



**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**

Rapport final

**Dr Nancy KEITH,**  
Spécialiste en changement de comportements nutritionnels  
Et

**Dr Mariatou KONE,**  
Socio-anthropologue

Avec l'aide de **CNESS-Bozari**

Novembre 2007

# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	viii
PETIT LEXIQUE HAUSSA UTILISE DANS CE RAPPORT .....	ix
BREVE PRESENTATION DU NIGER .....	xi
RESUME ANALYTIQUE .....	xii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET CONDITIONS DE REALISATION DE L'ETUDE .....	4
1.1 EQUIPE CHARGEE DE L'ETUDE .....	4
1.2 DES OUTILS COMPLEMENTAIRES .....	4
1.3 CRITERES DE CHOIX DES SITES ET DES CIBLES, CONTEXTE DE REALISATION DE L'ENQUETE .....	6
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES MENAGES.....	9
2.1 AGE DES FILLES/FEMMES .....	10
2.2 SITUATION MATRIMONIALE DES CIBLES .....	10
2.3 NIVEAU D'EDUCATION DES CIBLES ET DE LEURS CONJOINTS/PERES .....	11
2.4 PROFIL SOCIOECONOMIQUES DES MENAGES.....	12
CHAPITRE 3 : L'ALLAITEMENT.....	24
3.1 LES COMPORTEMENTS CLEFS RECOMMANDES.....	24
3.2 INTRODUCTION A L'ALLAITEMENT .....	24
3.3 COMPORTEMENT 1: METTRE AU SEIN DANS LA PREMIERE HEURE DE LA NAISSANCE.....	25
3.4 COMPORTEMENT 2: ALLAITER EXCLUSIVEMENT DES LA NAISSANCE JUSQU'A L'AGE DE SIX MOIS ; NE PAS DONNER DE L'EAU, D'AUTRES LIQUIDES, NI DE LA NOURRITURE.....	30
3.5 COMPORTEMENT 3: SI LE LAIT NE SUFFIT PAS, ALLAITER PLUS FREQUEMMENT.....	38
3.6 COMPORTEMENT 4 : VIDER UN SEIN AVANT D'OFFRIR L'AUTRE.....	40
3.7 COMPORTEMENT 5 : ALLAITER SUR DEMANDE JOUR ET NUIT, AU MOINS 8-12 TETES DANS 24 HEURES .....	42
3.8. COMPORTEMENT 6 : PENDANT ET APRES LA MALADIE, ALLAITER PLUS FREQUEMMENT.....	43

3.9.	COMPORTEMENT 7 : DONNER A LA MERE AUSSITOT QUE POSSIBLE APRES L'ACCOUCHEMENT, UNE DOSE ELEVEE DE LA VITAMINE A. ....	45
3.10.	COMPORTEMENT 8 : NE LAVER PAS LES SEINS AVEC DU SAVON .....	45
3.11.	COMPORTEMENT 9 : BON ATTACHEMENT ET BON POSITIONNEMENT (LES DEUX PREMIERES SEMAINES).....	46
CHAPITRE 4 : L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ET LE SEVRAGE .....		48
4.1	ANALYSE DES NUTRIMENTS NECESSAIRES A LA CROISSANCE ET A LA CONSTITUTION DE RESERVES : L'IMPORTANCE DES MICRONUTRIMENTS .....	48
4.2	COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES RECOMMANDES POUR AMELIORER LA NUTRITION DES ENFANTS ALLAITES AGES DE 6 A 24 MOIS .....	52
4.3	INTRODUCTION A L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE .....	53
4.4	COMPORTEMENTS 1-3 (LES TROIS COMPORTEMENTS SERONT DISCUTES ENSEMBLE):.....	56
4.5	RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE 9-11 MOIS : (COMPORTEMENTS 4, 5, 6) .....	61
4.6	COMPORTEMENTS RECOMMANDES POUR LES ENFANTS DE 12-24 MOIS : COMPORTEMENTS 7 A 10 .....	64
4.7	LES ATTITUDES, CROYANCES, CONNAISSANCES ET AUTRES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 6 – 24 MOIS..	68
4.8	LE SEVRAGE.....	74
CHAPITRE 5 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES ENFANTS DE DEUX A CINQ ANS .....		78
5.1	LES RECOMMANDATIONS POUR L'ENFANT DE 2-5 ANS .....	78
5.2	LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LA NUTRITION DE L'ENFANT 2-5 ANS .....	78
5.3	DETERMINANTS DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 2-5 ANS .....	82
5.4	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS A PROPOS DE LA NUTRITION DE L'ENFANT 2-5 ANS .....	83
CHAPITRE 6 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FILLES DE 10-15 ANS : DES FILLES SOUS-ALIMENTEES.....		84
6.1	INTRODUCTION.....	84
6.2	RECOMMANDATIONS POUR LA NUTRITION DES FILLES.....	85
6.3	PRATIQUES ACTUELLES, CONNAISSANCES ET ATTITUDES .....	85
6.4	CONCLUSION SUR LA NUTRITION DES FILLES AGEES DE 10 A 15 ANS.....	93
CHAPITRE 7 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FEMMES ENCEINTES PARTAGEES ENTRE LES REGLES ET LES PRATIQUES .....		95
7.2	CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES .....	95
7.3	CONCLUSIONS SUR LA NUTRITION DES FEMMES ENCEINTES.....	102
CHAPITRE 8 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FEMMES ALLAITANTES : DES FEMMES ALLAITANTES MAL NOURRIES.....		103

8.1 RECOMMANDATIONS .....	103
8.2 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES ACTUELLES .....	103
8.3 CONCLUSION SUR LA NUTRITION DES FILLES, FEMMES ENCEINTES ET FEMMES ALLAITANTES - QUELQUES FACTEURS DETERMINANTS DANS L'EVOLUTION DE LA SOUS-ALIMENTATION DES FILLES ET DES FEMMES : UNE PAUPERISATION PROGRESSIVE ET SILENCIEUSE, DES STRATEGIES STRUCTURELLES.....	107
CHAPITRE 9 : DES SUJETS PENDANTS A LA NUTRITION .....	114
9.1 ACCES AUX SOINS .....	114
9.2 PLANNING ET CONTRACEPTION DES FILLES EN AGE DE PROCREER ET DES FEMMES : UNE VALORISATION SOCIALE ET RELIGIEUSE DE LA FECONDITE.....	125
9.3 USAGE DE LA MOUSTIQUAIRE.....	128
9.4 ACCES A L'EAU POTABLE DES MENAGES.....	130
9.5 HYGIENE ET ASSAINISSEMENT : LA COHABITATION AVEC LA SALETE ET UN INDICATEUR DE LA NOTION DE RISQUE PERÇU .....	131
CHAPITRE 10 : COMMUNICATION.....	137
CONCLUSIONS .....	174
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	182
ANNEXES: LES OUTILS .....	184

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Répartition des femmes et filles interviewées par site .....</i>	9
<i>Tableau 2 : répartition des femmes/filles selon le groupe d'âge .....</i>	10
<i>Tableau 3 : Répartition des filles/femmes selon la situation matrimoniale .....</i>	10
<i>Tableau 4 : Répartition des femmes/filles selon les catégories d'écoles fréquentées.....</i>	11
<i>Tableau 5 : répartition des filles/femmes selon le niveau d'instruction .....</i>	11
<i>Tableau 6 : Répartition des filles/femmes selon les catégories d'activités exercées .....</i>	12
<i>Tableau 7 : Répartition des filles/femmes selon qu'elles aient déclaré gagner de l'argent ou non.....</i>	13
<i>Tableau 8 : Nombre des filles et des femmes qui gagnent de l'argent .....</i>	14
<i>Tableau 9 : Comment les femmes et les filles interviewées gagnent l'argent ? .....</i>	14
<i>Tableau 10 : Revenus hebdomadaires des femmes/filles interviewées .....</i>	15
<i>Tableau 11 : Type d'aliments produits dans les ménages des femmes et des filles (possibilités de réponses multiples).....</i>	16
<i>Tableau 12 : Calendrier de la production et de la disponibilité .....</i>	19
<i>Tableau 13 : Délai pour la mise au sein du nouveau-né .....</i>	25
<i>Tableau 14 : Nombre d'enfants qui boivent de l'eau dans les premières heures de leur vie .....</i>	31
<i>Tableau 15 : Rappel de 24 heures d'un enfant de 26 jours .....</i>	33
<i>Tableau 16 : Les premiers aliments donnés aux enfants à chaque tranche d'âge (de la naissance jusqu'à l'âge de huit mois) .....</i>	36
<i>Tableau 17 : Le rappel de 24 heures d'un enfant âgé de trois mois .....</i>	37
<i>Tableau 18 : Attitudes de la mère quand le lait maternel diminue .....</i>	40
<i>Tableau 19 : Pourquoi vous ne vidant-elles pas un sein avant d'offrir l'autre ? .....</i>	41
<i>Tableau 20 : Quelle maladie avait enfant? .....</i>	44
<i>Tableau 21 : Alimentation Complémentaire recommandée par tranche d'âge de l'enfant .....</i>	52
<i>Tableau 22 : Nombre de fois des types d'aliments sont consommés par jour et par tranche d'âge selon les rappels de 24 heures .....</i>	55
<i>Tableau 23 : Estimation des Besoins en énergie des enfants 0-24 mois, fournis par l'alimentation complémentaire.....</i>	56
<i>Tableau 24 : Les rappels de 24 Heures de trois enfants à l'âge de six mois .....</i>	58
<i>Tableau 25 : Les rappels de 24 Heures de trois enfants à l'âge de neuf mois .....</i>	62
<i>Tableau 26: Les rappels de 24 Heures de deux enfants à l'âge de douze mois .....</i>	65
<i>Tableau 27 : Les rappels de 24 Heures de deux enfants à l'âge de 18 et 20 mois .....</i>	65
<i>Tableau 28 : Changements intervenus dans l'alimentation des enfants malades les deux dernières semaines précédant l'enquête.....</i>	67
<i>Tableau 29 : Le nombre d'enfants âgés 6-24 mois, ayant leur propre bol.....</i>	69
<i>Tableau 30: Analyse des journées de travail des femmes : un exemple .....</i>	71
<i>Tableau 31: Exemple de tâches réalisées par une femme en une journée.....</i>	72
<i>Tableau 32 : Fréquences de repas des enfants âgés de 2 ans à moins de 5 ans .....</i>	79
<i>Graphique 1 : Comment savez-vous que l'enfant âgé de 2 ans à moins de 5 ans est rassasié ? .....</i>	80
<i>Tableau 33 : Les Rappels de 24 Heures - Deux enfants de 3 ans .....</i>	80
<i>Tableau 34: Les Rappels de 24 Heures - Deux enfants de 4 ans .....</i>	81
<i>Tableau 35: Tableau comparatif sur fréquence moyennes des repas et qualité des aliments consommés par les filles de 10-15 ans .....</i>	86
<i>Tableau 36: Les goûters cités.....</i>	90
<i>Tableau 37 : Qui paye les goûters ?.....</i>	91
<i>Tableau 38 : Comment les filles gagnent-elles de l'argent ? .....</i>	92
<i>Tableau 39: Exemple de Rappel d'une femme enceinte de 4 mois à Safo .....</i>	96
<i>Tableau 40 : Rappel de 24 heures d'une femme enceinte de 9 mois à Dan Abdalah (Madarounfa) .....</i>	99

<b>Tableau 41 : Rappel de 24 heures d'une femme enceinte de 3 mois à Ali Dan Sofu (quartier de Maradi ville)</b>	<b>99</b>
<b>Tableau 42 : Fréquence moyenne des repas et qualité des aliments consommés par les femmes enceintes ..</b>	<b>100</b>
<b>Tableau 43: Rappel de 24 heures d'une mère d'enfant de moins d'un mois.....</b>	<b>105</b>
<b>Tableau 44 : Tableau comparatif sur fréquence moyenne des repas et qualité des aliments consommés par les femmes allaitantes d'enfants de moins de 6 mois.....</b>	<b>107</b>
<b>Tableau 45 : Rappel 24 heures de la Femme A : mange 5 fois par jour, plus de céréales, pas de viande.....</b>	<b>111</b>
<b>Tableau 46 : Rappel 24 heures de la Femme B : alimentation « équilibrée » avec viande, légumes, huile, fruit, jus de fruit.....</b>	<b>111</b>
<b>Tableau 47: Répartition des filles selon les catégories de profession déclarées de leur père .....</b>	<b>112</b>
<b>Tableau 48 : Mères d'enfants âgés de 6 à 24 mois qui conduisent leur enfant en consultation pour la surveillance de croissance et pour les vaccins .....</b>	<b>114</b>
<b>Tableau 49 : situation immunitaire ou vaccinale des filles (focus group).....</b>	<b>117</b>
<b>Tableau 50 : Connaissance des femmes sur les Prestations offertes lors des CPN (Avec modalité de réponses multiples).....</b>	<b>119</b>
<b>Tableau 51 : Raisons évoquées pour les CPN (Avec modalité de réponses multiples).....</b>	<b>119</b>
<b>Tableau 52 : Raisons du non suivi des CPN .....</b>	<b>120</b>
<b>Tableau 53 : Types de problèmes (Avec modalité de réponses multiples).....</b>	<b>120</b>
<b>Tableau 54 : Tableau de synthèse sur accès aux soins des femmes enceintes .....</b>	<b>122</b>
<b>Tableau 55: Motifs de la non utilisation de méthode moderne de contraception .....</b>	<b>127</b>
<b>Tableau 56 : Utilisation de la moustiquaire par les filles et les femmes .....</b>	<b>128</b>
<b>Tableau 57: Qui dort sous la moustiquaire chez les femmes enceintes? .....</b>	<b>129</b>
<b>Tableau 58: Sources d'approvisionnement en eau selon les sites .....</b>	<b>130</b>
<b>Tableau 59: les causes de diarrhée par ordre d'importance chez l'ensemble des cibles (femmes et filles) (choix multiples) .....</b>	<b>131</b>
<b>Tableau 60: Répartition des filles selon la manière dont elles gèrent les excréments des enfants .....</b>	<b>135</b>
<b>Tableau 61 Canevas pour l'analyse des comportements 1 (Alimentation 0-6 mois) .....</b>	<b>139</b>
<b>Tableau 62 : Canevas pour l'analyse des comportements 8 (Alimentation 0-6 mois : allaitement exclusif jusqu'à 6 mois) .....</b>	<b>140</b>
<b>Tableau 63 : Canevas pour l'analyse des comportements 3 (Alimentation 0-6 mois : production de lait) ....</b>	<b>141</b>
<b>Tableau 64: Canevas pour l'analyse des comportements 4 (Alimentation 0-6 mois : Vider un sein avant d'offrir l'autre) .....</b>	<b>142</b>
<b>Tableau 65: Canevas pour l'analyse des comportements 5 (Alimentation 0-6 mois : Allaitement sur demande) .....</b>	<b>143</b>
<b>Tableau 66: Canevas pour l'analyse des comportements 6 (Alimentation 0-6 mois : allaitement pendant et après la maladie).....</b>	<b>144</b>
<b>Tableau 67 : Canevas pour l'analyse des comportements 7 (Alimentation 0-6 mois : Dose élevée de vitamine A à la mère).....</b>	<b>145</b>
<b>Tableau 68 : Canevas pour l'analyse des comportements 8 (Alimentation 0-6 mois : position pour la tétée).....</b>	<b>146</b>
<b>Tableau 69 : Canevas pour l'analyse des comportements 9 (Alimentation enfants 0-6 mois : éviter les grossesses).....</b>	<b>147</b>
<b>Tableau 70 : Canevas pour l'analyse des comportements 10 (Alimentation des enfants 0-6 mois : fréquence de tétées).....</b>	<b>148</b>
<b>Tableau 71 : Canevas pour l'analyse des comportements 11 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : période adéquate = 6 mois).....</b>	<b>149</b>
<b>Tableau 72 : Canevas pour l'analyse des comportements 12 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 6-8 mois) .....</b>	<b>150</b>
<b>Tableau 73 : Canevas pour l'analyse des comportements 13 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : fréquence pour les 6-8 mois) .....</b>	<b>151</b>
<b>Tableau 74: Canevas pour l'analyse des comportements 14 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : consistance pour les 9-11 mois) .....</b>	<b>152</b>
<b>Tableau 75: Canevas pour l'analyse des comportements 15 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 9-11 mois) .....</b>	<b>153</b>

<i>Tableau 76: Canevas pour l'analyse des comportements 16 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : fréquence pour les 9-11 mois) .....</i>	<b>154</b>
<i>Tableau 77: Canevas pour l'analyse des comportements 17 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : période adéquate et quantité pour les 12-24 mois) .....</i>	<b>155</b>
<i>Tableau 78: Canevas pour l'analyse des comportements 18 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 12-24 mois) .....</i>	<b>156</b>
<i>Tableau 79: Canevas pour l'analyse des comportements 19 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : quantité) .....</i>	<b>157</b>
<i>Tableau 80 : Canevas pour l'analyse des comportements 20 (alimentation complémentaire enfants 6 mois – Sans : Fréquence et qualité pendant et après la maladie).....</i>	<b>158</b>
<i>Tableau 81: Canevas pour l'analyse des comportements 21 (alimentation des enfants 2-5 ans : quantité) ..</i>	<b>159</b>
<i>Tableau 82 : Canevas pour l'analyse des comportements 22 (alimentation des enfants 2-5 ans : qualité) ...</i>	<b>160</b>
<i>Tableau 83 : Canevas pour l'analyse des comportements 24 (Alimentation des filles 10-15 ans : quantité). </i>	<b>161</b>
<i>Tableau 84 : Canevas pour l'analyse des comportements 25 (alimentation des filles 10-15 ans : qualité)....</i>	<b>162</b>
<i>Tableau 85: Canevas pour l'analyse des comportements 26 (alimentation des filles de 10-15 ans : quantité) .....</i>	<b>164</b>
<i>Tableau 86: Canevas pour l'analyse des comportements 27 (filles 10-15 ans : déparasitage, fer et immunisation) .....</i>	<b>165</b>
<i>Tableau 87: Canevas pour l'analyse des comportements 28 (alimentation femmes enceintes : quantité) .....</i>	<b>166</b>
<i>Tableau 88: Canevas pour l'analyse des comportements 29 (alimentation femmes enceintes : régime varié et de qualité).....</i>	<b>167</b>
<i>Tableau 89 : Canevas pour l'analyse des comportements 30 (charge de travail et sommeil femmes enceintes) .....</i>	<b>169</b>
<i>Tableau 90: Canevas pour l'analyse des comportements 31 (moustiquaires, fer et acide folique pour femmes enceintes) .....</i>	<b>170</b>
<i>Tableau 91 : Canevas pour l'analyse des comportements 32 (alimentation des femmes allaitantes : quantité) .....</i>	<b>171</b>
<i>Tableau 92 : Canevas pour l'analyse des comportements 33 (alimentation femmes allaitantes : qualité) ....</i>	<b>172</b>
<i>Tableau 93 : Canevas pour l'analyse des comportements 34 (espacement des naissances) .....</i>	<b>173</b>

## SIGLES ET ABREVIATIONS

AED	Academy for Educational Development (Académie pour le Développement Educationnel)
AGR	Activités Génératrices de Revenus
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC	Center for Disease Control and prevention (centre de contrôle de maladies aux Etats-Unis)
CPN	Consultation Prénatale
CSI	Centre de Santé Intégré
EDSN	Enquêtes Démographiques et de Santé au Niger
HKI	Helen Keller International
IFPRI	International Food Policy Research Institute
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSF	Médecins Sans Frontière
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	United States Agency for International Development (agence des Etats-Unies pour le développement international)

## PETIT LEXIQUE HAUSSA UTILISE DANS CE RAPPORT

<i>Addoua</i>	Bénédictions
<i>Anfani</i>	Utile. C'est aussi le nom d'une station de radio à Maradi
<i>Agajéri</i>	Paludisme
<i>Bakin baki</i>	Bouche noire (lancer des paroles)
<i>Bauri</i>	Tisane, des décoctions traditionnelles
<i>Biki</i>	Cérémonies sociales : baptêmes, mariages
<i>Bitamine</i>	Vitamine
<i>Borin Guichiri</i> »	L'éclampsie, le mot « bori » veut dire possédé par l'esprit, « guichiri » veut dire « sel »
<i>Bude makoshi</i>	« Ouvrir la gorge », faciliter le transit
<i>Chernaka</i>	Terre de termitière
<i>Corho</i>	Cordelettes autour des reins (aussi « <i>akin zongo</i> »), Contraceptive traditionnelle
<i>Cubewa</i>	Courge jaune/orange
<i>Damana</i>	Saison de pluies
<i>dan dakawa</i>	Piler un peu
<i>dandali soheya</i>	Théâtre populaire
<i>de kuler</i>	Un médicament dénommé <i>Sudrex</i> mais qui localement s'appelle « les couleurs »
<i>Dundumi</i>	La cécité crépusculaire
<i>èka</i>	Mesure de superficies
<i>Fai fai</i>	Une natte circulaire pour couvrir des Calebasses de nourriture
<i>Fura</i>	Une boisson froide de mil cuite délayée dans de l'eau et /ou du lait qui signifie « qui fait gonfler »
<i>Fuusi</i>	La farine de manioc
<i>Garin rogo</i>	Les versets du coran portés pour se protéger
<i>Gris gris</i>	En milieu rural haoussa pour désigner « quelque chose de dur, de robuste, « <i>comme les selles d'un gaillard</i> » ( <i>kachin katou</i> )
<i>Gundugwilla kachinkatou</i>	Sourate du Coran
<i>Fatiha</i>	Contre les principes d'Islam, donc interdit
<i>Haram</i>	La bouillie faite avec la cloue de girofle
<i>Hanssankadi</i>	Savon dur, de fabrication artisanale
<i>Kabakuru</i>	Saison des moussons
<i>Kaka</i>	Augmenter avec de l'eau
<i>Kara de ruwa</i>	« Il était une fois... », C'est une introduction pour raconter tout conte
<i>Kuneka malam gatan-gatan</i>	Une bouillie fait de la farine de mil et l'eau bouillante
<i>Kunu</i>	Une entité nosologique représentée par une maladie supposée mortelle et qui se traduit par l'apparition de bouton ; maladie qui se trouverait dans le colostrum
<i>Kai-kai</i>	Feuilles vertes bouillies, accompagnées parfois avec des tourteaux d'arachides
<i>Kopto</i>	Choléra
<i>Kwalara</i>	Guérison rapide ou instantanée
<i>Lahia vitesse</i>	C'est un aliment traditionnel à base de haricot.
<i>Loublaye</i>	Diminutif de Macaroni mais qui s'emploie aussi pour toute forme de pâte alimentaire
<i>Maca</i>	

<i>Madiga</i>	Fontanelle, autre entité nosologique représentant une maladie de l'enfance
<i>Magani</i>	Médicament
<i>Makoshi ya bushe</i>	L'enfant a la gorge sèche
<i>Mankani</i>	Taro
<i>Massasara</i>	La fièvre ou paludisme
<i>Payo-payo</i>	Jeu de course (filles)
<i>Rani</i>	Saison sèche
<i>Richin gini</i>	« Manque de sang » ou l'anémie (de fer)
<i>Reno</i>	Le fait de confier : exemple confier l'enfant à la grand-mère pour le sevrage
<i>Romagi</i>	Déformation de « Arome Maggi » mais désigne en réalité toute sorte de cube ou de poudre constituant des bouillons culinaires
<i>Rubutu</i>	L'eau recueillie suite au lavage d'une ardoise sur laquelle sont écrits des versets du Coran
<i>Sabara</i>	Tisane réservée à l'augmentation de l'appétit
<i>Sabili</i>	Savon traditionnel à base de soude
<i>Sha ka kwashe</i>	Vitamines pour donner l'appétit aux femmes
<i>Soumbala</i>	Equivalent traditionnel de l'arome ou des bouillons culinaires
<i>Sousouka</i>	Déglumage du mil (séparer le mil de la tige)
<i>Tadafa</i>	Elle a fait cuire (elle a préparé)
<i>Tukudi</i>	La bouillie faite de mil pas cuite
<i>Tamowa</i>	Entité nosologique populaire qui renferme des symptômes de plusieurs maladies dont la malnutrition
<i>Tchintchikonika</i>	Une décoction qui, lorsqu'elle est consommée, permet de purifier le lait
<i>Toka</i>	La cendre
<i>Tuwo</i>	La pâte très épaisse du mil, accompagnée de sauce
<i>Waké da chikafa</i>	Mélange «riz – haricot»
<i>Waazi</i>	Prêche islamique
<i>Zahi</i>	Le mot pour certaines maladies (chaud)

### **Proverbes en Hausa**

***Zahi Barka ! In gichiruwa da yungwa sun bar da*** » : C'est quand la soif et la faim n'ont pas tué l'enfant qu'il faut nous (les mères) féliciter

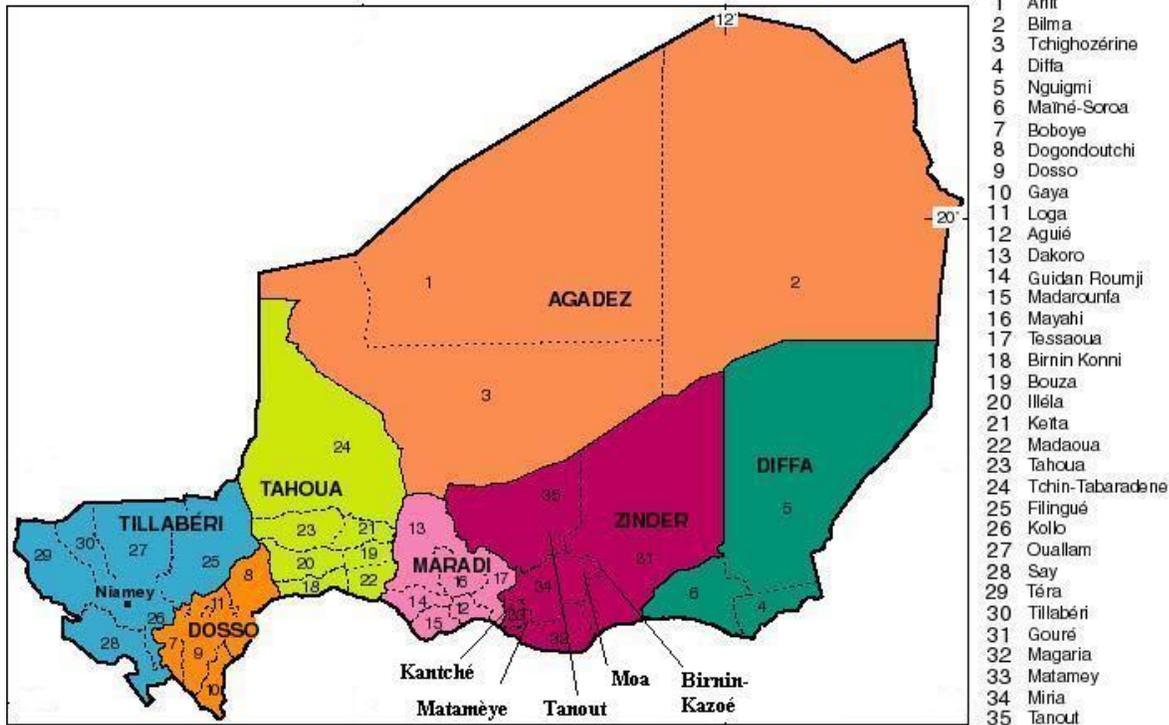
***Na rantsi nono uwar ta.*** » Je jure sur le lait de ma mère

***Rai, sai da ruwa*** » : Pas de vie sans eau».

## BREVE PRESENTATION DU NIGER

### CARTE ADMINISTRATIVE DU NIGER

#### LES DEPARTEMENTS



Le Rapport mondial 2004 du Développement Humain classait le Niger comme avant-dernier, le rapport 2005 qui a été rendu publique au dernier trimestre 2005, classe le Niger au dernier rang au niveau mondial (177ème/177 en 2005). Le revenu annuel par habitant est inférieur à 150 dollars américains; environ 63% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté et 34 % sont considérés comme extrêmement pauvres.

Ce vaste pays (1.267.000 km<sup>2</sup>) dont les trois quarts sont quasi désertiques ou désertiques a une population totale estimée à 10.790.352<sup>1</sup>, avec une densité moyenne de 8,5 habitants/km<sup>2</sup>. La population dont le taux annuel de croissance démographique (3,1 %) est l'un des plus élevés au monde, est essentiellement rurale (84 %) avec un taux d'analphabétisme qui s'élève à 84%.

Les neuf principaux groupes socio-ethniques sont : les Haoussa, les Zarma, les Peulh, les Touareg, les Kanouri, les Toubou, les Arabes, les Gourmantché et les Boudouma. La religion dominante est l'Islam. Au plan socio-politique, 2004 a été une année d'élection au Niger : municipales en juillet, législatives et présidentielles en novembre.

## **RESUME ANALYTIQUE**

En août 2006, l'UNICEF Niger a mené une étude qualitative portant sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de nutrition, sur l'accès et le recours aux services de soins de santé primaire pour les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que sur l'accès à l'eau potable, l'hygiène et la salubrité dans la région de Maradi, Niger. Ce rapport fait état des conclusions de cette étude et établit une comparaison entre les comportements constatés sur le terrain en matière de nutrition et ceux qui sont préconisés par l'OMS. Les éléments déterminants de ces comportements peu optimaux sont examinés et enfin d'éventuelles stratégies sont définies dans l'optique de promouvoir de meilleures pratiques.

### **Contexte de l'étude**

Le Niger enregistre régulièrement l'un des taux de malnutrition des jeunes enfants les plus élevés au monde. L'enquête MICS 2006 (enquête à indicateurs multiples – 2000), révèle que 50% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance (dont 30% sévère), ce qui démontre la racine structurelle du problème nutritionnel. Le taux de malnutrition aiguë dans le pays était de 10% dont 2% de malnutrition sévère. Ces taux, comparables aux taux enregistrés dans les pays en conflit, sont alarmants dans un pays en paix. Le Niger occupe actuellement la dernière place dans le classement de l'indice de développement; 64% de la population nigérienne vit en deçà du seuil de pauvreté, dont 34% dans la pauvreté extrême. En 2005, une crise nutritionnelle a frappé le Niger, crise durant laquelle, en dépit d'une relativement bonne récolte de mil, l'incidence de la malnutrition chez les jeunes enfants s'est accrue de façon spectaculaire dans de nombreuses régions du pays. Plus de trente ONG internationales se sont mobilisées afin de mettre sur pied des centres de récupération nutritionnelle pour les enfants souffrant de malnutrition sévère dans les régions où les besoins se sont fait le plus sentir.

Cette étude marque le début d'une initiative visant à déterminer et à se pencher sur les composantes comportementales des carences nutritionnelles des jeunes enfants, des femmes enceintes ainsi que des femmes allaitantes au Niger, en documentant les pratiques actuelles et en examinant les éléments déterminants de ces comportements. À la suite de ce rapport, une stratégie de communication visant à induire un changement de comportement sera mise au point en partenariat avec les ONG et communautés cibles, et sera exécutée dans le cadre d'un projet pilote mis en place pour expérimenter les stratégies conçues, en vue d'améliorer les comportements nutritionnels. L'UNICEF envisage enfin d'étendre les stratégies les plus performantes à d'autres régions puis à l'ensemble du pays.

### **Méthodologie**

L'étude a retenu 12 sites, 4 urbains et 8 ruraux, sélectionnés au hasard à partir de deux listes de communautés comptant un minimum de 1500 habitants, en appliquant les critères suivant: 1) sur la première liste figuraient les communautés dotées d'un marché bien achalandé, d'un centre de santé intégré, (CSI), d'une école, d'une infrastructure publique, de cultures maraîchères et situées sur ou près de voies d'accès praticables. 2) La deuxième liste regroupait à contrario, les communautés isolées ou enclavées et situées à distance d'une voie praticable, qui n'étaient pas dotées de cultures maraîchères, d'écoles, d'un centre de santé intégré, ou d'infrastructures publiques. Dans les villes, les critères retenus étaient: "un quartier pauvre ou traditionnel" et un "quartier plus aisé à la population bien instruite".

Dans chacun des cinq départements, une communauté ou quartier (pour les villes) a été sélectionné au hasard sur chaque liste. Les sites retenus sont: Ville de Maradi (quartiers Bagalam et Ali Dan Sofo), Madarounfa (Safo et Dan Abdallah), Ville de Mayahi (quartiers de Sofoua et Sabon Gari), Tessaoua (Chabaré et Gourajé) et Dakoro (Zongo Bilbizo et Guidan Salifou).

Dans tous les sites ruraux, les outils suivants ont été appliqués: Focus group ou groupes de discussion (filles âgées de 10 à 15 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes, grand-mères, pères, marabouts, enseignants et infirmières), journée typique de travail de la fille et de la femme, rappel de 24 heures de consommation, calendrier de production annuel et aussi 30 questionnaires individuels approfondis comme suit:

5 filles âgées de 10 à 15 ans,  
5 femmes enceintes,  
5 femmes allaitantes,  
5 mères de nourrissons âgés de 6 à 8 mois,  
5 mères de nourrissons de 8 à 11 mois,  
5 mères d'enfants âgés de 12 à 24 mois.

