sein dans le sens de provoquer le mal de sein ou rendre l'enfant malade. Ces considérations sociales ont donc un impact défavorable sur l'allaitement des enfants en ce sens qu'elles conduisent au report de tétées lorsque la maman ne trouve pas d'espace intime pour allaiter l'enfant. L'enfant reste donc affamé pendant des heures, le temps que la maman rentre chez elle. La mauvaise garde ou le délaissement des enfants à la maison a aussi les mêmes impacts non favorables sur la fréquence des tétées.

**Problème d'hygiène :** à Tchirozérine, l'usage de biberon est très répandu dans la communauté. Les mamans tirent le lait maternel ou mettent le lait industriel dans les biberons pour nourrir leurs enfants. Ce comportement est beaucoup plus présent chez les femmes fonctionnaires. Mais les biberons ne sont pas du tout entretenus dans les conditions d'asepsies requises pour la fourniture d'un lait de qualité.

**Allaiter l'enfant dans la sueur :** en raison du fait que l'eau est « une denrée rare » à utiliser avec précaution et austérité, les populations ne se lavent pas tous les jours. Lorsque les femmes font des activités physiques, elles transpirent et sans se laver les seins, elles allaitent les enfants alors que la sueur secrétée par la maman associée au contact des vêtements peut être problématique pour l'enfant.

**Le changement rapide de sein :** cette pratique s'observe encore chez certaines femmes. Selon l'infirmière responsable du CRENAS au CSI d'Iférouane, « ces femmes changent rapidement le sein sans attendre que l'enfant ait vidé tout le contenu du premier ». Certaines affirment qu'elles ont mal surtout lorsqu'il s'agit d'un garçon dont la force de succion est intense.



D'autres ne comprennent pas encore l'utilité de cette recommandation en termes de lactation. Elles mentionnent une différence entre une fille et un garçon en termes de bonne pratique d'allaitement. En effet « *un garçon consomme beaucoup de lait par rapport à une fille* ». Le temps de téter est plus long et la fréquence est plus élevée chez le garçon. Le garçon trouve beaucoup de plaisir en tétant par rapport à la fille. Déjà la grossesse d'un garçon fait plus souffrir la mère par rapport à la grossesse de la fille. Pour allaiter un garçon, en dehors de compléments alimentaires qu'on lui donne, la mère doit convenablement se nourrir pour surmonter cette période. C'est pourquoi le garçon est sevré plutôt par rapport à la fille. A ce niveau, la faible compréhension et conscientisation des femmes s'explique selon elle par « *le faible engagement et compétences des relais communautaires* ». C'est ce qu'explique aussi la responsable du CSI mission catholique de Tchirozérine :

« Beaucoup de nos relais communautaires ne sont pas motivés et ne sont pas très bien formés. Ils ont eux-mêmes besoins de formation pour mieux expliquer les choses aux populations. On a souvent des relais qui refusent eux-mêmes de faire vacciner leurs enfants, qui ne sont pas capables de convaincre et rassembler les populations lors de nos sorties foraines. Certains ce ne sont vraiment pas des relais » (Infirmière responsable du CSI, Tchirozérine).

**Il est interdit de donner le lait maternel d'une femme enceinte à son enfant.** En cas de grossesse rapprochée le lait maternel est considéré comme mauvais pour l'enfant. Ce qui conduit au sevrage brusque dès qu'une mère allaitante se rend compte qu'elle est enceinte. Tout comme les Haoussas, les Touaregs considèrent ce lait comme mauvais et donc nuisible à la santé de l'enfant qui est allaité. Les propos d'un tradipraticien rencontré au marché hebdomadaire de Tchirozérine sont probants : « *Il est interdit de donner à l'enfant du lait maternel d'une femme enceinte. En cas de grossesse rapprochée le lait maternel est considéré comme non nutritif, non vitaminique pour l'enfant qui allaite. Ainsi une femme qui tombe enceinte doit interrompre l'allaitement au risque que l'enfant devient malade ou faible plus tard* » (Tradipraticien, Marché de Tchirozérine).





## 5. ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Dans ce chapitre, nous traitons de l'évolution des connaissances des mères et des populations sur l'alimentation de complément des enfants en bas âge. Il s'agit à ce niveau d'apprécier les connaissances théoriques des mères et leur mise en œuvre dans un contexte socioculturel des populations en majorité touarègue.

### 5.1. Connaissances et pratiques des mères sur l'alimentation de complément différenciées avec l'usage plus fréquent du plumpy Nut<sup>13</sup> dans les zones urbaines

De l'avis de nos enquêtés, les mères sont assez sensibilisées sur l'alimentation de complément. Il est régulièrement évoqué comme un des aspects dans lequel, il y a eu des avancées dans le changement de comportements des populations bénéficiaires. Selon les agents de santé, les mères intériorisent les enseignements promus dans le cadre de la mise en œuvre du protocole national sur l'Alimentation des Nourrissons et du Jeune Enfant (ANJE). A Iférouane comme à Tchirozérine, les relais communautaires constituent des petits groupes de femmes pour les sensibiliser sur les questions relatives à l'alimentation des enfants.

Beaucoup de femmes interviewées dans le cadre de cette étude, sont conscientes qu'à partir de 6<sup>ème</sup> mois, l'enfant a besoin d'autres types d'aliments pour compléter son alimentation car le lait maternel ne suffit plus pour couvrir ses besoins. Grâce aux multiples séances de sensibilisations, les mères accompagnantes d'enfants ont intériorisé des connaissances sur les recettes culinaires. En fonction de leurs ressources, elles préparent des recettes en guise de complément alimentaire pour les enfants. Les recettes régulièrement citées sont la purée de haricot, la purée de légumes, la purée de la courge, et les différents types de bouillies enrichies.

L'étude de cas de Zaraou, mère d'un enfant malnutri, à qui elle prépare régulièrement du haricot et de la bouillie enrichie à base de mil ou de riz, est illustrative d'une prise de conscience des femmes sur l'utilité des aliments de complément. En effet, malgré que son enfant bénéficie du Plumpy Nut (PPN) au niveau du CRENAS, celle-ci a jugé utile de lui préparer des aliments énergisants et variés pour compléter son alimentation. Le lait en poudre et le lait d'origine animale constituent des aliments de complément que les mères donnent régulièrement aux enfants. Le plumpy nut, très apprécié par les enfants, est aussi acheté et donné à ces derniers en guise de complément alimentaire. A Iférouane il se vend à 250 FCFA l'unité (sachet), dans des boutiques de la ville. De même à Tchirozérine, les boutiquiers le mettent dans des réfrigérateurs au même titre que les tablettes de chocolat. Les mères sont conscientes que le PPN contient des nutriments importants pour le développement des enfants. En effet, elles en achètent pour donner à leurs enfants sans qu'ils ne soient malnutris. Même lorsque l'enfant est malnutri et que le CREN est en rupture de PPN, certaines mères se tournent vers les boutiquiers et vendeurs ambulants pour se procurer du PPN. C'est le cas de la mère d'Ayoub, dont l'enfant est tombé dans la malnutrition au moment où le PPN n'est pas disponible au CSI Mission catholique de Tchirozérine. Celle-ci lui achète du PPN lorsqu'elle en a les moyens.

Les légumes sont disponibles sur le marché hebdomadaire : carottes, choux, pomme de terre, et oignons par exemple. Cependant, ils ne sont pas accessibles à tous à cause de leur cherté. A Tchirozérine, les familles se ravitaillent en légumes tous les samedis lorsque les revendeurs amènent leurs marchandises. Malgré la pratique du maraichage, le problème d'accessibilité

<sup>13</sup> Le Plumpy Nut est un aliment thérapeutique fourni gratuitement aux services de santé pour traiter la malnutrition aiguë sévère ou modérée.

financière et géographique des légumes surtout à Tchirozérine rend difficile la mise en œuvre des recettes de purée surtout chez beaucoup de femmes issues des couches vulnérables.

Les connaissances de beaucoup de mères restent en partie théoriques surtout chez les nomades qui vivent dans des zones éloignées des villes et villages de la région. Les fruits tels que les mangues, les oranges, la pastèque et les dattes par exemple sont produits dans les localités de Tchirozérine, de Timia et d'Iférouane. Ces fruits sont occasionnellement donnés aux enfants.

Cependant, certains comportements et pratiques sociales défavorables persistent encore malgré les messages transmis par les acteurs communautaires et les soignants :

**Donner à l'enfant des aliments lourds** : les femmes continuent de donner des plats familiaux difficilement digestes pour les enfants de moins d'un an. Il s'agit du riz, du haricot au riz, de la pâte de mil ou de maïs, de la pâte alimentaire. Ces mets destinés aux adultes fatiguent les enfants lors de la digestion. Le corps de l'enfant ne peut assurer la digestion de ces aliments dû à leur consistance et leur poids. « *Ce qui provoque chez l'enfant des diarrhées liée à l'indigestion* » selon les agents de santé et les relais communautaires.

**Le non variation des aliments dans le plat familial** : étant majoritairement des éleveurs, le lait devient l'aliment présent dans presque tous les plats familiaux. Chez les Touaregs et les Peuls des zones enquêtées, le lait est l'aliment le plus consommé. Avec l'absence ou la diminution du lait lorsque le fourrage devient de plus en plus insuffisant pour permettre au bétail de produire assez du lait, les Peuls comme les Touaregs par exemple consomment du mil sans lait et sans légumes ou légumineuses.