Dans les centres urbains, une série supplémentaire du même nombre de questionnaires soit 30 au total ont été soumis aux femmes qui avaient achevé le cycle primaire. D'autres outils ont été employés, notamment: la journée de travail type des femmes ou des filles, un rappel des aliments consommés sur 24 h par tous les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitant des nourrissons âgés de 0 à 6 mois, et enfin, un calendrier de la production culturelle et de la disponibilité de vivres. La collecte de données a été effectuée à l'aide de 2 équipes de 8 enquêteurs et d'un sociologue/superviseur. Des magnétophones enregistreurs ont été employés pour les groupes de discussion et le premier tri des données a été réalisé immédiatement après chaque groupe de discussion.

Une analyse de toutes les données qualitatives a été menée en concertation et collaboration entre une Socio-anthropologue titulaire de doctorat, et une spécialiste en recherche qualitative et changement de comportement nutritionnel, ayant une vaste expérience au Niger et en langue haussa, et également titulaire d'un doctorat.

Toutes les données quantitatives ont été saisies deux fois à l'aide de EPI Info, et analysées à l'aide de SPSS (Progiciel de statistiques pour les sciences sociales), par le Cabinet CNESS-Bozari.

## **PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ETUDE**

Pour chaque volet de l'étude, les comportements recommandés par l'OMS sont présentés en premier (s'il y a lieu), et suivis d'une liste de points synthétisant les principaux résultats de la recherche pour ce volet de l'étude.

### **I. ALLAITEMENT**

La capacité d'allaiter avec succès un enfant est une question de vie ou de mort pour le nouveau né au Niger. Les principaux comportements que l'OMS recommande aux mères allaitantes sont:

Principaux comportements recommandés par l'OMS pour l'allaitement au sein :

- 1.** Immédiatement après la naissance (moins d'une heure après), avant même de laver la mère ou l'enfant, sécher le bébé en le tapotant à l'aide d'un linge et le mettre directement au sein, peau contre peau avec la mère, puis le couvrir d'un linge chaud. Ce geste de commencer à allaiter dès la naissance favorise une lactation adéquate, la capacité du bébé à téter, et de réduire l'hémorragie chez la mère.

2. Allaitement exclusif de la naissance jusqu'à six mois – sans donner d'eau, d'autres liquides (jus, *bauri*, *fura*), ou d'autres aliments.
3. En cas de problème d'insuffisance de lait, allaiter plus fréquemment jusqu'à ce que la production de lait augmente – ne rien donner d'autre que le lait maternel au bébé. La faim et la tétée de l'enfant réguleront la quantité et la qualité du lait maternel.
4. Vider un sein avant de présenter l'autre afin de veiller à ce que le bébé boive le lait aqueux du début pour étancher sa soif, puis le lait crémeux et riche en vitamines qui vient ensuite pour se rassasier.
5. Allaiter à la demande jour et nuit, au moins 8 à 12 fois par 24 heures; présenter le sein chaque fois que l'enfant a faim ou soif.
6. Donner à la mère, aussitôt que possible après la naissance, une dose élevée de Vitamine A afin d'augmenter ses réserves et celles du bébé et de le protéger contre les maladies.
7. Ne pas laver le sein avec du savon - la zone autour du téton est très sensible et produit des lubrifiants spéciaux qui servent à protéger contre les crevasses et les irritations qui peuvent s'infecter. N'utiliser que de l'eau, le sein n'est pas sale.
8. S'assurer que la mère allaite l'enfant dans une position confortable et détendue, avec son dos bien calé, le bébé dans ses bras; la bouche du bébé doit presque entièrement recouvrir l'aréole. Il convient d'améliorer la position et la fixation du bébé au sein au cours du premier mois pour assurer un allaitement optimal.
9. Espacer les naissances de trois ans au moins, afin d'accroître les chances de survie de l'enfant et de donner du temps à la mère pour reconstituer ses réserves nutritives et recouvrer une bonne santé.
10. Continuer à allaiter nuit et jour jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà afin de donner au jeune enfant un bon départ dans la vie.

**1. Mettre le nourrisson au sein, immédiatement après la naissance, avant même de laver le bébé**

- Sur un échantillon de 80 mères de nourrissons âgés de 0 à 6 mois, 36 ou 45% ont déclaré avoir mis le bébé au sein dans la première heure suivant la naissance, bien que ce ne soit pas avant d'avoir lavé et la mère, et l'enfant. Vingt-deux d'entre elles ont avancé comme raison: "il faut donner le colostrum au bébé", ce qui démontre une connaissance de la raison justifiant cette bonne pratique.
- Parmi les 45 sur 80 qui ont répondu qu'elles attendaient au-delà d'une heure pour mettre le bébé au sein, la moitié ont avancé "le mauvais lait" ou "l'insuffisance de lait" comme raison de ce délai, pouvant aller dans certains cas jusqu'à quatre jours. Il existe une forte croyance traditionnelle que le premier lait jaune contient une maladie mortelle (*kai kai*) qui doit être soignée par des remèdes traditionnels jusqu'à ce que le véritable lait n'arrive.
- Les grand-mères et les belles-mères ont une énorme influence sur les pratiques alimentaires des nouveaux nés et des jeunes enfants dans cette culture, surtout pour les primipares et les jeunes femmes. L'étude a relevé très peu de différence de comportement entre les femmes ayant achevé le cycle scolaire primaire et les autres. Le contact avec un agent de santé dynamique et informé a semblé conduire à

l'adoption de nouveaux comportements, même parmi un bon nombre de femmes ayant accouché à domicile avec l'assistance de la grand-mère.

- Les femmes sollicitent les services des marabouts à la naissance afin de bénir l'enfant et de fournir des conseils si nécessaire. Ils jouent essentiellement un rôle religieux, mais également curatif et préventif si la femme demande à être aidée et rassurée. La plupart des marabouts interrogés étaient bien informés et énonçaient clairement les pratiques recommandées, ils étaient en outre, tout disposés à être convaincus et à promouvoir de nouveaux comportements s'ils recevaient un peu plus d'informations.
- Le rôle des pères est d'assurer que la mère et l'enfant aient suffisamment de nourriture et de prendre en charge tous traitements requis. En règle général, les pères étaient moins bien informés que les marabouts, et déclaraient préférer s'en tenir aux pratiques traditionnelles.

## **2. Allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois**

- Pratiquement toutes les mères ont donné de l'eau à leur enfant le premier jour, puis 3-4 fois par jour tout au long de la petite enfance du nourrisson. Des médicaments traditionnels sont également administrés à quelques enfants, et certains reçoivent des aliments hautement dilués à 3-4 mois et parfois plus tôt. L'étude a montré que seule une poignée de femmes avaient pratiqué un allaitement exclusif.
- "Il n'y a pas de vie sans eau", voilà le proverbe qui explique pourquoi toutes craignent de ne pas donner d'eau aux nourrissons. En outre, dans la tradition Haussa, la gorge et l'estomac doivent être "ouverts" afin de préparer la voie pour que le lait maternel et les aliments puissent suivre ensuite. Ceci repose en partie sur l'idée qu'il y a des déchets dans le corps de l'enfant résultant du fait qu'il a mangé ce que "la mère mange" lors de la grossesse, et que ces derniers doivent être éliminés sous la forme des premières selles du corps de l'enfant, avant que ce dernier ne puisse manger et boire correctement.
- L'immense majorité des mères de nourrissons âgés de 0 à 6 mois ont déclaré dans le rappel des aliments ingérés dans les dernières 24 heures qu'elles allaitaient 12 à 14 fois par jour. Notons néanmoins que certaines femmes ont déclaré donner de l'eau ou du "*bauri*" entre les tétées, un remède traditionnel donnant à l'enfant un sentiment de satiété, grâce à quoi il se rendort, permettant ainsi à la mère de vaquer à ses occupations. Il est donc possible que parfois un *bauri* remplace une tétée.
- Les rappels sur 24 heures montrent qu'environ un quart de ces nourrissons reçoivent occasionnellement des boissons diluées à base de mil dès l'âge de trois ou quatre mois et à l'âge de six mois, pratiquement tous ces enfants haussa reçoivent quotidiennement des aliments semi solides.

## **3. Pour accroître la lactation, allaiter plus fréquemment, jusqu'à ce que la quantité de lait augmente**

- La crainte majeure de tout le monde, dans la société haussa, est que la mère n'ait pas suffisamment de lait, car cela pourrait être fatal au nourrisson. Dans l'esprit de tous, y compris des agents de santé, l'insuffisance de lait est liée au mauvais état nutritionnel de la mère. Il existe la croyance fermement ancrée que "si la mère ne s'alimente pas bien, le nourrisson non plus "; par conséquent il convient de donner d'autres aliments que le lait maternel pour compenser la mauvaise nutrition de la mère. Personne ne comprend que la mère est en mesure de couvrir tous les besoins

nutritionnels du bébé, au moins pour les 2-3 premiers enfants, même si elle est mal nourrie, car ce dont le bébé a besoin sera puisé dans ses réserves, de sorte que c'est sont les réserves de son corps qui seront vidées. Peut-être avons-nous mal expliqué la nécessité d'une bonne nutrition de la mère.

- La façon dont le lait maternel est produit et régulé n'est pas bien assimilée. Plus l'enfant tète intensément et fréquemment, plus la lactation augmente, et moins se fait l'ovulation et la fécondation chez la mère. Plus les tétées se raccourcissent et se raréfient, plus il y a de chance que le lait diminue et la probabilité pour que la femme tombe enceinte devient forte.
- Lorsque qu'un enfant a une poussée de croissance surtout autour de 3 mois, la mère pense que son lait diminue, donc elle administre des remèdes, d'autres liquides et parfois des aliments dilués à l'enfant, ce qui à son tour fait baisser la production de lait. C'est ainsi que l'insuffisance de lait devient une prophétie qui s'auto accomplit.

#### **4. *Vider un sein avant de présenter l'autre sein***

- Quatre -vingt onze pour cent des mères de nourrissons de 0 à 6 mois ont déclaré ne pas permettre à l'enfant de finir un sein avant de le placer sur l'autre sein, le privant de ce fait de la dernière partie riche en calorie et en vitamines du lait maternel. La production de lait est parfaitement régulée par les besoins et la demande de l'enfant. Si on ne laisse pas l'enfant téter le maximum possible du premier sein, la mère interfère en somme dans les messages envoyés à son cerveau pour produire le lait. Les raisons avancées sont la croyance que le lait en fin d'allaitement est "chaud"<sup>1</sup> et fera vomir l'enfant.

#### **5. *Allaitement à la demande jour et nuit (8 à 12 tétées par 24 heures)***

- On pense généralement que les nigériennes allaitent toujours à la demande jour et nuit et que cette recommandation ne pose pas problème. L'étude a constaté que, en moyenne, les mères de nourrissons âgés de 0 à 6 mois allaitaient 12 à 14 fois par jour. Toutefois, quelques mères ont également dit qu'elles administraient des remèdes traditionnels ou d'autres boissons afin que l'enfant se rendorme et qu'elles puissent vaquer à leurs occupations.

#### **6. *Administrer à la mère une dose massive de Vitamine A immédiatement après l'accouchement***

- Il est capital que toutes les femmes du Niger<sup>2</sup> reçoivent une dose élevée de la vitamine A immédiatement après l'accouchement, afin d'accroître leurs réserves et celles du bébé à travers l'allaitement. Ces données n'ont pas été collectées dans le cadre de cette étude.

#### **7. *Ne pas laver le sein au savon, afin d'éviter les crevasses, les douleurs et l'infection.***

- Dans tous les sites, les agents de santé et l'ensemble de la communauté considéraient que laver le sein au savon était absolument crucial avant de mettre l'enfant au sein. Cette énorme préoccupation pour la propreté dans ce cas est déplacée et ne fait que causer du tort: l'aréole produit des lubrifiants afin d'éviter la friction et les crevasses des tétons. Il y a peu de chance que les seins véhiculent des agents pathogènes, et l'on doit se contenter de les rincer à l'eau claire une fois par jour lorsque la femme se lave. L'étude a constaté que 15% des femmes qui retardaient le moment de la mise

---

<sup>1</sup> "Chaud" non pas dans le sens de chaleur mais plutôt une idée de déséquilibre dans le corps.

<sup>2</sup> En raison de son climat et de sa pauvreté, le Niger enregistre des taux élevés de carence en vitamine A.

au sein du bébé expliquaient qu'elles "attendaient le savon pour laver les seins". Voici un exemple d'un message qui a raté son but et qui a un effet boomerang!

#### **8. *Bon positionnement et bon attachement de l'enfant au sein***

- La position traditionnelle d'allaitement est que la femme couche l'enfant sur ses genoux, en maintenant sa nuque avec la main gauche, et de la main droite qu'elle presse le sein gauche dans la bouche de l'enfant. Cette position n'est pas recommandée car c'est la mère qui contrôle la tétée de son l'enfant, sans compter que la mère a le dos courbé en avant, ce qui est très inconfortable et peut inciter à interrompre précocement l'allaitement.

#### **9. *Espacement des naissances en laissant trois ans au moins entre chaque enfant***

- Le taux d'utilisation de méthodes modernes de planning familial au Niger est extrêmement bas: dans cette étude, 19% des femmes interrogées ont déclaré utiliser une méthode moderne. Les femmes qui connaissent des naissances trop rapprochées s'épuisent sur le plan nutritionnel, et de ce fait réduisent les chances de survie de chaque enfant suivant.

#### **10. *Continuer d'allaiter jour et nuit jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.***

- Le Coran recommande d'allaiter les enfants jusqu'à deux ans, et on estime parfois que les garçons ont besoin d'être allaités un mois de plus que les filles. Mais en réalité, l'âge moyen d'interruption de l'allaitement au Niger est de 15 mois, essentiellement parce que la mère est retombée enceinte. Un sevrage brusque dès lors que la mère est certaine d'une nouvelle grossesse est souvent une expérience traumatisante pour l'enfant, entraînant par la suite une malnutrition, surtout si l'enfant est envoyé chez la grand-mère pour un certain temps afin qu'il puisse oublier le sein.

## **II. ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE**

Comportements alimentaires recommandés afin d'améliorer la nutrition des enfants allaités âgés de six à vingt-quatre mois:

1. Continuer à allaiter fréquemment jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. À six mois, introduire les aliments complémentaires: aliments mous et en purée, bouillie épaisse pour bébé faite d'un mélange de farines de céréales et de légumineuses disponibles : mil, maïs, sorgho, soja et haricots
2. bouillie pour bébé enrichie avec 2 à 3 types d'aliments à chaque repas: beurre, huile, arachide, haricots, viande, poisson, œufs, légumineuses, fruits et légumes.
3. accroître la fréquence des repas au fur et à mesure que l'enfant grandit, en faisant une combinaison de repas et de goûters entre les repas (2-3 repas par jour à 6-8 mois, 3-4 par jour à 9-11 mois, et 4-5 repas par jour [3 repas et deux goûters] à 12-24 mois).
4. donner des aliments de plus en plus épais au fur et à mesure que l'enfant grandit. Autour de 9 mois, lorsque l'enfant est en mesure de "pincer entre les doigts", lui donner des aliments qu'il peut lui-même mettre à la bouche.
5. à 12 – 24 mois, diversifier le régime alimentaire en s'assurant d'y inclure quotidiennement des fruits, plusieurs portions de légumes, des aliments à base de viande et de poisson, des légumes secs et légumineuses, et des aliments

fortifiés

6. protéger l'enfant et la mère des effets négatifs d'une grossesse trop rapprochée en offrant le sein avant toute autre alimentation ; continuer à donner le lait maternel au moins six fois par jour, avec des intervalles n'excédant pas quatre heures dans la journée et six heures dans la nuit ; lorsque l'enfant a 12 mois, il est indispensable ou préférable que la mère utilise une méthode moderne de contraception pour respecter les 3 ans d'espacements recommandés entre deux naissances.

***1. Continuer d'allaiter à la demande nuit et jour; introduire des aliments mous en purée à l'âge de six mois composés d'un mélange de farines de céréales et de légumineuses.***

- À l'âge de six mois la fréquence des allaitements chute brusquement dans la région de Maradi, de 12 à 14 tétées par jour à une moyenne de 4,7 tétées par jour. Parallèlement à cela, les bébés reçoivent davantage de repas composés de céréales par jour que ce qui est recommandé et pour beaucoup d'enfants il s'agit d'eau de mil diluée, chaque fois qu'ils ont faim ou soif. Un enfant de cet âge tète longuement et reçoit plus de lait par tétée, mais entre ces tétées peu fréquentes, il se remplit l'estomac avec de l'eau, et remplace probablement les tétées par de l'eau et de faibles quantités de mil.
- Quelques mères suivent les instructions des agents de santé et donnent un mélange de céréales et de légumineuses, mais l'immense majorité d'entre elles ne donnent que de la farine de mil et de l'eau chaude uniquement.
- Un examen des rappels des aliments sur 24 h indique que les bébés qui ont été maintenus à un nombre de 8 tétées environ par jour ont consommé des quantités adéquates d'énergie ou de calories, mais ont reçu d'insuffisantes quantités de fer, vitamines, zinc et protéines, car ils n'ont consommé que des plats de mil non enrichis par d'autres aliments. Ceux qui ont bu du fura ou du koko non enrichi 4 à 8 fois par jour (2 à 3 repas par jours sont recommandés à 6-8 mois) avaient un grand déficit en nombre de calories par jour et il est fort probable que ces boissons diluées venaient remplacer des tétées beaucoup plus nutritives. Certains des enfants qui ne recevaient qu'une ou deux tétées par jour, devraient être allaités toute la nuit afin de compenser la perte calorique et nutritionnelle, mais certaines mères ont totalement cessé de pratiquer l'allaitement durant la nuit.

***2. Enrichir la bouillie pour bébé en y ajoutant 2 à 3 différents types d'aliments à chaque repas: beurre, huile, arachide, haricots, viande, œufs, légumineuses, fruits et légumes.***

- À 6-8 mois ces enfants reçoivent, en moyenne, la moitié d'une ration d'huile par jour, des légumes et des légumineuses occasionnellement seulement, aucun fruits et certains reçoivent du lait écrémé dans leur fura.

***3. Accroître la fréquence des repas non composés de lait maternel au fur et à mesure de la croissance des enfants, en appliquant une association de repas et de goûters entre les repas à raison de 3-4 rations par jour à 9-11 mois et de 4-5 rations par jour à l'âge de 12 – 24 mois.***

- Les rappels sur 24h indiquent que, à neuf mois, le nourrisson reçoit en moyenne davantage de repas qu'il n'est préconisé (4 à 5 alors que 3 à 4 sont recommandés) et consomme plus de 4 rations par jour de céréales tandis que 2 environ seulement sont recommandées.

- À neuf mois, le nombre de tétées demeure à peu près identique qu'à 6-8 mois, soit, en moyenne, 4,8 tétées par 24 heures. Certaines mères ont commencé à introduire des légumineuses et des aliments riches en vitamine A au cours de cette période, probablement à la suite des recommandations de l'agent de santé.

**4. Introduire progressivement des aliments de plus en plus épais au fur et à mesure de la croissance de l'enfant. Autour de 9 mois, lorsque l'enfant est capable de "pincer entre ses doigts", administrer des aliments que l'enfant peut saisir lui-même pour se nourrir**

- Certaines familles donnent aux enfants, entre les repas, des biscuits qu'ils peuvent tenir dans leur main. Il serait préférable de leur donner comme goûter des morceaux de fruit ou de foie. Les enfants de cet âge reçoivent souvent des portions du repas familial de *tuwo* qui est assez lourd. Ceci devrait être accompagné d'autres aliments dans la mesure où le petit estomac de l'enfant se remplit rapidement de cette façon, sans qu'il n'ait reçu suffisamment d'éléments nutritifs nécessaires.

**5. À 12 mois, diversifier le régime alimentaire en veillant à inclure quotidiennement des fruits, plusieurs portions de légumes, de denrées à base de viande ou de poisson, et d'aliments fortifiés.**

- À 12 mois les enfants consomment un repas de plus par jour de céréales, davantage de légumineuses et davantage de rations quotidiennes d'huile. Mais en revanche ils ne reçoivent plus de légumes, d'aliments riches en vitamine A ou de fruits. Les enfants de cet âge qui ne têtent plus, ne reçoivent tout simplement plus suffisamment d'aliments enrichis permettant de compenser la perte de calories et d'autres éléments nutritifs suivant le sevrage total du lait maternel.

En ce qui concerne l'alimentation des enfants de 6 mois à 5 ans, nous suggérons quelques petits comportements à recommander. Par exemple :

- Offrir toujours le sein à chaque repas avant d'offrir d'autres aliments.
- Acheter une brochette de foie, ne serait-ce qu'une fois par semaine pour la partager entre les femmes et les jeunes enfants (cela va nécessiter une stratégie avec les bouchers ainsi que les familles).
- Ne pas donner de *fura* aux enfants de moins de trois ans, et surtout pas en remplacement d'un repas. C'est certes une boisson rafraîchissante mais pas un repas pour enfant. Donner des goûters très nutritifs et/ou des bouillies épaisses, enrichies des produits animaux, légumineux, légumes, l'huile, et fruits.
- Etudier et tester différentes sauces et préparations culinaires et élaborer une stratégie pour améliorer les sauces de la famille.
- Elaborer une stratégie pour une augmentation des légumes dans le régime quotidien des Hausa.
- Elaborer une stratégie pour augmenter la quantité de haricots et de courges prévue pour consommation par la famille.
- Elaborer une stratégie qui a comme but la réduction du travail de la mère, et l'augmentation du temps qu'elle dédie à l'alimentation des enfants.

### III. COMPORTEMENTS A ADOPTER POUR LES ENFANTS DE LA NAISSANCE A L'AGE DE CINQ ANS

***1. Aider activement l'enfant à manger, surtout lorsqu'il est malade et trop faible pour se nourrir lui-même. Offrir le sein plus fréquemment dans la mesure où le lait maternel est plus aisé à digérer et aidera l'enfant à se rétablir. Doubler la quantité de nourriture proposée après une maladie pendant deux semaines environ, de sorte que l'enfant puisse reprendre du poids et des forces. Lui proposer ses mets favoris.***

- À la question, "l'enfant a-t-il été malade au cours de ces deux dernières semaines?", 30% des mères d'enfants âgés de 0-6 mois et 40% des mères de l'ensemble des enfants âgés de 6 à 24 mois ont répondu "Oui". 42% de ces enfants avaient souffert de diarrhée; 18% d'affections respiratoires et 16% de fièvres et de paludisme, soit les trois grandes affections fatales aux enfants dans les pays en développement. Ces chiffres sont saisissants dans la mesure où ils signifient que les enfants sont très souvent malades et souvent, ne parviennent pas à "récupérer" entre deux maladies. Ceci induit un cycle vicieux précipitant l'enfant vers la malnutrition et bien souvent, le décès.
- 16% pour cent des mères d'enfants âgés de 6 à 11 mois ont déclaré allaiter plus souvent lorsque l'enfant était malade "pour qu'il n'oublie pas le sein", mais la plupart ont indiqué que l'enfant perdait l'appétit et mangeait moins. Ainsi, certaines augmentent le nombre de tétées, mais pas nécessairement pour les bonnes raisons.

***2. Veiller à ce que les enfants, les femmes enceintes et les mères dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide afin de prévenir le paludisme.***

- 76% des personnes interrogées ont déclaré que leurs familles possédaient une moustiquaire, dont 70% étaient imprégnées. 28% des femmes (contre 39% des femmes enceintes) ont déclaré dormir elles-mêmes sous la moustiquaire et 19% ont déclaré que leurs enfants dormaient sous la moustiquaire.

***3. Veiller à ce que les nourrissons reçoivent une supplémentation en vitamine A à six mois, puis tous les six mois par la suite jusqu'à l'âge de 5 ans, afin de les protéger contre les maladies et de les garder en bonne santé.***

- Volet non traité dans cette étude

***4. Adopter de bonnes habitudes en matière d'hygiène et veiller à la propreté des aliments à tous les stades de la préparation.***

- Lorsque, dans un questionnaire à réponses multiples, il est demandé quelles sont les principales causes de diarrhée, 69% des répondants indiquent la poussée dentaire. 30% mentionnent "un changement de nourriture", 26% indiquent certaines maladies et 26% donnent la réponse la plus correcte, à savoir que la diarrhée est le plus souvent causée par "les microbes véhiculés par la saleté".
- En général les mains sont lavées sans savon, et essentiellement avant et après les repas. En règle générale, il n'y a pas de notion de "microbes", mais s'il y a de la graisse ou de la saleté visible sur les mains, elles seront peut-être lavées. Et si elles n'ont pas l'air sales ou ne sont pas ressenties comme telles, elles ne seront pas nécessairement lavées. Certaines utilisent de la cendre (une des composantes du savon) au lieu du savon, car elle est gratuite et disponible.
- Les plats sont presque toujours lavés avant le repas, mais pas après. Ils sont souvent placés sur le sol pour que les animaux les "nettoient" ou finissent les restes, jusqu'au prochain repas; Le savon n'est pas toujours utilisé pour laver les plats non plus; en

fait, la femme prend souvent une poignée de sable par terre (où les animaux sont aussi passés) comme abrasif pour éliminer les restes de nourriture des plats.

- La lessive des vêtements se fait généralement une fois par semaine, à moins qu'il y ait un enfant. En effet dans ce cas la mère est contrainte de laver tous les jours le ou les deux seuls pagnes qu'elle possède car elle est constamment salie par le bébé qui n'est pas encore "propre".
- Les latrines demeurent un luxe pour la plupart des populations en milieu rural et pour beaucoup en milieu urbain. Certains indiquent qu'ils continuent d'aller "dans la brousse", qui est souvent un espace d'herbe derrière le mur arrière de la maison, ou de préférence en périphérie de la ville, où les excréments peuvent sécher à l'air libre.
- Les déchets ménagers sont jetés juste derrière ou devant la case ou la maison, même en ville. Certaines familles creusent un trou où elles jettent les déchets, puis en recreusent un autre au fur et à mesure des besoins.
- 51% ne consomment pas d'eau potable. 44% reçoivent l'eau d'un forage ou du robinet. Certaines femmes déclarent qu'elles préfèrent ne pas boire de l'eau potable "car elle n'a pas bon goût".

***5. Veiller à ce que les repas de la famille soit préparés avec du sel iodé afin de préserver une bonne santé.***

- Volet non inclus dans cette étude (15% selon The State of the World's Children 2007, UNICEF).

***6. Veiller à maintenir un espacement d'au moins trois ans entre les naissances, afin de préserver la bonne santé de la mère, de garantir sa capacité à produire un bébé en bonne santé et de protéger la vie et la santé du jeune enfant.***

- La durée d'espacement suggérée n'est pas respectée par la plupart des femmes qui tombent enceinte avant.

#### **IV. SEVRAGE**

***1. Sevrer progressivement le bébé en fonction de sa disposition psychologique à l'être. Veiller à ce que l'enfant reçoive un régime alimentaire bien équilibré afin de faire en sorte que les éléments qu'il recevait grâce au lait maternel soient remplacés par d'autres aliments.***

- Les mères sèvrer leurs bébés dès qu'elles sont sûres d'être de nouveau enceintes, et dès que la nouvelle est connue de tous. Elles vont voir le marabout pour choisir un jour propice, et prendre des gris-gris pour protéger l'enfant. Le jour venu, la mère refuse de donner le sein à l'enfant, en mettant généralement du piment ou des potions amères sur les tétons pour dissuader l'enfant de téter. Certaines mères continuent d'envoyer le bébé chez sa grand-mère pour qu'il "oublie le sein". Il reçoit parfois des aliments spéciaux pendant deux ou trois jours, mais pas à long terme.
- L'exhortation du coran à allaiter jusqu'à l'âge de deux ans est rarement suivie et l'âge moyen du sevrage est de 15 mois.
- Le sevrage chez les haussa peut être précoce et brusque, mais il n'est pas exact que les enfants ne sont pas habitués à consommer d'autres aliments au moment où il intervient. Le problème est que les aliments qui remplacent progressivement le lait maternel depuis l'âge de six mois n'apportent pas suffisamment d'éléments nutritifs pour remplacer ceux que l'enfant recevait par le lait maternel et ainsi, lorsqu'un tel enfant est sevré, le risque de malnutrition chez lui est déjà présent.

## V. ENFANTS DE DEUX A CINQ ANS

Les recommandations relatives aux enfants de deux à cinq ans, sont les suivantes :

1. Surveiller les repas pour s'assurer que l'enfant est bien nourri 5 fois par jour, à raison de trois repas et de deux goûters nutritives par jour.
2. S'assurer qu'il reçoit quotidiennement une alimentation diversifiée : 3-5 rations de céréales, environ 100g d'aliments d'origine animale (viande, poisson, œufs) ou de légumineuses (arachides, haricots, niébé), une ration de fruits, 3-4 rations de légumes, 500ml de lait, une ration d'aliments riche en vitamine A et 3 cuillérées d'huile.
3. Pour une meilleure nutrition et santé, il convient d'administrer aux enfants un traitement vermifuge une à deux fois par an.

### ***1. Surveiller les repas pour s'assurer que l'enfant est bien nourri 5 fois par jour, à raison de trois repas et de deux goûters nutritives par jour.***

- Entre deux et cinq ans, l'enfant continue d'être nourri de plus en plus fréquemment, jusqu'à cinq à six repas par jour. En moyenne, plus de 5 de ces repas sont à base de mil.
- Pour ce qui est de la personne qui nourrit l'enfant, l'étude a constaté que 56% se nourrissaient seuls et que 26% étaient nourris par leur mère. 17 autres pour cent étaient nourris par d'autres membres de la famille.

### ***2. S'assurer qu'il reçoit quotidiennement une alimentation diversifiée : 3-5 rations de céréales, environ 100g d'aliments d'origine animale (viande, poisson, œufs) ou de légumineuses (arachides, haricots, niébé), une ration de fruits, 3-4 rations de légumes, 500ml de lait, une ration d'aliments riche en vitamine A et 3 cuillérées d'huile.***

- D'après l'enquête sur le rappel des aliments administrés sur les dernières 24h, les enfants âgés de 2 à 5 ans consomment encore plus d'aliments contenant de l'huile, des légumes/légumineux et du lait écrémé, que les enfants de moins de deux ans. Paradoxalement, la tranche d'âge des 2-5 ans commence à recevoir plus d'aliments riches en vitamine A et plus de légumes que les enfants de moins de deux ans. – peut-être parce que, parvenus à cet âge, les fils prennent leurs repas avec le père et les hommes de la famille. Mais ils ne consomment toujours pas de fruits et de viande, tout comme les adultes.
- Nous recommandons qu'un aliment à promouvoir dans toute la communauté soit recherché ; cet aliment devra être disponible à tout moment, sans difficulté de conservation afin que l'enfant puisse le consommer facilement chaque fois qu'il en a besoin, en lieu et place du *fura* et des bouillies pauvres en nutriments et trop diluées. On peut par exemple envisager la promotion de la pâte d'arachide pour tartiner les galettes, beignets et autres « goûters » présents localement.

### ***3. Il convient d'administrer aux enfants un traitement vermifuge une à deux fois par an.***

- Cette étude n'a pas traité le volet déparasitage des enfants.

## VI. NUTRITION DES FILLES AGEES DE 10 A 15 ANS, AINSI QUE CELLE DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES (MERES DE NOURRISSONS DE 0 À 6 MOIS)

Les femmes et les filles de 10-15 ans ont des besoins nutritionnels importants. C'est ce qui permet d'assurer une croissance saine et harmonieuse entre l'âge de 10 et 15 ans, voire jusqu'à 19 ans, et qui

contribue à garantir un bon développement du fœtus chez les femmes enceintes, et par la suite l'allaitement du bébé.

### **Nutrition des Filles de 10 à 15**

Pour garantir une croissance saine et harmonieuse, les recommandations ci-dessous s'adressent aux filles mais s'appliquent essentiellement à toutes femmes:

1. Accroître la densité nutritive des aliments consommés afin de préserver la santé des filles et leur garantir une croissance adéquate.
2. Les filles doivent prendre au moins trois repas nutritifs et deux goûters nutritives par jour.
3. Diversifier le régime alimentaire afin d'accroître la consommation de micronutriments, et de prévenir ainsi les maladies.
4. Accroître la consommation quotidienne de fruits et légumes, afin d'augmenter la consommation de vitamines et minéraux
5. Consommer des produits d'origine animale: viande, poisson, œufs, y compris du foie une fois par semaine, afin d'assurer un bon apport en fer, zinc, vitamine A et protéines.
6. Utiliser du sel iodé dans toutes les préparations alimentaires.
7. Au Niger les aliments suffisent rarement à fournir certains nutriments: il convient de fournir aux filles un supplément de fer, iode, vitamine A, zinc et autres vitamines et minéraux.
8. Les filles doivent recevoir un traitement vermifuge une fois par an afin d'améliorer leur état nutritionnel et leur capacité à travailler, assimiler et réussir à l'école.