**Les restrictions alimentaires touchent surtout les produits animaux** : certaines considérations sociales associées à certains types d'aliments recommandés aux enfants influencent les comportements des populations en matière de l'alimentation de complément. A l'instar des autres communautés du pays, la communauté Touareg dispose aussi des restrictions alimentaires. Certains concernent des aliments pourtant très nutritifs et nécessaires pour le développement de l'enfant. Par exemple, l'**œuf** est interdit aux enfants car l'enfant qui en mange est susceptible de devenir un voleur. Selon d'autres enquêtés, l'enfant qui mange des œufs pourrait avoir de difficultés langagières qui se manifestent par des problèmes d'expression orale. Ces restrictions s'élargissent à la **viande de la volaille** considérée comme sale du fait qu'elle mange des excréments/selles des humains et se nourrit des ordures dans les dépotoirs. Le **poisson** fait également partie de ces restrictions. Il ressemblerait à des vers de terre, son odeur aussi n'encourage pas certains parents à le donner à leurs enfants.

**Abincin da ya kwana** : la nourriture préparée et qui a passé la nuit est déconseillé à l'enfant car il s'agit « d'un aliment qui a perdu tous ses nutriments donc non nutritifs pour l'enfant ». Selon les propos des populations, cette nourriture n'apporte pas grand-chose à l'organisme. On ne peut que se remplir le ventre mais ça n'a aucune utilité pour l'organisme « *sai day ka cika ciki amma bayda anfani ga jiki* ».

**Les prises alimentaires volontairement et anormalement espacées chez les garçons et les filles mieux protégées** : cette pratique consiste à ne pas donner de la nourriture au garçon pendant des heures « *pour l'habituer à la résistance et à l'endurance liée au manque de nourriture* ». Le garçon est destiné à surmonter les difficultés et les souffrances. Par exemple un garçon<sup>14</sup> est réveillé très tôt le matin pour accompagner les parents au puits pour puiser de l'eau et suivre/garder les animaux. Le garçon reste souvent toute la journée sans aucun repas hormis l'eau lorsqu'il surveille le troupeau. C'est une pratique d'initiation à l'endurance des

<sup>14</sup> En général, il s'agit des enfants qui sont âgés de 7 ans, capables de contrôler et conduire le bétail.



jeunes garçons rencontrée chez les Touaregs. Le garçon doit être plus résistant, c'est pourquoi il est initié à le devenir. La fille est par contre prioritaire dans la répartition des repas. S'il y a par exemple qu'un seul morceau de viande, il est donné préférentiellement à la fille parce qu'elle est naturellement « faible ou vulnérable » par rapport au garçon selon les perceptions locales. Les filles semblent donc « mieux protégées » dans la répartition intra-familiale de l'alimentation chez les Touaregs.

## 5.2. Alimentation quotidienne des ménages soumise à diverses contraintes d'accès aux aliments et à l'information

L'alimentation de l'enfant s'inscrit en grande partie dans celle des adultes dans la sphère familiale. Les enfants consomment au même titre que les adultes les mets qui sont préparés dans les ménages en milieu Touareg.

Dans le milieu d'étude, la disponibilité des produits nécessaires à l'alimentation pose problème. Il s'agit d'un milieu désertique où il n'y a que l'élevage qui est assez répandu. Il y a peu d'espace cultivable et donc moins de production agricole. Même quand la personne a les moyens d'en acheter, l'accessibilité pose problème car les marchés sont dispersés et éloignés.

Dans ce milieu, la meilleure alimentation et la plus accessible pour la population est le lait d'origine animale. Le lait des chameaux et le lait des chèvres sont les plus consommés. Ces laits sont réputés avoir un effet thérapeutique car ce sont des animaux qui se nourrissent des feuilles d'arbres et des arbustes qui sont déjà utilisés dans plusieurs traitements des maladies de l'enfant et des autres membres de la famille. Cependant, il y a de moins en moins de lait avec la récurrence de la sécheresse et les sécheresses de plus en plus longues. Pour répondre à l'insuffisance de la production laitière familiale, cette population a recours à l'achat de **lait industriel importé**. Le modèle alimentaire « convoité et envié » est le modèle urbain. En effet, pour le villageois et les nomades il n'y a qu'eux qui se nourrissent exclusivement du lait d'origine animale. Il y a cette impression que le meilleur lait est celui qui est consommé par le citadin. Or, les aliments retrouvés dans le milieu urbain sont assez chers et parfois pas frais. Il s'agit parfois d'aliments transformés importés ou localement produits. Ainsi le lait est catégorisé par certains enquêtés en :

Bon lait : il regroupe le lait en carton ou le lait en boîtes de conserves qui sont hermétiquement fermées. Selon les enquêtés, « *ces laits sont de bonne qualité et assez nutritif pour l'organisme* ». La différence est aussi remarquée pendant sa préparation par « *la façon dont le lait se mélange avec l'eau et l'odeur qui s'en dégage* ».

Il y a aussi des personnes qui pensent qu'une alimentation doit être mesurée et gérée quotidiennement par les hommes tout en évitant les gaspillages. Ainsi, le plus souvent, la quantité donnée par le mari ne suffit pour répondre au besoin familial.

Pour certains également **les aliments transformés par une machine** perdent leurs nutriments utiles pour l'organisme. Par exemple pour que le mil soit assez nutritif il faut qu'il soit transformé avec le son et donc consommé entier. C'est pourquoi, le mil décortiqué (dépourvu du son) et transformé en farine au moulin n'est pas nutritif pour la mère et l'enfant.

Chez les Peuls, les aliments comme le riz, les pâtes alimentaires et le couscous sont des aliments qui provoquent la maladie de *Zahi*<sup>15</sup>. En effet, l'enfant perd l'appétit quand il est nourri avec ces aliments. Selon certains des enquêtés « *tu vas voir par exemple l'enfant manger un peu et il est déjà rassasié, après il met un long moment avant de réclamer de la nourriture pas parce qu'il n'a pas faim mais parce qu'il ne peut pas manger* ». Ainsi, cette

<sup>15</sup> Entité nosologique populaire interne qui provoque des troubles digestifs et des diarrhées.

nourriture facilite l'installation de Zahi dans le ventre de l'enfant ce qui lui donne l'impression qu'il est rassasié alors qu'il a le ventre presque vide. Même chez l'adulte, la consommation de ces aliments est considérée comme nuisible surtout l'utilisation des bouillons de cube commerciaux ou bouillon cube ou « tablette ». Le bon aliment est le mil parce qu'il rentre dans la préparation de plusieurs plats. Le mil peut être transformé en farine pour faire de la bouillie, de la boule et préparer la pâte. Le mil peut être préparé également en couscous ou en galettes, et tous ces différents plats sont régulièrement associés avec du lait avant leur consommation. En outre, la préparation d'un plat de mil coûte moins cher par rapport à un plat de riz. Le riz demande l'association de beaucoup d'ingrédients. Il y a aussi la question d'accessibilité physique et financière pour une population à majorité nomade non monétisée.

### 5.3. Pratiques traditionnelles de soins et de restrictions alimentaires chez les femmes enceintes influencent le développement et la santé du fœtus et du nouveau-né

Socialement, l'enfant et la mère (qu'elle soit enceinte ou allaitante) sont considérés comme « l'envers et le revers d'une même médaille ». Beaucoup de remèdes et aliments qui concernent les femmes visent aussi à protéger la santé de l'enfant.

#### 5.3.1. Chez la femme enceinte

Il est donné des décoctions de plantes et d'herbes à la femme enceinte pour lui permettre « d'évacuer le dépôt de graisse et de sucre de son ventre ». Ces dépôts sont considérés comme sales appelés localement *daouda* et nuisibles pour le fœtus. Les décoctions sont appelées *Bauri* chez les Haoussas et *Tefiltesse, Tagok* et *Tawantigida* chez les Touaregs. Chez les Touaregs la décoction prend le nom de l'arbre utilisé d'où une variété de noms. En cas de mélange on parle juste du mélange de différentes plantes et herbes.

Certains aliments sont socialement proscrits aux femmes enceintes. Il s'agit de :

**La papaye** est déconseillée à la femme enceinte car il s'agit d'un aliment qui pourrait « provoquer l'avortement au cours de la grossesse ou faire souffrir l'enfant ».

**Les aliments trop pimentés ou épicés** sont interdits à la femme enceinte car ils « affectent l'appareil digestif, ce qui peut avoir comme conséquences la diarrhée et des complications au cours de la grossesse ».

**Le souchet** est interdit à la femme pendant la grossesse car, selon les conceptions populaires, « l'enfant risque de devenir pleurnichard après la naissance ». Il provoque aussi chez la femme la maladie appelé *kaikai Nono* « qui peut priver temporairement l'enfant du lait maternel ».

**Les aliments sucrés** sont interdits au cours de la grossesse parce qu'ils provoquent l'entité nosologique populaire communément dénommée « *zahi* » et provoque aussi des complications au cours de l'accouchement. Ils constituent « des déchets qui se déposent dans le ventre de la mère et aussi sur la peau de l'enfant ». Cela provoque « la dépigmentation de l'enfant dont la peau commence à devenir blanchâtre et détachable juste après l'accouchement ».

**La glace et l'eau fraîche** sont interdites à la femme enceinte car « plus tard après l'accouchement, leur consommation provoque le rhume, la bronchite et l'asthme de l'enfant de façon chronique ».