### **Filles et femmes en général:**

- Le chef de famille donne tous les matins la ration de mil à utiliser par la famille, et si la famille a de la chance, la femme reçoit un peu de monnaie pour les ingrédients de la sauce.
- En général le *fura* et *kunu*, des repas exclusivement composés de mil et d'eau sont consommés tout au long de la journée; lorsqu'un membre de la famille a faim ou soif, il va vers l'endroit frais où est conservé le *fura* et se sert.
- Le *tuwo*, une pâte épaisse accompagnée d'une sauce, est considérée comme étant le "repas" et est traditionnellement pris le soir. L'enquête sur le rappel des aliments consommés sur 24 heures a révélé que peu de familles consomment du *tuwo* tous les jours. Pour certains, c'est 3 à 3 fois par semaine et une fois par semaine seulement pour de nombreuses familles. Ce *tuwo* est rarement accompagné de viande.
- L'enquête a révélé peu de différences entre les femmes et les filles qui ont achevé le cycle d'école primaire et les autres. L'influence culturelle reste très forte.

### **Conclusions de l'enquête ciblant les filles du 10 à 15 ans**

***1. Accroître la densité nutritive des aliments consommés afin de préserver la santé des filles et de leur garantir une croissance harmonieuse.***

- Beaucoup de filles boivent la boisson faite de mil dilué, le *fura*, plusieurs fois par jour, au lieu de repas plus nutritifs.

- Lorsqu'elles sont interrogées sur leurs habitudes alimentaires, les filles âgées de 10 à 15 ans disent qu'elles sont conscientes d'avoir accru récemment la quantité de nourriture qu'elles consomment mais jurent également qu'elles ne mangent pas autant qu'elles le voudraient. En fait beaucoup nous ont déclaré être impatientes de se marier car cela leur permettra de manger à leur faim.

**2. Les filles doivent prendre au moins trois repas nutritifs et deux goûters nutritives par jour.**

- D'après le rappel alimentaire sur 24 h les filles interrogées mangent moins de quatre fois par jour.
- 21% des filles ont déclaré que leur père leur donnait l'argent de la goûter, tandis que pour 26% pour cent d'entre elles, c'est la mère qui payait pour ces goûters.

**3. Diversifier le régime alimentaire afin d'accroître la consommation de micronutriments, et de prévenir ainsi les maladies.**

- Leur régime alimentaire n'est pas diversifié, puisque les filles mangent ce que mange le reste de la famille; aucun aliment particulier n'est prévu pour elles.

**4. Accroître la consommation quotidienne de fruits (80 grammes) et de légumes (80 grammes), afin d'augmenter la consommation de vitamines et minéraux.**

- La consommation de fruits est pratiquement nulle chez les filles, à l'exception de deux ou trois individus dans les villes.
- Les filles consomment peu de légumes, (moins d'une portion par jour) à l'exception des sites de production maraîchère à Madarounfa et Mayahi.

**5. Consommer des produits d'origine animale: viande, poisson, produits laitiers (3 par jour), œufs, y compris du foie une fois par semaine, afin d'assurer un bon apport en fer, zinc, vitamine A et protéines.**

- Les filles ne mangent pratiquement jamais de viande, comme toutes les personnes interrogées d'ailleurs. Certaines filles ont indiqué qu'elles consommaient de la viande les jours de fête, et une fille a déclaré avoir mangé des œufs la veille du jour de l'enquête (ville de Maradi).
- Les filles ne consomment du lait qu'une fois par jour alors que 3 rations sont recommandées.
- Le foie n'est pas souvent vendu séparément, mais la viande est coupée avec des morceaux de foie, et l'essentiel de cette viande grillée dans les rues est consommée par les hommes.
- À l'instar des autres groupes de cette population, les produits d'origine animale, le poisson, les fruits et les légumes demeurent des denrées de luxe pour les femmes et les filles.
- D'après l'enquête, les filles consomment 1,5 cuillères à soupe d'huile par jour, soit la moitié de la quantité préconisée.

**6. Utiliser du sel iodé dans toutes les préparations alimentaires.**

- Volet non traité dans cette étude.

**7. Au Niger les aliments suffisent rarement à fournir certains nutriments: il convient de fournir aux filles un supplément de fer, iode, vitamine A, zinc et autres vitamines et minéraux.**

- Volet non traité dans les questionnaires mais l'analyse des focus group montre que les filles scolarisées disent avoir reçu une supplémentation en fer et/ou en vitamine A à l'école. Quelques non scolarisées ont signalé en avoir reçu lors de campagnes nationales

de vaccinations (JNV) soit chez le chef de village ou par une équipe mobile de santé. Les filles en ville semblent plus privilégiées que celles des campagnes enclavées (Guidan Salifou, Dan Abdallah, Dan Koulou).

**8. Les filles (et les garçons) doivent recevoir un traitement vermifuge une à deux fois par an afin d'améliorer leur état nutritionnel et leur capacité à travailler, assimiler et réussir à l'école**

- Volet non traité dans les questionnaires mais l'analyse des Focus group montre que certaines filles en ont reçu en cas de maladie mais le traitement de vermifuge n'est pas systématique avec une fréquence annuelle (« il y a cinq ans » ou « il y a huit mois », ...). Comme pour le fer et la vitamine A, ce sont les filles des sites enclavés qui n'ont pas évoqué le traitement vermifuge.

### **Nutrition des femmes enceintes**

**1. Les femmes enceintes doivent consommer un repas supplémentaire (ou équivalent), surtout au cours du troisième trimestre de la grossesse. Elles doivent consommer des aliments riches en fer et en vitamines.**

- La majorité des femmes déclarent ne pas modifier leur régime alimentaire au cours de la grossesse.

**2. Assurer un régime varié tous les jours : des fruits, des produits d'origine animale, légumes, légumineuses et de l'huile ou du beurre (qualité)**

- Les denrées suivantes sont taboues pendant la grossesse: le souchet, le manioc, le gombo, les œufs et l'huile.
- L'aliment généralement recommandé traditionnellement pendant et après la grossesse est le mil sous diverses formes.

**3. Réduire le volume d'activités physiques et veiller à ce que la femme enceinte se repose suffisamment.**

- Toutes les femmes interrogées auraient aimé se reposer davantage pendant la grossesse car elles se sont senties fatiguées et malades, mais la plupart n'en a pas eu la possibilité. Elles continuent de travailler à la maison et aux champs, espérant gagner un peu d'argent de leur petit commerce de façon à acheter quelques articles pour le futur bébé ou prendre part à des activités sociales telles que les fêtes de baptême des autres femmes.
- Les femmes se reposent très peu surtout en milieu rural, car elles se lèvent très tôt le matin et travaillent de très longues heures dans la journée. Les femmes rurales estiment qu'elles ont 5 à 6 heures de sommeil et de repos par jour, tandis que les citadines ont jusqu'à 8 à 12 heures de repos par jour.

### **Nutrition des femmes allaitantes (mères d'enfants de 0 à 6 mois)**

**1. Les femmes allaitantes brûlent 550 à 650 kilocalories de plus que les autres, elles doivent donc consommer l'équivalent d'au moins un repas supplémentaire par jour.**

- Cette étude a constaté que les habitudes alimentaires des femmes entrent grosso modo dans trois catégories:
  - les 40 jours suivant la naissance (lorsque la crainte de perdre l'enfant est la plus forte)
  - des 40 premiers jours jusqu'au troisième ou quatrième mois
  - après l'âge de trois mois, et lorsque l'enfant manifeste une plus grande autonomie (marche à quatre pattes)

- La quantité que consomme la mère dépend de l'âge et du stade de développement de l'enfant; on pense que les besoins de la mère en nourriture décroissent au fur et à mesure que l'enfant grandit.

**2. S'assurer que la femme allaitante ait un régime alimentaire varié qui comprenne tous les jours : des fruits, des produits d'origine animale, du poisson, des produits laitiers, des légumes, légumineuses et de l'huile ou du beurre.**

- Traditionnellement, les femmes allaitantes ne sont pas censées consommer de la viande, des fruits jaunes, car ils ont la réputation de retarder la lactation, et qu'ils sont à l'origine d'une affection appelée « Zahi ».

### **Comparaison entre les filles, les femmes enceintes et les femmes allaitantes**

- En moyenne, les femmes allaitantes prennent davantage de repas quotidiens (5,2) que les femmes enceintes (4,4), ou les filles (3,9).

### **Comparaison entre les sites**

- En règle générale, les sites ruraux isolés ont de plus mauvais comportements nutritionnels.
- A Bagalam, le quartier le plus pauvre de Maradi, les femmes mangent moins souvent, en plus petites quantités et des aliments de moins bonne qualité.

## **VII. QUELQUES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

### **Filles de 10 – 15 ans :**

- 85% déclarent vivre chez leurs parents et 9% sont mariées et vivent chez leurs maris.
- 27% des filles déclarent avoir été malade au cours des deux dernières semaines précédentes.

### **Femmes et filles:**

- 81% des femmes enquêtées étaient mariées, 14 % étaient célibataires et 4% fiancées. 53% vivaient dans un foyer monogame et 37% dans un foyer polygame.
- 51% ont répondu que l'activité principale de leurs maris était l'agriculture; 18% ont déclaré que leur mari était commerçant et 8% qu'il était fonctionnaire.
- 54% des femmes interrogées n'avaient pas été scolarisées. 32% ont fréquenté une école publique en français. Sur ce chiffre, 43% ont achevé le cycle primaire et 48% le cycle secondaire 1.
- 58% des enquêtées ont déclaré que leurs réserves de céréales n'ont pas suffi pour couvrir toute l'année.
- 91% de l'ensemble des femmes et des filles interrogées gagnent leur propre argent de poche et pour pratiquement la moitié d'entre elles, ces fonds proviennent de leur petit commerce. 71% de toutes celles qui gagnent de l'argent déclarent le dépenser en nourriture, soit pour elles mêmes, soit pour la famille. Ainsi les femmes apportent leur contribution à l'alimentation de la famille.

## VIII. RECOURS AUX SOINS DE SANTE

- 30% des enfants âgés de 0-6 mois et 40% des enfants de 9-11 mois étaient malades au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.
- 74% des mères d'enfants de 6 à 8 mois amènent leurs enfants dans des dispensaires contre 68% des mères d'enfants âgés de 9 à 11 mois et 75% des mères d'enfants âgés de 12 à 24 mois d'après les questionnaires.
- 72% en moyenne des mères d'enfants de 6-24 mois disent amener leurs enfants en consultations de surveillance de croissance.
- 75% des filles déclarent se rendre dans les centres de santé, mais elles y vont pour un diagnostic ou pour y accompagner quelqu'un d'autre. Elle pratiquent généralement une automédication en achetant des produits aux marchands de médicaments ambulants ou se procurent un médicament auprès d'un membre de la famille.
- 85% des femmes enceintes déclarent s'être rendues au moins une fois en consultation prénatale, mais pour beaucoup, c'est à un moment avancé de la grossesse et non pas au début. Certaines femmes ne vont pas au CSI car elles y ont été mal traitées ou une personne de la communauté y a été mal traitée.
- Presque 77% (76.96%) des femmes et des filles ont indiqué disposer de moustiquaire au sein de leur ménage, contre seulement 19.45%. Cela signifie clairement que les campagnes de lutte contre le paludisme avec la distribution des moustiquaires ont commencé à porter fruit.
- Une minorité des femmes enceintes interrogées, bien qu'elles aient une moustiquaire (reçue gratuitement), l'utilisent seulement pour leurs enfants (30%). Elles refusent de dormir sous la moustiquaire pour deux raisons essentielles : l'odeur de l'imprégnation et la sensation d'étouffement (claustrophobie ?).
- Seulement 19% des femmes utilisent des méthodes modernes de contraception. Elles ne connaissent pas les principes de MAMA ; et la façon dont elles allaitent après l'âge de six mois, provoque l'ovulation. Les trois raisons données le plus souvent pour ne pas utiliser la contraception moderne sont : l'injonction du mari, de la belle mère, ou la croyance que ces méthodes entraînent les maladies.

## IX. ACCES A L'EAU POTABLE, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

L'enquête montre que la plupart des filles et des femmes vivent dans des conditions d'hygiène précaires, augmentant ainsi le risque de contraction de microbes et de maladies.

- Plus de la moitié (51.17%) des ménages des filles et des femmes n'ont accès à l'eau potable. Ils s'approvisionnent en eau dans des puits (41.23%), au forage (34.88% dont près des 2/3 relèvent des sites urbains), au robinet (9.30%, toutes des urbaines), au marigot dont l'hygiène laisse souvent à désirer (8.46%), etc
- Certes 44.18% des filles et des femmes boivent de l'eau courante (de robinet ou forage) mais, les conditions de transport de l'eau du robinet ou forage vers le canari ne sont pas toujours hygiéniques. Dans la manipulation de l'eau du récipient qui le transporte, vers celui qui le conserve, le risque de saleté est grand : parfois les mains touchent l'eau ou bien le récipient du transport n'est pas propre (seau utilisé pour se laver, qu'on ne lave pas avant).
- Malgré l'existence d'eau potable (forage, mini adduction d'eau potable, puit cimenté), certaines femmes préfèrent l'eau de pluie ou l'eau de puits traditionnels; car elles manquent d'argent pour acheter l'eau potable, ou encore elles n'apprécient pas le

mauvais goût de l'eau potable, ou bien elles trouvent longue la distance entre le domicile et le lieu d'installation du forage, etc.

- L'ensemble des cibles (filles et femmes), attribuent la diarrhée en premier lieu à la dentition (68.56%), puis au changement de nourriture (30.16%), à certaines maladies (26.49%). Les microbes dus à la saleté viennent seulement en quatrième position. Certaines femmes et filles pensent même que la diarrhée est une affaire de Dieu (15.09%) ou bien qu'elle est provoquée par la consommation de certains types d'aliments (25.51%) tels le sucre, le souchet, les feuilles vertes) ou encore par la faim (18.7%), etc.

- Le lavage des mains s'effectue seulement à l'eau simple avant le repas. Le savon industriel, commercialisé dans les boutiques est considéré comme cher (150 F/le savon Lavibel) et trop mou : « il *finit trop rapidement* », il fond au contact de l'eau (focus group) ; alors on le conserve juste pour la lessive et la vaisselle dans le meilleur des cas, sinon, on achète un savon de fabrication artisanale dénommé « *kabakuru* » en ville (kaba = pierre kuru = boule, soit « la boule de pierre » en langue malinké<sup>3</sup>) ou « *gundugwilla kashinkatu* » en milieu rural haoussa pour désigner « quelque chose de dur, ou encore « *sabili soda* » (*sabili* =savon *soda* =soude, soit le savon à base de soude, la soude étant la matière qui sert à la fabrication de ce savon).En lieu et place du savon, des filles et femmes utilisent de la cendre pour se laver les mains parce que la cendre est disponible et accessible.

- Seulement 21% des femmes enceintes disent se laver les mains après avoir géré les selles de l'enfant.

- Seuls les aliments liquides sont ou peuvent être conservés plus d'une journée selon les femmes et les filles. *Fura* par exemple peut se conserver deux à trois dans unealebasse ou dans une cuvette ouverte (car selon les femmes, la forte chaleur précipite l'avarie des aliments) ou fermée. Les solides ou semi solides le sont moins car la conservation dure juste le temps du repas ; parce qu'il n'y a pratiquement jamais de reste sauf pour le petit déjeuner mais dans ce cas, on prélève expressément une partie de la nourriture du soir avant même le repas.

- La vaisselle est un indicateur du nombre de repas et donc parfois du niveau socio-économique dans le ménage. Dans la plupart des cas, la vaisselle se fait une fois par jour tôt le matin ou l'après-midi avant de faire la cuisine. On considère ici comme repas, tous les plats accompagnés de sauce (riz/sauce, tuwo/sauce, etc.) ; les aliments liquides tels que *fura*, *kunu* ne sont considérés comme repas, car ils se boivent chaque fois qu'un membre de la famille a faim (ils se boivent individuellement alors que la consommation de « repas » nécessite selon la conception traditionnelle, un regroupement de la famille).

- La lessive se fait à un rythme moins fréquent que la vaisselle dans tous les sites, en général une fois par semaine pour les adultes afin semble-t-il de minimiser le risque de détérioration des vêtements. Par contre, la lessive est fréquente (une fois/jour) pour les vêtements et couches des petits enfants, pour enlever l'odeur d'urines ou de défécations.

---

<sup>3</sup> *Kabakuru* est un savon qui, jusqu'à une date très récente était importé en grande quantité du Nigeria, de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Mali ...

- L'accès à un moyen sanitaire d'évacuation des excréments<sup>4</sup> reste encore un luxe pour de nombreuses jeunes filles et femmes. Ainsi par exemple, 70% des 81 filles de l'échantillon font les selles en brousse ou ailleurs (champ, route, etc.). Parmi les femmes enceintes, seulement 1/3 utilisent des latrines. Selon la majorité des filles de 10-15 ans et des femmes, les enfants de leurs familles ne sont pas mieux lotis : ils font les selles par terre (37%) ou dans un vase ou pot (22%) ou encore dans un pagne s'agissant des plus petits. Elles versent le contenu du pot en brousse (37%) ou dans une latrine (35%) ; elles lavent le pagne (5%).
- La gestion des ordures, fait partie des travaux ménagers de la femme et ce sont les filles, en tant qu'aides ménagères qui sont les premières commises à cette tâche pour aider la maman. Les ordures sont jetées dans la cour (9%) ou en dehors (91%). Hors de la maison, les lieux de prédilections sont : les caniveaux et les poubelles dans 14% des cas (en ville), les dépotoirs (17%) assez souvent non loin de la maison, la brousse 22% ou bien pour 38% des filles, juste devant, derrière ou à côté de la maison dans un trou ou à même le sol. Pour ces 38% des cas, bien que les ordures soient dehors, il n'en demeure pas moins qu'elles sont à proximité des maisons et donc source de maladies, etc.
- Les eaux usées sont déversées en principe dans les rares caniveaux qui existent, sinon ce sont des fossés creusés à proximité (ou dans) des maisons qui les reçoivent ou encore la rue.

## **X. DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS ET PRATIQUES DES MENAGES PAR RAPPORT A LA NUTRITION ET A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE, A L'EAU POTABLE, A L'HYGIENE ET A L'ASSAINISSEMENT**

### ***1. Des habitudes culinaires***

- Malgré la disponibilité de légumes sur certains sites, très peu de ménages en consomment parce que d'après les habitudes culinaires les légumes ne peuvent se retrouver dans toutes les sauces : les légumes tels que la courge, la carotte, sont admissibles seulement dans la sauce « tomate » mais pas dans la sauce « feuilles » (*Kopto* ou *El maka*) ; cette dernière à base de feuilles vertes fraîches ou séchées bouillies ne peut s'accompagner que de tourteaux d'arachide et/ou de sel ; de piment et d'huile.

### ***2. Des habitudes alimentaires***

- Les restrictions culturelles qui entourent le régime alimentaire de la fille, de la femme enceinte (elle ne mange pas de poisson, elle ne mange pas de la viande de chameau sinon « l'enfant ne sortira pas rapidement le jour de l'accouchement ») et de la femme allaitante limitent parfois la disponibilité de nourriture supplémentaire pour ces cibles.
- La monotonie des repas : *Fura, kunu, koko, tuwo* : tous des aliments à base de céréales qui sont consommés par la plupart des ménages. Ce sont des aliments dont la teneur, la consistance et l'accompagnement varient selon le statut socio-économique des ménages et/ou du chef de ménage. Lorsque par exemple les ménages sont en difficultés, la teneur en eau augmente, la quantité de céréales diminue, l'accompagnement en lait chute considérablement ou disparaît, l'accompagnement en sauce baisse en qualité (moins de viande, moins de légumes ou d'ingrédients). Autrement dit, la fréquence, la quantité et la qualité de ces aliments changent en fonction de leur disponibilité et de leur

---

<sup>4</sup> Les moyens sanitaires d'évacuation des excréments comprennent : chasse d'eau avec égouts ou fosses septiques, ou latrines d'évacuation, latrines améliorées et latrines traditionnelles (MICS2, 2000 : 36).

accessibilité par les ménages. Les crises ou famines successives ont largement contribué au réaménagement des habitudes alimentaires.

### **3. Des croyances populaires et des traditions dont sont garantes les grands-mères, belles-mères et qui sont perpétuées par les mères**

- La répartition intrafamiliale de l'alimentation : il y a une répartition sexuée des repas. Les filles mangent avec leur mère, les garçons avec le père. Or généralement, la meilleure partie des repas est offerte à l'homme parce que c'est lui le chef de famille (par exemple, sa « boule » (*fura*) est moins diluée que celle du reste de la famille (les femmes, les filles et les petits enfants qui souhaitent manger avec leur mère) ; s'il y a de la viande dans la sauce, le mari est prioritaire pour la consommation (avant même les enfants). La tradition encourage que la femme se prive pour l'homme.
- Les représentations populaires locales autour des maladies de l'enfant

### **4. Une faible disponibilité, une accessibilité conditionnée et parfois une mauvaise utilisation des ressources : Vulnérabilité et insécurité alimentaire**

- Faible niveau de production avec une agriculture pluviale non productive due en partie à la baisse ou diminution de la fertilité des sols, à l'irrégularité des pluies ou aux aléas climatiques ;
- Il y a une disponibilité quasi permanente des aliments en ville, contrairement aux milieux ruraux pourtant producteurs ;
- Faible couverture du stock alimentaire : certes de nombreux ménages produisent des céréales<sup>5</sup> mais ces productions couvrent à peine trois mois de l'année selon 31% des femmes et filles interrogées par questionnaire. 26% seulement déclarent que leur stock alimentaire couvre l'année ; ce qui suppose que 74% des ménages vit une insécurité alimentaire.
- La recherche quotidienne de la pitance augmente la charge de travail des femmes et des filles. Elles produisent beaucoup d'énergies, ont ainsi besoin de plus de calories mais en reçoivent moins. Ceci amène certaines femmes à allaiter moins fréquemment.
- Le manque de disponibilité de certaines mères pendant la saison des cultures,
- Les hommes essaient de monnayer leur force de travail pour obtenir le pain quotidien. Les sites enclavés sont encore plus désavantagés.

### **5. Des stratégies structurelles de survie et vie**

- La répartition ou la redistribution de la production à l'intérieur du ménage ou de la famille en milieu rural : dans certains ménages, le contenu du grenier ou une partie, est vendu afin de permettre aux hommes et aux bras valides de partir en exode.
- Emigration et exode rural : stratégies quasi présentes dans presque tous les ménages ruraux, pour rechercher de la nourriture, des compléments alimentaires et de l'argent pour le ménage ou même pour diminuer le nombre de bouches à nourrir.
- Des chefs de ménage, au nom de l'honneur, n'hésitent pas à vendre lors des récoltes la production agricole organiser le mariage de leurs enfants ou pour se remarier eux-mêmes, quitte à vivre au quotidien par la suite, faisant ainsi basculer le ménage dans l'insécurité alimentaire.

---

<sup>5</sup> Les principales cultures de la région de Maradi sont par ordre d'importance : le mil (40%), le niébé (30%), le sorgho (22%), l'arachide (2%), le souchet (1%) et d'autres cultures (2%) dont le voandzou. Ces cultures sont pratiquées sur les 71.5% de terres agricoles que compte la région.

- Le niveau de revenus, sa répartition et le pouvoir d'achat des familles : un aspect important de la sous-alimentation est qu'elle est étroitement liée aux moyens financiers dont disposent les populations pour acheter de la nourriture (la tendance est plutôt à la baisse considérable du pouvoir d'achat). La plupart des pères reconnaissent qu'ils ne donnent à leur famille que ce qui est disponible : « *les filles tout comme les autres membres de la famille doivent manger ce que le chef de ménage offre comme aliment* ».
- Un système d'usure très développé aboutit à accroître la fragilité et l'endettement des ménages les plus vulnérables ; certains ménages vont jusqu'à vendre, mettre en gage ou louer leurs champs, leurs outils de production ou d'autres biens personnels.

#### **6. Un nombre de personnes à charge, trop élevé aussi bien pour les femmes que pour les hommes chefs de ménage**

- Le nombre de personnes à charge (et donc de bouches à nourrir) ou la taille des ménages malgré le départ en exode de nombreux jeunes et chefs de ménages demeure élevé et est un élément important dans la sous-alimentation des ménages : 67% des ménages comprennent en moyenne 7 à 11 personnes voire plus) alors qu'il y a peu d'argent disponible pour l'achat des céréales ou pour la quantité de céréales produites et aussi pour les compléments alimentaires. 10% des ménages comprennent 1 à 3 personnes, et 23% en comptent 4 à 6. Les ménages en milieu urbain sont de plus grandes tailles : 12.90% à Mayahi Sabongari, 12.68% à Ali Dan Sofo, 12.68% à Bagalam, et 12.47% à Mayahi Sofoua.

#### **7. La proximité des marchés, des services et des supports de communication**

- A partir d'une comparaison d'ensemble, on remarque que la situation alimentaire n'est pas du tout reluisante dans la plupart des zones enclavées Dan Abdalah à Madarounfa, Gourajé à Tessaoua, Dan Koulou à Mayahi, Guidan Salifou dit Salifaoua à Dakoro. Elle est meilleure dans les quartiers urbains où Sabongari et Sofoua (Mayahi) arrivent en tête. Suit ensuite Ali Dan Sofo. Bien qu'étant en ville, les filles et femmes du quartier de Bagalam sont moins bien nourries aussi bien en quantité, en fréquence et en qualité des repas.
- La présence rapprochée et quotidienne d'éducatrices nutritionnelles de l'UNICEF (Safo), de certaines ONG (Save the children et HELP) dans le département de Mayahi constituent un atout pour ces zones.
- La disponibilité des médicaments dans le CSI de Gourajé, zone enclavée de Tessaoua, avec les ruptures de stock est un frein pour l'accès à cette structure de santé.
- L'accessibilité géographique des centres de santé est un atout pour la plupart des sites urbains et quelques sites ruraux (Safo à Madarounfa, Dan Koulou à Mayahi) mais un frein pour les villages de Dan Abdalah (où le CSI le plus proche est à N'Yelwa) et de Chabaré (Tessaoua).
- Les nombreuses séances de sensibilisation locales par les agents de santé mais aussi par les éducatrices nutritionnelles de quelques villages du canton ont été un facteur favorable à la fréquentation des CSI pour CPN dans les zones de Safo (Madarounfa) dès le troisième mois de grossesse.

#### **8. De la responsabilité des personnels de santé**

- L'exécrable comportement des sages-femmes serait un obstacle à la fréquentation du CSI pour CPN par les femmes enceintes de Kanabakaché, elles fustigent le mauvais accueil ; tout comme les femmes enceintes de Dan Koulou n'apprécient pas que le nouvel agent de santé ne soit pas aussi « ouvert » que son prédécesseur.

## **XI. LES SUPPORTS OU CANAUX DE COMMUNICATION**

Le canal de communication le plus souvent cité est la station de radio locale ou régionale. Certaines radios privées *Anfani*, et *Saraounia*, ou la radio publique RJM sont également très populaires. Les filles apprécient plus particulièrement les sketches et les sermons et prêches religieux. Certaines filles et femmes ont demandé que des messages soient transmis par le centre de santé, l'école ou le chef traditionnel. Certaines ont suggéré que certaines femmes de leur zone soient formées pour travailler aux côtés de ces derniers.



## **INTRODUCTION**

Ce rapport rend compte des résultats d'une étude qualitative menée dans la Région de Maradi, en Août, 2006 par UNICEF/Niger, pour mieux comprendre les pratiques quotidiennes des familles qui entraînent la malnutrition des jeunes enfants.

Il existe plusieurs études sur le statut nutritionnel des enfants au Niger, sur la situation économique et les conditions de vie des ménages, et leurs incidences sur le pouvoir d'achat des ménages pauvres en général et leur accès à l'alimentation en particulier.

La récente crise alimentaire en 2004-2005 a été une occasion de plus de plus de commanditer de nombreuses études sur la nutrition. Mais très peu de connaissances sont disponibles sur les pratiques nutritionnelles des mères d'enfants, des femmes enceintes et allaitantes, et aussi sur la situation alimentaire des filles de 10-15 ans. Cette étude marque un effort de mieux définir le rôle des comportements des familles dans la malnutrition des enfants au Niger, surtout parmi les Hausa.

L'étude examine en profondeur des pratiques nutritionnelles et les déterminants de ces pratiques, c'est-à-dire les croyances, attitudes, et connaissances.

Ce rapport, qui touche aussi l'hygiène, l'eau potable, et l'accès aux soins, est l'occasion de lever un pan de voile sur les filles adolescentes, une catégorie de personnes qui souffrent aussi de sous-alimentation, et de malnutrition, qui a aussi des difficultés d'accès à l'alimentation et aux soins de santé par endroits.

Il est structuré en dix grandes parties dont les principales concernent la méthodologie, les pratiques alimentaires et leurs déterminants pour chaque cible (filles 10-17 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes, et enfants 0-24 mois, et enfants 2-5 ans), l'accès aux soins de santé, etc. La dernière partie porte sur quelques recommandations en ce qui concerne la communication pour un changement de comportements, principal but de l'étude.

### **Contexte de l'étude**

Le Niger a été frappé en 2005 par une crise alimentaire. Un des défis majeurs que les partenaires au développement doivent relever pour parvenir à des résultats durables, reste le changement de comportement et l'adoption par les populations de pratiques favorables dans le domaine de la nutrition. Pour avoir une vue globale des déterminants de la malnutrition, il faut se pencher sur des domaines tels que la promotion de la santé pour la femme enceinte et le nourrisson, une nutrition adéquate des femmes enceintes et des enfants jusqu'à 5 ans, la généralisation de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, les pratiques d'hygiène et la prévention des maladies chez les enfants.

Selon la dernière enquête EDSN-MICS III (2006), les taux de malnutrition enregistrés au Niger sont très élevés, tant pour les formes chroniques que sévères. Sur l'ensemble du pays, le retard de croissance touche 50% des enfants de moins de 5 ans. Ce taux démontre le caractère structurel des déficiences nutritionnelles observées. Au niveau national, la malnutrition aiguë globale frappe 10% des enfants de moins de cinq ans tandis que la forme sévère touche 2% d'entre eux.

Le Sud des régions de Maradi et de Zinder sont les zones les plus affectées alors qu'elles sont connues pour être les greniers et les principaux centres commerciaux du pays. Selon une enquête menée en janvier 2005 par HKI (Helen Keller International) et le PAM (Programme Alimentaire Mondial), 60,2% des enfants présentent des signes de retard de croissance dans ces deux régions et 13,4% des enfants des zones rurales présentent une malnutrition aiguë globale, dont 2,2% et 2,7% de malnutrition aiguë sévère respectivement à Maradi et Zinder. Les enquêtes réalisées par MSF Suisse au Sud de

Zinder (Août 2005) et par MSF Espagne dans la région de Ouallam (Septembre 2005) confirment une situation préoccupante.

Plus récemment (décembre 2005), l'enquête de nutrition et de santé réalisée dans les huit régions par le Ministère de la santé publique, l'UNICEF et CDC Atlanta révèle que 50% des enfants Nigériens de 6 à 59 mois souffrent de malnutrition chronique et que 15.3% du même groupe d'âge de malnutrition aiguë.

Le taux de malnutrition aiguë oscille entre 9% dans la région de Niamey et 18% dans la région de Tahoua. La prévalence de la malnutrition aiguë dépasse le seuil de 10% dans toutes les régions à l'exception de celle de Niamey ; le seuil de 15% est dépassé dans les régions de Diffa (16%), Maradi (16%), Tahoua (18%) et Zinder (16%).

L'indisponibilité et l'inaccessibilité alimentaire, l'utilisation inadéquate des aliments au moment du sevrage, une pratique inadéquate de l'allaitement maternel et des processus de sevrage, les pesanteurs socio culturelles, le statut de la femme ou encore l'accès inadéquat aux soins de santé ont tous une part de responsabilité dans la situation de la malnutrition au Niger.

Au Niger, le facteur démographique constitue également un facteur important. La population du Niger double actuellement tous les 22 ans, et le nombre moyen d'enfants par femme est de 8. Ce fort taux d'accroissement de la population pose un défi majeur en terme de sécurité alimentaire car à l'heure actuelle, les ressources agricoles sont insuffisantes pour répondre aux besoins. Le statut de la femme reste réduit à un rôle social, sans pouvoir de décision, ni accès à des sources de revenus. Les femmes sont majoritairement analphabètes (9 sur 10), elles ont de lourdes charges de travail et doivent faire face à des tâches aussi pénibles que nombreuses. Une journée de travail pour une femme en zone Haoussa peut être de 17h00, ce qui leur laisse peu de temps pour s'occuper des enfants. Le faible espacement des naissances rend vulnérables aussi bien les mères que les enfants.

Ce travail, est la première étape en vue de l'élaboration d'un programme de prévention de la malnutrition (et non curatif une fois que l'enfant est malnutri). Il s'agit concrètement de disposer d'informations sur les déterminants comportementaux des groupes cibles dans leur milieu socioculturel.

### **But de l'étude**

L'étude a comme principal but :

- L'élaboration d'une stratégie de communication pour un changement de comportement au niveau des différents groupes ciblés dans la région de Maradi sur les thèmes prioritaires retenus ; stratégie qui peut éventuellement être adapté aux autres régions du pays en prenant en compte les contextes culturels et locaux.