### 5.3.2. Chez la femme allaitante

Diverses pratiques et recettes alimentaires destinées aux enfants sont régulièrement faites par les populations des sites visités. Certaines ont une visée préventive consistant à fortifier et à rendre invincible le corps de l'enfant contre les affections infantiles. D'autres sont curatives et leur recours est orienté par les représentations que les populations se font des affections et maladies.

**Pratiques alimentaires fortifiantes :** il est donné du jus de farine de mil associées au moringa séché et pilé pour guérir l'enfant des diarrhées et vomissements. Une décoction à base de feuille, appelée « *Rouwan djirga* » au natron, est aussi donnée à l'enfant pour lutter contre la diarrhée. Celle-ci est sensée « *attacher le ventre* » de l'enfant en arrêtant la diarrhée.

Certaines recettes visent à purger les déchets qui se trouvent dans le ventre de l'enfant. C'est le cas de la décoction concoctée à base des racines et des feuilles de « *ruwan djirga* (Eau dans laquelle l'herbe de *durga* a été trempée pendant quelques heures) ». Cette décoction permet de purger le nourrisson des dépôts et des déchets accumulés dans son ventre au cours de la grossesse. Dans le même sens, il est donné du lait un peu aigre pour provoquer la purge des déchets internes. En effet au cours de la grossesse, l'enfant consomme une grande quantité du liquide placentaire parfois mélangé avec du sang. Or ce liquide est considéré comme une matière sale qui peut nuire à l'enfant (constipation, perte d'appétit, des maux de ventre incessants...). C'est pourquoi il est absolument important « *d'aider l'enfant à évacuer toutes ces saletés de crainte qu'il développe des maladies qui nuisent à son développement* ».

**Lorsque l'enfant est engagé dans le processus du sevrage,** il lui est donné une décoction à base d'association d'herbes (telles que « *tamate* », « *tasakate* » noir et blanc et « *rouroute* ») à l'enfant pour lutter contre *Anago*. *Anago* est occasionné par le changement de régime alimentaire, le non-respect des heures de repas et du régime alimentaire. Il se manifeste à travers la diarrhée ou des troubles digestifs chez l'enfant. Au même moment, il est donné du « *rubutu* » pour non seulement lui faire oublier le lait maternel, éviter ses pleurs mais aussi permettre une mise en forme de son corps en lui procurant un bon appétit.

**Lait de chèvre et de chamelle :** lorsque la mère allaitante a un déficit de lactation, le lait maternel est complété par le lait de chèvre ou de chamelle. Ces laits ont une visée thérapeutique contre le froid et certaines maladies comme *zahi* et le rhume (Touareg). En plus, ils sont particulièrement nutritifs et thérapeutique en raison de la consommation des variétés de plantes et d'arbres verts en toute saison par ces animaux.

**Lait maternel associé au lait industriel** s'observe beaucoup plus à Tchirozérine. Il est recommandé par les agents de santé en guise de complément alimentaire lorsque la mère a un déficit de production de lait. Cela s'observe beaucoup plus chez les fonctionnaires (hommes et femmes). Le sein de la maman est remplacé par les biberons pendant les heures de services. Cela a pour conséquence le refus catégorique de certains enfants de téter le lait maternel car ils se sont habitués au goût du lait industriel. Cela a aussi un impact sur l'affection entre mère-enfant que les agents de santé et les relais communautaires recommandent pour encourager l'allaitement maternel.

**Bouillies à base de céréales enrichies ou** associées selon le cas à l'œuf, viande, foie, Kulikuli (pâte d'arachide), aliments complémentaires riches en fer, en sel minéraux et protéines pour contribuer au développement et à la croissance de l'enfant.

**La « purée lisse »,** composée de pomme de terre, haricot et sauce, est donnée aux enfants à partir du troisième mois d'âge. Cette pratique permet de préparer l'enfant au sevrage et de l'autonomiser pour qu'il arrive à s'alimenter lui-même.

## 6. FACTEURS DETERMINANTS DE LA PREVALENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA REGION D'AGADEZ

Ce chapitre rend compte des facteurs de prévalence de la malnutrition infantile dans la région d'Agadez. Certains facteurs sont liés à la structure et l'organisation sociale. D'autres sont institutionnels renvoyant au fonctionnement du système de santé local.

### 6.1. Facteurs structurels

#### 6.1.1. Les conditions d'existence précaires et la charge de travail élevée de la femme réduisent la qualité des soins donnés aux nourrissons et aux jeunes enfants

Amener les troupeaux à l'abreuvement puis au pâturage, chercher de l'eau et du bois de chauffe constituent des corvées auxquelles sont soumises les femmes rurales des départements visités. À 4 heures du matin, ces femmes sont sur pied pour conduire les troupeaux au puits et au pâturage. Dans la plupart des cas, les puits ou les aires de pâturage sont éloignés du village. Cela amène les femmes à marcher plusieurs heures avant d'atteindre le puit et passer toute une journée à surveiller les troupeaux. Généralement en allant, certaines femmes partent avec leurs enfants mais elles n'ont pas le temps de les allaiter suffisamment. D'autres ne partent même pas avec les enfants parce que dans les conceptions populaires ils risquent d'être changés par les diables au moment où la mère, occupée à surveiller les troupeaux, laisse son enfant seul sous un arbre à la merci des êtres maléfiques (génies). Ils sont alors laissés avec les frères aînés ou confiés aux proches voisines/grands parents le temps que les mères reviennent du puit ou du pâturage. La nourriture laissée (plat familial ou la bouillie) à l'enfant peut ne pas être donnée convenablement à l'enfant voire même consommée par celle ou celui qui est chargé de le garder.

Les conditions d'existence précaires et émaillées de pauvreté influencent négativement l'alimentation des femmes et des enfants. Mais lorsque la mère ne dispose pas des moyens pour se procurer les ingrédients nécessaires pour les recettes, et qu'elle ne bénéficie de l'aide de son entourage social immédiat, la fourniture du PPN par les CFEN se présente comme le seul recours pour traiter une malnutrition sévère dans les ménages particulièrement pauvres. A ce niveau la situation de Nana traduit une trajectoire de vie d'une femme pauvre et d'un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère.

#### **Etude de cas :** le récit de vie de Nana, une trajectoire de vie assez problématique

Nana est une mère accompagnante d'Ayouba, un enfant atteint de malnutrition aiguë sévère avec complication, admis au centre de santé de la Mission catholique de Tchirozérine. Ayouba est à son 11<sup>ème</sup> jour de son admission. Sa maladie a commencé avec la diarrhée. Emmené au centre de santé, il est admis au CRENAM où il a reçu une ration de PNN pour une semaine. Cette ration n'est jamais renouvelée à cause de la rupture du produit au niveau du centre de santé. Une ordonnance pour Albendazole est prescrite à l'enfant pour le déparasitage. N'ayant pas d'argent, elle ne pouvait pas acheter le produit. Suivant les conseils de son entourage, Nana administre une tisane faite des feuilles du citronnier qu'on macère dans de l'eau chaude. Cette tisane est supposée avoir des vertus pour éliminer les vers intestinaux. Ceci n'a pas marché. Ayouba développe un manque d'appétit. Il ne mange pas et tombe progressivement dans la malnutrition aiguë sévère. Une sonde nasogastrique lui a été placée à travers laquelle il consomme son lait thérapeutique.



Nana est orpheline de père et de mère et originaire de Tessaoua (région de Maradi). Elle est issue d'une famille polygame. Elle est âgée de 25 ans et mère de deux enfants. Elle s'est mariée trois fois. Les problèmes de Nana ont commencé dans sa propre famille. Après les décès de son père et ensuite celui de sa mère, Nana est négligée, ignorée voire détestée par ses demi-frères. Après son divorce avec son premier mari, elle est revenue vivre chez elle. Malheureusement, ses sœurs et la coépouse de sa défunte maman l'ont sévèrement maltraitée. « Elles m'ont rendu la vie impossible parce qu'elles ont vu que ma mère est décédée. Je n'avais plus le droit de faire quoique ce soit. A cause de ce que j'ai vécu chez moi, je ne souhaite plus retourner là-bas (elle n'a pas pu retenir ses larmes) ».

La maison familiale est devenue invivable pour elle. Elle laisse son fils alors qu'il venait d'être sevré auprès de son père pour aller vivre chez sa sœur qui est mariée à Dosso. Avec son petit commerce (vente d'Awara), celle-ci soutient financièrement sa petite sœur divorcée. Quelque temps après, le mari de sa sœur commence à se lasser de sa présence dans sa maison. Selon Nana, son tuteur ne supporte plus de la voir chez lui indéfiniment. Il lui a fait pression pour qu'elle se marie à un monsieur dont elle juge qu'il a l'âge de son grand-père : un homme sexagénaire prénommé Soumana. Celui-ci l'emmène à Gaya où il fait ses activités. Quatre mois après être tombée enceinte, son nouveau mari l'a répudiée. Quelques semaines après, les négociations engagées par Soumana, pour le retour de Nana, chez lui n'ont pas abouti. En effet, pour la grande sœur de Nana, le divorce est prononcé une troisième fois. Ce qui veut dire, selon les prescriptions de l'islam, que Nana ne peut pas retourner vivre avec lui avant d'être mariée et divorcée avec une tierce personne. Or Soumana conteste cela car selon lui, il s'agit du deuxième divorce. Mécontent de cette situation, il abandonne Nana en grossesse. Il ne s'occupe plus d'elle. Après qu'elle ait accouché, Soumana a refusé de baptiser son fils, il a fallu qu'il soit menacé de convocation à la gendarmerie nationale pour qu'il accepte de faire la cérémonie religieuse du baptême. « Au début, il n'a pas voulu faire la cérémonie pour le baptême. Un oncle l'a effrayé de le convoquer à la gendarmerie. C'est en ce moment, qu'il a eu peur et il a envoyé un mouton et un complet pour son fils... Mais il n'est jamais venu voir son fils. Il l'a abandonné » (Nana, mère de l'enfant). Le père de Ayoub est réputé d'être un professionnel du divorce. Nana est la 12<sup>ème</sup> femme à être divorcée.

Maintenant Nana vie avec un mari originaire de Tchirozérine qui l'a rencontrée à Dosso. Il est oisif et malade : incapable d'accomplir ses devoirs intimes de mari. Malgré cela, Nana accepte de vivre avec lui parce que celui-ci lui offre quelque chose de très important pour elle : un toit.

« On vie comme frère et sœur parce que mon mari est malade, il est possédé par un génie qui l'a épousé depuis longtemps et moi je ne savais pas. Il ne s'approche jamais de moi. Et moi je reste avec lui parce que j'ai besoin d'une maison où vivre avec mon enfant. Sinon je vais finir dans la rue comme une folle ».

« Je voulais coûte que coûte me marier parce que le mari de ma sœur me déteste et il menace de divorcer ma sœur si je ne quitte pas sa maison. C'est comme ça j'ai accepté d'épouser mon actuel mari, je voulais avoir une maison où vivre ».

L'alimentation et la nutrition de son enfant n'inquiète pas les membres de sa belle-famille qui considèrent l'enfant comme un étranger, un être qui n'est pas à sa place.

Le récit de vie de Nana traduit une trajectoire assez problématique de la situation socio-économique dans laquelle elle et son enfant se retrouvent. Elle est d'abord victime des rivalités et « conflits de proximités » (Olivier de Sardan, 2018) qui ont commencé dans sa propre famille. Sa vie nuptiale et le statut social de son enfant portent des stigmates d'une vie précaire qui a des impacts sérieux sur la vie du jeune enfant.

### 6.1.2. Comportements pro natalistes : « *Rurutsa* » induisent les naissances rapprochées fréquentes

Le refus d'adhésion à la contraception moderne par certaines femmes est souvent lié à l'opposition de leurs maris malgré des conditions de vie précaires et de pauvreté. Ceux-ci sont influencés par certains religieux qui critiquent le recours à la contraception moderne. Les arguments utilisés pour rejeter l'usage des contraceptifs modernes sont donc d'ordres religieux. Son utilisation est « *haram* » ou illicite. Elle serait destinée à arrêter les naissances ou encore tuerait le fœtus. Il y a aussi les effets secondaires (la perturbation des règles) non maîtrisés qui conduisent souvent les maris tolérant (au début) les méthodes contraceptives à changer d'avis en obligeant l'arrêt immédiat des méthodes de contraception à leurs épouses.

Le refus d'adhésion à la contraception par certaines femmes s'explique aussi par l'absence des maris (orpailleurs) partis à la recherche d'or ou en exode. Ces femmes ne voient donc pas l'intérêt d'utiliser les méthodes contraceptives du fait de l'absence de leurs époux. Cependant, ces derniers peuvent rentrer à tout moment. Ce refus dû à ces conceptions entraîne des grossesses rapprochées chez les femmes allaitantes. Le plus souvent une femme allaitante qui contracte une nouvelle grossesse procède à un sevrage brusque et brutal de l'enfant allaité.

L'enfant n'ayant pas été préparé à ce changement tombe dans la malnutrition du fait de la perturbation de son régime alimentaire, du stress et l'anxiété que cela génère.

Le comportement nataliste de certaines familles joue un rôle déterminant dans la vie de la famille de façon générale et en particulier celle des enfants. Le cas ci-après décrit les conditions de vie du ménage de Zaraou et sa vie procréative.

#### **Etude de cas : Zaraou<sup>16</sup>, mère de 3 enfants malnutris, ménage pauvre**

Zaraou âgée de 36 ans est mariée monogame et n'a jamais fréquenté l'école. Son mari est un revendeur d'eau (« *garuwa* »). Il possède une charrette avec laquelle il assure le ravitaillement en eau de 4 ménages. Il est payé 20.000 F CFA le mois soit 5.000 F CFA payé par ménage bénéficiant de ses services. Il exerce également d'autres activités, lui procurant des ressources complémentaires, comme le transport et la vente de foin au niveau de la ville, le transport des récoltes des autres familles, etc. Il estime ses recettes entre 1.500 F CFA et 2.000 FCFA par jour selon la demande. Il reçoit également en compensation quelques *tiya* de récoltes transportées. Compte tenu des faibles revenus de son mari qui ne permettent pas de subvenir convenablement aux besoins alimentaires du ménage, Zaraou fait des petits contrats de travaux comme la lessive dans les domiciles. Elle est payée en nature et parfois en argent afin de contribuer à l'alimentation du ménage.

Elle est mère de 3 enfants dont deux filles et un garçon. La fille aînée a 6 ans, le second est un garçon de 3 ans et la cadette est âgée d'un an.

Zaraou a mis au monde neuf enfants. Ses six (6) premiers enfants (dont certains d'entre eux étaient des prématurés) sont décédés. À son âge, elle a connu 9 grossesses montrant ainsi qu'elle ne se repose pas suffisamment avant d'avoir le prochain enfant.



L'alimentation du ménage est dominée par le riz, le mil et le maïs. Le ménage pose deux fois la marmite dans la journée : à midi, le plus souvent c'est le riz avec sauce et le soir la pâte de maïs avec sauce verte : le gombo ou feuilles de baobab. Quand son mari gagne assez d'argent, il achète un sac de riz et de mil de 25 kg pour les stocker dans leur chambre. Le sac de riz atteindrait 2 mois avant qu'il ne s'épuise. Quand le stock du riz est épuisé et qu'il n'a pas assez d'argent pour en acheter un autre, il achète le riz par kilo. L'huile est achetée par litre ou par demi-litre. Le maïs que consomme le ménage au moment de notre passage est reçu en aumône pendant le mois de ramadan. Il arrive que le ménage ne prépare pas à manger toute une journée comme au moment de notre visite. Cela est assez fréquent.

La question d'une voisine de passage dans le ménage est illustrative : « *même aujourd'hui tu n'as pas posé la marmite ?* ». Dans de telles situations, le ménage se contente de prendre la boule à base de mil, le soir s'il trouve quelque chose il en prépare sinon on continue de prendre de la bouillie. La viande et les légumes sont rarement utilisés dans la sauce, le plus souvent c'est en cas d'un nouveau contrat que le mari en achète. En remplacement des légumes, Zaraou prépare du niébé à ses enfants.

Zaraou explique comment ces 3 enfants étaient tombés dans la malnutrition : « Mon premier enfant était tombé dans la malnutrition alors qu'il avait 3 mois. Sa malnutrition avait commencé par une anémie. Il a été pris en charge au CSI d'Iferouane où il a bénéficié des injections. Après on nous a référé à Arlit au CRENI où il a été hospitalisé pendant dix (10) jours. On lui a placé une poche de sang. On lui a aussi administré des médicaments. À notre retour, mon enfant a continué à être pris en charge en lui donnant des plumpy nut. Quant au deuxième, il avait aussi 3 mois quand il était tombé dans la malnutrition à la suite d'une dentition. Il a tellement vomi et fait la diarrhée qu'il est tombé dans la malnutrition. Quand je l'ai amené au CSI, on dit qu'il a la malnutrition ». On lui a donné des plumpy nut et des médicaments. Ils ont voulu nous référer au CRENI, mais j'avais refusé parce que nous n'avons pas de moyens. On a donc continué à lui donner le plumpy nut jusqu'à l'âge de 2 ans. Ne constatant pas d'amélioration, j'ai arrêté de lui faire prendre les PPN. Parallèlement je lui ai cherché un kiri (amulette contre la dentition) et je lui préparais la purée de haricot et la sauce de légumes. Mon troisième enfant (fille) est né chétif. Elle était fréquemment malade : fièvre, vomissement et diarrhée et elle avait fini par tomber dans la malnutrition. On lui donnait des PPN depuis qu'elle avait 3 mois jusqu'à 7 mois. À partir de ce mois, j'ai arrêté de lui faire prendre les PPN parce que son poids n'augmentait pas et j'étais stigmatisée parce que les femmes ont commencé à parler sur moi, que je suis négligente, je ne m'occupe pas très bien de mes enfants c'est pourquoi ils tombent toujours dans la malnutrition. Quand j'ai arrêté de fréquenter les services de santé, je me suis contenté de lui préparer la purée de haricot, la bouillie de mil, de riz et j'ai vraiment constaté une amélioration et c'est grâce aux recettes apprises lors des démonstrations culinaires des relais communautaires ». Bien que Zaraou avait accepté de prendre les PPN pour ses enfants, elle et son époux avaient une perception négative de ces PPN ; ils provoqueraient la diarrhée ou le Zahi d'où sa recommandation de revenir à la farine jaune pour la bouillie des enfants.