Pour définir des stratégies durables de réduction de la malnutrition au Niger, il est nécessaire au préalable d'identifier les connaissances, les attitudes, les comportements et les pratiques vis à vis des domaines clés tels que : l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire, le sevrage, l'alimentation pendant et après les maladies, les rôles du père, de la grand-mère, du marabout, et la communauté dans l'alimentation des petits enfants.

La réalisation de cette étude se justifie donc par la nécessité de disposer des informations de départ en rapport avec les déterminants comportementaux des groupes cibles dans leur milieu socio – culturel. Cette étude permettra de développer des stratégies de communication pour le changement de comportement adaptées au contexte local et d'apporter des réponses efficaces aux besoins des groupes cibles.

L'étude a été mise en œuvre dans la région de Maradi qui a été l'une des zones les plus affectées par la crise nutritionnelle en 2005. Plus précisément, quatre départements de la région de Maradi ont été ciblés : Tessaoua, Madarounfa, Mayahi, Dakoro. Chacun de ces départements pose une problématique particulière qui permettra d'enrichir les données de l'étude : le département de Tessaoua est le plus vulnérable de la région selon le critère économique ; le département de Madarounfa est celui au sein desquels le plus grand nombre de malnutris ont été répertoriés en 2005 ; les départements de Dakoro et de Mayahi posent la problématique de l'enclavement et du nomadisme.

Les résultats collectés par cette étude serviront de base pour établir un programme d'intervention dans un site pilote (à définir dans l'un des quatre départements couverts en fonction des résultats de l'étude) pour l'élaboration d'un plan stratégique d'intervention en faveur d'un changement de comportement. Une fois la phase pilote achevée, ce plan sera mis en œuvre dans l'ensemble de la zone Haoussa. Dans un second temps, ce plan sera adapté au reste du pays en prenant en compte les contextes culturels et locaux.

# **CHAPITRE 1 : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET CONDITIONS DE REALISATION DE L'ETUDE**

## **1.1 EQUIPE CHARGEE DE L'ETUDE**

Une équipe de deux superviseurs a été constituée pour assurer l'encadrement et l'organisation technique et matérielle de l'étude. Cette équipe comprend une spécialiste des questions d'éducation et de changement de comportement assurant le leadership technique de l'enquête et une Socio-anthropologue avec un profil de recherche Qualitative. L'équipe de l'étude sous la supervision générale de l'UNICEF.

## **1.2 DES OUTILS COMPLEMENTAIRES**

L'étude a combiné à la fois la méthode qualitative (Focus group, rappel des 24 heures de consommation, journée typique de la fille et de la femme, calendrier annuel de disponibilité des denrées) et la méthode quantitative (Questionnaires individuels) et s'est focalisée dans une zone pilote pour l'expérimentation de techniques de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition.

L'étude a débuté par la revue et l'analyse documentaire des études préexistantes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des groupes cibles afin de préciser le champ d'investigation et mieux cibler l'étude.

Ensuite l'on a procédé à l'élaboration des outils spécifiques pour les thèmes choisis.

### **1.2.1 Focus group**

Le Focus group a constitué le principal outil de cette enquête qualitative. Des entretiens de groupe ont eu lieu avec : les filles de 10-15 ans, les mères d'enfants de moins de 6 mois, les mères d'enfants de 6-24 mois, les marabouts/guérisseurs, les grands-mères, les agents de santé, ... Ainsi l'enquête a enregistré 84 Focus group répartis comme suit.

*Milieu rural (6 Focus groups par site)*

- Groupe 1 : les filles de 10–15 ans (1)
- Groupe 2 : les femmes enceintes (1)
- Groupe 3 : les mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois (1)
- Groupe 4 : les mères d'enfants de 6 à 24 mois (1)
- Groupe 5 : des grands-mères ayant des petits enfants de 0 à 24 mois (1)
- Groupe 6 : des pères d'enfants de 0 à 24 mois. (1)

Le total des Focus groups en milieu rural sera de 48 se détaillant comme suit :

6 Focus group (un par cible) X 2 sites par département X 4 départements, soit un total de 48 focus groups

*Milieu urbain (8 Focus groups par site)*

- Groupe 1 : les filles de 10-15 ans (1)
- Groupe 2 : les femmes enceintes (1)
- Groupe 3 : les mères d'enfants de 0-6 mois (1)

- Groupe 4: les mères d'enfants de 6 à 24 mois (1)
- Groupe 5 : des grands-mères ayant des petits enfants de 0 à 24 mois (1)
- Groupe 6 : des pères d'enfants de 0-24 mois (1)
- Groupe 7 : les femmes enceintes ayant été scolarisées (ayant fait école secondaire, ou qui exercent un emploi). (1)
- Groupe 8 : les mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois, ayant été scolarisées (ayant fait école secondaire, ou qui exercent un emploi). (1)
- Groupe 9: les mères d'enfants de 6 à 24 mois, ayant été scolarisées (ayant fait école secondaire, ou qui exercent un emploi). (1)

Le total des Focus groups en milieu urbain sera de 36, répartis comme suit : 9 Focus groups (1 par cible) X 2 sites par département X 2 départements = 36

Le total des Focus groups (zones rurales et zone urbaines) sera de 84.

### 1.2.2 Questionnaire

Le questionnaire a servi d'outil de triangulation pour vérifier certaines informations obtenues lors des Focus group.

480 femmes et filles ont été au total interrogées individuellement soit 80 filles (40 en milieu rural et 40 en milieu urbain), 80 femmes enceintes et 320 femmes supposées allaitantes réparties comme suit : 80 mères d'enfants de 0 à moins de 6 mois, 80 mères d'enfants de 6 à 8 mois, 80 mères d'enfants de 9-11 ans et 80 mères d'enfants de 12-24 mois. Ces échantillons tiennent compte du niveau d'éducation des mères et des filles, et/ou de leur exercice d'un emploi rémunéré. Suite à un pré-test, l'équipe a retenu comme « scolarisée », toute femme ou fille ayant achevé le cycle primaire et/ou entamé le cycle secondaire. Ce choix à partir du pré-test se justifie par le constat que les personnes qui n'ont pas achevé le cycle primaire, parlent rarement la langue française mais surtout ne se distinguent en rien des personnes non scolarisées ou analphabètes (en termes de comportements, connaissances et attitudes).

De façon concrète, l'organisation des entretiens individuels approfondis est structurée de la façon suivante:

#### *Milieu rural*

- Questionnaire 1 : les filles ages de 10-15 ans (5)
- Questionnaire 2 : les femmes enceintes (5)
- Questionnaire 3 : Les mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois (5)
- Questionnaire 4 : les mères d'enfants de 6 à 8 mois (5)
- Questionnaire 5 : les mères d'enfants de 9 à 11 mois (5)
- Questionnaire 6 : Les mères d'enfants âgés de 12 à 24 mois (5)

Le total d'entretiens en milieu rural sera de 240, répartis comme suit :  
5 par cible X 6 cibles X 2 sites par département X 4 départements = 240

#### *Milieu urbain*

##### **Non scolarisés**

- Questionnaire 1 : les filles ages de 10-15 ans qui n'ont jamais fait l'école (5)
- Questionnaire 2 : les femmes enceintes (5)
- Questionnaire 3 : les mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois (5)
- Questionnaire 4 : les mères d'enfants âgés de 6 à 8 mois (5)
- Questionnaire 5 : les mères d'enfants âgés de 9 à 11 mois (5)
- Questionnaire 6 : les mères d'enfants âgés de 12 à 24 mois (5)

**Scolarisés** (ayant fait école secondaire, ou qui exercent un emploi)

Questionnaire 1 : les filles âgées de 10-15 ans qui assistent à l'école couramment (5)

Questionnaire 2 : les femmes enceintes (5)

Questionnaire 3 : les mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois (5)

Questionnaire 4 : les mères d'enfants âgés de 6 à 8 mois (5)

Questionnaire 5 : les mères d'enfants âgés de 9-11 mois (5)

Questionnaire 6 : les mères d'enfants âgés de 12 à 24 mois (5)

Le total d'entretiens au milieu urbain sera de, répartis comme suit :

5 par cible X 12 cibles X 2 sites par département X 2 départements = 240

Au total, 480 questionnaires (zones rurales et zone urbaines) ont été administrés.

### **1.2.3 Rappel des 24 heures de consommation**

Il ne s'agissait pas ici de mesurer les nutriments (nous n'en avons pas la possibilité) mais de constater la fréquence de consommation des repas, et les ingrédients utilisés dans leur préparation. Grosso modo, l'objectif en utilisant cet outil était de voir les tendances, ce que les filles et les femmes mangent, et ce qu'elles ne mangent pas, afin d'identifier les comportements qui répondent à une bonne nutrition ou l'inverse. Ainsi les cibles devaient citer ce qu'elles ont mangé de la veille (à la même heure d'entretien) au jour et moment de l'entretien (soit 24 heures), en précisant les ingrédients et les horaires de consommation.

### **1.2.4 Journée typique de la fille et de la femme (enceinte et allaitante)**

L'usage de l'outil concernant la journée typique de la fille et de femme avait pour but de recenser les activités quotidiennes de cette catégorie de personnes et d'en analyser l'impact sur leur alimentation. Selon les scientifiques, l'alimentation de la femme et de la fille devrait être proportionnelle à l'activité physique quotidienne, la quantité d'énergie dépensée.

### **1.2.5 Calendrier de production : disponibilité et accessibilité des aliments**

Cet outil a servi à déterminer les périodes de production, de disponibilité et de consommation de certains aliments au cours de l'année dans les sites, afin de pouvoir en comprendre les conditions d'accessibilité pour les ménages.

## **1.3 CRITERES DE CHOIX DES SITES ET DES CIBLES, CONTEXTE DE REALISATION DE L'ENQUETE**

La conduite et la réalisation se sont opérées en quatre (4) principales phases :

### **1.3.1 Phase préliminaire**

Il s'agit des travaux préliminaires, préalables au démarrage de cette étude, notamment : la sélection et la mise en place des équipes de recherche et du personnel d'appui pour la supervision, la conduite des travaux sur le terrain et le contrôle de qualité des données ;

### **1.3.2 Phase préparatoire**

A ce niveau, les membres de l'équipe d'enquête ont été formés par l'équipe de consultantes, une semaine durant, sur les questions de nutrition et les outils de collecte quantitative et qualitative des données. Cette formation a été, essentiellement, axée sur les objectifs du travail, la nature des résultats attendus, la méthodologie (amendement des outils), l'organisation et la répartition des tâches :

- ▶ Inventaire bibliographique et analyse documentaire (pré diagnostic) ;
- ▶ Discussions et affinement sur les techniques de recherche de terrain.

### 1.3.3 Phase de collecte des données

Un plan de déroulement de collecte a été élaboré et exécuté. Une vingtaine (20) de jours ont servi à la collecte des données sur le terrain (du 13 au 30 août 2006).

L'enquête s'est déroulée dans Cinq zones dont 4 SBI. Au total 12 sites ont été visités : Maradi (Bagalam et Ali Dan Sofo), Madarounfa (Dan Abdallah et Safo), Tessaoua (Gourajé et Chabaré), Mayahi (Mayahi Sofoua, Mayahi Sabongari, Dan Koulou et Kanabakaché 2), Dakoro (Zongo Bilbizo et Guidan Salifou). Trois types d'activités ont été menés : mission de prospection pour le choix des sites avant l'arrivée des équipes d'enquête, mission d'enquête auprès de certaines personnes ressources, et enfin mission de supervision des équipes dans les villages et/ou quartiers retenus.

Concrètement, dans un premier temps, l'équipe de consultantes s'est rendue dans chacun des départements. Ensemble avec les responsables ou agents locaux de la direction départementale de l'aménagement territorial et communautaire (DDATC) et/ou le préfet de département, à partir d'un échantillon de villages de plus de 1500 habitants tirés du dernier recensement général (RGPH), nous avons réparti les villages et quartiers selon les critères suivants : niveau d'enclavement, existence d'infrastructures socio-économiques<sup>6</sup> et éducatives, niveau de la production agro-sylvo-pastorale sur les trois dernières années, possibilité de faire des cultures maraîchères. Un tirage au sort fût ensuite opéré, afin de retenir deux sites par zone. Les responsables des sites retenus (maires et/ou chefs de villages ou de quartiers) sont ensuite prévenus de l'arrivée des équipes d'enquête.

Après l'installation des équipes, nous organisons des missions de supervisions mais aussi d'enquête auprès de certaines personnes ressources. Nous avons également visité des centres de santé et maternités.

Il est important de signaler que l'enquête s'est déroulée en saison pluvieuse, saison de travaux champêtres et certains villages ont reçu des équipes de dépistage d'enfants malnutris (exemple Gourajé à Tessaoua qui a reçu la visite de Save the Children).

Première zone : Maradi ville du 14/08/06 au 18/08/06 (2 sites urbains)

Les sites de Bagalam (traditionnel, pauvre avec beaucoup de malnutris) et de Ali Dan Sofo (Moderne, loti et plus récent) ont été choisis suite à une réunion avec des agents du sous-bureau de Maradi. L'enquête a porté sur tous les groupes cibles scolarisés et non scolarisés, excepté celui de femmes scolarisés exerçant un emploi et mères d'enfants de 0 à moins de 6 mois à Bagalam.

La principale difficulté à Maradi a été de regrouper les femmes pour un focus group (chacune voulant rester chez elle). Il a été difficile de retrouver des femmes enceintes dont la grossesse n'était pas visible (question de pudeur et habitude de cacher la grossesse).

Deuxième zone : Madarounfa du 18/08/06 au 21/08/2006 (2 sites ruraux)

Ce sont les sites de Dan Abdallah (enclavé, frontière avec le Nigeria et dépourvu de marché et de CSI) et de Safo (proche de Maradi, avec infrastructures socio-économiques et sanitaires) qui ont été tirés au hasard.

Troisième Zone : Tessaoua du 21/08/06 au 24/08/06 (2 sites ruraux)

---

<sup>6</sup> Point d'eau (puit cimenté, forage, mini adduction d'eau potable, puit traditionnel, ...), école, centre de santé ou case de santé, marché, ...

Le village de Chabaré (non enclavé) et celui de Gourajé (enclavé, moins doté d'infrastructures socio-économiques) ont été tirés au sort.

Quatrième zone : Mayahi du 24/08/06 29/08/06 (2 sites urbains et 2 sites ruraux)

Initialement, ce sont les villages de Kanabakaché2 (désenclavé) et Issaouane qui avaient été tirés au hasard. Le préfet a contesté ce tirage prétextant que pour une cohésion sociale dans son département, il est préférable de tirer un village de chacun des deux cantons (le canton de Mayahi et celui de Kanabakaché). Or le tirage actuel favorise selon lui le canton de Kanabakaché (les deux villages étant du même canton). De plus, en observant la position de l'ensemble des villages sur une carte, l'équipe a trouvé que Issawane et Kanabakaché 2 sont distants de moins de 5 kilomètres, et contigus du terroir de Gourajé à Tessaoua.

Afin de diversifier les points de vue, un nouveau tirage a été effectué, retenant ainsi Kanabakaché2 et Dan Koulou (105 Kms de Mayahi).

Il a été difficile à Mayahi ville aussi bien au quartier Mayahi Sabongari qu'à Mayahi Sofoua, de trouver des femmes scolarisées. La recherche de femmes scolarisées a occasionné un retard d'un jour dans le calendrier initial de réalisation de l'enquête.

Cinquième Zone : Dakoro du 29/08/06 au 31/08/06 (2 sites ruraux)

A Dakoro, le site de Guidan Chahibou initialement tiré au sort parmi les sites les moins enclavés et disposant d'infrastructures socioéconomiques, sanitaires et éducatives, a été remplacé par celui de Guidan Salifou car Guidan Chahibou est distant de seulement 8 Kms de Zongo Bilbizo, le deuxième site.

#### **1.3.4 Phase d'interprétation, d'analyse des données et de rédaction du rapport**

S'agissant des entretiens issus du questionnaire, il convient de préciser que la saisie des données s'est opérée à l'aide de logiciel EPI INFO et les données ont été exportées, traitées et analysées sur SPSS.

La fin du travail est sanctionnée par le présent rapport de synthèse préliminaire issue de l'analyse des données.

## **CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES MENAGES**

Il s'agit ici des caractéristiques tels que déterminés par l'enquête quantitative. L'étude a été menée auprès de 480 personnes dans 12 sites répartis selon le tableau suivant :

*Tableau 1 : Répartition des femmes et filles interviewées par site*

Département/commune	Répertoire des sites	N par Groupe cible						Cumul par site	
		Femmes enceintes	Filles âgées de 10-15ans	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12-24 mois	N	%
<b>Dakoro</b>	Garin Salifou	5	5	5	5	5	5	30	6.34
	Bilbizo	5	5	5	5	4	5	29	6.13
<b>Madarounfa</b>	Safo	4	5	5	5	4	5	28	5.92
	Dan Abdallah	5	5	5	5	5	5	30	6.34
<b>Mayahi département</b>	Kanabakaché	5	5	5	5	5	5	30	6.34
	Dan Koulou	5	5	5	5	5	5	30	6.34
<b>Tessaoua</b>	Chabaré	5	5	5	5	5	5	30	6.34
	Gourajé	3	5	5	5	5	5	28	5.92
<b>Commune de Maradi</b>	Ali Dan Sofo	10	11	10	4	13	12	60	12.68
	Bagalam	10	10	10	9	9	10	58	12.68
<b>Commune de Mayahi</b>	Sabon Gari	11	10	10	10	10	10	61	12.9
	Mayahi Sofoua	9	10	10	10	10	10	59	12.47
	<b>Ns</b>	<b>77</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>473</b>	
	<b>Pourcentage</b>	<b>16.3%</b>	<b>17.1%</b>	<b>16.9%</b>	<b>15.5%</b>	<b>16.9%</b>	<b>17.3%</b>	<b>100%</b>	

Le département de Tessaoua et Madarounfa totalisent chacun 58 femmes, toutes catégories confondues, soit 12.27%. Dakoro et Mayahi ont respectivement 59 et 60 femmes interviewées (12.47% et 12.68%). Quant aux deux (2) autres communes urbaines, à savoir : Maradi commune et la commune de Mayahi, elles cumulent 118 et 120 filles, femmes enceintes et mères représentant 24.94% et 25.57% de l'échantillon total des répondantes.

## 2.1 AGE DES FILLES/FEMMES

La répartition de l'échantillon global par groupes d'âge est présentée dans le tableau ci-dessous.

*Tableau 2 : répartition des femmes/filles selon le groupe d'âge*

Catégories d'écoles	Total	
	N	%
10-14	64	13,54
15-19	81	17,13
20-29	176	37,20
30-39	120	25,38
40-49	20	4,24
Ne sait pas	10	2,12
ND	1	0,21
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Ce tableau en général montre que une femme n'a pas su déterminer son âge. Les femmes et filles âgées de 15 à 19 ans représentent 17,13% de l'échantillon parmi lesquelles, une dizaine sont aussi des filles. Les femmes âgées de 20-29 ans et 30-39 ans sont plus représentées dans l'échantillon global avec 37,20% et 25,38%. Au total, sur les 473 femmes/filles de l'échantillon, c'est seulement une vingtaine soit 4,23% qui ont un âge compris entre 40 et 49 ans.

Il est intéressant de signaler que dans cet échantillon, il y a une (1) femme âgée de 14 ans qui est mère d'enfant de 12-24 mois, elle a dû accoucher à sa 11<sup>ème</sup> ou 12<sup>ème</sup> année ; donc exposée à tous les risques de complication liée à l'accouchement. On note aussi, sur les 81 femmes âgées de 15 à 19 ans, jusqu'à 59 sont mères soit 72,83% parmi les 81 femmes. Ces deux (2) résultats témoignent de la précocité de l'accouchement sur les sites en particulier et au Niger en général où les filles se marient à un âge précoce.

L'âge des femmes enceintes varie entre 15 ans et 49 ans. Et elles sont toutes mariées selon les rites et principes de la religion musulmane avec 49% de mariage monogamique et 51% de mariage polygynique. Parmi elles, 33% ont au moins deux co-épouses. Seulement 13% des femmes enceintes en sont à leur première grossesse. 23% ont entre 7 et 10 grossesses, la moyenne au Niger étant de 7,1 enfant par femme.

## 2.2 SITUATION MATRIMONIALE DES CIBLES

Pour appréhender la situation matrimoniale des filles/femmes échantillonnées, trois (3) questions leur ont été posées : est-ce qu'elles sont mariées ? Si oui, selon quel type d'union ? Avec combien de co-épouses ?

Les données recueillies, à cet effet, se présentent ainsi au tableau ci-dessous :

*Tableau 3 : Répartition des filles/femmes selon la situation matrimoniale*

Situation matrimoniale	Total	
	N	%
Mariée	383	80,97
Célibataire	66	13,96
Fiancée	18	3,80
ND	6	1,27
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

80,97% des femmes et des filles sont mariées et 13,96% sont célibataires.

53,19% des femmes et filles mariées ou fiancées vivent une union monogamique et près d'une (1) femme sur quatre (4) soit 36,81% vivent la polygynie. L'ensemble des filles et femmes mariées ou fiancées ont déclaré avoir au moins une co-épouse (64.4%), deux co-épouses (27.66%) ou trois co-épouses (7.80%).

L'examen de la situation matrimoniale fait ressortir que malgré leur jeune âge, certaines parmi les filles sont mariées (9%) ou fiancées (23%) et parmi elles une seule a une co-épouse. Certaines (4%) ont déjà au moins un enfant. Au moment des enquêtes, 27% des maris ou fiancés des filles étaient absents (importance de l'exode rural).

## 2.3 NIVEAU D'EDUCATION DES CIBLES ET DE LEURS CONJOINTS/PERES

### 2.3.1 Les filles et les femmes

Toutes catégories confondues, l'échantillon total des femmes/filles interviewées présente des caractéristiques assez variées lorsqu'on se fie à la répartition selon le niveau d'instruction. Dans les faits, se sont 11.63% des femmes des différentes catégories qui ont déclaré fréquenter à l'école coranique. Un peu plus d'une femme sur deux (2) au total soit 53.91% est analphabète.

Les femmes de l'échantillon total qui ont déclaré avoir fréquenter l'école moderne représentent 31.9% tel qu'illustré à travers le tableau suivant :

**Tableau 4 : Répartition des femmes/filles selon les catégories d'écoles fréquentées**

Catégories d'écoles	Fréquence par groupes cibles						Total	
	Femmes enceintes	Filles âgées de 10-15ans	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12- 24 mois	N	%
Ecole coranique	3	20	8	8	9	7	55	11.63
Ecole franco-arabe	2	1	1	2	0	1	7	1.48
Ecole expérimentale	0	0	0	1	0	0	1	0.21%
Ecole moderne	31	33	20	20	20	28	151	31.9
Aucune école	40	27	51	41	51	45	255	53.91
Alphabétisation	0	0	0	0	0	1	1	0.21%
ND	1	0	0	1	0	1	3	0.64
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Parmi les 31.9% de femmes et filles scolarisées, l'équipe de recherche a rencontré très peu qui avaient atteint le deuxième cycle du secondaire (5.66%, soit 9 femmes et 0 filles) ; une seule femme a déclaré avoir atteint le cycle supérieur. Près de 43.40% ont un niveau primaire et 47.80% ont le niveau secondaire 1<sup>re</sup> cycle. Ces résultats laissent clairement apparaître la question de la scolarisation des filles au Niger en général, et surtout en milieu rural.

**Tableau 5 : répartition des filles/femmes selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Fréquence par groupes cibles						Total	
	Femmes enceintes	Filles âgées de 10-15ans	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12- 24 mois	N	%
Primaire	12	12	6	12	17	10	69	43.40
Secondaire 1	20	17	13	9	2	15	76	47.80
Secondaire 2	3	0	2	1	1	2	9	5.66
Supérieur	1	0	0	0	0	0	1	0.63
Ne sait pas	3	0	0	0	0	0	4	2.51
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>159</b>	<b>100</b>

Dans cet échantillon, la cible des filles de 10-15 ans comprend 41% de filles scolarisées parmi lesquelles on dénombre 76.5% qui fréquentent actuellement l'école ; celles qui n'y vont pas (23.5%) ont été pour la plupart renvoyées (87.5) dès le cycle primaire ; une seule déclare avoir abandonné l'école pour raisons de grossesse. Dans l'ensemble, 33% des filles scolarisées ont atteint le niveau d'études primaire et 52% le niveau secondaire ; 15% n'ont pas voulu déclarer le niveau d'étude.

Quelles soient en milieu rural ou en milieu rural, la plupart des femmes enceintes sont analphabètes (57%). Toutefois 40% ont fréquenté l'école et 3% l'école franco-arabe. Mais pratiquement le tiers des scolarisées n'a pas dépassé le niveau primaire (31%) ; 59% a atteint le niveau secondaire et seulement 3% a atteint le niveau supérieur. Elles sont pourtant peu (4%) parmi les femmes scolarisées du secondaire et du supérieur à exercer un emploi rémunérateur à la fonction publique (agent de santé, enseignante,...).

### 2.3.2 : Leurs conjoints et/ou parents

Le niveau d'éducation des conjoints et/des parents des cibles d'enquête quantitative, n'est pas très différent de celui des cibles. Ainsi par exemple, 39.80% des maris/conjoints ont fréquenté l'école moderne contre 31.9% de l'échantillon total des répondantes. Ceux qui ont fréquenté l'école coranique représentent 23.21% contre 11.63% chez les filles et les femmes. 30.61% des hommes sont analphabètes contre 53.91% chez l'ensemble des filles et des femmes.

On retrouve tout de même des hommes de niveau d'étude supérieur (5.81% des scolarisés) ; la plupart des hommes ont été déclarés comme ayant un niveau secondaire 1 (34.30%). Ceux qui ont un niveau secondaire 2<sup>ème</sup> cycle n'atteignent guère 9%.

## 2.4 PROFIL SOCIOECONOMIQUES DES MENAGES

### 2.4.1 Activité (s) exercée (s) par les filles/femmes et leurs pères/conjoints

Globalement, l'échantillon des femmes et des filles interviewées regorge plus de ménagères (65.33%) comme le montre le tableau qui suit :

*Tableau 6 : Répartition des filles/femmes selon les catégories d'activités exercées*

Type d'activités déclarées	Total	
	N	%
Ménagère	309	65.33
Fonctionnaire	10	2.11
Commerçante	80	16.91
Agriculteur	24	5.07
Artisane	4	0.85
Elève	26	4.23
ND	21	5.50
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Il y a très peu de fonctionnaires (10 soit 2.11%). Le commerce est, par ordre d'importance, la deuxième activité déclarée ici (16,91%) ; vient ensuite l'agriculture (5.07% soit 24 femmes et filles). Ces femmes et filles oeuvrent généralement dans des activités marginales à revenus précaires, ce qui renforce davantage leur vulnérabilité économique et sociale.

S'agissant des 81 filles par exemple, la quasi totalité exerce des activités rémunératrices, qu'elles soient scolarisées ou non ; c'est un filet de sécurité alimentaire pour elles. Elles sont pour en général ménagères

(31%), élèves/étudiantes (35%), commerçantes (28.5%) et agricultrice (5.5%). Elles sont issues pour la plupart, de milieu social défavorisé car 65% ont une mère ménagère (femme au foyer), une fille a déclaré que sa mère est fonctionnaire, 19% des filles ont une mère commerçante et 15% n'ont pas répondu à la question ; leurs pères sont généralement de petits agriculteurs (47%), commerçants (15%), seulement 6% sont fonctionnaires ou agents de l'Etat (infirmier, instituteur, ...) et le tiers des pères travaille dans le secteur informel ou n'a pas d'emploi.

Aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain les époux et pères des cibles interviewées (filles et femmes) exercent dans l'agriculture et l'élevage, qui en réalité constituent des sous-secteurs d'activités intimement liées à la hauteur de la pluviométrie souvent insuffisante à cause de l'aridité climatique du pays. Les revenus générés par l'agriculture et l'élevage sont, par conséquent, aléatoires et peu stables.

Dans l'ensemble, les hommes du point de vue profil des activités exercées ne sont véritablement pas dans une situation plus enviable que celle de leurs femmes ou de leurs filles, vu le caractère dérisoire des revenus drainés par le secteur primaire. Cependant, contrairement aux filles et femmes interviewées, ces hommes ont, quand bien même le contrôle de ressources qui sont à dominante maigres (produits agricoles, produits de l'élevage et le cheptel).

#### 2.4.2 Revenu : source, nature et destination

Les préoccupations liées au revenu des répondantes ont été appréhendées sous divers angles. Il a été recherché dans quelle mesure les filles et les femmes gagnent de l'argent ? La manière dont elles gagnent cet argent a aussi été explorée de même que les fourchettes des gains et l'usage qu'elles en font de leur revenu. Les répartitions qui suivent par type de question abordée présentent la substance descriptive et analytique des données recueillies. Les femmes/filles interviewées ont affirmé dans leur écrasante majorité avoir eu l'habitude de gagner de l'argent avec 91.12% comme l'indique le tableau ci-dessous :

**Tableau 7 : Répartition des filles/femmes selon qu'elles aient déclaré gagner de l'argent ou non**

Catégories des réponses	N par groupe cible						Total	
	Filles âgées de 10-15ans	Femmes enceintes	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9-11 mois	Mères d'enfants âgés de 12-24 mois	N	%
Oui, il m'arrive de gagner de l'argent	81	71	78	70	51	80	431	91.12
Non, il ne m'arrive pas de gagner de l'argent	0	6	2	3	14	1	26	5.50
ND	0	0	0	0	15	1	16	3.38
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>473</b>	<b>100%</b>

Tous groupes cibles cumulés, ce sont seulement 5.50% qui ont attesté ne pas de temps en temps gagner de l'argent. Ces dernières relèvent en majorité du milieu urbain comme l'atteste ici la répartition par site, au tableau suivant :

**Tableau 8 : Nombre des filles et des femmes qui gagnent de l'argent**

Répertoire des sites	N par site			Total site	
	Oui, il m'arrive de gagner de l'argent	Non, il ne m'arrive pas de gagner de l'argent	ND	N	%
Garin Salifou	26	4	0	30	6.34
Bilbizo	24	5	0	29	6.13
Safo	28	0	0	28	5.92
Dan Abdallah	30	0	0	30	6.34
Kanabakaché	30	0	0	30	6.34
Dan Koulou	30	0	0	30	6.34
Chabaré	30	0	0	30	6.34
Gourajé	28	0	0	28	5.92
Ali Dan Sofo	54	3	3	60	12.68
Bagalam	50	5	3	58	12.68
Sabon Gari	50	6	5	61	12.90
Mayahi Sofoua	51	3	5	59	12.47
Ns	431	26	16	473	
Pourcentage	91,12%	5,50%	3,83%	100%	

L'activisme des femmes dans la recherche du gain trouve son corollaire dans les mécanismes et stratégies de gestion de risque au sein des ménages. Exposées à des déficits chroniques en produits vivriers, réduites au simple rang des ménagères avec maris/pères périodiquement et/ou souvent absents du domicile, les femmes et les filles, mères d'enfants ou non, se trouvent contraintes à développer des Activités Génératrices de Revenu, afin de pallier certains déficits.

La répartition des femmes/filles interviewées présentée dans le tableau qui suit, indique la manière dont elles gagnent de l'argent :

**Tableau 9 : Comment les femmes et les filles interviewées gagnent l'argent ?**

Catégories des réponses	N par groupe cible						Total	
	Filles âgées de 10-15ans	Femmes enceintes	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12-24 mois	N	%
Petit commerce pour moi	31	50	35	17	25	36	194	45.01
Petit commerce pour quelqu'un	10	0	0	19	0	16	45	10.44
Je travaille dans une maison et on me paie	5	1	3	2	1	5	17	3.94
Mon compagnon/partenaire me le donne	2	9	20	20	17	10	78	18.10
Un parent me le donne	9	11	20	11	3	10	64	14.85
ND	24	0	0	1	5	3	33	7.66
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>78</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>431</b>	<b>100%</b>

Jusqu'à 55.45% des femmes et filles gagnent leur argent par le biais du petit commerce qu'elles effectuent pour elles-mêmes (45.01%) ou pour quelqu'un (10.44%). Dans cette catégorie, les femmes enceintes (50 femmes sur 71) et les mères d'enfants âgés de 12-24 mois (52 femmes sur 80) sont plus nombreuses. Il y a 35/78 mères d'enfants âgés de 0-5 mois qui exercent le petit commerce probablement parce que leur enfant est encore petit et pas suffisamment autonome pour qu'elles s'en séparent (le confie momentanément) pour exercer leurs activités.

Les compagnons/partenaires des filles et des femmes viennent rarement en appui aux femmes dans la recherche des gains. Ils n'interviennent que dans 18.10% des cas. Les parents aussi apportent dans

l'ensemble peu de contribution aux filles et aux femmes dans leur recherche de gain, car ne figurant que dans 14.85% des cas comme source potentielle.

A la lecture des tendances, il n'est risqué de déduire que dans la recherche du gain, les femmes et les filles de l'échantillon sont faiblement soutenues et/ou accompagnées par leur environnement social immédiat ; elles triment pour la plupart seules pour y parvenir. Cette donne réduit, sans conteste, leur capacité de mobilisation des ressources financières, qui pourtant est un facteur susceptible de les mettre à l'abri des conjonctures alimentaires, surtout quand on sait que chez près d'une femme ou fille sur dix (10) le conjoint ou père est fréquemment absent. Elles sont laissées à elles-mêmes avec des personnes à charge.

L'argent gagné est utilisé pour acheter de la nourriture pour 71.69% des femmes et des filles ; nourriture pour la famille, pour soi-même et/ou pour les enfants. Parmi les 81 filles de 10-15 ans par exemple, 32% ont déclaré acheter de la nourriture pour la famille (7%) ou pour elles-mêmes (25%) et 55% donnent l'argent gagné à leurs parents (27% à la mère et 5% au père). Les filles contribuent ainsi à aider la famille.

En focalisant l'analyse sur les fourchettes de revenu que les femmes/filles affirment avoir gagné par semaine, un fait semble se dégager : les gains sont, somme tous dérisoires comme l'indique le tableau suivant :

**Tableau 10 : Revenus hebdomadaires des femmes/filles interviewées**

Fourchette d'argent	N par groupes cibles						Total	
	Filles âgées de 10-15ans	Femmes enceintes	Mères d'enfants âgés de 0-5 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12-24 mois	N	%
Moins de 200F	27	15	27	29	7	11	116	26.91
Moins de 500 F	20	27	14	11	13	31	116	26.91
Moins de 1000 F	19	20	20	11	10	21	101	23.43
1000 à 5000 F	8	5	4	13	14	10	54	12.53
Plus de 5000 F	2	2	2	1	4	2	13	3.02
ND	5	2	11	5	3	5	31	7.20
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>78</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>431</b>	<b>100%</b>

Les femmes/filles qui gagnent des revenus dérisoires allant de moins de 200 à 500 F occupent près de la moitié de l'échantillon, avec pour chacune des sous-catégories 26.91%. Cela représente un total de 53.82% des femmes qui ne gagnent point plus de 500 F par semaine, ce qui confirme davantage la morosité des revenus que caractérise les ménages nigériens relatée par certaines données se rapportant à la pauvreté où il est indiqué que près de 63% de la population gagne moins d'un dollar par jour. Cette situation de pauvreté confirmée ici dans l'échantillon des différentes catégories des femmes de l'échantillon fait partie des contraintes majeures qui atténuent considérablement les marges de manœuvre en matière d'amélioration de la qualité en apport nutritionnel du fait que les membres clés des ménages à savoir les femmes sont quasiment dépourvues de revenu.

Les femmes qui gagnent entre 500 et 1000 F CFA ne représentent que 23.43% de l'échantillon. Les femmes qui gagnent par semaine de 1000 à 5000 F sont estimées à 12.53%. Celles qui gagnent plus de 5000 F par semaine sont rares dans l'échantillon, avec tout juste 3.02%.

### 2.4.3 Nombre de personnes à charge et composition des ménages

Globalement, selon les données recueillies et consignées au tableau ci-dessous, le nombre de personne par ménage notifié par les interviewées est assez important : 66.8% des femmes et filles ont déclaré que leur ménage est composé de plus 7 personnes.

En moyenne, c'est environ une fille/femme sur dix (10) soit 9.94% qui ont attesté que leur ménage est composé de 1 à 3 personnes. Il va sans dire que les ménages qui sont composés d'un nombre restreint de personne sont si minimales dans l'échantillon. La fréquence des femmes qui ont déclaré leur ménage, composé de 4 à 6 personnes est estimée à un peu plus à de 2/10, soit 23.26%. La tranche du nombre de personne par ménage qui a enregistré le plus de suffrage est celle de 7 à 10 personnes avec près de 4 répondantes sur 10 soit 39.53%. Aussi, un nombre important de ménages qui abritent des femmes/filles interviewées regorge de plus de 11 personnes dans 27.27% des cas. Ces tendances confirment certaines données de l'EDSN-II 1998 (Enquête Démographique de Santé au Niger) qui estime à 7 personnes en moyenne par ménage au Niger ; surtout dans la région de Maradi cible de l'enquête où l'indice de fécondité par femme fait partie du plus élevé du pays et même de la sous-région ouest africaine. Le nombre important par ménage relevé à travers l'échantillon des répondantes a, incontestablement, des incidences sur la qualité de la nutrition dans un pays comme le Niger en proie à l'insécurité alimentaire permanente notamment chez les enfants qui sont des membres dépendants au sein des ménages.

### 2.4.4 Type d'aliments produits par ménage et durée moyenne du stock alimentaire

Selon les femmes/filles interviewées, les ménages respectifs dont elles relèvent produisent à des degrés divers une panoplie de produits alimentaires de base, comme les céréales et autres denrées spécifiques. La collecte des données, à ce sujet, dont les résultats sont présentés au tableau qui suit, donne les fréquences par type d'aliment produit, ainsi que les proportions.

**Tableau 11 : Type d'aliments produits dans les ménages des femmes et des filles (possibilités de réponses multiples)**

Type d'aliments produits	Ns et pourcentage	
	N	%
Niébé	367	77.59
Mil	363	76.74
Sorgho	309	65.32
Maïs	213	45.03
Riz	23	4.86
Arachide	214	45.24
Voandzou	42	8.88
Moringa	58	12.26
Feuilles vertes	63	13.32
Gombo	47	9.93
Courges	4	0.84
Produits maraîchers	4	0.84
Patate douce	4	0.84
Tomate	9	1.9
Manioc	3	0.63
Autres	22	4.65

Le mil et le niébé constituent les deux premières productions au sein des ménages de toutes les catégories de groupes cibles interviewés. Dans respectivement 77.59% et 76.74% des cas. Le sorgho est produit dans 65.32% des cas Le Maïs et l'arachide sont à peu près produits dans les mêmes

proportions au sein des ménages des différentes catégories de groupes cibles, avec une fréquence de 45.03% et 45.24%.

Le riz qui fait partie de l'aliment de base des citoyens nigériens n'est produit au sein des ménages des femmes interviewées que dans 4.86% des cas. Le manioc, les feuilles vertes ainsi que le gombo qui, en principe, regorgent d'une diversité de micronutriments (fer, vitamine A etc.), font partie des aliments qui sont faiblement produits au sein des ménages de l'échantillon avec respectivement 12.26% ; 13.32% et 9.93%.

Les investigations au sujet des types d'aliments produits par ménage montrent, ici, que les ressources sont faiblement diversifiées. Cela montre que les ménages de l'échantillon des répondantes sont, par à-coup, et/ou régulièrement confrontés à la faible disponibilité de produits alimentaires, en quantité et en qualité. Le degré d'exposition de la grande majorité des ménages de l'échantillon à la sous-alimentation et/ou la malnutrition est de ce fait élevé, surtout avec la récurrence des mauvaises récoltes et la faible diversification du revenu paysan (une bonne quantité des aliments produits est vendue, pour satisfaire certains besoins de première nécessité).

La répartition concernant la durée moyenne du stock alimentaire révèle davantage la vulnérabilité des ménages par rapport à la disponibilité de la production. En effet, c'est seulement dans 26% des femmes enceintes, mères et filles interviewées qui ont déclaré que leur stock alimentaire couvre toute l'année. Dans 57% des cas, les ménages ont épuisé leur stock alimentaire et se retrouvent donc durant une bonne partie de l'année sans denrées alimentaires en stock. 16.91% des filles et femmes ignorent la situation alimentaire de leur ménage probablement parce que de nombreuses femmes sont, peu ou pas du tout impliquées dans la gestion de stock alimentaire (non partage de l'information à l'intérieur du ménage ?).

Le tableau qui suit donne le détail se rapportant au niveau de couverture déclaré du stock alimentaire sur l'année.

Au vu de ces tendances, tout se passe comme si dans un peu plus d'un (1) ménage sur deux (2) des femmes interviewées, pendant une bonne partie de l'année, les membres sont dépourvus du strict minimum en matière du stock alimentaire où ils se trouvent obligés de "joindre les deux bouts" au détriment de la quantité et de la qualité, car n'ayant pas le choix. Ce contexte de rareté influe considérablement, sur l'état de nutrition des filles, des femmes enceintes et des mères allaitantes, qui pourtant ont besoin d'apport nutritionnel supplémentaire pour préserver leur santé et constituer des réserves pour la grossesse, l'allaitement et pour la croissance des adolescentes.

#### **2.4.5 Le calendrier de la production et de la disponibilité**

Pour faire une analyse des comportements et des recommandations réalistes, il faut bien comprendre le calendrier de la production et de la disponibilité des aliments recommandés. Celui de notre enquête a été fait avec un groupe d'hommes et/ou de femmes dans chaque site. Les aliments recherchés étaient principalement des aliments riches en protéine, fer, zinc, et en vitamine A. On a demandé à chaque groupe premièrement de préciser les saisons en Hausa et les périodes pour les principales cultures ; ces informations ont ensuite été portées sur le calendrier grégorien. Tous les calendriers ont été dépouillés et mis en commun, afin d'avoir une vue d'ensemble sur tous les sites (voir tableau suivant).

Les cas en hachures foncées représentent la disponibilité en général sur tous les sites. Les hachures moins foncées (plus légères), représentent les sites où il y a des jardins maraîchers qui prolongent la disponibilité de certains produits, ou bien les sites où seulement les moins vulnérables peuvent en acheter du marché. Une comparaison entre les communautés disposant de jardins maraîchers et celles où il n'y en a pas, et aussi une comparaison entre sites enclavés et sites non enclavés, ont été effectuées.

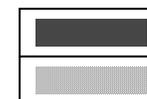
Le calendrier de la production et de la consommation, établit montre d'abord des saisons en Hausa qui correspondent approximativement aux mois du calendrier grégorien, dans la Région de Maradi. Les

cultures pluviales principales sont les cultures du mil/sorgho, du niébé ; il y a aussi des cultures de contre-saison ou des cultures maraîchères telles que les carottes, le chou, la courge, la salade, ... Les mois qui suivent la récolte de mil/sorgho et du niébé, représentent les mois où tout le monde a plus de possibilité de vendre des produits et d'avoir de l'argent pour acheter des compléments alimentaires ou autre chose.

Tableau 12 : Calendrier de la production et de la disponibilité

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Saisons En Hausa	<b>Rani froid</b>		<b>Rani chaud</b>			<b>Damana</b>			<b>Kaka</b>			
Des cultures	<b>Cultures de contre-saison</b>					<b>Culture de mil</b>				<b>Cultures contre saison</b>		
									<b>Récolte mil/sorgho</b>			
									<b>Récolte niébé</b>			
Disponibilité du mil dans la famille			57% des familles ont épuisé leur stock				74% des familles ont épuisé leur stock					
Argent de poche												
<b>A l i m e n t s R i c h e s e n P r o t é i n e , F e r , Z i n c</b>												
Viande (animal)												
Lait (animal)												
Œufs (animal)												
Niébé (plante)												
Arachides (plante)												
<b>A l i m e n t s R i c h e s e n V i t a m i n e s</b>												
Mangues (A)												
Courges (A)												
Feuilles vertes (A)												
Carottes (A)												
Oranges (C)												
Bananes												
Papaye (A)												

Légende: Période de disponibilité sur tous les sites -----  
Période où seuls les plus riches peuvent l'acheter, ou les sites avec jardins maraîchers



Les commerçants peuvent aussi gagner de l'argent aux mois de mai, juin, quand 2/3 de la population cherchent à subsister, à trouver le minimum, à remplir leurs besoins en céréales (aliments de base) ; 2/3 qui assez souvent sont obligés d'acheter à un prix parfois très élevé parce qu'ils n'en ont plus dans leur ménage et parce que le prix sur le marché est fonction de la rareté du produit.

La section du calendrier intitulée « Aliments Riches en Protéine, Fer, et Zinc » montre que les produits animaux sont principalement disponibles et accessibles pendant la période du juin à décembre. La viande est accessible à une partie de la population toute l'année. Mais pour une majorité de la population la seule période où ils peuvent acheter un peu de viande, peut être une fois par semaine, c'est après la récolte entre septembre et décembre. Beaucoup de répondants disent qu'ils ne mangent de la viande qu'aux jours de fête et cela grâce à une âme charitable.

Le lait et les œufs sont des produits saisonniers au Niger : le lait est disponible entre juillet et novembre ; les œufs sont disponibles entre juin et fin octobre. Le reste de l'année, ceux qui ont de l'argent peuvent acheter du lait en poudre au marché.

Les deux sources les plus importantes de protéine d'origine végétale sont le niébé et les arachides. Le niébé est récolté pendant le mois d'octobre. Ce sont des cultures commerciales. Si la famille stocke le niébé, il y en aurait à la maison entre octobre et mars. Le reste de l'année on peut en acheter au marché. Les arachides sont similaires au niébé – on les récolte entre septembre et décembre et la famille qui la produit peut en profiter.

Cette recherche montre que 57% des familles ont épuisé leur stock le mois de Mars (environ trois mois après la production), et 74% le mois de juillet environ six mois après la production (57% en mars auxquelles s'ajoutent 17% plus tard). Seuls 26% ont déclaré que leur stock durait une année (il reste à savoir si ce stock n'a pas été délibérément conservé pendant la période de soudure pour être utilisé au moment des travaux agricoles, car c'est une pratique courante). En clair, le stock alimentaire de plus des deux tiers des ménages ne couvre pas l'année. En ce moment la famille doit acheter des vivres pour sa consommation. Dans les ménages vulnérables, cela signifie qu'il faut vendre quelque chose (des animaux, des effets personnels tels que bijoux ou vêtements, ou même des champs, etc.) ou bien qu'il faut aller travailler pour quelqu'un d'autre pour acheter des céréales à prix élevé du fait de la rareté ou de l'importance de la demande.

En général, on peut dire que la période entre janvier et août peut être une période difficile pour les ménages pauvres. Ils consomment parfois peu de protéines pendant cette période, sauf ce qui se trouve dans le mil ou les céréales,

Pour les aliments riches en vitamine A, les feuilles fraîches sont disponibles pour toute famille susceptible de s'en procurer dans un champ ou d'en acheter. Les feuilles fraîches sont disponibles pendant la saison de pluies en général, mais pour ceux qui ont des jardins maraîchers, on peut cultiver le moringa<sup>7</sup>, et autres feuilles pendant la saison sèche. Les feuilles

---

<sup>7</sup> Le village de Jiratawa dans le département de Maradounfa, dispose d'un périmètre maraîcher composé essentiellement de Moringa. Il approvisionne la plupart des sites environnants et même lointain car ces feuilles sont vendues sur le marché de Maradi.

fraîches sont une bonne source de la vitamine A, mais quand elles sont séchées, le contact du soleil et des ultra violets leur fait perdre presque toute leur vitamine A. Or de plus en plus, en ville en tout cas, les Kopto vendus sont à base de feuilles séchées et conservées ; la vente des feuilles séchées devient une activité génératrice de revenus (stratégie pour rendre disponible ces feuilles toute l'année pour ceux qui ont les moyens d'en acheter). La culture contre-saison est pratiquée dans les communautés suivantes : Gouragé (Tessaoua), Zongo Bilbizo (Dakoro), Kanabakaché (Mayahi), Safo (Madarounfa) et dans les communes de Maradi (Quartier Bagalam et Quartier Ali Dan Sofo) et de Mayahi (Quartier Sofoua). Dans chaque cas, la production maraîchère a lieu pendant les mois de novembre jusqu'à février. Les courges et les carottes sont produites dans tous ces sites pendant cette saison et arrosées avec de l'eau des puits. En plus, les feuilles vertes sont aussi produites dans les « jardins » de Safo et Maradi Commune (Bagalam et Ali Dan Sofo) et sont disponibles toute l'année.

Au moment des enquêtes, les carottes étaient mentionnées comme disponibles pendant la contre-saison dans tous les sites maraîchers sauf à Guidan Salifou, mais les carottes restent considérées comme un aliment de luxe ou de « blanc » ou encore de citadins (on remarque en effet plus en ville, consommées crues ou en sauce). La carotte est plus cultivée ces dernières années qu'auparavant (Keith, 1990) mais le jardinier doit acheter les semences sélectionnées auprès d'un service compétent (agriculture ou ONG) chaque année ou à chaque production.

Les courges aussi sont une très bonne source de vitamine A, mais elles sont peu produites et largement commercialisées au lieu d'être consommées (vendues pour gagner de l'argent). Dans les questionnaires seulement 4 femmes affirmaient que la famille a cultivé des courges. Les courges sont produites par moins d'un pourcent des ménages enquêtés. Le plus souvent, ils vendent ces produits pour avoir de l'argent. La courge est une très bonne source de vitamine A au Niger mais notre enquête a montré que ce produit ne peut pas être utilisé dans toutes les sauces. Les types de sauces auquel on peut l'ajouter, selon le goût, sont très limités. Et c'est une denrée difficile à conserver avec ce climat.

Les mangues sont une très bonne source de la vitamine A, mais il y a aussi des formes de la vitamine qui ne sont pas disponibles dans les mangues. Ce fruit n'est pas toujours très disponibles dans les petits villages isolés.

La source animale de la vitamine A est 6 fois plus forte que celle qui provient des végétaux. La meilleure source c'est le foie, qui donne aussi de la protéine, du fer, du zinc. Le fait de manger ne serait-ce qu'une fois par semaine, une brochette de foie, remplit au moins la moitié des besoins des petits enfants et des filles/femmes. Les jaunes d'œufs et le lait maternel sont aussi des bonnes sources immédiatement absorbables par l'être humain.

Pour remplir les besoins en vitamine A, il faut absolument que le gouvernement assure l'accès à la capsule un vitamine A de tous les segments de la population les plus vulnérables, les femmes et les enfants, surtout en milieu rural.

Dans les communautés où il y a assez d'animaux égorgés chaque semaine, on peut recommander que le mari achète l'équivalent d'une brochette de foie par semaine et que la femme et ses petits enfants le partagent. Même cette petite portion est faite pour remplir au moins la moitié des besoins de la mère et de ses jeunes enfants.

En ce qui concerne les mangues, on peut recommander que les populations en mangent autant que possible pendant la saison de production mangues (période de disponibilité). Un message

peut aussi être adressé aux hommes et chefs de ménages, leur conseillant de garder une grande quantité de courge pour la famille et d'assurer que chaque membre de la famille en mange une grande portion quotidiennement quand c'est disponible.

En ce qui concerne les autres micronutriments c'est aussi clair que si le régime alimentaire quotidien ne peut pas fournir tout ce qui est recommandé, il faut trouver les moyens de les fournir à travers des suppléments nutritionnels.



## **CHAPITRE 3 : L'ALLAITEMENT**

### **3.1 LES COMPORTEMENTS CLEFS RECOMMANDÉS**

1. Mettre au sein pendant la première heure de la naissance
2. Allaiter exclusivement dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois ;  
Ne pas donner de l'eau ou d'autres liquides, ni de la nourriture.
3. Si le lait ne suffit pas, allaiter plus fréquemment
4. Vider un sein avant d'offrir l'autre
5. Allaiter sur demande jour et nuit, au moins 8-12 tétées en 24 heures
6. Pendant et après la maladie, allaiter plus fréquemment
7. Donner à la mère aussi tôt que possible après l'accouchement,  
Une dose élevée de la vitamine A.
8. Ne laver pas les seins avec du savon
9. Bon attachement et bon positionnement (durant les deux premières semaines)
10. Espacer les naissances d'au moins 3 ans entre accouchements
11. Continuer à allaiter sur demande jour et nuit, jusqu'à 2 ans voire au-delà, avant de procéder au sevrage

### **3.2 INTRODUCTION A L'ALLAITEMENT**

La réussite de l'allaitement maternel est une question de vie ou de mort pour le nouveau né selon les mamans au Niger. Un proverbe illustre la précarité de la situation pour la mère : Quand quelqu'un félicite la mère à la naissance de l'enfant, elle répond, « *Barka ! In gichiruwa da yungwa sun bar da* » ; autrement dit, « *c'est quand la soif et la faim n'ont pas tué l'enfant qu'il faut nous féliciter* ». Toutes pratiques traditionnelles, biens quelles ne soient pas basées sur des connaissances recommandées scientifiquement, ont comme but, dans la compréhension des Hausas, la réussite de l'allaitement maternel, la bonne croissance et la survie de l'enfant.

Les pratiques traditionnelles, sans doute, sont basées sur les expériences tragiques des femmes, qui ont l'habitude de perdre beaucoup d'enfants pendant la première semaine de la vie<sup>8</sup>. Pour elles, c'est le premier lait maternel, ou colostrum, qui cause ces morts d'enfants aux premières heures de leur naissance. Pour s'en protéger, les populations font tout pour éviter des dangers ou risques selon leur entendement : des médicaments sont donnés aux mères pour faire monter le lait et pour améliorer la qualité du lait ; des médicaments sont donnés aux enfants pour les protéger contre certaines maladies; des *gris-gris* et autres amulettes sont achetées ; des incantations issues du coran (*fatiha et autres versets ou sourates*) sont prononcées ; l'enfant n'est baptisé (nommé) qu'après 7 jours ; et l'enfant ne tète le sein de sa mère ou ne boit le lait maternel qu'après un test de la qualité du lait (abstinence qui peut durer plusieurs jours).

---

<sup>8</sup> Selon les résultats de l'enquête MICS2 (décembre 2000 : 25-26), « le niveau de mortalité des enfants de moins cinq ans au Niger (280<sup>°/°°</sup>) demeure l'un des plus élevés en Afrique, voire dans le monde (...) les régions de Zinder et de Maradi se caractérisent par des niveaux de mortalité infanto juvénile très élevés (respectivement de 366<sup>°/°°</sup> et 306<sup>°/°°</sup>) ».

### 3.3 COMPORTEMENT 1: METTRE AU SEIN DANS LA PREMIERE HEURE DE LA NAISSANCE

#### 3.3.1 La théorie de la mise au sein immédiate

Selon OMS<sup>9</sup>, il faut mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit l'accouchement, pour plusieurs raisons. D'abord, le réflexe de succion est le plus intense pendant ces premières minutes et le bébé est plus alerte (sauf si la mère était droguée ou sous anesthésie) ; il faut donc en profiter. La production de lait répond à la stimulation des mamelons, donc, plus l'enfant suce, plus la production de lait augmente, plus l'allaitement maternel a la chance de réussir. La quantité et la qualité du lait maternel changent selon les besoins de l'enfant.

Le premier lait (dit colostrum) est jaunâtre pour une raison : il est riche en vitamine A, propriétés anti-bactériennes, anti-virales et nutritionnelles, qui confèrent à l'enfant une protection instantanée contre les maladies. Ce colostrum diminue progressivement pendant à peu près quatorze jours. Donc l'enfant qui n'est pas mis au sein immédiatement, court des risques d'infections à cause de cette perte de colostrum ; de plus on note, un retard de demande de la production de lait parce que l'enfant n'a pas tété.

Enfin, mettre au sein immédiat a comme avantages pour la maman, de réduire le risque d'hémorragies et de plus, l'utérus reprend plus rapidement sa forme normale. Et de plus, ce qui est très important dans la mise au sein immédiate, est qu'elle établit et renforce les liens (psychologiques et affectueux) entre maman et bébé.

#### 3.3.2 Les pratiques actuelles, les connaissances, et les déterminants de la mise immédiate au sein

Parmi l'échantillon<sup>10</sup> d'enquête de 80 mères d'enfants âgés de 0 – 6 mois, 36 femmes, soit 45% des enquêtées disent avoir mis leur enfant au sein moins d'une heure après sa naissance. Parmi ces 36 mères, 22 ou 60% justifient cet acte par le fait que « il faut donner du colostrum à l'enfant » afin de préserver sa santé. Ce qui signifie que ces femmes (une bonne moitié) ont une bonne connaissance des pratiques recommandées.

**Tableau 13 : Délai pour la mise au sein du nouveau-né**

Combien de temps après la naissance l'avez-vous mis au sein ?	Ou avez-vous accouché ? (N total 80)		
	A la maternité	Au centre de santé	A domicile
Moins de 30 minutes	11	7	4
Moins d'une heure	2	5	7
Moins de 6 heures	6	8	6
Moins de 12 heures	0	5	1
Deuxième journée	0	9	0
Troisième journée	0	6	0
Quatrième journée	0	2	0
Plus de quatre jours	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>18</b>

<sup>9</sup> World Health Organization, 1998: *complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Genève

<sup>10</sup> Il faut se rendre compte que l'enquête s'est déroulée seulement dans les localités de plus de 1500 habitants, pour s'assurer d'avoir suffisamment d'individus de chaque groupe cible et éviter d'interroger les mêmes personnes. Ces localités étaient supposées plus dotées d'infrastructures et plus exposées aux nouvelles informations.

Une grande partie de la population commence à connaître les recommandations fournies par les centres de santé. Dans les villes et villages où il y a un centre de santé, les gens en général, ont entendu parlé de la mise au sein dans la première heure de naissance, surtout s'il y a des femmes qui ont accouchées à la maternité. Mais la recherche que nous avons menées, nous a suggéré qu'il faut un effort stratégique intense, bien planifié et bien répandu, pour faire adopter cette recommandation par une grande partie de la population. Des grand-mères de Maradi ville l'ont exprimé ainsi, « *les mères sont sensibilisées à la mise immédiate au sein, mais elles ne peuvent pas le faire* ». Toutefois, les femmes qui ont accouchées dans les maternités disent que les agents de santé, qui aident à l'accouchement, exigent la mise immédiate au sein. Il est tout de même étonnant de constater à travers notre échantillon que mêmes les mères qui accouchent à la maison commencent à suivre cette nouvelle pratique recommandée. Ainsi, sur les 18 femmes qui ont accouché à domicile, quatre affirment avoir mis l'enfant au sein dans les premières 30 minutes et un total de 11 (61%) dans la première heure. On peut en déduire que en dépit de quelques réticences vis-à-vis de la mise au sein immédiate, cette recommandation bien connue par la majorité de la population grâce à la sensibilisation et aux conseils des agents de santé, commencent à rentrer dans les mœurs et à être lentement mais sûrement mise en pratique.

Il est cependant déplorable que, parmi les 45 femmes qui ont dit avoir allaité l'enfant plus d'une heure après sa naissance, 21 ou 47% ont expliqué leur acte par le fait que le lait était mauvais (persistance de la tradition) ou qu'il n'y en avait pas assez (retard dans la montée du « bon lait »). Six femmes, ou 13% des 45, disent avoir retardé l'allaitement parce qu'il fallait attendre que la mère puisse se baigner ou se laver les seins (ici se recrutent généralement les femmes scolarisées qui pensent ainsi mettre en pratique les recommandations d'hygiène conseillées autrefois ou même actuellement par des agents de santé).

Comment justifier ces réticences?

Selon la tradition, le premier lait (colostrum) n'est pas le vrai lait du fait de sa coloration (jaunâtre), et de sa teneur (épais). Les mères, incitées par les grands-mères, supposent que ce premier lait est mauvais et contient ou est susceptible d'être contaminé par une maladie qui peut rendre l'enfant gravement malade. Cette supposée maladie est appelée *kai kai*. Le *kai kai* serait mortel et il se manifesterait par des boutons sur la peau de l'enfant. Les Hausas ont peur des boutons en général, qui pour eux, ne sont pas seulement une condition de la peau, mais un signe d'une maladie plus sérieuse à l'intérieur du corps.

C'est la peur qui fait que les vieilles femmes insistent à faire un test du lait pour déterminer si le vrai lait est monté ou non (comestibilité du lait maternel). Le plus souvent le test consiste à chauffer un couteau sur lequel on verse quelques gouttes de lait. Si le lait reste sur le couteau, on en déduit que ce n'est pas le vrai (bon) lait, et il faut attendre 3-4 jours. Si les gouttes sont absorbées ou se dispersent, et si le lait a une couleur un peu bleue au lieu de jaunâtre, on en déduit que le vrai lait est monté ; l'enfant peut alors être mis au sein. Le plus souvent il faut trois ou quatre jours pour que le lait maternel corresponde aux critères définis par la tradition (soit considéré comme le bon lait, que le colostrum soit complètement écoulé). Mais dans quelques cas, cela peut durer jusqu'à une semaine et surtout en milieu rural, durant tout ce temps, l'enfant attend toujours d'être allaité. Dans ce cas, on lui donne le lait de la chèvre, ce qui serait recommandé dans le Coran, selon les marabouts. Une variante du test du lait maternel est de mettre une fourmi dans quelques gouttes du lait ; si la fourmi meurt, cela retarde la mise au sein

car c'est le signe de la mauvaise qualité du lait ; mais si la fourmi survit, alors on considère que c'est le bon lait, et on peut mettre l'enfant au sein.

A Zongo Bilbizo (Dakoro), les grand-mères ont expliqué le processus traditionnel :

*« Quand une femme accouche, on coupe le cordon ombilical, on baigne le bébé, on lui donne un peu d'eau et on le remet à sa mère. On lui donne en première position le lait de chèvre, car il faut une semaine pour qu'il tète le lait de sa mère et ceci après un test.*

*On fait le test car certains laits contiennent le kaï kaï (démangeaisons). C'est sont des boutons qui sortent apparaissent dans les yeux, envahissant tout le corps du nouveau-né. Le ventre se gonfle, ce qui conduit à la mort de l'enfant. Nous les grand-mères préparons du bauri que la mère doit boire jusqu'à 3-4 jours, à fin de purifier son lait de la maman ».*

Ces grands-mères font croire que ce sont des pratiques anciennes qu'elles ont abandonnées, parce qu'elles connaissent les pratiques scientifiquement recommandées : *« aujourd'hui dès qu'une femme accouche on lui remet son enfant pour qu'elle l'allait ».* Toutes ces grand-mères ont prétendu que *« on met l'enfant peau à peau sur la poitrine de la mère dès le bain du nouveau-né ».*

En réalité, elles se soucient aussi de l'état de fatigue de la parturiente ; l'accouchement n'est-il pas considéré comme « la guerre des femmes » ? (Olivier de Sardan, Moumouni, et Souley, 2001). Ainsi, elles s'inquiètent du fait que si le bébé est mis au sein immédiatement alors que la mère est trop fatiguée après l'accouchement, cette dernière ne pourra pas se reposer.

La croyance au pouvoir de nuisance du supposé mauvais lait demeure toutefois le principal obstacle à la mise immédiate au sein. Dans le village de Dan Koulou par exemple, une femme nous a expliqué, que les agents de santé lui ont fait mettre son enfant au sein immédiatement ; deux jours après, elle a été libérée et elle est rentrée à la maison. Sa famille qui a eu peur de cette attitude des agents de santé, a momentanément sevré le bébé et a procédé au test du lait maternel au couteau. C'est seulement après plusieurs journées que l'enfant a été réalimenté au lait maternel. Notre interlocutrice affirme que pendant cette même période, il y avait plusieurs nouveaux nés qui ont vécu la même expérience au centre de santé, et parmi eux certains sont morts. La communauté a attribué ces décès de bébés au fait d'avoir consommé le premier lait (le colostrum) ; nul n'est besoin de rappeler l'incidence de ces morts sur le taux de fréquentation de ce centre de santé.

### **3.3.3 Le rôle de personnes influentes dans la non consommation du colostrum : grand-mère, marabout et père**

#### *3.3.3.1 Les Grand-mères*

Les grand-mères exercent une influence forte sur l'accouchement et l'allaitement maternel, surtout sur les jeunes mères sans expérience (généralement des primipares). Cette influence s'observe surtout dans les villages isolés et quand l'accouchement a lieu à domicile.

Les grand-mères sont gardiennes de certaines traditions dont celle de la prévention et de la lutte contre le « kaï kaï ». On note cependant dans la plupart des quartiers et villages avec un centre de santé actif, que ces mêmes grand-mères peuvent répéter mot à mot toutes les recommandations des agents de santé autour de l'accouchement et de l'allaitement (elles connaissent donc les

recommandations même si certaines optent pour d'autres pratiques). Certaines ont même en mémoire d'anciennes recommandations visant à baigner l'enfant et les seins avec du savon, et puis « *mettre l'enfant sur la poitrine de la mère afin qu'elle puisse voir le sexe de son bébé et commencer à l'allaiter* ».

Il est regrettable que des grand-mères de certains sites dont Guidan Salifou (Dakoro) disent qu'elles donnent le lait de la chèvre à l'enfant durant 3-4 jours en attendant la montée du « bon lait » parce qu'elles n'ont jamais entendu de la nouvelle recommandation.

### 3.3.3.2 Les Marabouts

Le marabout est quelqu'un chez qui les femmes cherchent l'aide au moment de l'accouchement et à bien d'autres moments de leur vie ainsi que celle de leurs progénitures. Il est sollicité aussi bien à titre préventif que curatif lorsqu'il s'agit de maladies. Il joue également et surtout un rôle religieux ; il est sensé être le garant du Coran.