En tenant ce discours : « le problème c'est que nous ne mangeons pas, nous avons faim donc l'enfant qui est au ventre ne peut pas être nourri correctement. », Zaraou reconnaît finalement que l'alimentation insuffisante et de faible qualité est la principale cause de la malnutrition de ses enfants.

### 6.1.3. Les mauvaises conditions d'hygiène favorisent la survenue fréquente des maladies comme les diarrhées

Les mauvaises conditions d'hygiène peuvent favoriser la survenue fréquente de maladies comme les diarrhées. Les latrines à Timia par exemple sont rares dans les concessions. La plupart des habitants se rendent tôt le matin ou au coucher du soleil sur les rochers pour déféquer à l'air libre. Cela constitue un risque pour ces habitants surtout pendant la saison des pluies où les selles descendent des rochers avec les eaux de pluie pour se verser dans le « *Goulbi* » qui traverse le village. Ainsi cette eau de qualité douteuse s'infiltré dans les puits où les habitants puisent de l'eau pour leur consommation, les enfants se lavent et les femmes lavent les linges, et rapportent à la maison des bactéries responsables des maladies parasitaires et infectieuses. Malheureusement l'eau des puits n'est pas traitée avant sa consommation. La fréquence de diarrhée chez les enfants évoquée par les enquêtés est sans doute liée à ces eaux de qualité douteuse et la diarrhée chez les enfants est un véritable problème. En plus, les mauvaises conditions d'hygiène dans certains ménages peuvent favoriser le développement des microbes comme le soutien un agent de santé à Timia « *une personne qui ne respecte pas l'hygiène cohabite avec les microbes, donc elle est vulnérable à toutes sortes de maladie (la malnutrition incluse)* » (Un agent de santé, 9/06/2022).

### 6.1.4. Le partage du PPN dans l'entourage familial de l'enfant est une pratique néfaste à la récupération nutritionnelle des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère dans les délais requis

Le partage du PPN au sein de la famille constitue un facteur d'augmentation anormale de la durée de traitement de la malnutrition. Il conduit au non-respect de doses de PPN prescrites aux enfants inscrits dans le programme par certains parents. Tout comme dans la région de Maradi, le PPN de l'enfant atteint de malnutrition à Agadez est rarement consommé selon les prescriptions des soignants. Il fait l'objet de partage au sein de l'entourage immédiat. Du fait de l'envie qu'il génère chez les enfants et par souci du conformisme aux normes sociales de bienséance du vivre ensemble, les mères accompagnantes partagent une partie de la ration avec les autres enfants. Tout comme la vente du PPN, cet usage détourné a un impact négatif sur la récupération nutritionnelle des enfants malnutris sévères. La conséquence pour l'enfant est que son séjour est prolongé dans la malnutrition avec comme corollaires un retard de croissance et des troubles psychomoteurs. Pour la mère accompagnante, c'est l'exposition prolongée au « jugement moral » de la société qui la considère comme « négligente » vis-à-vis de l'alimentation de son enfant.

### 6.1.5. La perception de la malnutrition aiguë est associée à la faim qui est elle-même assimilée à l'incapacité de l'époux à répondre aux besoins de ses enfants et donc la « honte » et de « négligence » chez la mère

La malnutrition a une double perception au niveau communautaire. Il s'agit dans un premier temps de la faim. Mais là c'est une perception influencée par le discours des agents de santé. En effet, l'utilisation du terme faim sur l'état de santé d'un enfant est mal perçue surtout par le mari. Les maris considèrent la malnutrition comme une incapacité, une faillite de responsabilités vis-à-vis de leurs devoirs de père. La malnutrition est perçue comme une déviance sociale dont les sanctions sociales se manifestent à travers les diverses formes de stigmatisation. Les visites régulières au centre de santé par les mères d'enfants admis au programme de la prise en charge de la malnutrition sont souvent mal vues par certains



membres de la société. Ces mères, dont la société pense qu'elles sont toujours sur le chemin des services de santé, font souvent face à des « moqueries. Elles sont accusées de « négligence » (*“richin kulawa”*) sur l'alimentation de leurs enfants malgré la disponibilité des vivres dans le ménage et le plus souvent le père n'est pas à la maison pour avoir un œil sur l'alimentation de l'enfant. Les maris sont ainsi incriminés. Un tradipraticien fait un raisonnement par analogie avec les responsabilités des pères dans l'éducation scolaire de leurs enfants (nous traduisons directement en français) :

« Quand tu inscrites ton enfant à l'école, tu dois aider le directeur à parfaire l'éducation de cet enfant à travers un suivi minutieux sur son assiduité, sa ponctualité et sa compréhension des cours » (Un herboriste, 5/05/2022).

Ne supportant ces moqueries auxquelles elles font face, beaucoup de mères arrêtent de fréquenter les CREN, abandonnant ainsi le suivi du traitement nutritionnel de leurs enfants. C'est le cas des mères d'enfants malnutris rencontrées à Iferouane et à Timia qui ont abandonné le suivi de leurs enfants admis au programme du fait de la pression sociale. Le cas de Zaraou est illustratif. Elle a suspendu la fréquentation du CREN pour se rabattre sur les recettes culinaires afin que son enfant guérisse de la malnutrition. On comprend pourquoi certains parents acceptent difficilement la malnutrition de leurs enfants surtout chez les familles aisées. Elles réduisent la malnutrition à la faim et c'est honteux qu'on dise que leurs enfants souffrent de la malnutrition. Les agents de santé réussissent à convaincre certaines d'entre elles par contre d'autres refusent de prendre les doses de PPN. Ainsi, ces jugements portés sur l'enfant malnutri font qu'il existe toujours des enfants malnutris, ayant déjà fréquenté les services de santé, dans la zone lors des campagnes de dépistages communautaires.

### **6.1.6. De nombreuses barrières à la consultation prénatale existent et persistent**

Le rendez-vous pour la consultation prénatale est peu respecté surtout par les femmes rurales. Plusieurs logiques sont décrites pour expliquer cette situation :

L'éloignement de certains villages par rapport au centre de santé contribuerait aux faibles taux de fréquentation de la consultation prénatale ;

Le manque de moyens pour payer les prestations de santé est une barrière à la fréquentation de la consultation prénatale. En effet, avant les villageois peuvent se permettre de fréquenter le centre de façon régulière par ce qu'ils ont accès aux services gratuitement dans le CSI SONICHAR. Mais aujourd'hui, venir au centre de santé implique des grosses dépenses liées au déplacement, à l'ordonnance et parfois à l'hospitalisation. Pour un patient qui a à peine de quoi payer à manger, il choisit de rester à la maison ou fréquente le guérisseur traditionnel le plus proche ;

Le problème d'accueil des agents de santé fait que les patients sont de plus en plus réticents à fréquenter le centre. En effet, très souvent les villageois sont mal accueillis par les infirmières et les sages-femmes. Ce manque d'accueil regroupe le problème d'accueil lié à l'attitude et comportement des agents de santé envers les patients expliquant la réticence à la fréquentation et le non-respect de certains RDV ;

La « négligence » des patients qui est souvent influencée par les membres de sa famille. Cette « négligence » se traduit par un recours tardif au centre de santé. Ce recours est aussi conditionné par la sévérité des symptômes et des signes observés. En effet pour les villageois, il faudrait être dans l'incapacité physique et dans un mauvais état général pour aller au centre de santé ;

« L'ignorance », la méconnaissance et la sous information de l'importance de la fréquentation à temps des services de santé. Leur perception est que le centre de santé est un espace de dernier recours qu'il faut fréquenter lorsque le patient présente un mauvais état général et dans une incapacité physique suite à l'aggravation de sa maladie ;

Les ruptures fréquentes des produits thérapeutiques et de médicaments découragent aussi les patients à fréquenter le centre de santé. Il est par exemple demandé aux femmes de venir faire leur vaccination quand elles viennent une fois et qu'il y a des ruptures des vaccins, elles décident parfois de rester à la maison pour la visite suivante. Elles trouvent « *qu'il n'est pas normal de se déplacer pour rien, car le déplacement à la recherche de soins est assez coûteux* » ;

L'inobservance ou la non application des conseils, éducation et informations des services de santé est fréquente. En effet, il est difficile d'appliquer les conseils nutritionnels car les aliments souvent recommandés ne sont pas disponibles ;

Le syncrétisme ou association des traitements est fréquent. Même si on suit un traitement proposé par les agents de santé, il faut l'associer au traitement traditionnel pour prendre en compte des aspects liés aux sorts, génie, sorcellerie et mauvais œil que la médecine moderne ne prend pas en compte.

### **6.1.7. Les restrictions alimentaires persistantes contribuent à la monotonie des régimes alimentaires**

A l'instar des autres communautés du pays, la communauté Touareg dispose aussi des restrictions alimentaires touchant des aliments nutritifs contribuant au développement de l'enfant. Ces restrictions décrites plus haut concernent certains produits animaux.

## **6.2. Les facteurs institutionnels sont également présents**

Il s'agit du niveau de fonctionnement quotidien des centres de santé locaux chargés d'assurer la prise en charge sanitaire et nutritionnelle des populations.

### **6.2.1. Les ruptures fréquentes du PPN sont un obstacle à la continuité des traitements et la guérison**

Les services de CRENAS/CRENAM tombent souvent en rupture des aliments thérapeutiques. Selon l'adjoint au chef CSI d'Iférouane, les ruptures répétitives sont dues à un problème d'acheminement du produit dans les zones éloignées des districts sanitaires malgré sa disponibilité du produit au niveau hiérarchique supérieur. Au moment de notre passage le CSI de Tchirozérine est en rupture du stock de PPN depuis le 9 Mai 2022, soit au minimum un (1) mois de rupture de stocks. L'approvisionnement du service en PPN qui a été effectué le 17 Mars est épuisé le 9 Mai 2022. D'après les registres, il y a beaucoup de nouvelles admissions pendant cette courte période de disponibilité des produits. Ainsi du 17 au 31 mars 2022 il y a 28 admissions. Lorsque l'information de disponibilité du produit a pu être répandue, au courant du mois d'Avril (1 au 30 avril), le CSI a enregistré 116 admissions et du 1 au 9 mai il y en a eu 24, date qui coïncide à la rupture des intrants. Les chiffres collectés au niveau du CSI Timia montrent un faible taux d'admission de la malnutrition pour les mois de janvier, mars, avril et mai 2022 seulement 17 enfants ont été admis au CRENAM et 9 au CRENAS. Ces chiffres sont un peu en hausse dans le CSI d'Abarakan : 28 enfants admis au CRENAM et 12 au CRENAS.

Ces ruptures fréquentes ont un impact sérieux sur la fréquentation du centre de santé. En effet, il y a une faible fréquentation du service en cas de rupture d'intrants thérapeutiques. Les mères véhiculent l'information de « bouche à oreille ». Elles s'abstiennent de venir parce



que pour elles, les agents de santé « *ne vont te satisfaire* ». La réalité du fonctionnement des centres de santé au Niger entre en ligne de compte. Les consultations « expéditives » et sans communications avec les mères accompagnantes conduisent ces dernières à ne pas percevoir l'utilité des consultations de routine lors des visites hebdomadaires.

Des stratégies sont adoptées pour faire face à ce problème de ruptures de stocks. Pour le DS, ces stratégies sont occasionnelles. Il se sert soit des éventuelles missions soit des mouvements des agents en cas de formation au district pour transporter les cartons de PPN au niveau de leurs structures de santé respectives. Elles sont cependant insuffisantes pour prévenir les ruptures de stocks. Par exemple, un agent du CSI d'Abarakan nous a rapporté que le CSI est en rupture des PPN depuis trois mois.

Ces ruptures fréquentes des PPN peuvent avoir des conséquences néfastes sur les enfants malnutris en suivi par le programme et sur les enfants nouvellement admis au programme. Ce qui maintient et aggrave la situation nutritionnelle des enfants en suivis. C'est le cas de Ibou rencontré au CSI de Tchirozérine, qui passe de la malnutrition aiguë modérée à la forme sévère à cause de la rupture du PPN.

### 6.2.2. La fermeture des cases de santé

Les facteurs institutionnels dont il est question ici, c'est la fermeture de certaines cases de santé de la commune d'Iferouane. Selon un responsable du DS, sur 22 cases de santé que compte le CSI d'Iferouane, seulement 11 (50 %) sont fonctionnelles. Les raisons de ces fermetures sont multiples. L'une des raisons évoquées est liée à l'attitude des populations envers les agents de santé des cases. Les informations collectées montrent que beaucoup d'entre eux sont menacés par les populations à cause de leurs pratiques (refus d'offrir des soins à domicile par exemple). Le sous-équipement et les mauvaises conditions de travail dans certaines cases de santé découragent également certains agents qui abandonnent le travail.

Dans ces zones abandonnées, l'accès aux soins de santé des enfants et des femmes enceintes s'arrête. À Tarenkit, un chef de village s'exprime en ces termes :

« Une partie de ma population vit derrière le Mont Tamgak que vous apercevez à partir d'ici. Pour aller là-bas, il faudra parcourir 40 Km. Ils sont non seulement éloignés des services de santé, mais aussi enclavés et un véhicule ne peut accéder dans ces zones pour évacuer un malade au service de santé en cas d'urgence. Ils utilisent les chameaux pour évacuer les malades ou les femmes enceintes jusqu'à Iferouane. On met les femmes sur le chameau. Imaginez le temps que ça va prendre avant d'atteindre le service de santé. La dernière fois qu'on était là-bas, c'était à l'occasion de la vaccination contre le Covid-19. On a formé une équipe composée de chameliers, un infirmier et moi pour atteindre cette population. Nous avons fait une semaine d'activité dans cette zone, malheureusement nous n'avons pas pu toucher toute la population » (Un chef de village, 04/06/2022).

En parcourant des kilomètres à la recherche de pâture, les nomades s'éloignent des services de santé et ne bénéficient pas des messages de sensibilisation au CSI et ceux diffusés par la radio communautaire.

L'insécurité qui touche certaines des zones de l'enquête contribue aussi à l'arrêt des programmes de certains partenaires et parfois réduit les performances et la couverture des programmes de nutrition.

## CONCLUSIONS

### QUELQUES PRATIQUES PROMETTEUSES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION D'AGADEZ

- La mise au sein immédiate après l'accouchement et l'acceptation du colostrum sont des comportements largement répandus chez les Touaregs. En effet, pour eux le premier lait a un effet purgatoire en ce sens qu'il permet d'évacuer les saletés que l'enfant aurait avalé dans le ventre de sa mère. De même, le premier lait constitue pour eux un aliment énergisant, gage de fortification du corps de l'enfant. Il y a une forte propension chez les femmes dans les sociétés à mode de vie nomade à adopter les bonnes pratiques d'allaitement comparativement à celles des femmes sédentaires.
- La disponibilité de beaucoup de produits alimentaires riches en micronutriments recommandés aux enfants est un facteur intéressant qui rend pertinent les conseils alimentaires prodigués aux populations. Le jardinage est une des activités économiques des populations dans les sites visités notamment à Iférouane et à Timia. On trouve sur les marchés des villes comme des villageois, des fruits (dattes, oranges, pastèques, mangues, pomme du sahel et papaye par exemple), des tubercules (pomme de terre), des légumes frais (choux, courge, poivron, tomate fraîche, carotte, aubergine, oignons etc.) et des produits animaux (viande, œuf et lait). Ces aliments sont disponibles en fonction des saisons surtout les jours des marchés hebdomadaires. Les vendeurs sillonnent les marchés pour écouler leurs produits. Les populations à mode de vie nomade y viennent pour leurs achats hebdomadaires.
- La consommation du lait frais de vache, de la chamelle et de chèvre et ses sous-produits est quotidienne et régulière, particulièrement dans les sociétés à mode de vie nomade dominantes dans la région d'Agadez. Le lait constitue la base de l'alimentation des familles (éleveurs/nomades) et un solide aliment de complément pour les enfants. Le lait est régulièrement donné prioritairement aux enfants pour ses vertus de fortification du corps admises socialement par les sociétés à mode de vie.
- L'importance des échanges alimentaires transfrontaliers entre Agadez et l'Algérie d'une part et la Libye d'autre part permettent de diversifier les disponibilités alimentaires à des prix relativement bas par rapport aux autres régions du pays. Les prix de certains de ces produits comme par exemple la farine de blé, les pâtes alimentaires et les huiles sont subventionnés dans les pays d'origine. Pour optimiser ces échanges, dans le cadre des pôles régionaux de développement, il a été identifié à Agadez plusieurs pôles dont l'agropole dans les vallées (Ihrizer, Air) et la construction d'un port sec pour accroître les échanges avec les pays du Maghreb.
- Une intériorisation des enseignements véhiculés est observée lors des multiples séances de sensibilisations en matière de recettes et démonstrations culinaires. Les mères préparent des recettes en guise de complément alimentaire des jeunes enfants notamment la purée de haricot, la purée de légumes, la purée de la courge et les différents types de bouillies enrichies.
- Les ONGs notamment la croix rouge, à travers une stratégie basée sur le volontariat des acteurs sociaux dans le cadre des projets intégrés de santé et nutrition a mis en œuvre de réseaux de volontaire dans tout le département de Tchirozérine. Ces réseaux sont organisés autour d'un président dans chaque commune de l'intervention. Ainsi dans la commune de Tchirozérine plus de 60 volontaires croix rouge offrent les premiers soins aux femmes et aux enfants. Ils accompagnent aussi



les femmes en travail au centre de santé et apportent leur appui aux centres de santé dans la délivrance des services surtout en période de pic de paludisme. L'avantage de cette stratégie réside dans l'offre de soins de proximité par des agents communautaires et subséquemment elle permet de prévenir les complications des maladies infantiles (IRA, paludisme simple, diarrhée simple etc.)

## QUELQUES PRATIQUES DOPANT LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION D'AGADEZ

### Représentations sociales

Persistence des croyances liées à certaines pathologies de l'enfant et de la femme. Beaucoup de personnes perçoivent toujours la malnutrition comme une *sorcellerie*, *un génie* ou encore « *Baki* » (*la mauvaise bouche*) ce qui explique la persistance du recours aux guérisseurs traditionnels et aux marabouts par certaines personnes. Pour ces personnes, le centre de santé n'est pas approprié pour traiter *la sorcellerie*, *le génie*, *Baki*. Certaines populations surtout rurales continuent toujours de croire que l'anémie n'est pas une maladie de *likita*, qui peut être traitée au centre de santé, mais chez un guérisseur traditionnel. C'est le cas d'une accouchée souffrant d'une anémie sévère qu'on a voulu évacuer à Arlit pour lui faire une transfusion sanguine mais ses parents se sont opposés à cette évacuation pour dire qu'elle est attaquée par des génies.