Les marabouts, comme la plupart de nos interlocuteurs, reconnaissent que le lait maternel est la meilleure alimentation pour le nouveau né ; « *il est riche et naturel* » et « *le nouveau-né ne peut pas manger du mil et d'autres céréales en dehors du lait* ». Les marabouts du quartier Sabon Gari à Maradi ville expliquent : « *pendant la grossesse l'enfant se nourrit à partir de ce que mange sa mère. Donc une fois au monde cet enfant continuera toujours à s'alimenter à partir de sa mère* ».

A Kanabakaché, les marabouts savent que la meilleure alimentation du nouveau né c'est le lait maternel et qu'il faut d'ailleurs le donner aussitôt que possible après l'accouchement « *car c'est un lait que est assez riche* ». Au quartier Sabon Gari de Maradi, les marabouts disent qu'ils sont prêts à contribuer à la sensibilisation des femmes sur la mise immédiate au sein car ils ont compris que selon les agents de santé, le lait maternel à cette période contient beaucoup plus de vitamines. Les marabouts de Chabaré<sup>11</sup> ont dit que l'infirmier et les deux matrones leur ont expliqué l'importance du lait maternel pour le développement de l'organisme de l'enfant, « *c'est pourquoi nous exhortons les femmes de donner du lait maternel dès la naissance jusqu'au sevrage* ».

Si les marabouts de certains sites, savent qu'il faut commencer l'allaitement « sans tarder », dans d'autres, ils n'en savent rien. Par exemple, à Guidan Salifou, un village dit non enclavé de Dakoro, les marabouts n'étaient pas du tout informés, « *dans notre village nous ne donnons le lait à l'enfant qu'après trois ou quatre jours. C'est notre tradition. Si on transgresse cette règle, l'enfant va être malade avec le kai-kai. Kai-kai c'est une maladie mortelle pour l'enfant !* ».

### 3.3.3.3 Les Pères

Le rôle des pères selon la tradition, est d'assurer l'alimentation de la mère et de l'enfant, et d'assurer les médicaments si nécessaires comme l'atteste un père de Dan Abdallah (Madarounfa), « *s'il y a un problème, nous, en tant que maris, nous ne pouvons rien faire. Nous envoyons directement la femme au dispensaire de N'Gnelwa en supportant les frais. Souvent certains maris font aussi recours aux marabouts afin qu'ils prient pour leurs femmes. Dans tous les cas, notre rôle consiste à suivre l'évolution et de donner l'argent si besoin est* ».

S'agissant de la mise immédiate au sein dès la naissance, les pères de Dan Abdallah continuent à suivre la pratique traditionnelle : « *Pour nous la meilleure alimentation du nouveau né est le lait* ».

---

<sup>11</sup> Le centre de santé le plus proche de ce village est situé à Majjirgi, à cinq kilomètres de marche ou en taxi.

maternel. Chez nous on met le nouveau né au sein, soit un jour après la naissance si le lait de sa mère est bon, soit trois jours après si le lait est mauvais. La détermination du mauvais lait se fait à l'oeil nu : c'est la couleur du lait qui permet de décider : si c'est bon la couleur est blanchâtre ; si c'est pas bon la couleur est rougeâtre. Le nouveau né bénéficie du lait de la chèvre, comme premier aliment ». Avant de donner le lait de chèvre, certaines familles donnent « Après la naissance du bébé, le "grippe water" (bauri) » un produit du Nigeria qui est sensé de laver l'estomac de l'enfant pour qu'il puisse bien manger.

Les pères interviewés sur tous les sites semblent être moins convaincus que les marabouts ou les grand-mères, de la sûreté et les bénéfices des nouvelles recommandations. Ils insistent sur le besoin de l'enfant de boire de l'eau, la nécessité d'attendre plusieurs journées pour le bon lait, la sagesse de donner le lait de chèvre pendant ces premiers jours, et l'inquiétude que la mère peut ne pas avoir suffisamment de lait.

On note cependant un point positif - les pères sont tous d'accord sur l'importance du lait maternel au point où, « *ici personne ne va s'amuser à jurer sur le lait de sa mère car c'est fatal !* » (Pères de Dan Abdallah). Cela fait allusion à une expression Hausa, « *Na rantsi nono uwar ta.* » (« Je jure sur le lait de ma mère » !) L'idée c'est que le lait maternel est tellement sacré que la personne peut jurer là-dessus si c'est du mensonge, de la même façon qu'on jure sur le Coran.

### **3.3.4 Conclusions et recommandations sur la mise immédiate au sein**

Il y a 45% de femmes interviewées qui ont adoptées la nouvelle pratique recommandée, la mise immédiate au sein ; ce chiffre inclut les accouchements à la maternité (13 femmes sur 19), au centre de santé (12/42) et même à domicile (11/18).

Parmi les populations qui ont eu les informations sur la mise immédiate au sein, les marabouts disent qu'ils sont prêts à faire essayer la nouvelle pratique recommandée aux mères. Il y a également les grand-mères qui ont une très grande influence sur les mères. Si ces grand-mères ont connaissance de la nouvelle pratique, elles pourraient la faire appliquer par les mères même lors d'accouchement à domicile ; par contre si elles (les grand-mères) n'en sont pas informées, les mères seront réticentes à la mettre en exécution même lorsqu'elles accouchent dans une maternité ou dans un centre de santé, sauf bien sûr lorsque les agents de santé la leur imposent.

La peur du colostrum, grâce aux nombreuses campagnes de sensibilisation commence à s'estomper. Cette recherche suggère la mise en œuvre d'un plan stratégique en communication et changement de comportement, peut faire adopter totalement la pratique recommandée de la mise immédiate au sein, si ce plan cible tous les segments de la population : mères, grand-mères, pères, marabouts, et leaders.

Un des gros avantages en termes de communication, pour faire adopter cette pratique, c'est que la mise immédiate au sein est une décision à appliquer dès la naissance et une seule fois : on met l'enfant au sein et on continue l'allaitement. Or, pour d'autres recommandations (telles que l'allaitement exclusif), il faut poser l'acte plusieurs fois par jour pendant au moins six mois. Beaucoup de comportements consistent en des actes qu'il faut faire tous les jours, ou bien plusieurs fois par jour ; ce qui est parfois contraignant pour les personnes chargées de les faire adopter.

Assez souvent, pour changer une pratique traditionnelle, il faut présenter les avantages de la nouvelle pratique recommandée, surtout pour la personne chargée de la faire appliquer (la mère) mais aussi pour la personne qui la recevra (l'enfant). On peut par exemple suggérer pour la mère que :

- le sein est douloureux si le lait n'est pas consommé immédiatement ;
- les mères et les parents n'aiment pas voir un enfant qui a faim et qui pleurent et ils préféreraient ne pas donner du lait d'animal si possible ;
- la mise immédiate au sein aide à diminuer les inquiétudes de la mère pour son bébé car elle contribue à vite faire évacuer les premières selles noires (évacuation que les mères provoquent parfois avec du jus de citron) ;
- la mise immédiate au sein contribue à faire diminuer les hémorragies après accouchements, à faire diminuer les tranchées et aide la mère à récupérer plus rapidement (son utérus reprend rapidement sa place et sa forme normales).

On peut trouver des adeptes de la nouvelle recommandation dans tous les sites car plusieurs personnes en ont entendu parlé, mais il faut pouvoir les convaincre de son utilité et de sa nécessité. Un père nous a dit, « *il faut m'expliquer plus en profondeur ces recommandations pour que je puisse les mieux comprendre* ». Cela suggère que l'éducation n'a pas été faite suffisamment parmi tout le monde.

La motivation fondamentale à ne pas oublier, c'est que tout le monde veut que l'allaitement maternel réussisse parce que c'est la meilleure alimentation pour l'enfant, c'est gratuit, et la grande partie de la population n'a pas de choix – il faut nourrir l'enfant avec le lait maternel.

### **3.4 COMPORTEMENT 2: ALLAITER EXCLUSIVEMENT DES LA NAISSANCE JUSQU'A L'AGE DE SIX MOIS ; NE PAS DONNER DE L'EAU, D'AUTRES LIQUIDES, NI DE LA NOURRITURE.**

#### **3.4.1 La théorie de l'allaitement maternel exclusif**

L'une des principales causes de la malnutrition chez les enfants de moins de deux ans est la pratique inadéquate de l'allaitement maternel. Il est recommandé, de ne rien donner à l'enfant sauf le lait maternel : pas d'eau, pas d'autres liquides ou aliments, jusqu'à l'âge de six mois.

Il y a deux grands problèmes liés à la consommation de l'eau et autres liquides et aliments avant six mois :

- 1) L'eau apporte presque toujours le danger d' germes pathogènes qui peuvent rendre l'enfant malade, et ;
- 2) L'eau remplit le très petit ventre de l'enfant qui tète donc moins le sein de sa mère ; et ainsi la production du lait maternel diminue. Il s'ensuit alors que l'eau remplace le lait maternel<sup>12</sup>.

Le lait maternel contient tout ce que l'enfant exige dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois : assez de l'eau pour répondre aux besoins en réhydratation et croissance (OMS, 1998 : 17), assez de vitamines et autres éléments protecteurs pour le protéger contre les maladies, assez de fer et

---

<sup>12</sup> OMS (1998 : 17) : la recherche montre que quand on donne d'autres liquides ou aliments à l'enfant, sa consommation de lait diminue ainsi que la production du lait maternel.

d'autres micronutriments pour ces besoins, et assez de kilocalories pour une bonne croissance, jusqu'à l'âge de six mois. Et cela reste toujours vrai, même si la mère est sous-alimentée (les nutriments stockés dans son corps sont utilisés pour le bébé). Donc c'est la mère qui souffre d'une diminution de son statut nutritionnel si elle ne mange pas assez, surtout si elle a déjà eu plusieurs enfants, mais l'enfant lui, reçoit presque toujours une dose adéquate de tout ce qu'il faut.

A six mois l'enfant a besoin de plus de fer, de la vitamine A, et des kilocalories, pour continuer la bonne croissance. Donc à cet âge, il faut commencer à donner d'autres aliments, bien riches en nutriments.

Alors que l'OMS recommande que tous les enfants soient nourris exclusivement au sein dès la naissance jusqu'à six mois, 99.1% des enfants au Niger<sup>13</sup> ne bénéficient pas de cette recommandation. Il y a plusieurs pratiques traditionnelles et des croyances correspondantes qui y contribuent. L'eau est donnée à presque tous les enfants dès la naissance. Le médicament traditionnel, *bauri*<sup>14</sup>, est donné à tous les enfants dès la première journée de la vie, pour ouvrir l'estomac en préparation pour le lait maternel et pour faire évacuer les premières selles (noirâtres). Plus tard les mères continuent à donner du *bauri* deux ou trois fois par jour pour s'assurer que l'enfant prenne du poids. En plus, une partie des enfants commencent à manger d'autres aliments à un très jeune âge (à trois mois voire moins), le plus souvent parce que les mères perçoivent qu'elles ont une « insuffisance de lait », ou parce que des agents de santé l'ont recommandé, pour le même souci.

Or, la recherche a montré (OMS, 1998 : 16) que la prévalence de la diarrhée est double quand on donne d'autres liquides (telles que les tisanes, le *bauri*, et de l'eau, et que la prévalence peut monter jusqu'à treize fois plus chez les enfants qui consomment tôt des aliments (*fura, koko*) en comparaison avec les enfants qui sont allaités exclusivement.

### 3.4.2 Ne pas donner de l'eau : Pratiques, Connaissances et Croyances

Dans presque tous les sites, les femmes donnent de l'eau à boire à l'enfant, pratiquement, dès la première journée de la vie. C'est une exception que de ne pas procéder à une telle pratique. A Kanabakaché (Mayahi) quelques femmes disent qu'elles donnent de l'eau à partir du troisième mois. A Zongo Bilbizo (Dakoro) une seule femme nous a dit qu'elle a suivi les conseils du major et elle attendait jusqu'au troisième mois pour commencer à donner de l'eau.

**Tableau 14 : Nombre d'enfants qui boivent de l'eau dans les premières heures de leur vie**

	Nombre d'enfants âgés 0-6 mois
<b>L'âge auquel il a commencé à boire de l'eau</b>	
Premier jour de la vie	41
Deuxième jour de la vie	5
Troisième jour de la vie	6
Sixième jour de la vie	1
Septième jour de la vie	3
Quatorzième jour de la vie	1
Quarantième jour de la vie	3
Soixantième jour de la vie	1
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>

<sup>13</sup> PROFILES, draft 2006, Academy for Educational Development: Washington DC

<sup>14</sup> Une décoction (d'eau brune) faite de racines, de feuilles et d'écorces, qui servent comme médicament traditionnel.

Cette recherche a trouvé seulement 2-3 femmes qui déclarent avoir suivi les conseils de l'agent de santé, de ne pas donner de l'eau avant six mois. A Safo, un grand bourg non enclavé, plusieurs femmes ont essayé l'allaitement exclusif. A Ali Dan Sofo, un quartier de Maradi ville, les grand-mères disent que les mères sont sensibilisées par les agents de santé à ne pas donner de l'eau, mais elles ne peuvent pas le pratiquer. Les grand-mères disent que ce sont elles-mêmes qui donnent de l'eau à l'enfant.

Qu'est-ce qui explique un tel comportement malgré les connaissances de pratiques recommandées ?

La raison pour laquelle les gens ont peur de ne pas donner de l'eau, c'est la conviction que tout enfant en tant qu'être humain, a soif, et a besoin d'eau. C'est une conviction forte surtout dans cette zone à la lisière du désert et tellement dépendante de chaque goûte d'eau reçue : l'eau est ici essentielle à la vie. La phrase qui exprime cette idée d'une façon claire est la suivante : « *Rai, sai da ruwa* » (Pas de vie sans eau). Les mères ont des soucis que l'enfant a la gorge sèche (*makoshi ya bushe*) et il faut la mouiller. Les mères surveillent les lèvres de l'enfant, et quand elles voient les lèvres sèches, elles pensent que la gorge est aussi sèche. Le plus souvent la soif d'eau perçue par les mères pour leurs enfants, est liée au fait que « *le lait est chaud* » et qu'il faut toujours accompagner chaque tétée avec de l'eau pour calmer la soif et rafraîchir la gorge ; autant l'adulte boit de l'eau après le repas, autant l'enfant doit boire de l'eau après avoir tété.

D'autres explications ou raisons ont été données par les femmes concernant la consommation d'eau par le bébé avant l'âge de six mois :

- D'abord la consommation de l'eau serait liée à la bonne santé, et sans eau, l'enfant ne restera pas en bonne santé, « *les enfants, une fois qu'ils ont soif, ils pleurent et refusent de téter, et là, un problème de santé peut surgir* ». Les grands-mères de Dan Koulou disent qu'il faut donner de l'eau surtout la nuit, « *car la soif crépusculaire entraîne la malnutrition* ». Elles expliquent que cette pratique est dans la tradition qu'elles ont trouvée de leurs arrières parents.
- L'eau est aussi associée à la croissance, comme expliqué par une femme, « *quand un enfant ne boit pas de l'eau, il n'a pas une bonne croissance. Même pour les adultes, quand ils ne prennent pas assez d'eau, ils ne grossissent pas.* » Des grand-mères (Kanabakaché) disent que généralement l'eau est donnée à l'enfant 2-3 heures après sa naissance.
- D'autres grand-mères disent que c'est après la première tétée pour « *bude makoshi* » (ouvrir la gorge). L'idée ici est qu'il faut à la naissance ouvrir l'estomac et la gorge de l'enfant, pour « *préparer le passage d'autres aliments dan l'avenir* »<sup>15</sup>. Traditionnellement les Hausas font des interventions à la naissance pour « ouvrir » la bouche, la gorge, et l'estomac. L'idée ici c'est que si on ne les « ouvre » pas, l'enfant aura de difficultés à boire le lait maternel et à manger de la nourriture.

Parmi les huit rappels de 24 heures des enfants âgés de moins d'un mois, trois mères sur huit disent qu'elles ont donné seulement le lait maternel. Le reste des femmes a donné de l'eau entre 3 et 6 fois pendant les 24 heures. Une mère a donné de la tisane à trois reprises par jour, entre les tétées.

---

<sup>15</sup> Cette donnée confirme des résultats de Keith dans la région de Tahoua en 1990.

Le nombre de tétées recommandés par jour est d'au moins 8-12 tétées. Ces mères d'enfants âgés de moins d'un mois affirment qu'elles allaitent entre 8-17 fois par jour. Mais il est à remarquer que certaines femmes donnent de l'eau entre deux tétées, ce qui suggère que l'eau remplace une tétée, pour donner à la mère un peu de temps pour faire son travail.

Quelques réponses des questionnaires suggèrent que la mère peut donner de l'eau ou du *bauri*, et puis mettre l'enfant au lit au lieu de l'allaiter.

Quant on arrive aux rappels des enfants de plus de six mois, il est très clair qu'il y a des mères qui donnent beaucoup moins de tétées pendant la journée pour qu'elles puissent vaquer à leurs occupations (voir le chapitre sur l'alimentation complémentaire).

**Tableau 15 : Rappel de 24 heures d'un enfant de 26 jours**

<b>L'enfant de 26 jours</b>	
<b>La journée</b>	
9 :45 h	tétée
10 h	l'eau
13 h	tétée
14 h	l'eau
17 h	tétée
18h	l'eau
19 h	tétée
<b>NUIT</b>	
23 h	tétée
2 h	tétée
4 h	tétée
6 h	tétée
7 h	tétée
<b>9 tétées au total</b>	
<b>3 consommations d'eau au total</b>	

A Dan Koulou c'est le père qui décide de donner de l'eau, mais c'est la grand-mère qui donne le *bauri*. A Guidan Salifou, selon les grand-mères, la décision de donner de l'eau vient des femmes, mais leurs maris « *ne se mêlent pas de cela* ». A Bagalam, Maradi ville, les mères dont le mari a les moyens, donnent à boire aux enfants de l'eau minérale en bouteille et celles qui sont pauvres donnent de l'eau simple (potable ou non).

Les marabouts en général disent que l'enfant doit boire de l'eau avant six mois parce que tout être humain a soif. Un marabout de Zongo Bilbizo était clair sur ce point, « *l'allaitement exclusif est une chose inconcevable pour nous !* ». Et un autre de s'écrier : « *est-ce qu'on a vu un être humain qui ne boit pas de l'eau ?* ». Les marabouts sont donc des personnes clés dans le changement de comportement pour faire adopter l'allaitement maternel exclusif. C'est une recommandation qui sera difficile à faire appliquer si on s'en tient à l'attitude de certains marabouts. Et pourtant, nombreux parmi eux ont connaissance de la pratique recommandée. Heureusement aussi que certains sont prêts à aider au changement de comportement. En effet, une des questions posées aux marabouts, était : « *Que diriez vous si nous vous expliquions que le lait maternel contient assez d'eau pour remplir tous les besoins de l'enfant jusqu'à l'âge de six mois ?* ».

A Dan Koulou, un village « enclavé », les marabouts ont surpris par leurs réponses, « *L'allaitement exclusif est recommandé, car le lait maternel est meilleur pour l'enfant. Cela permet à l'enfant de grandir vite et en bonne santé. C'est pourquoi nous sommes prêts à conseiller aux femmes à mettre leurs bébés au sein dès la naissance. Les agents de santé nous disent cela chaque fois. Ce sont les femmes qui sont dures d'oreilles !* » Les marabouts de Bagalam étaient défensifs sur ce point : « *A notre connaissance, aucun marabout n'a demandé à ce qu'on donne de l'eau aux enfants. Ce sont les mères qui donnent de l'eau aux enfants car il a soif !* »

A Gourajé, quand cette question était posée, les marabouts ont répondu comme suit : « *Si on nous dit que le lait contient assez d'eau, je trouverai que cela ne vaut pas la peine de lui donner encore de l'eau, car le lait uniquement peut lui suffire* ». A Mayahi Sofoua un marabout disait, « *Comme vous venez de m'apprendre, que le lait maternel contient de l'eau, et qu'on n'a pas besoin de donner à l'enfant encore de l'eau, je serai d'accord avec cette hypothèse* ».

L'allaitement maternel exclusif sera donc difficile mais pas impossible à faire appliquer, grâce au concours des marabouts, des agents de santé et d'autres bonnes volontés dans la communauté.

### **3.4.3 Ne pas donner d'autres liquides – La pratique, les connaissances, les croyances**

#### *Tisane ou bauri*

*Bauri* est une décoction d'écorces, de racines, et de feuilles des plantes médicinales que la femme récupère elle-même et prépare dans un petit pot d'eau bouillante. Une fois préparée, la décoction est couverte et mise de côté pour être donnée à l'enfant plusieurs fois pendant la journée pendant 2-3 jours, puis on renouvelle la préparation. La recette de *bauri* varie par région<sup>16</sup> et il est utilisé pour plusieurs situations.

Le premier *bauri* est donné au bébé à la naissance, ou parfois quelques jours après, pour servir de lavage de l'estomac et pour faire sortir les premières selles. Ce *bauri* sert à faire évacuer toutes les impuretés du corps de bébé y compris, selon les vieilles femmes, celles issues d'éventuels rapports sexuels lors de la grossesse. Le deuxième *bauri* a pour rôle de donner du poids au bébé ; celui-ci peut être donné chaque jour pendant des mois ou jusqu'au sevrage. Un troisième est sensé contrecarrer les nuisances provoquées par certaines personnes<sup>17</sup> qui peuvent lancer des paroles (*bakin baki*) [bouche noire] au bébé. D'autres *bauri* sont donnés aux mères pour faire monter le lait et pour assurer assez de lait.

Les 8 rappels de 24 heures (enfants de 0 à moins de six mois) montrent que tous les enfants ne prennent pas du *bauri* tous les jours. A chaque tranche d'âge (d'un mois jusqu'à six mois), il y avait seulement une ou deux mères sur les huit, qui affirmaient donner du *bauri* plusieurs fois par jour, entre les tétées.

---

<sup>16</sup> Les femmes de Zongo Bilbizo expliquent que dans le temps, il y avait un *bauri*, appelé « *Dan Dana* » qu'elles donnaient dès la naissance aux enfants, même ceux qui sont nés à la maternité.

<sup>17</sup> Le mot en Hausa pour « médicament » est *magani*, mais ce mot à des sens différents du mot « médicament ». *Magani* joue au moins trois rôles : premièrement c'est l'action curative, comme les médicaments. Le deuxième rôle est d'attirer quelque chose de bon (attirer la richesse ou le mariage, par exemple). Et le troisième est d'écarter quelque chose ou protéger la personne contre quelque chose. C'est dans ce sens que de dernier *bauri* sert à écarter les maux dangereux qui viennent des personnes sorcières.

A Zongo Bilbizo, les mères disent qu'elles commencent à donner le *bauri* aux bébés le huitième jour et elles continuent à le donner deux fois par jour à chaque bain du bébé. Elles disent qu'elles donnent « *pour que l'enfant soit rassasié et prendre du poids* ». Ces femmes font remarquer que le *bauri* a la capacité de faire grossir l'enfant. Les femmes de Zongo Bilbizo expliquent que : « *une fois rassasié (du bauri) l'enfant s'endort sans envie de téter* ». Cela suggère que le *bauri* est capable tout seul de faire grossir et que le *bauri* peut remplacer la têter une ou deux fois par jour.

#### *Jus de citron*

Des femmes donnent aussi du jus de citron qui sert au « lavage de l'estomac » et pour éviter la « constipation ». Quand on sonde les répondantes, elles expliquent que le citron aide à la sortie de la « *première selle qui refuse parfois de sortir et provoque la mauvaise digestion à l'enfant* ». Les mamans déduisent que l'enfant est constipé lorsqu'elles constatent que son ventre « *est gonflé* » ou ballonné. On remarque que dans les rappels de 24 heures, il n'y pas de mention de citron donné aux bébés de moins de six mois. Mais les grand-mères en ont parlé souvent dans les focus group. Dans les réponses parues suite à l'administration de questionnaires, le citron revient plusieurs fois dans la catégorie « autres ».

Le jus de citron est aussi parfois donné à l'enfant après l'accouchement pour le protéger contre le rhume ; le rhume du bébé à la naissance serait la conséquence d'un comportement de sa mère pendant la grossesse : elle aurait bu beaucoup d'eau fraîche. En dehors des enfants nés avec le rhume, d'autres l'attrapent après la naissance selon les grand-mères, au moment du premier bain. Dans tous les cas, le jus de citron en est le remède principal.

### **3.4.4 Ne pas donner de la nourriture avant l'âge de six mois**

#### *3.4.4.1 La théorie recommandée*

L'OMS recommande de ne rien donner à manger à l'enfant avant l'âge de six mois pour éviter que des aliments moins nutritifs que le lait maternel ne le remplace. L'enfant avant six mois ne peut pas digérer beaucoup d'aliments parce qu'il n'a pas des enzymes et son corps est encore fragile, pas assez « mur ». L'enfant à cet âge a un estomac très petit (entre 100 et 150 ml) qui se remplit très rapidement. Et si l'estomac est rempli d'autre aliment, l'enfant tétera moins, et la quantité de lait maternel diminuera (ce sont les suctions fréquentes qui favorisent la production de lait). Il y a aussi toujours le danger avec la consommation d'autres aliments, d'introduire des germes pathogènes dans le corps de l'enfant et de favoriser des allergies.

Selon les mères, vers le troisième mois, l'enfant subit une poussée de croissance qui fait qu'il a constamment faim et ce, même après avoir tété. Elles supposent donc le lait maternel est insuffisant. Selon la tradition Hausa, pour parer la supposée insuffisance de lait, il faut le compléter avec des laits d'animaux, du *fura*, des bouillies, et autres. Tragiquement pour l'enfant, le fait de compléter avec d'autres aliments entraîne une réduction de la production du lait maternel. Tout le monde ignore en effet que le lait maternel s'accommode à la faim de l'enfant : s'il suce souvent et bien, la production du lait augmente à sa faim. C'est cette ignorance qui conduit à de nombreuses pratiques (donner des médicaments, de l'eau, des aliments, etc.).

#### *3.4.4.2 Ne pas donner de la nourriture avant l'âge de six mois : Les connaissances, attitudes et pratiques*

Dans le questionnaire adressé aux mères d'enfants de six à huit mois, il a été demandé si les enfants avaient commencé à manger en dehors du lait maternel, et si « oui », avec quel aliment et à quel âge. Le tableau qui suit montre le premier aliment et l'âge de l'enfant quand il a commencé à le manger.

**Tableau 16 : Les premiers aliments donnés aux enfants à chaque tranche d'âge (de la naissance jusqu'à l'âge de huit mois)**

Premier Aliment	L'âge (en mois) de l'enfant quand la mère a commencé à donner d'autres aliments								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
<i>Kunu</i>	0	1	0	8	6	9	1	0	25
<i>Fura</i>	1	0	3	7	6	9	1	0	27
<i>Tuwo</i>	0	0	2	2	1	3	0	1	9
<b>Sauce</b>	0	0	0	0	0	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>63</b>

Il y a quelques mères qui ont commencé à donner de la nourriture entre la naissance et trois mois. Un quart de mères ont donné à manger au quatrième mois. A peu près un tiers commençait au sixième mois, comme recommandé. Seulement deux enfants dans ce groupe de 63 enfants, n'avaient pas encore commencé à manger en dehors de l'alimentation maternelle à l'âge de six mois (voir colonne « sauce »).

Quelques raisons expliquent pourquoi les populations donnent de la nourriture avant six mois :

- 1) la mère s'aperçoit le lait maternel diminue, alors elle compense la diminution par une supplémentation en nourriture ;
- 2) il y a un très fort principe « traditionnel » qui veut que l'enfant apprenne à manger ce que la famille mange, pour assurer sa survie. S'il est « gâté » par les nourritures spéciales, les rajouts de sucre, il ne va pas manger la nourriture que la famille lui offre. Malheureusement, cet « apprentissage » commence trop tôt.
- 3) il y a aussi le fait que certaines mères donnent de la nourriture pendant la journée entre deux tétés afin que l'enfant s'endorme pour qu'elle puisse vaquer librement à ses occupations.
- 4) Certaines disent avoir introduit l'alimentation complémentaire suite à une maladie de l'enfant (« qui refusait de téter »).

Des grand-mères décrivent une séquence d'événements qui conduisent à l'introduction de la nourriture à un très jeune âge :

*« Dès le troisième mois les mères se confrontent à une insuffisance de lait, et elles passent à différentes manières pour augmenter le lait maternel. Elles savent que le « lait diminue » car l'enfant ne cesse de pleurer, le lait ne coule pas, ou bien quand elles ont faim elles mêmes ». Certaines boivent de la boule et de la bouillie (fura) non cuite (Tukudi) ; d'autres mangent du niébé préparé à base de la tisane d'un arbre ; certaines prennent du niébé et riz, ou du son de mil pilé à la main ; ou la tisane de hanssankadi (la bouillie faite avec le clou de girofle). Elles cherchent aussi à manger à leur faim. Quand*

*la première manière pratiquée ne marche pas, elles passent à une autre. Par exemple, si la femme avait commencé avec la boule au lait et qu'elle constate que ça ne marche pas, elle peut passer au niébé. Mais dans le cas où la femme pratique et qu'elle n'a pas de quoi manger à sa faim elle est obligée de donner à l'enfant les aliments qui lui sont disponibles pour calmer sa faim. C'est quand la mère constate qu'elle n'arrive pas à remonter le lait ou faire rassasier l'enfant qu'elle commence à donner d'autres aliments à cet enfant dès le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois ».*

A Zongo Bilbizo les mères donnent du *fura* dilué avec « beaucoup de l'eau », et le *koko* léger, à l'âge de trois ou quatre mois, « *parce que le lait commence à diminuer en quantité* ». Le *koko* se prépare avec la farine de mil fines tamisée, bouillie avec beaucoup de l'eau pour que l'enfant peu le digérer. Certaines font fermenter cette farine tamisée avant de la faire bouillir le lendemain. Typiquement, le *koko* est fait en grande quantité et est conservé dans une *tasse ou cuvette* à couvercle ; pour le donner à l'enfant, les mères mettent une portion dans un petit bol.

Un bon nombre d'entre elles ne mettent pas de sucre dans le *koko*. Le sucre est souvent recommandé par les diététiciens parce que il augmente la densité calorique. Mais la plupart des femmes préfèrent de ne pas l'ajouter parce qu'elles craignent « *que l'enfant refuse de manger le jour où la famille n'aura pas de sucre à lui servir. De plus, nos autres aliments n'ont pas de sucre, et il faut que l'enfant mange ce que nous avons* ».

Quelle que soit la raison pour commencer à donner de la nourriture avant six mois, le résultat est le remplacement des tétées pas des aliments certes dilués mais très peu nutritif, par rapport au lait maternel. Les rappels de 24 heures de consommation pour des enfants d'un mois et ceux des enfants de deux mois sont pareils : ils contiennent le plus souvent beaucoup de tétées et plusieurs prises d'eau et/ou de *bauri*. C'est à trois mois qu'on constate que des mères donnent du *koko* de mil avec ou sans sucre (dont la conséquence est une réduction du nombre de tétées par jour) à plusieurs reprises dans la journée. Toutefois, pendant la nuit l'enfant tète à volonté.

**Tableau 17 : Le rappel de 24 heures d'un enfant âgé de trois mois**

<b>JOURNEE</b>
8 h tétée de 50 minutes
10 h tétée
12 h <i>koko</i> de mil, avec du sucre
13 h tétée
14 h 12 h <i>koko</i> de mil, avec du sucre
16 h tétée
19 h <i>koko</i> de mil, avec du sucre
<b>NUIT</b>
« toute la nuit elle a tété »
<b>Total de 4 tétées pendant la journée mais tétées sans limite la nuit. Total de 3 repas de <i>Koko</i>.</b>

A cinq mois plus que la moitié des enfants ont mangé de la nourriture en dehors du lait maternel, selon les rappels de 24 heures. A six mois presque tous les enfants avaient commencé à manger en dehors du lait maternel.

### **3.4.5 Conclusions et recommandations pour l'allaitement exclusif**

Les barrières à l'allaitement exclusif sont : 1) la crainte de ne pas avoir suffisamment du lait, 2) la perception que le lait diminue vers le troisième mois, 3) la crainte que le premier lait (colostrum) mène à une maladie mortelle dénommée *Kai-kai*, 4) le réflexe automatique de donner les médicaments traditionnels à l'enfant pour s'assurer qu'il ne tombe pas malade, 5) le principe traditionnel selon lequel « l'enfant mange ce que la mère mange, et donc si la mère ne mange pas bien, le lait ne suffira pas », et 6) une charge de travail élevée pour la mère dans la journée qui peut entraver l'allaitement sur demande pendant la journée.

En termes de changement de comportement, la pratique traditionnelle de donner de l'eau à boire sera plus difficile à changer que la mise immédiate au sein. Si le dernier comportement est spontané dès la naissance, le dernier lui, dure six mois : il faut non seulement convaincre beaucoup de parties de la société (mères, grand-mères, pères, marabouts, ...), mais il faut aussi faire la preuve que cette recommandation n'a pas d'inconvénients et pour l'enfant et pour la mère. Heureusement le lait est gratuit, et si la mère allaitait exclusivement et correctement, elle aurait suffisamment de lait pour tous les besoins de l'enfant jusqu'à l'âge de six mois.

Il faut élaborer une stratégie qui dialogue avec les populations pour les assurer que si elles cessent de donner d'autres boissons et aliments aux enfants avant 6 mois, les femmes auront assez de lait, et les maladies infantiles seront beaucoup plus réduites pendant les six premiers mois de la vie du bébé. Il faut trouver quelques exemples d'enfants allaités exclusivement à présenter à la communauté, enfants dont les mères feront un témoignage aux autres mères, ou dans les groupes de soutien des femmes allaitantes, dans les centres de santé, ou peut être dans les groupes communautaires. Et peut-être il faut considérer des stratégies pour réduire la quantité de travail qui est exigée à la femme pendant chaque journée (installer des moulins et faire des campagnes de sensibilisation pour faire accepter les céréales moulues à la machine aux hommes, installer des robinets dans chaque domicile pour diminuer les longues corvées d'eau, etc.).

### **3.5 COMPORTEMENT 3 : SI LE LAIT NE SUFFIT PAS, ALLAITER PLUS FREQUEMMENT**

#### **3.5.1 La recommandation pour palier l'insuffisance du lait maternel**

La science montre que toute femme allaitante peut produire une quantité de lait suffisante, qu'elle soit bien alimentée ou non car que plus l'enfant tète, plus la quantité de lait produit par le sein augmente. Le comportement recommandé, c'est de donner à téter plus fréquemment parce que c'est le fait de sucer le sein qui signale le corps de la mère d'augmenter la quantité de lait produit.

#### **3.5.2 L'insuffisance (quantité) de lait : les connaissances, attitudes et pratiques**

Le plus grand souci de tout le monde (mère, grand-mère, père, communauté) est l'insuffisance de lait maternel sensée être fatale à l'enfant. Il y a une croyance à laquelle la majorité de la population souscrit : si la femme ne mange pas aussi bien que recommandé par la société, ou bien si elle ne mange pas à sa faim, elle n'aura pas assez de lait pour nourrir son enfant. En pays haussa, lorsque vers le troisième mois de sa vie, l'enfant a une poussée de croissance et réclame plus de tétés, les femmes concluent qu'il n'est pas rassasié et donc que la mère n'a pas assez de lait. Le premier recours alors, est de lui donner du lait d'animaux (chèvre), du *fura* très dilué, et des bouillies aussi diluées. Pendant ce temps, la mère prend des « lactogènes » (le plus souvent des haricots et des plats de base de mil, et des décoctions à part, ou mélangé avec de la bouillie), pour augmenter la quantité de son lait. Cet acte est lié à la compréhension de la femme selon

laquelle l'enfant, à travers le lait maternel, mange ce que consomme sa mère ; si donc elle fait un effort pour manger mieux, c'est son enfant qui en bénéficiera (voir le chapitre sur l'alimentation de la femme allaitantes).

Les marabouts de Chabaré (Tessaoua) ont expliqué que :

*« Avant les femmes ne donnaient le premier lait aux enfants qu'après le quatrième jour. En ce temps-là, c'était la période d'abondance. Elles mangeaient bien (bouillies, tuwo, viande, niébé, foie, des fruits, des feuilles de baobab, soumbala) et elles avaient du lait en quantité et qualité, ce qui fait que leurs enfants résistaient à toutes les maladies et situations.*

*Mais à partir des famines successives de 1989 où les gens ont beaucoup souffert, surtout les enfants, les agents de santé nous ont dit que les femmes ne mangent pas à leur faim, c'est pour quoi il y a le malnutrition infantile. Nous avons donc compris que les enfants meurent parce que les femmes ne mangent pas tous les éléments nécessaires à la production du lait en quantité et qualité. C'est pourquoi. Aussi nous avons déduit que lorsque les femmes sont enceintes il faut bien les nourrir et leur diminuer les travaux ménagers ».*

Cette assertion des marabouts de Chabaré n'est pas juste bien qu'il soit recommandé que les femmes mangent mieux et qu'elles travaillent moins. Il n'est pas correct de conclure que les mères de Niger ne peuvent pas allaiter exclusivement à cause des famines ou crises alimentaires ; il n'est pas juste de penser que la quantité du lait augmente lorsque la mère mange beaucoup. Même des agents de santé n'ont pas compris que c'est le fait de téter qui favorise la montée de lait ; ils ont eux aussi parfois fait passer le message selon lequel il faut que la mère mange beaucoup pour que son corps produise une plus grande quantité de lait.

Le processus concernant cette supposée insuffisance de lait, commence à l'accouchement. Les grand-mères de Maradi ville ont indiqué que le *bauri* est donné à boire aux mères dès l'accouchement, « car ce ne sont pas toutes les mères qui sont bien nourries pour avoir du lait qui puisse suffire à l'enfant ». Les marabouts expliquent, « nous mettons des plantes et des *rubutu* dans la bouillie et la donnons à boire à la mère. Nous faisons un bain à l'enfant des produits plus de l'eau, plus *rubutu*. On en lui met trois fois par jour pendant 3 jours si la mère n'a pas de lait. Si l'enfant ne peut pas téter, nous avons d'autres choses que nous faisons. Après, le lait de la mère descend et l'enfant peut téter ».

Certains marabouts ont commencé à comprendre les messages recommandant de ne pas donner de l'eau aux enfants de moins de six mois – les marabouts de Safô disent que de l'eau n'est pas nécessaire dans le cas où la mère possède assez de lait, mais à défaut de ce lait ils donnent des produits mélangés à l'eau. Ces marabouts ajoutent que le lait maternel est le meilleur lait et il est très nutritif. Ils affirment que certes, ils faisaient donner de l'eau aux enfants mais actuellement les agents de santé l'ont interdit. Selon eux, c'est seulement quand « l'enfant est malade, qu'on lui donne du *rubutu* pour soulager ». Quand la mère n'a pas assez de lait, ils lui font la *fatiha* (récitation de versets coraniques) ou bien des *addoua* (formulation de bénédictions qu'ils écrivent et lavent pour donner à la femme) qu'elle boit.

L'enquête a demandé aux mères ce qu'elles font quand elles s'aperçoivent de ne pas avoir assez de lait. Parmi les 23 qui se sont aperçus d'une diminution de lait, certaines ont bu des décoctions

et mangé plus (30.43%), et quand ces efforts n'ont pas marché, elles donnent du lait d'animaux (21.73%). Seulement 3 disent qu'elles allaitent plus fréquemment comme l'atteste le tableau qui suit.

**Tableau 18 : Attitudes de la mère quand le lait maternel diminue**

Catégories d'initiatives personnelles pour résoudre le problème d'insuffisance du lait	Fréquence	Pourcentage
Manger plus	7	30,43
Donner du lait d'animaux	5	21,73
Allaiter plus fréquemment	3	13,05
Boire des décoctions	8	34,79
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

La plupart des marabouts s'inquiètent du fait que la femme ait des difficultés à produire suffisamment de lait. Tandis que tous disent que le lait est le meilleur pour l'enfant, ils finissent la phrase avec la possibilité des problèmes, en ajoutent, « *et c'est pourquoi nous intervenons à travers les rubis (écritures coraniques lavées) et les Fatiha (un verset du coran), afin que la mère puisse avoir assez de lait pour l'enfant* » (marabouts de Bagalam). Au village Dan Abdallah la réponse des groupes de marabouts était typique : « *Le lait de la mère est la meilleur, mais si la mère n'en a pas assez nous préconisons qu'on donne à l'enfant le lait du chèvre. Pour ceux qui ont les moyens les parents peuvent acheter le lait en poudre, c'est-à-dire le lait des blancs. Ça, c'est pour la mère qui n'a pas assez de lait où a du kaï kaï Mais pour l'enfant on donne à lui une tisane pour le protéger* ».

### 3.5.3 Conclusions et recommandations sur l'insuffisance de lait maternel

Une stratégie en communication doit s'adresser à la conception erronée que la femme qui est pauvre ou qui ne mange pas des aliments « riches » n'aura pas suffisamment de lait pour nourrir un enfant. On a un problème subtil ici, c'est qu'il faut convaincre les populations que les femmes enceintes et les femmes allaitantes ont besoin de manger plus et bien, pour conserver leurs propres corps. Mais il ne faut pas contribuer à cette croyance que les femmes du Niger ne peuvent pas allaiter exclusivement parce ce qu'elles ne mangent pas assez bien.

IL faut aussi un message simple qui dit que plus l'enfant tète, plus sa mère aura du lait. Et que quand la mère s'aperçoit d'une diminution du lait, il faut qu'elle fasse téter plus souvent plusieurs jours durant pour que le lait augmente en quantité.

## 3.6 COMPORTEMENT 4 : VIDER UN SEIN AVANT D'OFFRIR L'AUTRE

Voici un comportement recommandé qui n'est pas du tout connu au Niger, et pourtant, c'est une pratique pour laquelle les recommandations ont changé assez récemment. Cette une pratique à la possibilité de faire une différence dans le statut nutritionnel des enfants nigériens.

### 3.6.1 La théorie de « vider un sein avant d'offrir l'autre »

La recherche a montré que le lait contenu dans la partie avant du sein contient plus d'eau (qui apaise la soif de l'enfant) que le lait situé à l'arrière qui elle, contient plus de matières grasses donc plus de calories et de vitamine A ; ce qui fait que ce lait plus riche rassasie plus vite

l'enfant. La production du lait est parfaitement réglée aux besoins de l'enfant. Donc, si l'enfant est autorisé à téter à sa faim, il règle lui-même la quantité de l'eau et de matière grasse qu'il consomme, mais si la mère intervient et l'enlève d'un sein pour le remettre à l'autre, elle bloque la réglementation de consommation par l'enfant (OMS, 1998 : 20).

Pour un très petit enfant, cette recommandation veut dire que l'enfant finit sa tétée sur un sein, et qu'à la prochaine tétée, la mère offre l'autre. Mais à fur à mesure, quand l'enfant grandit, il peut vider le premier sein, et puis prendre la moitié du deuxième. A la prochaine tétée il faut que cette mère commence avec le sein que l'enfant n'a pas vidé la dernière fois. Pour un plus grand enfant, il peut vider les deux à chaque tétée. Le fait de vider un sein à chaque tétée, assure une bonne production de lait.

### 3.6.2 Vider le sein avant d'offrir l'autre : Les connaissances, attitudes et pratiques

Quatre vingt et onze pourcent (91%) des mères ne permettent pas à l'enfant de vider un sein avant de téter l'autre. Cela suggère que les enfants sont privés des kilocalories et du lait riche dont ils ont besoin. Les mères et les grand-mères de tous les sites nous ont donné les mêmes explications sur l'inapplication de cette recommandation : « *à un certain moment si l'enfant continue à téter un sein, cela lui fait vomir* ». Parmi les mères d'enfants 0-6 mois, répondants aux questionnaires, 65% expliquent que c'est parce que l'enfant vomit parce que le lait à la partie arrière du sein devient chaud ; l'enfant qui le consomme devient malade. Le lait qui devient « chaud » ne veut pas dire exactement l'idée de la chaleur, mais l'idée que le corps n'est pas bien en équilibre, donc « chaud ».

**Tableau 19 : Pourquoi vous ne viderez-elles pas un sein avant d'offrir l'autre ?**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Le lait est chaud et fait vomir	40	65
C'est la tradition	11	17.46
Il est rassasié	5	7.93
Insuffisance de lait	4	6.31
Ne sait pas	2	3.2
Total	63	100.0

Une autre raison semble aussi importante. Il y a un stigma chez les nigériennes (et connu dans d'autres pays d'Afrique de l'ouest) attaché à la femme qui a du lait sur ses vêtements à cause des seins qui coulent : cette femme dégagerait une odeur nauséabonde, répugnée par la société et qui laisse supposer que la femme est sale ou manque d'hygiène. La plupart des femmes refusent de vider un sein avant d'offrir l'autre pour éviter que l'un ne coule pour laisser dégager des odeurs : elles donnent un peu de chaque sein à chaque tétée. Pour les mères Hausa, le fait que le sein coule c'est un signe que l'enfant a faim, et qu'il faut le mettre au sein.

Les grand-mères de Zongo Bilbizo disent toutes que la femme donne les deux seins « *car en donnant un seul lait, l'enfant va boire du lait chaud et vomir ; donc il ne doit pas prendre assez* ».

*du temps à boire un seul sein, on doit lui changer après quelques minutes* ». Parfois les mères disent que l'enfant lui-même change le sein sans vider l'autre. Mais, parmi les répondantes des Focus groups, une femme à Kanabakaché et une à Zongo Bilbizo disaient que leurs enfants vident le 1<sup>er</sup> sein avant de commencer à boire de l'autre.

Il y a aussi le problème que le sein qui n'est pas tiré devient gros, et douloureux et les femmes font tout pour réduire les douleurs. Ce qu'elles n'ont pas compris c'est que le lait se règle aux besoins de l'enfant, si elles augmentent la fréquence de tétées.

### **3.6.3 Conclusions et Recommandations- vider un sein avant d'offrir l'autre**

On peut avoir des difficultés au début pour adopter cette pratique (écoulement et douleur de l'autre sein), surtout lorsque le bébé est encore très petit et qu'il se rassasie vite (le temps de passer à l'autre sein, le lait sera entrain de couler). Mais, au fur et à mesure de sa croissance, une fois que l'enfant commence à boire plus qu'un sein à chaque tétée, ces problèmes diminueront. Il est souhaitable d'envisager la consultation d'une spécialiste en allaitement qui a beaucoup d'expérience à former les agents à tous les niveaux. La spécialiste peut venir au Niger pour un mois, former un cadre des formateurs parmi les ONG, et les cadres du ministère de la santé. Et cette formation sera suivie par une formation en cascade qui peut être faite de façon graduelle et à l'échelle locale.

## **3.7 COMPORTEMENT 5 : ALLAITER SUR DEMANDE JOUR ET NUIT, AU MOINS 8-12 TETEEES DANS 24 HEURES**

### **3.7.1 La recommandation d'allaiter sur demande jour et nuit, au moins 8-12 tétées dans 24 heures**

La recherche montre que l'enfant règle la quantité et la qualité du lait quand il suce le sein. Les réactions hormonales donnent un message aux seins d'augmenter ou de diminuer la production du lait, selon les demandes de l'enfant. S'il a soif, les seins produisent plus de l'eau ; s'il a besoin de plus de calories, (comme un enfant prématuré, par exemple) les seins produisent un lait plus riche en matières grasses et nutriments. En plus, si l'enfant tète avec une bonne fréquence et une bonne durée, cela retarde le retour de couches de la mère et l'allaitement correct protège la femme d'une prochaine grossesse. Cela protège aussi l'enfant qui a besoin de tout ce qui est procuré par le lait maternel jusqu'à l'âge de deux ans et au delà.

Si, par contre, la fréquence ou la durée des tétées diminue, c'est bien possible que l'enfant ne peut plus obtenir ce qu'il faut comme énergie et autres nutriments. Aussi la mère risque de tomber enceinte très tôt et soumettre l'enfant au risque de malnutrition et s'exposer elle-même au risque d'un accouchement dangereux.

### **3.7.2 L'allaitement sur demande – Connaissance, attitudes et pratiques**

Au Niger, à première vue, il semble que toutes les femmes nourrissent sur demande jour et nuit. Elles donnent le sein à tout moment, elles dorment avec l'enfant au sein ; et elles font toutes sortes de travaux avec le bébé au dos, au bras, et au sein. Le problème avec ce portrait qui semble être l'idéal, c'est que les femmes donnent de l'eau et d'autres liquides pour calmer la soif et comme médicaments pour le faire grossir. Donc on ne peut pas dire que la demande est toujours associée avec le réflexe de donner le sein ; il y a certaines mères qui offrent de l'eau ou du *bauri*, à la place de la tétée, bien avant six mois.

Il y a aussi l'évidence que les mères arrêtent tôt la tétée, pour « continuer à travailler ». Quand on leur a demandé pourquoi elles ne permettent pas à l'enfant de vider un sein avant de l'offrir

l'autre, 68% des 77 répondantes déclaraient le retour au travail comme raison. Cette découverte est renforcée par le fait que la position d'allaitement n'est pas de tout confortable, et sans doute contribue aux tétées raccourcies.

La grande majorité des femmes allaitent sur demande jour et nuit jusqu'à l'âge de six mois, et presque toutes affirment dans le rappels de 24 heures faire téter l'enfant plus que 12 fois par jour. La plupart des mères sont habituées à laisser le sein dans la bouche des enfants toute la nuit.

Les signes qui permettent à la mère de reconnaître que l'enfant veut téter sont nombreux. Pour certaines, l'enfant réclame la tétée en pleurant au réveil ou en s'agitant ; dans ces cas, elles le mettent au sein afin qu'il arrête les pleurs et/ou les agitations. D'autres mères regardent la forme du ventre de l'enfant ; s'il a diminué volume alors elles le mettent au sein. D'autres encore disent qu'elles savent que l'enfant a faim lorsque leurs seins commencent à couler.

La majorité des femmes reconnaissent un enfant rassasié, lorsqu'il abandonne lui-même le sein. Quelques-unes disent que l'enfant commence à jouer ou « *il me regarde en souriant* ».

Après six mois l'allaitement sur demande devient un désastre – beaucoup de femmes reprennent le travail et les petits commerces, et elles ont tendance à donner d'autres liquides très peu nutritifs à l'enfant pour remplir l'estomac et le distraire pour qu'elles puissent faire le travail. (Ces pratiques seront discutées en détail dans le chapitre sur l'alimentation complémentaire.)

### **3.7.3 Conclusions et recommandations- allaitement sur demande**

Selon les rappels de 24 heures, beaucoup de mères donnent de l'eau, d'autres liquides tous les jours de la vie de l'enfant ; une partie commence à l'âge de trois ou quatre mois à donner de la nourriture. D'abord il faut trouver une stratégie pour informer la population, pas seulement les mères, que la production du lait dépend de la demande de l'enfant, et que le fait de donner d'autres choses à boire et à manger a comme résultat la diminution du lait maternel (anxiogène pour les mères). Il faut aussi trouver des femmes qui ont déjà essayé l'allaitement exclusif et leur faire faire des témoignages aux autres mères. Le message clef peut être disséminé par voie de spots radio ou par des sketches populaires.

## **3.8. COMPORTEMENT 6 : PENDANT ET APRES LA MALADIE, ALLAITER PLUS FREQUEMMENT**

### **3.8.1 L'intérêt de l'allaitement pendant et après la maladie**

Les enfants du Niger peuvent avoir une perte de poids quand ils sont atteints d'une maladie, ce qui peut entraîner d'autres maladies, et des chutes de poids. C'est ce qu'on appelle "le cercle vicieux", qui mène à la malnutrition et éventuellement à la mort. C'est très important de continuer à allaiter, mais plus fréquemment que d'habitude, pour que l'enfant puisse regagner sa force et ne pas perdre complètement son appétit. Aussi le lait maternel a des éléments qui protègent l'intestin contre des germes pathogènes et qui aident l'enfant à récupérer plus rapidement.

Après la maladie, c'est également important que l'enfant retrouve les poids qu'il a perdus pendant la maladie et regagne ses stocks en vitamines et minéraux qui peuvent être gravement réduits par la maladie. Donc, il faut augmenter la fréquence des tétées durant au moins deux semaines afin d'augmenter la production de lait et par conséquent, pour augmenter le poids de l'enfant.

### 3.8.2 Pendant et après la maladie, allaiter plus fréquemment – les pratiques, croyances et attitudes

Les enfants de 0-6 mois ne doivent pas avoir la diarrhée, s'ils sont allaités exclusivement ; ils ne seront pas non plus exposés aux germes pathogènes. Aussi l'enfant doit être protégé d'autres maladies par le colostrum et les composants du lait maternel. Mais les enfants de Niger sont souvent malades, même avant l'âge de six mois. Le risque pour l'enfant d'attraper la diarrhée à 3-5 mois, est 2 à 13 fois plus probable dans les populations pauvres, si l'enfant consomme des aliments en dehors du lait maternel entre l'âge de 4 – 6 mois (OMS, 1998 : 39). Quand cette enquête a demandé aux mères si l'enfant a été malade pendant les dernières deux semaines, 30% des mères ont déclaré « oui ».

Quand l'enquêtrice a demandé ce qu'il avait, toutes les maladies évoquées, sauf les maux d'yeux, sont les maladies les plus meurtrières des enfants de moins de cinq ans : les maladies respiratoires aiguës, le paludisme et les fièvres, la diarrhée (voir tableau suivant).

**Tableau 20 : Quelle maladie avait enfant?**

Types de maux dont souffre l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Il avait la diarrhée	6	25
Il toussait	5	20.83
Il avait la fièvre	5	20.83
Il souffrait du paludisme	4	16.67
Il avait mal aux yeux	4	16.67
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Un certain nombre de mères disent qu'elles offrent le sein plus fréquemment pendant la maladie, « pour que l'enfant n'oublie pas l'allaitement » quand il est malade et n'a pas envie de téter. Donc, quand la mère l'allait plus fréquemment, ce n'est pas pour remonter le lait, mais plutôt pour que l'enfant n'oublie pas le sein. Tout le monde connaît des cas tristes où l'enfant ou bien la mère était malade et malheureusement, l'enfant a abandonné le sein ; la mère n'a pas osé le ré-allaiter parce qu'elle considérait que le lait maternel est devenu « chaud » et elle s'est ainsi sentie obligée de sevrer l'enfant.

A Kanabakaché les mères donnent d'autres aliments aux enfants de 3-6 mois quand ils sont malades. Elles citent les œufs, biscuits, tourteaux d'arachide, pour que les enfants ne perdent pas de poids. Ce sont, selon elles, les recommandations de l'agent de santé. Mais selon la recherche, donner les aliments avant six mois peut empêcher les composants du lait maternel de protéger l'enfant.

### 3.8.3 Conclusions et recommandations

Le message pour ce comportement est simple : Allaiter plus fréquemment pendant et après la maladie. On peut tester le reste du message : peut-être il faut ajouter, « pour que l'enfant regagne ses poids » ou « pour que l'enfant regagne sa force » ou peut-être « pour que l'enfant n'oublie pas le sein ». Pour les enfants de plus de six mois, on verra que la récupération est beaucoup plus précaire, mais pour les enfants âgés de 0-6 mois, il faut tout simplement passer le message qu'il faut allaiter plus fréquemment pendant et après la maladie.

### **3.9. COMPORTEMENT 7 : DONNER A LA MERE AUSSITOT QUE POSSIBLE APRES L'ACCOUCHEMENT, UNE DOSE ELEVEE DE LA VITAMINE A.**

#### **3.9.1 La recommandation – dose élevée de la vitamine A à la mère**

Dans les pays Sahéliens, les femmes n'ont souvent pas grand stock en vitamine A. Si la mère n'a pas de bons stocks, son bébé n'aura pas grands stocks non plus. S'il tombe malade ses stocks deviennent épuisés et il risque d'avoir des carences en vitamine A. Le premier symptôme, c'est la cécité crépusculaire, suivie par les tâches bitaux, et à la fin l'enfant peut mourir s'il n'y a pas d'intervention. Or, quand l'enfant a suffisamment de vitamine A, il aura moins de cas de diarrhée et d'infections respiratoires. Et même s'il a des infections (lorsqu'il a déjà de la vitamine A), il aura plus de chance de ne pas mourir de cette maladie. C'est pour cette raison qu'il y a la recommandation de donner une dose élevée en vitamine A à la mère juste après la naissance et continuer à donner à l'enfant une dose élevée tous les six mois après, jusqu'à l'âge de cinq ans.

Quand HKI a introduit la vitamine A dans les années 1980, dans le village de Guidan Ider<sup>18</sup> (Tahoua), une équipe de sensibilisation était passée dans ce village. Cette équipe avait expliqué aux matrones la nécessité de donner de la vitamine A aux femmes dès l'accouchement. Dans l'application, certaines matrones ont combiné cette recommandation avec l'idée locale de donner un médicament contre Kai-kai à la mère. Ainsi elles ont passé le message suivant : « *Mère, prenez cette dose de vitamine A juste après l'accouchement. Une fois que vous avez pris ce médicament, cela va guérir le Kai-Kai, car la vitamine va passer dans le lait maternel et le purifier pour l'enfant ; le lait est donc bon* ». Ceci est un exemple de ce que les gens font avec un message- ils incorporent la nouvelle information dans leurs idées traditionnelles, pour convaincre les mères à le suivre. L'avantage dans ce cas, c'était que ces mères étaient favorables à la prise de vitamine A pour assurer la bonne qualité du lait, mais l'inconvénient, c'était que ces mères ne mettaient pas l'enfant à téter avant d'avoir reçu la vitamine A de la matrone.

Quoi faire alors pour le message sur la vitamine A pour la mère? On peut-être ajouter que « Donner le sein même avant de baigner le bébé ; donner la vitamine A les jours suivants, pour une bonne santé de mère et bébé. »

#### **3.9.2 Donner à la mère aussitôt que possible après la naissance, une dose élevée de la vitamine A - connaissances, attitudes et pratiques**

Aucune information n'a été recherchée ni obtenue concernant la prise de vitamine A par les mères.

### **3.10. COMPORTEMENT 8 : NE LAVER PAS LES SEINS AVEC DU SAVON**

#### **3.10.1 L'intérêt de la recommandation – ne pas laver les seins avec du savon**

Les seins sont très sensibles – si on met des substances irritantes sur les mamelons, ils risquent de développer des crevasses qui peuvent être infectés et les seins deviennent très douloureux. Cela peut empêcher la mère à allaiter et peut constituer des blocages pour elle ; la femme aura

---

<sup>18</sup> Keith, N. faisait des recherches dans ce village.

de la fièvre et sera très fébrile. Le sein n'est pas sale et il n'a pas besoin d'être lavé du tout si la femme prend une douche quotidienne.

### **3.10.2 Ne laver pas les seins avec du savon - connaissances, attitudes et pratiques**

Partout dans notre recherche les femmes affirment que les agents de santé à tous les niveaux, recommandaient, par le passé, aux femmes de laver les seins avec du savon avant la mise au sein. Parmi les 45 mères qui affirment avoir mis l'enfant au sein après plus d'une heure, 6 ou 15% expliquent ce retard par le fait qu'elles n'avaient pas de savon « *pour me laver le sein* ». C'est dommage, parce que retarder l'allaitement à cause manque de savon n'est pas du tout nécessaire.

### **3.10.3 Conclusions et recommandations- ne laver pas les seins avec du savon**

Voici un exemple de comportement qui semble être logique, et c'est apparemment passé comme message par les agents de santé. C'est quelque chose qui peut être incorporée dans une formation des agents de santé. On peut peut-être faire un petit spot radio.

## **3.11. COMPORTEMENT 9 : BON ATTACHEMENT ET BON POSITIONNEMENT (LES DEUX PREMIERES SEMAINES)**

### ***3.11.1 L'avantage d'un bon attachement et d'un bon positionnement***

Un bon attachement au sein assure que la mère n'aura pas des mamelons douloureux, et que l'enfant reçoit la quantité maximum de lait avec un travail efficace de la bouche et de la langue. Le bébé devrait être proche de la mère, face au sein avec l'oreille, l'épaule et la hanche du bébé en ligne droite. La bouche du bébé doit être grande ouverte avant d'attacher le mamelon et de mettre autant que possible l'aréole dans la bouche. Si le bébé est bien attaché, les lèvres sont déroulées vers l'extérieur et la langue est au-dessus de la gencive inférieure. Les signes montrant que le bébé est en train de se nourrir correctement sont les suivants : mouvement visible de la mâchoire pour extraire le lait, succion rythmée avec son audible quand il avale. Ses joues ne doivent pas être enfoncées (aspirées). Le dos de la mère doit être reposé ou adossé sur quelque chose ; un coussin entre ses genoux et l'enfant peut l'aider à allaiter confortablement. Ce qui est important, c'est de mettre la mère à l'aise pour qu'elle puisse laisser l'enfant téter aussi longtemps qu'il le souhaite. C'est la demande de l'enfant qui fait fonctionner les seins et la production du lait.

### ***3.11.2 Bon attachement et bon positionnement - connaissances, attitudes et pratiques***

Pratiquement toutes les femmes mettent l'enfant éloigné du sein, sur les genoux ; elles prennent à la main gauche, la nuque de l'enfant, et avec la main droite, elles prennent le sein gauche et l'amène à la bouche de l'enfant. Puis elles pressent le sein pour envoyer du lait dans la bouche du bébé. Cette position présente les inconvénients suivants :

- le dos de la mère se fatigue rapidement, et
- c'est la mère qui contrôle la consommation de lait, et non l'enfant. Si la mère n'est pas confortable, il y a plus de chance qu'elle arrête tôt la tétée.

Les mères et les grand-mères disent toutes que c'est la tradition qu'elles ont reçue de leurs aïeules, et que cela marche bien.

### ***3.11.3 Conclusions et recommandations - un bon attachement et positionnement***

Le bon attachement et le bon positionnement font partie des TDR de la consultation d'une spécialiste en allaitement (voir comportement 4). Cette information doit faire partie de toute formation, module, démonstration, surtout pour tous les agents de santé, mais aussi pour les grand-mères, les femmes âgées, et tous les agents villageois ou communautaires. Selon les experts, ce n'est pas quelque chose à mentionner avec le couple mère/enfant après l'âge d'un mois, sauf en cas de manque de croissance. Une fois que la mère et l'enfant se sont établis, cela ne vaut pas la peine de changer.

## **CHAPITRE 4 : L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ET LE SEVRAGE**

### **4.1 ANALYSE DES NUTRIMENTS NECESSAIRES A LA CROISSANCE ET A LA CONSTITUTION DE RESERVES : L'IMPORTANCE DES MICRONUTRIMENTS**

#### **4.1.1 Introduction**

##### **L'alimentation et l'état nutritionnel** <sup>19</sup>

La population Hausa de la Région de Maradi a un régime alimentaire à base de mil ; si une personne ou une famille n'a pas mangé la pâte de mil pendant la journée, elle peut dire qu'elle n'a pas « mangé ». Heureusement que le mil contient des protéines végétales ; cette population reçoit plus de protéine que les sociétés qui consomment un régime de manioc, banane, ou maïs.

L'énergie et la protéine sont absolument essentielles à la croissance et au maintien de la bonne santé. La consommation de l'énergie est mesurée en kilocalories (Kcals), et en général, une personne qui consomme assez de Kcals, remplit une grande partie des ces autres besoins. Donc, le nombre de kilocalories permet de faire une estimation pour savoir si le régime est adéquat.

Mais la science a montré que pour avoir une bonne santé l'être humain doit manger un régime bien et varié avec beaucoup de légumes et fruits, des produits animaux ou légumineux, de l'huile, et en plus des céréales. La personne qui mange assez de calories, mais pas de variété peut manquer beaucoup de micronutriments. Et on commence à comprendre que chaque nutriment dépend de la présence de l'autre pour bien optimiser ses performances. Le manque de variété dans le régime quotidien de la famille typique nigérienne, entraîne des carences en vitamines, minéraux et autres nutriments, surtout chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants. Les maladies aussi augmentent les besoins en vitamines. Bref, la malnutrition entraîne un taux très élevé de morbidité et mortalité, et retard même dans le développement du pays. Un régime alimentaire monotone, basé essentiellement sur les céréales, est maintenant pensé comme étant une des causes du manque d'appétit qui aggrave la situation de la malnutrition.

##### **Le Fer**

La quantité de fer qu'on absorbe de la nourriture dépend de la quantité de fer qui se trouve dans l'aliment, si c'est du fer provient du poisson ou de la viande, ou si c'est du fer provenant de végétaux, de lait ou d'œuf, mais aussi de ce qui est consommé en une fois ou lors d'un même repas. Les aliments qui ont une haute quantité de fer et qui sont facilement absorbés par l'être humain, sont le foie, d'autres organes, la viande rouge, la chair (plus foncée en couleur) des oiseaux. Les sources qui ont une haute teneur en fer, mais qui sont moins absorbables sont les jaunes d'œuf, les légumineux, et les feuilles vertes. Si on n'a que les sources végétales du fer, il

---

<sup>19</sup> OMS, 1998 : 76

faut consommer au même repas, des aliments riches en vitamine C (orange et d'autres agrumes, mangue, goyave, papaye, et ananas) pour améliorer l'absorption.

La carence en fer est un problème au Niger pour les filles, les femmes et les enfants. Une grande proportion des familles en milieu rural, ne peut pas manger de la viande (or poisson) sauf les jours de fête, ou peut-être une fois par mois. Comme alternative, les pauvres peuvent manger des aliments légumineux (arachides, aya, niébé et autres haricots secs) mais il faut aussi manger au même repas, un des aliments riches en vitamine C pour aider à l'absorption du fer.

Il y a aussi maintenant l'évidence que certaines pratiques au moment de l'accouchement, peuvent améliorer les stocks en fer de l'enfant : par exemple, les enfants dont le cordon ombilical a été sectionné immédiatement après l'accouchement reçoivent moins de fer de la mère que ceux pour qui le cordon n'a pas été coupé tôt ; ces derniers reçoivent à travers le cordon ombilical, une importante quantité de fer venant de la mère (Lancet, 2006).