Recours aux acteurs alternatifs des soins : pour les populations la médecine ne prend que l'aspect physique de la personne alors que souvent c'est une cause surnaturelle qui est à la base du mal être de l'enfant.

Perception négative des relais communautaires locaux qui font la promotion de l'espacement des naissances. Elles sont accusées de contribuer à la dépravation des mœurs comme le cas de relais du village de Tamechite qui a été contraint par les sages du village à arrêter la distribution à base communautaires des contraceptifs.

Mauvaise interprétation de la PF par certains religieux. PF est égale limitation des naissances, « ce qui est contraire aux règles de la religion musulmane ».

La persistance de l'accouchement à domicile et de la faible fréquentation des centres de santé du fait de l'éloignement, mais aussi de l'enclavement des certains villages comme ceux qui vivent sous le Mont Tamgak.

Méconnaissance de l'utilité des PPN par certaines populations qui les considère comme un aliment qui retarde la croissance de l'enfant. Pour d'autres, ils provoquent le *Zahi*, la diarrhée chez l'enfant.

A la naissance donner de l'eau à l'enfant est une pratique courante dans la communauté. Pour les mères ne pas donner de l'eau à l'enfant pourrait précipiter sa mort. D'autres pensent que le lait maternel provoque la soif chez l'enfant d'où la nécessité de lui donner de l'eau pour éteindre sa soif.

Administrations de *bauri*, de l'eau et d'autres infusions (jus de citron, jus des dattes, miel) sont des pratiques très répandues dans les communautés. Ces pratiques suivent des logiques de rendre l'enfant fort au cours de sa croissance tandis que le centre de santé les déconseille jusqu'à l'âge de 6 mois.

Le lavage de l'enfant après la naissance est répandu ; il vise à se débarrasser de déchets alors qu'au centre il est interdit.

La malnutrition est perçue comme une honte du fait de sa qualification liée à la faim qui remet en cause la responsabilité sociale du père. Ce qui rend furieux certains pères qui interdisent

même la fréquentation du centre.

### Autour de l'allaitement

La mise immédiate au sein est faiblement pratiquée chez certaines populations en l'occurrence les Peuls et les Haoussas des zones visitées. Les représentations associées au premier lait sont ici évoquées ;

L'AME n'est pas pratiqué par beaucoup de femmes car il coïncide avec la période au cours de laquelle se font des pratiques sociales visant à fortifier le corps des enfants ;

Les perceptions liées à la qualité et la quantité du lait maternel produit impactent encore négativement la pratique optimale de l'allaitement maternel ;

L'hygiène reste encore problématique dans l'alimentation des enfants notamment ;

Usages des biberons souvent mal tenus et exposés aux vecteurs des agents pathogènes ;

Allaiter l'enfant dans la sueur sans laver le sein est une pratique douteuse qui pourrait occasionner des diarrhées et par ricochet la déshydratation de l'enfant ;

Les considérations sociales relatives à l'interdit social d'allaiter l'enfant en public réduit la fréquence des tétées dont le nombre recommandé est 8 à 10 tétées par jour ;

La plupart des enfants ont goûté à d'autres aliments que le lait maternel avant l'âge de 6 mois ;

La technique de tétées tel que le fait de vider le sein avant de passer à l'autre, n'est pas du tout intériorisée dans les attitudes des populations. Il reste beaucoup à faire pour une meilleure maîtrise des techniques de tétées ;

Les enfants sont précocement initiés au plat familial. Parfois ce sont des aliments solides lourds qui ne sont pas adaptés à leur organisme ;

Le sevrage ou ablactation brusque des enfants en cas de retour en grossesse de la femme reste encore une pratique sociale présente car le lait de la femme enceinte est perçu comme mauvais pour l'enfant qui est au sein.

### Autour de l'alimentation de complément

Selon les données recueillies, on note une amélioration des connaissances des mères en matière des recettes culinaires à pourvoir pour nourrir les nourrissons et les jeunes enfants ;

A partir de 6 mois les enfants consomment des aliments liquides tels que la bouillie. Ils en bénéficient régulièrement en plus du lait de chèvre ou de chamelle dans leur alimentation ;

La prégnance des restrictions alimentaires telles que le poisson, vollaile, l'œuf etc. représentent des opportunités manquées de diversité de l'alimentation des enfants et des femmes enceintes et allaitantes ;

Le partage de la ration de PPN des enfants atteints de la malnutrition aiguë sévère (MAS), avec les frères et plus largement avec les autres enfants de l'entourage, est la règle dans les sociétés sédentaires et dans une moindre mesure chez les nomades.



### Conditions de vie des populations

La division sexuée du travail en milieu rural selon laquelle la femme doit s'occuper des corvées domestiques y compris l'abreuvement des animaux et bien d'autres tâches supplémentaires du ménage empêchent les femmes d'accorder suffisamment du temps aux soins de leurs enfants ;

« L'ignorance » de la population, la faible couverture sanitaire avec ses corolaires comme l'éloignement des centres, l'insuffisance d'agents de santé pour rendre opérationnel les cases fermées (7 cases sur 10 sont fermées à Iférouane) ;

Les « angles morts » et les aspects non prise en compte. Certains conseils alimentaires donnés ne sont pas applicables dans la zone. C'est l'exemple d'usage des fruits et légumes alors qu'il s'agit des zones nomades où il y a plus du lait, un aliment ancré dans la culture et l'alimentation des nomades éleveurs.

### Fonctionnement du système de santé

Le manque de ressources pour mener des séances de sensibilisations dans les localités éloignées est une barrière à l'accès à l'information et par ricochet aux soins nutritionnels ;

Le manque de visites à domicile freine l'application des conseils des agents de santé et communautaires. La visite à domicile permet de vérifier le respect de l'hygiène environnementale et corporelle et d'encourager les mères à adopter les bonnes pratiques d'alimentation et d'hygiène pour elles-mêmes et leurs enfants ;

La rupture fréquente des aliments thérapeutiques sur toute l'étendue de la commune est fréquemment évoquée comme barrière à l'assiduité et la compliance des soins nutritionnels préventifs et curatifs ;

La faible couverture de la radio communautaire là où elle existe comme à Timia est une contrainte majeure. Elle ne couvre qu'un rayon de 30 km, excluant ainsi les populations nomades qui n'ont pas accès à l'information sur la nutrition ;

La faible motivation des relais communautaires là où ils existent est ressortie comme une barrière à l'amélioration de leurs performances ;

L'inaccessibilité physique aux centres de santé en raison des distances et obstacles (montagnes, les cours d'eau, le manque de moyens de transport adaptés etc) est une des contraintes à leur fréquentation des services de soins nutritionnels ;

Les fermetures des cases de santé, à causes des comportements des populations qui préfèrent des consultations à domicile que d'amener le patient à la case de santé, est une des raisons des abandons fréquents des relais communautaires.





## RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude révèlent que les représentations liées à la malnutrition, le recours aux soins préventifs et curatifs, les perceptions et considérations sociales associées à « l'enfant », à l'allaitement, l'alimentation de complément et les conditions d'existence des populations constituent des goulots d'étranglement au progrès tant souhaités en faveur de l'amélioration de la couverture des interventions de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Pour ce faire, il convient :

- De considérer la malnutrition/nutrition/alimentation comme un « objet-frontière » (Leigh Star, 1986), c'est-à-dire comme un carrefour autour duquel interviennent plusieurs acteurs avec des référentiels et logiques différentes et avec plusieurs cercles d'influences autour de l'alimentation des jeunes enfants ;
- De capitaliser sur les expériences empiriques des programmes mis en œuvre afin d'élaborer une stratégie de communication qui devra permettre un dialogue fructueux entre les différents systèmes de pensées et des pratiques ;
- D'adopter une stratégie de communication contextualisée et de proximité qui s'inscrit dans le cadre d'un dialogue participatif en donnant la parole aux cibles pour parler de leurs savoirs expérientiels. Il s'agira de sortir l'asymétrie de l'information et dans les relations entre les acteurs cibles et différents cercles d'influence.