Dans quelques sociétés, les populations prennent du thé ou du café au même repas que les aliments riches en fer, ce qui diminue ou annihile aussi l'absorption du fer. Mais pour les Hausas, boire du café ou thé au même repas n'est pas un pratique très connu, surtout chez les femmes et enfants, donc ce n'est pas un problème.

### **Le Zinc<sup>20</sup>**

Le risque de la carence en zinc est un problème de presque 50% de la population du monde, surtout dans les pays qui ont un régime alimentaire à base de végétaux ou de céréales, telles que le mil. Les carences peuvent être dues au régime qui contient très peu de zinc, ou elle est peut-être due au fait que ce qui est consommé, n'est pas résorbable chez les êtres humains. Les carences en zinc ont une incidence sur la durée de la grossesse, la croissance du fœtus, le travail lors de l'accouchement, la fréquence des morts nés et des malformations, le retard de la croissance de l'enfant, un taux plus élevé de la morbidité pendant la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, une immunité diminuée, et ont comme conséquences, les taux élevés de la morbidité et mortalité due aux maladies, un développement anormal neurologique. Les populations cibles sont les femmes enceintes, les femmes allaitantes, et les enfants, qui ont tous des besoins élevés en zinc. Jusqu'à présent, les interventions ne sont pas encore développées et on est en train de chercher les techniques pour mesurer le statu individuel.

Les meilleures sources de zinc sont les produits animaux, les organes et chair des mammifères, des poissons, des oiseaux, et des crustacées. Les œufs et le lait en ont un peu moins. Le zinc se trouve aussi dans les légumineux et les céréales, mais l'absorption du zinc est réduite par les phytates qui existent dans les céréales, comme le mil, et dans les légumineux. Cette absorption est améliorée par la fermentation des céréales ou des légumineux, comme lorsqu'on utilise la levure dans le pain, et quand les farines et les haricots sont trempés dans l'eau avant de préparer le repas. Donc on peut essayer d'augmenter la consommation du zinc, on peut essayer d'augmenter l'absorption du zinc à travers de la fermentation, ou on peut développer les moyens de donner du zinc comme supplément, ou fortifiant.

### **La Vitamine A**

La vitamine A est un nutriment qui est stocké dans le corps humain, comme chez les animaux, toujours dans le foie. Cela s'explique par le fait que l'animal et l'homme peuvent manger

---

<sup>20</sup> Zinc and Human Health: Results of Recent Trials and Implications for Program Interventions and Research, Brown, K. H., and Wuehler, S.E., editors. (2000). Micronutrient Initiative : Ottawa, ON, Canada.

beaucoup de vitamine A quand c'est disponible, et en stocker l'excès dans le foie ; c'est alors du foie que le corps tire à fur et à mesure sa vitamine, selon ses besoins. Si l'animal ou l'être humain tombe malade, ou tombe enceinte, cela augmente les besoins en vitamine A et le corps commence à tirer de ses stocks. Un enfant qui a très peu de stocks en vitamine A, lorsqu'il tombe malade de paludisme, la rougeole, ou de la diarrhée, par exemple, peut épuiser tous ses réserves et basculer dans la carence en vitamine A.

La vitamine A se trouve sous deux formes : les formes végétales, qui sont « pré vitamine A » et les formes animales, qui se trouvent dans le foie des animaux qui ont déjà mangé des matières végétales riches en vitamine A, l'ont converti en forme animale et l'ont stocké dans leur foie. Les meilleures sources de la Vitamine A pour les êtres humains, sont les sources animales. Le foie donne la vitamine A, six fois plus efficace que les formes végétales, parce que c'est déjà sous forme très absorbable et consommable par les êtres humains. D'autres sources animales sont les jaunes d'œufs (si le jaune est bien jaune), la crème du lait animal (si le lait n'est pas écrémé), et les petits poissons entiers ou on consomme le poisson entière sèche, y inclus le foie et d'autres organes. Cela ne veut pas dire de ne pas manger les sources légumes - il reste très important de manger aussi de sources végétales, quand elles sont disponibles, pour stocker dans le foie autant de vitamine A que possible.

Les sources végétales les plus riches en vitamine A au Niger sont les suivantes :

- 1) les légumes et fruits jaune/rouge : la courge bien jaune (*cubéwa*), les mangues, l'ananas, papayes, oranges, poivrons rouges (piment) et les carottes, et
- 2) les légumes verts : poivrons verts, feuilles vertes fraîches (pas la laitue, ni le chou vert, ni les feuilles séchées). Les tomates donnent très peu, surtout séchées, le piment ne peut pas être mangé en quantité suffisante, et la patate douce telle qu'elle se trouve au Niger, est le plus souvent très blanche, et contient très peu de vitamine A.

La recherche a démontré que les enfants qui sont atteints d'une carence en vitamine A ont un taux plus élevé de morbidité. En plus, ces enfants atteints d'une maladie, telle que la diarrhée ou la rougeole, ont une chance très diminuée de mort s'ils ont un bon stock en vitamine A dans leur foie.

Dans les années quatre vingt, une étude était conduite au Niger par AED, dans laquelle les chercheurs ont pesé les foies d'animaux disponibles dans tous les marchés de l'échantillon de villages. Un rappel de 24 heures avec mesure des quantité consommées par les enquêtées, permettait de calculer tous les besoins en nutriments des femmes et enfants dans ces mêmes communautés. La conclusion était que les villages faciles d'accès, avec un marché, jardins maraîchères, un dispensaire, et dotés d'autres infrastructures, peuvent fournir au moins la moitié des besoins de toutes les femmes et des enfants de cette communauté. Mais les villages isolés, sans marché et pas sur la route, n'égorgeaient pas assez d'animaux par semaine, ni ne disposaient de suffisamment de légumes et de fruits pour fournir plus qu'un quart des besoins de ces groupes cibles. Donc dans ces villages enclavés la capsule de vitamine A est indispensable à survie de l'enfant et la santé de la population. En même temps, on peut considérer une intervention qui implique les bouchers, les leaders, et les hommes ; il s'agit d'acheter une brochette de foie par semaine pour la femme et ses petits enfants.

Le premier signe de la carence en vitamine A, c'est la cécité crépusculaire, aussi bien chez les êtres humains que chez les animaux. N'importe quelle femme ou homme au Niger peut témoigner que les femmes enceintes ont tendance à la cécité crépusculaire. Malheureusement c'est souvent vu comme un état « normal à la grossesse ». Les éleveurs du Niger remarquent la

cécité crépusculaire surtout chez les vaches enceintes pendant la saison sèche, et ils peuvent expliquer la maladie par la non ou faible consommation de feuilles fraîches, ou bien par le fait de « ne pas manger bien ».

Notre recherche montre que certaines les filles de 10-15 ans savent ce qu'est la cécité crépusculaire et 15% d'entre elles ont affirmé en avoir souffert pendant la dernière année.

L'autre signe qu'on remarque, en cas de carence en vitamine A, ce sont les tâches Bitôt qui sont des tâches blanches et sèches sur les yeux. Si l'enfant n'est pas traité toute de suite, il peut perdre un œil, ou il peut mourir à cause des effets de la carence en vitamine A, et dans un intervalle de temps relativement court. La solution est simple ; c'est de manger du foie. Et pour l'éviter, il faut manger un régime bien équilibré, avec assez de sources animales et sources végétales. Mais dans les pays Sahéliens, où on passe jusqu'à sept mois sans pluie, et les populations sont extrêmement pauvres, ce n'est pas aussi simple. Ils ne peuvent pas manger assez pour stocker la vitamine A pour couvrir leurs besoins pendant la saison sèche. Souvent les gens disent qu'ils mangent beaucoup de feuilles vertes toute l'année, mais presque 100% des ces feuilles sont séchées en plein soleil, ce qui détruit plus que 80% de la vitamine A<sup>21</sup>.

### **L'iode**

La carence en iode est aussi un problème au Niger, est il est recommandé d'utiliser uniquement le sel iodé. Cette étude n'a pas collecté des données sur l'iode ; toutefois, le taux d'utilisation serait de 15% selon « The state of the world's children 2007 ».

#### **4.1.6 Conclusions et recommandations**

La seule solution au Niger c'est un programme en distribution de la vitamine A accessible à toute la population cible, bien intégré avec un plan stratégique en communication qui vise sur une augmentation des aliments dont la source de protéine est animale et/ou végétale, et qui sont riches en vitamine A. Il faut absolument que le gouvernement assure l'accès à la capsule un vitamine A de tous les segments de la population les plus vulnérables, les femmes et les enfants, surtout en milieu rural.

Dans les communautés où il y a assez d'animaux égorgés chaque semaine, on peut recommander que le mari achète l'équivalent d'une brochette de foie par semaine et que la femme et ses petits enfants le partagent. Même cette petite portion est faite pour remplir au moins la moitié des besoins de la mère et de ses jeunes enfants.

En ce qui concerne les mangues, on peut recommander que les populations en mangent autant que possible pendant la saison de production mangues (période de disponibilité). Un message peut aussi être adressé aux hommes et chefs de ménages, leur conseillant de garder une grande quantité de courge pour la famille et d'assurer que chaque membre de la famille en mange une grande portion quotidiennement quand c'est disponible.

En ce qui concerne les autres micronutriments c'est aussi clair que si le régime alimentaire quotidien ne peut pas fournir tout ce qui est recommandé, il faut trouver les moyens de les fournir à travers des suppléments nutritionnels.

---

<sup>21</sup> La remarque est la même pour les fourrages cueillis verts mais qui sont par la suite séchés en plein soleil pendant des mois ; résultat : les animaux ne bénéficient pas de la vitamine A provenant des végétaux, sauf dans la saison de pluies.

## 4.2 COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES RECOMMANDES POUR AMELIORER LA NUTRITION DES ENFANTS ALLAITES AGES DE 6 A 24 MOIS

- Continuer l'allaitement fréquent sur demande (au moins huit fois par 24 heures dont une la nuit) jusqu'à 24 mois et au-delà.
- Introduire les aliments complémentaires aux environs de 6 mois : la nourriture écrasée et semi solide, la bouillie épaisse à base de farines mixtes : mil, sorgho, riz, maïs, légumineux.
- Offrir le sein avant d'offrir la nourriture pour aider à réprimer l'ovulation et espacer les naissances, et ne pas trop remplacer le lait maternel.
- Accroître la quantité des aliments au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en continuant un allaitement fréquent.
- Accroître la fréquence de l'alimentation complémentaire au fur et à mesure que l'enfant grandit, en utilisant une combinaison de repas et de goûters (2-3 pour les 6-8 mois, 3-4 pour les 9-11 mois, et 4-5 pour les 12-24 mois).
- Donner progressivement une nourriture plus consistante et plus variée au fur et à mesure que l'enfant grandit en adaptant le régime alimentaire aux besoins et capacités de l'enfant.
- Diversifier le régime alimentaire de l'enfant en ajoutant des fruits, des légumes, des aliments de base fortifiés et/ou des produits animaux pour améliorer la qualité.
- Pratiquer une alimentation toujours active, mais surtout pendant et après la maladie, et donner plus de nourriture après la maladie. Pratiquer une alimentation fréquente et active.
- Adopter de bonnes mesures d'hygiène et de bonnes pratiques de préparation de la nourriture.

Le qui suit, résume les spécificités recommandées par tranche d'âge.

**Tableau 21 : Alimentation Complémentaire recommandée par tranche d'âge de l'enfant**

	<b>Age 6-8 mois</b>	<b>Age 9-11 mois</b>	<b>Age 12-24 mois</b>
<b>Type de repas et consistance</b>	Introduire la nourriture écrasée/ semi solide : bouillie épaisse à base de farines mixtes : mil, sorgho, riz, maïs, légumineux	Augmenter la consistance.  Donner les aliments en morceaux que l'enfant peut manger lui-même	Introduire le plat familial  Assurer que l'enfant mange assez à chaque repas
<b>Qualité des repas (enrichir et varier)</b>	Enrichir les bouillies : -produits animaux -légumineux (niébé, arachides, haricots), -fruits -beurre/huiles -légumes	Donner des -fruits, -produits animaux -légumes -légumineux beurre/huile	Donner tous les jours des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre
<b>La fréquence des repas</b>	Augmenter au fur et à mesure que l'enfant grandit jusqu'à <b>2-3 repas par jour</b>	<b>3-4 fois par jour</b>	<b>au moins 3 repas et 2 goûters par jour</b>

<b>Pendant et après la maladie</b>	-Pratiquer l'alimentation fréquente et active pendant et après la maladie. -Pendant la maladie, allaiter et donner plus de liquides que d'habitude. -Après la maladie, allaiter et donner plus de nourriture que d'habitude.
------------------------------------	--

### 4.3 INTRODUCTION A L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE

La période entre 6 mois et 24 mois d'âge est une période précaire pour l'enfant nigérien. Il est exposé de plus en plus aux germes pathogènes qui font qu'il peut avoir plusieurs épisodes de diarrhée par an. L'enquête MICS2 (2000 : 56) constate une prévalence très élevée de la diarrhée au Niger car deux semaines avant l'enquête, 2/5 (40%) des enfants avaient eu au moins un épisode de diarrhée.

La période entre 6 et 24 mois d'âge correspond à la période où la mère reprend les travaux domestiques et/ou champêtres, elle reprend son commerce, ses activités professionnelles ou ses activités génératrices de revenus. Toutes ces activités de la mère se font parfois au détriment de l'enfant : la mère n'a pas suffisamment de temps pour préparer des plats spéciaux pour l'enfant, ou même le temps de s'arrêter pour une bonne tétée, à des rythmes fréquents (8 à 12 fois par jour). Dans le meilleur des cas, l'alimentation de l'enfant est confiée, dans des conditions d'hygiène parfois déplorables, à une servante (en ville) ou à une sœur (parenté proche ou éloignée) ou encore à la grand-mère.

Un autre problème auquel sont exposés les enfants de notre échantillon, est la monotonie des repas composés essentiellement de céréales (presque toujours le mil ou sorgho) préparées de plusieurs façons (*fura, kunu, koko, tuwo*) mais sans être enrichis d'autres aliments. Cette situation s'observe même dans certaines familles à l'abri de l'insécurité alimentaire.

Face aux nombreuses causes de la malnutrition au Niger, deux grands problèmes peuvent faire perdurer cette situation chez les enfants de la tranche d'âge 6-24 mois :

- 1) Certains enfants peuvent tomber dans un cercle vicieux de maladie, de perte d'appétit, d'échec à retrouver la courbe de croissance normale après la maladie, de vulnérabilité qui les mène à une autre maladie, qui entraîne une autre perte de poids et perte d'appétit, et ;
- 2) De nombreux enfants qui survivent à cette période et à ce cercle vicieux, sont de petite taille par rapport de leur âge ; la situation est généralement considérée irréversible. Cet état de malnutrition chronique a comme conséquence une diminution des capacités intellectuelles (de l'intelligence), des capacités physiques et pour les filles particulièrement, une exposition à des complications de grossesse et/ou lors d'accouchement (bassin étroit).

Au-delà des discours et croyances recensés auprès de certaines catégories de personnes sur la nutrition, la présente étude a voulu savoir ce qu'une maman donne exactement à manger à son enfant en une journée. Pour cela, les enquêteurs ont utilisé aussi « le Rappel de consommation de 24 heures » comme outil de travail : la mère cite et décrit à l'enquêteur, tout ce qu'elle a donné à manger (tétée, eau, tisane, bouillie, galette, fruit etc.) depuis les dernières 24 heures. Il n'était pas question de mesurer la quantité ni la consistance des aliments, mais de voir les habitudes, les tendances, et les principaux aliments donnés aux enfants. Cet outil a été utilisé aussi pour d'autres cibles (les enfants de 2-5 ans, les filles et les femmes enceintes et allaitantes).

Les résultats de l'investigation sur l'alimentation des enfants de 0 à 24 mois à partir des «Rappels de 24 heures » sont consignés dans le tableau à la page suivante. Pour chaque groupe cible la première ligne « idéal par jour », donne le nombre recommandées par jour de tétées (colonne « tétées ») et de repas par jour (voir colonne de ce titre), pour l'enfant de cet âge.

Pour rappel, il est recommandé que pendant les premiers six mois, l'enfant reçoive 8-12 tétées par 24 heures ; or les enfants de cette tranche d'âge enquêtés en reçoivent en moyenne 12.43. Il est recommandé de ne pas donner de l'eau, liquides, ni nourriture, mais les mères donnent de l'eau plus de 3 fois par jour en moyenne, et offrent rarement le sein avant d'offrir de la nourriture. Le tableau pour cette tranche d'âge montre que certains enfants ont commencé à consommer des céréales, ce qui n'est pas recommandé.

Il est recommandé qu'entre six et vingt-quatre mois, l'enfant reçoive un minimum de huit tétées par vingt quatre heures, dont une la nuit. Le tableau montre que le nombre moyen de tétées par 24 heures chute à 4.42 à l'âge de 6 mois. A l'âge de 24 mois c'est diminuée à 0.

A l'âge de six mois il est aussi recommandé de commencer à donner les céréales enrichies avec une variété d'aliments. Le tableau montre le nombre de fois par jour que l'enfant de chaque tranche d'âge a consommé chaque type d'aliment. Ce chapitre discutera l'alimentation des enfants de chaque tranche d'âge.

Tableau 22 : Nombre de fois des types d'aliments sont consommés par jour et par tranche d'âge selon les rappels de 24 heures

Age en mois	N	Tétées	Eau, tisane, <i>fura bauri</i>	Repas par jour	Céréales	Aliments riches en Protéines :		Huile	Lait écrème	Légumes	Fruits	Aliments Riches en Vitamine A (lait maternel)
						Animal	Plante					
L'idéale par jour		8-12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0-5	51	12.43	3.55		.22							
L'idéale par jour		8		2-3								
6-8	60	4.42	2.07	2.08	3.35	0	.04	.03	.02	.02	0	.03
L'idéale par jour		8		3-4								
9-11	62	4.75	2.75	4.15	4.42	.13	.04	.07	.03	.08	0	.05
L'idéale par jour		8		4-5								
12-23	50	2.33	1.73	5.21	5	.48	.04	.14	.06	.13	0	.05
24-59	45	0.0	1.9	5.57	5.23	.01	.07	.12	.06	.11	0	.08

#### **4.4 COMPORTEMENTS 1-3 (LES TROIS COMPORTEMENTS SERONT DISCUTES ENSEMBLE):**

1. Continuer l'allaitement fréquent sur demande (au moins 8 tétées par vingt quatre heures dont une la nuit) jusqu'à 24 mois et au-delà.
2. Introduire les aliments complémentaires aux environs de 6 mois : la nourriture écrasée et semi solide, bouillie épais de base des farines mixtes : mil, sorgho, riz, maïs, et légumineux.
3. Offrir le sein avant d'offrir la nourriture pour aider à réprimer l'ovulation et espacer les naissances.

##### **4.4.1 L'intérêt de continuer l'allaitement maternel et d'introduire des aliments complémentaires chez des enfants âgés de 6 – 8 mois**

La période de six mois jusqu'à 24 mois et au delà, est la période où l'enfant doit continuer à téter à sa faim, au moins six à huit fois par jour, voire plus si la nourriture ne fournit pas assez de calories et autre nutriments. Donc nous recommandons un minimum de huit fois par jour. De plus, pour aider la mère à espacer les naissances, il faut au moins 6 bonnes tétées par 24 heures ; il ne doit pas y avoir plus de 4 heures d'écart entre tétées pendant la journée, ni plus de 6 heures d'écart entre tétées la nuit. Pour éviter que les aliments ne remplacent l'allaitement, il est recommandé d'offrir le sein chaque fois que l'enfant doit manger, avant de lui offrir la nourriture. Donc, on considère ces trois comportements ensembles.

Pour estimer l'énergie d'autres aliments qu'il faut pour un enfant allaitant, on commence avec la quantité de l'énergie (en calories) fournit par l'allaitement, on le compare avec les besoins en énergie de l'enfant ; et la différence, est ce qui est recommandé d'être fournit en kilocalories par l'alimentation complémentaire (voir le tableau au dessous).

*Tableau 23 : Estimation des Besoins en énergie des enfants 0-24 mois, fournis par l'alimentation complémentaire*

Age en mois	Besoins d'énergie quotidiens (Kcal)	Estimations des Kcals fournit par l'allaitement	Estimation des besoins en Kcals d'aliments complémentaires
0-2	440	440	0
3-5	475	475	0
6 – 8	680	410	270
9 – 11	830	380	450
12 – 24	1090	340	750

Dès la naissance jusqu'à six mois le lait maternel fournit tous les besoins de l'enfant. A six mois le lait maternel ne fournit plus assez de protéine, d'énergie, de fer, de vitamine A, de calcium, et de zinc. Il faut alors commencer à donner d'autres aliments à l'enfant, pour assouvir ses besoins en nutriments. A l'âge de 12 mois, l'enfant a certes la capacité de manger le plat familial, mais le lait maternel reste la meilleure source de plusieurs de nutriments ; et dans un pays pauvre, il est recommandé de continuer à utiliser cette ressource riche et gratuite, jusqu'à 2 ans et même au-delà.

La recommandation de l’OMS est de commencer à introduire vers l’âge de six mois, une bouillie de céréales mixtes avec des rajouts d’autres aliments ou ingrédients riches afin d’en augmenter la densité nutritionnelle. On commence avec quelques cuillérées par jour d’une bouillie épaisse, et on augmente la fréquence jusqu’à 2-3 portions par jour. Il y a plusieurs problèmes qui peuvent se poser à cette étape :

- Quand on introduit d’autres aliments, il y a une réduction spontanée de la consommation du lait maternel par l’enfant, et une réduction en fréquence de tétées. Le remplacement du lait maternel par l’introduction d’autres aliments est moindre quand la fréquence de tétées est maintenue et quand le nombre de repas ne dépasse pas de 2-3 par jour.
- La qualité nutritionnelle des aliments à base des céréales, est beaucoup moins importante que le lait maternel en micronutriments, surtout riboflavine, calcium, et vitamine A, et souvent en énergie. Si les enfants mangent fréquemment des repas de faible densité énergétique, cela fait diminuer le nombre et la durée des tétées (OMS, 1998 : 58), et il ne peut pas manger assez pour remplir ses besoins en énergie (OMS, 1998 : 57). C’est mieux de donner de moins de repas, mais avec une grande densité calorique, que de donner des petits repas toute la journée et faire diminuer la fréquence et la quantité du lait maternel.
- Si le lait maternel est remplacé par d’autres aliments, la stimulation du mamelon diminue à cause d’une réduction en fréquence de tétées, et de la durée totale d’allaitement, la balance hormonale change et les femmes risquent de tomber enceinte très tôt. Les grossesses trop proches ont comme résultat, que la femme ne récupère pas ces stocks nutritionnels et que le nourrisson subit un choc psychologique et physique.
- Trop souvent ce nourrisson est à haut risque de tomber dans un cercle vicieux de la malnutrition, perte de poids, maladie, un échec de récupérer du poids, maladies, et une sévère malnutrition, jusqu’à la mort.

Pour mieux comprendre cette situation, il faut imaginer l’estomac du petit enfant comme un bol de 100 – 150 ml. Si on remplit ce petit bol deux fois par jour et assure en même temps, assez d’énergie, protéine, fer, zinc, calcium, et vitamine A, il faut que ce bol soit dense de point de vue nutriments. Si on n’ajoute rien à une simple bouillie de mil, il faut 10 bols par jour pour remplir une partie des besoins d’un enfant qui tète avec une fréquence adéquate (6 – 12 fois par jour), ce qui est pratiquement impossible. Donc, il vaut mieux enrichir les deux bols avec des rajouts qui assurent les besoins de l’enfant, sans entraver l’allaitement maternel.

#### **4.4.2 Les connaissances, pratiques, et attitudes – de la continuation de l’allaitement et l’introduction des aliments complémentaires**

Les enfants de 0 – 6 mois (voir Tableau 22) dans cette recherche tètent 12 fois par jour en moyenne, avec certaines exceptions. Mais à l’âge de six mois, il y a une forte chute en nombre de tétées par jour, en moyenne jusqu’à 4.42 selon les rappels de 24 heures. En même temps, il y a une forte augmentation en nombre de fois qu’une céréale est consommées par l’enfant, au dessus de ce qui est recommandé par l’OMS, et sans une augmentation des nutriments exigés pour la croissance de l’enfant. En plus les mères

donnent de l'eau plusieurs fois par jour depuis la naissance et actuellement elles continuent à le faire, mais donnent aussi des bouillies à base de mil.

En bref, une grande partie des mères commencent à donner allègrement des céréales très diluées d'eau, mais sans être enrichies des rajouts nutritifs. Il y a beaucoup de femmes, en fait, qui à longueur de journée, ne donnent rien que du *fura* sans lait (ou *kunu*) mais dilué avec beaucoup d'eau ; ceci leur permet de continuer à travailler et à faire leurs petits commerces. L'analyse des rappels de vingt quatre heures montre que cela ne suffit pas pour remplir les besoins nutritionnels de l'enfant, et la malnutrition commence.

C'est aussi en ce moment-là que beaucoup de femmes courent un grand risque de féconder et de tomber enceinte tôt après six mois. C'est pour cette raison qu'il est très important que les femmes donnent toujours le sein avant de donner un autre aliment. Ainsi l'enfant continue à téter fréquemment et intensément, pour prolonger l'effet contraceptif de l'allaitement. Selon la science, si la mère donne plusieurs petits repas faibles en nutriments, la fréquence de tétées et la consommation d'énergie consommée par l'enfant baissent car en réalité la mère ne fait que remplacer le lait maternel avec de l'eau et un peu de mil ; ce qui est susceptible d'entraîner la malnutrition. En plus la mère, qui essaie de juguler les besoins du petit enfant, les besoins du reste de la famille, ses travaux domestiques, et un petit commerce pour gagner un peu d'argent pour acheter de la nourriture, risque de contracter rapidement une grossesse parce que les mamelons ne sont plus assez stimulés pour la protéger de la fécondation.

Dans l'analyse des rappels de 24 heures, nous avons choisi plusieurs rappels typiques qui démontrent que l'alimentation des enfants ciblés par notre enquête, comble peu les besoins nutritionnels de ces enfants ; on constate plutôt des déficits nutritionnels. Parce que nous n'avons pas mesuré la quantité des repas des enfants, nous ne pouvons pas savoir les calories consommées.

Regardons quelques exemples de rappels de vingt quatre heures des enfants à l'âge de six mois :

**Tableau 24 : Les rappels de 24 Heures de trois enfants à l'âge de six mois**

	<b>Enfant A – 6 mois</b>		<b>Enfant B – 6mois</b>		<b>Enfant C – 6 mois</b>	
	<i>Heure</i>	<i>Aliments consommés</i>	<i>Heure</i>	<i>Aliments Consommés</i>	<i>Heure</i>	<i>Aliments Consommés</i>
<b>MATIN</b>	<b>8 h</b>	<i>Koko</i> (mil) marché	<b>8 h</b>	Fura mil/ lait écrémé	<b>6 h</b>	Lait maternel
	<b>9 h</b>	Lait maternel	<b>8 :30</b>	Eau	<b>8 h</b>	Lait maternel
	<b>10 h</b>	Lait maternel	<b>10 h</b>	<i>Koko</i> mil	<b>9 h</b>	<i>Kosai</i> (haricot, huile)
	<b>11 :15</b>	<i>Koko</i> (mil) marché	<b>11 h</b>	Eau	<b>10 h</b>	Lait maternel
					<b>10 :30</b>	<i>Koko</i> (mil, sucre)
					<b>11 h</b>	Biscuits salés
<b>APRES MIDI</b>	<b>12 h</b>	Lait maternel	<b>12 h</b>	Lait maternel		
	<b>14 h</b>	<i>Koko</i> léger	<b>12 h</b>	Fura mil/lait écrémé	<b>16 h</b>	Lait maternel
	<b>15 h</b>	Lait maternel	<b>13 h</b>	Lait maternel	<b>18 h</b>	<i>Koko</i> (mil, sucre)
	<b>18 h</b>	<i>Koko</i> léger	<b>16 h</b>	Fura mil/lait	<b>20 h</b>	Taliya (blé, huile)

				écrémé		
	<b>19 h</b>	Lait maternel	<b>18 h</b>	Sauce tomate, courge		
<b>NUIT</b>	<b>La nuit</b>	2 tétées			<b>22 h</b>	Lait maternel
					<b>1 h</b>	Lait maternel
					<b>3 h</b>	Lait maternel
<b>Total</b>	<b>Tétée</b>	<b>7</b>	<b>Tétée</b>	<b>2</b>	<b>Tétée</b>	<b>7</b>
	<b>Repas</b>	<b>4</b>	<b>Repas</b>	<b>5</b>	<b>Repas</b>	<b>5</b>
<b>Eau/Liquide</b>		<b>4</b>	<b>Eau/liquide</b>	<b>4</b>	<b>Eau/Liquide</b>	<b>2</b>
<b>Kcals exigés</b>		<b>680 dont 410 fournit par le lait maternel</b>	<b>Kcals exigés</b>	<b>680 dont 130 fournit par le lait maternel</b>	<b>Kcals exigés</b>	<b>680 dont 410 fournit par le lait maternel</b>

**L'enfant A** (Tableau 24) continue à téter 2 fois pendant la nuit et 5 fois pendant la journée. Le matin quand la mère est très occupée avec le travail, elle achète le *koko* du marché et en donne à l'enfant deux fois avant midi. L'après-midi, elle prépare elle-même une bouillie légère à la maison, mais sans autre ingrédients que du mil et de l'eau. La recherche n'a pas documenté la consistance des bouillies (*koko*, *kunu*, etc.) mais on constate que les bouillies commercialisées sont souvent beaucoup trop légères (trop liquides et diluées) pour les besoins de l'enfant ; il est recommandé pour cet âge, que la bouillie soit épaisse au point de ne pas couler, qu'elle colle à la cuillère. Lors du calcul des calories dans le rappel de 24 heures, le *koko* et les bouillies légères sont comptés à la fois comme liquide et comme une consommation de mil. La bouillie, quand elle est très liquide remplit l'estomac au lieu de combler les besoins en nutriments de l'enfant.

Au total cet enfant (A) a reçu 7 tétées en 24 heures. La mère lui donne 4 repas par jour au lieu de 2-3 recommandé, et ils ne contiennent rien que de mil et beaucoup d'eau. Si on estime que l'enfant a consommé ce jour-là 410 kilocalories à travers le lait maternel, alors qu'il lui en faut 270 pour combler ses besoins, Quatre repas de *koko* léger ne peuvent pas combler ces besoins en Kcals (énergie), ni en micronutriments, ni en protéines.

L'estomac de l'enfant peut contenir à peu près 150 ml maximum de nourriture parce que son estomac est petit. Pour le *koko*, chaque bol pour cet enfant équivaut à 50 kilocalories, donc les quatre repas de *koko* font seulement 200 kilocalories. Donc il peut lui rester un déficit de 70 Kcals (énergie) et de protéine et des micronutriments.

La mère devrait réduire le nombre de repas à 2-3 au lieu de 4, rendre la bouillie plus épaisse (si épaisse qu'elle reste sur la cuillère). Aussi, la mère doit ajouter au moins deux des éléments suivants à chaque repas de l'enfant afin de lui assurer tous les besoins en énergie, vitamine A et C, zinc, et du fer ; la liste des ingrédients n'est pas exhaustive :

1. (2 portions) ou l'équivalent d'une cuillère à café d'huile, de beurre, ou de pâte d'arachide
2. (2 portions) ou l'équivalent d'une cuillère à soupe de feuilles fraîches écrasées, courge écrasée, ou mangue écrasée
3. (2 portions) un jaune d'œuf, une cuillère de foie écrasé, des haricots écrasés, du poisson écrasé, des tourteaux d'arachide, du lait entier en poudre, ou de la farine d'haricots

**L'enfant B** ne tète que deux fois par jour, ce qui donne peut-être 130 Kilocalories. En plus sa mère lui donne trois repas de *koko* ou de *fura* avec du lait écrémé, et un peu de sauce. En totale sa consommation en énergie des aliments ne peut pas dépasser 250 Kcals sur les 550 dont il a besoin. Heureusement il a consommé un peu de courge jaune et sauce tomate, ce qui fournissait un peu de vitamine A, mais il est déficient en protéine, fer, et zinc. La première chose recommandée ici, c'est de donner le sein (jusqu'à 8 tétées par jour) au lieu de l'eau et du *fura*, puis de donner jusqu'à 3 bols de bouillie enrichis en utilisant la liste des ingrédients ci-dessus, comme pour l'enfant A.

**L'enfant C** a l'avantage de consommer du lait maternel. En plus il reçoit de l'huile deux fois, des haricots une fois et du sucre deux fois. Selon nos estimations, l'enfant a presque couvert ses besoins quotidiens en énergie. Mais tout ce qu'il a pris comme nutriments à partir de ces repas, ce sont des céréales, de l'huile, et des légumineux par le biais du *kosai*. Il serait judicieux de découper le *kosai* et de le mettre dans un des *koko*, d'ajouter d'autres ingrédients aux deux *koko* et au *taliya*. et puis de supprimer le repas de biscuit. Il lui faut aussi des légumes et des fruits. Donc il faut réduire le nombre de repas et les enrichir.

Les rappels de 24 heures du reste des