L'amélioration de la communication doit s'appuyer sur les points de convergences et de divergences afin de trouver des solutions au phénomène de forte prévalence de la malnutrition infantile dans la région d'Agadez. Ainsi, la stratégie de Communication pour un Changement de Comportements (CCC) doit permettre de :

### ACCELERER L'AMELIORATION DES PRATIQUES D'ALIMENTATION DES GROUPES VULNERABLES

- Concerner les acteurs influents du premier cercle en plus des cibles traditionnelles notamment les maris, les grands-parents et les acteurs alternatifs des soins ;
- Impliquer les acteurs du second cercle d'influence qui sont les dignitaires locaux (les chefs religieux, les chefs de villages ou campements etc) et les leaders communautaires (notamment les associations des jeunes, les associations et groupement des femmes). Il s'agit des échanges pour permettre leur intégration dans le programme de sensibilisation et définir avec eux la manière dont ils peuvent jouer un rôle ;
- Conscientiser davantage les populations de certaines communautés comme les Peuls et les Haoussa sur l'utilité de l'administration du colostrum à l'enfant. On peut par exemple partir de l'exemple de « *dakashi* » chez les animaux que généralement les populations traitent pendant deux à trois jours pour préparer une recette cuisinée très appréciée du fait de son goût et de ses propriétés nutritives. Il est également possible de partager, à travers des échanges entre communautés ou des voyages d'études sur les perceptions et pratiques positives du don du colostrum et des pratiques d'alimentation des femmes en postpartum chez les Touaregs ;
- Faire changer certaines considérations en matière d'alimentation en public des enfants et des **restrictions alimentaires** qui persistent et touchent aussi bien les enfants que les femmes enceintes et allaitantes ;
- Innover dans l'approche de communication en faveur de l'AME. On peut expliquer par exemple aux populations que ce n'est pas le fait de donner de l'eau qui est en soi un

problème mais plutôt les risques liés à la consommation d'une eau non potable par un être fragile (nourrisson). Faire en sorte qu'elles prennent conscience que le lait maternel contient de l'eau « propre » très bien filtrée par l'organisme de la mère qu'il convient de les laisser vider les seins pour étancher leur soif surtout en période de grande chaleur ;

- Adapter les messages en fonction du respect de normes communicationnelles des localités. Adapter aussi les messages en fonction de différentes cibles et catégorie des personnes cibles pour qu'ils soient plus réceptifs à ces messages.
- Conscientiser les femmes sur le fait que la succion par l'enfant augmente la montée du lait. Expliquer par exemple aux femmes, comme les produits traditionnels utilisés pour générer la montée du lait maternel, la succion régulière participe aussi à l'atteinte du même objectif ;
- Prendre en compte les maris dans toutes les stratégies de changement de comportement lié à la nutrition. En effet, les hommes occupent une place importante dans la décision finale liée à l'alimentation de la famille, de la mère et de l'enfant et au recours au centre de santé en cas de besoin ;
- Impliquer les jeunes adolescents et adolescentes car ils seront les parents de demain. Il faut qu'il y ait l'éducation à la nutrition dans les programmes scolaires pour les écoliers pour mieux les préparer à leurs responsabilités à l'âge adulte. Il s'agit également d'adopter aussi des stratégies et canaux ciblant les jeunes à travers des sketches dans les écoles et les places publiques ;
- Former/sensibiliser les leaders communautaires pour renforcer leur implication dans la protection des groupes vulnérables à la malnutrition ;
- Impliquer les groupements des femmes généralement bien structurés et organisés autour des femmes leaders/lumières. Ces leaders maîtrisent la façon de s'y prendre avec les autres femmes. Les impliquer dans les activités de changement de comportements favorables aux bonnes pratiques nutritionnelles peut aboutir à des résultats positifs rapides.

#### **ACCROITRE L'ACCES DES MENAGES AUX REGIMES ALIMENTAIRES SAINS (SURS ET NUTRITIFS) ET A L'EAU POTABLE ET L'ASSAINISSEMENT DE BASE**

- Valoriser la production, la consommation et la transformation des produits locaux riches en vitamines et minéraux pour maximiser leur utilisation dans la prévention de la malnutrition ;
- Accélérer la couverture en eau potable en ouvrages d'assainissement en accordant la priorités aux zones rurales les plus défavorisées ;
- Accroître la couverture des filets sociaux dans les zones rurales pour accroître l'accès à l'alimentation saine aux groupes de menages les plus défavorisés
- Accélérer l'augmentation de la couverture sanitaire en l'adaptant aux spécificités locales et en accordant la priorité aux zones rurales les plus défavorisées ;
- Dynamiser la couverture physique, le plateau technique, l'approvisionnement en intrants/médicaments et le fonctionnement général du système de santé local et communautaire ;
- Mettre en œuvre un projet de santé et nutrition au bénéfice des populations nomades pour prendre en compte les spécificités de leur mode de vie et apporter des réponses



locales adaptées aux multiples problèmes qui influencent l'offre des services de santé et de nutrition en zones nomades. On peut par exemple s'inspirer de l'expérience du BEFEN – ALIMA dans le département de Tchnitabaraden et de Médecins du Monde (MDM) dans le département d'Ingal ;

- Insister sur l'importance de la supervision et la coordination par les autorités sanitaires départementales des activités pour le changement de comportement menées par les services de santé et communautaires et les autres partenaires comme les ONGs et les organisations à base communautaire ;
- Motiver et redynamiser les relais communautaires et réveiller les « relais dormants » ;
- Renforcer les activités de dépistage communautaire par les relais communautaires ;
- Consolider les stratégies de PB mères ou PB familles pour sensibiliser les mères sur l'importance de monitorer régulièrement l'état nutritionnel de leurs enfants à domicile ;
- Promouvoir davantage l'accès à l'eau potable pour les populations ;
- Concevoir une stratégie pour l'accès aux soins pour les populations éloignées des formations sanitaires par la mise en œuvre des stratégies ICCM (**I**ntegrated **C**ommunity **C**ase **M**anagement) conformément à la PCIME communautaire : deux expériences s'offrent à cet effet :
- Expérience d'ACF à Mayahi : s'inspirer de l'expérience pilote de Mayahi conduite par ACF dans les communes de Maireyrey (site témoin) et de Guidan Amoumoune (site d'intervention). Cette stratégie consiste à décentraliser la prise en charge de la malnutrition infantile en formant les Agents de Santé de Base (ASC) pour prendre précocement les cas d'enfants atteints de la MAM MAS dans les aires de santé ;
- Expérience de MSF à Magaria : elle à consister à recruter, former puis doter d'un kit de travail des relais communautaires (des anciens élèves ayant un niveau acceptable) sur la prise en charge des pathologies simples (paludisme simple, diarrhée simple et pneumonie simple). Cette stratégie a pour but de prendre en charge précocement ces maladies pouvant conduire les enfants dans la malnutrition ;
- Mettre en concurrence les aires de santé des CSI au niveau des DS en mettant en place un prix de Nutrition attribués aux meilleurs CSI de chaque district.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet, D., 1988, Corps biologique corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pats mossi, IRD Orstom.
- Bonnet et Jaffré Y., (dir), 2003, Les maladie de passage. Transmission, prévention et hygiènes en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala.
- Charrier, P et Clavandier, G., 2013, Sociologie de la naissance, Amand Colin, Coll. « U sociologie ».
- Desclaux, A., 1996, « Le traitement biomédical de la malnutrition au temps de Sida », *Sciences sociales et santé*, 14, 1.
- Dettwyler C. A., 1992, The biological approach in nutritional anthropology : case studies of Malnutrition in Mali, *Médical Anthropoloy*, 15, 1, pp. (17-39).
- Delville, L. P., 2012, « pour une anthropologie symétrique entre développeur et développés », in Copans, J. et Freud, C., *Le développement aujourd'hui : chemin de croix ou croisé des chemins*, Cahiers d'études Africaines, n°202-203, pp. (491-509).
- INS 2021, Rapport de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger, Niamey.
- INS, 2020, Enquête Nationale de Nutrition au Niger selon la méthodologie SMART, Niamey.
- Jaffré, Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service pédiatrique de Niamey », *sciences sociales et santé*, Vol 14, n°1, pp. (44-61).
- Koné, M., 2008, « Stratégies des familles et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa », *Afrique contemporaine*, n°225, pp. (161-197).
- Marcel Mauss (1923-1924), *Essai sur le don. Frome et raison de l'échange dans les sociétés primitives*, les classiques des sciences sociales.
- Nancy, K. et Koné, M., 2007, *Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune enfant dans la région de Maradi au Niger*, Unicef.
- Olivier de Sardan, J-P., 1995, *Anthropologie et développement*, Paris : Karthala.
- Pelto, G. H., 2008, « taking care of chlidren applying anthropology in materna an child nutrition and health », *human organization*, 63, 3, pp. (237-243).
- Querre, M. 2003, « Quand le lait devient un enjeu social : le cas de la société peule dans le Séno (Burkina Faso) », *Anthropology of Food*, 2, pp. (1-11).
- Raynault C. *L'Anthropologie de la Santé, carrefour de questionnements: l'humain et le naturel, l'individuel et le social*.
- [https://www.researchgate.net/publication/340717772\\_L%27Anthropologie\\_de\\_la\\_Sante\\_carrefour\\_de\\_questionnements\\_l%27humain\\_et\\_le\\_naturel\\_l%27individuel\\_et\\_le\\_social](https://www.researchgate.net/publication/340717772_L%27Anthropologie_de_la_Sante_carrefour_de_questionnements_l%27humain_et_le_naturel_l%27individuel_et_le_social) [accessed Oct 19 2022]
- Rougeon M. 2018, « Prendre soin des enfants au quotidien. Dynamiques relationnelles et spatiales des pratiques de soins caseiros au Brésil », *Anthropologie & Santé*, 17, pp. (1-22).
- SOULEY, A., 2003, « Une maladie infantile hausa : tamowa », *Etudes et travaux du*



*Lasdel*, n°17, pp. (47-53).

- Suremain, (de) C.-E., 2007, « l'entourage nourricier de l'enfant. A partir d'exemples en Bolivie et au Congo », *L'Autre/3*, 8 pp. (37-54).
- Sivignon, F., 2015, « Repenser l'implication des usagers. L'implication dans les programmes de santé des ONG internationales », *Revue internationale et stratégique*, pp. (167-174).
- Yannick J. Olivier de Sardan J.P., 1999, *Construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris presse universitaire de France.

## REMERCIEMENTS

A tous les membres du Comité Technique de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) qui ont contribué à la validation de cette étude.





**PNiN**

---

**Décembre 2022**

**Institut National de la Statistique du Niger**

**&**

**Haut-Commissariat à l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens »**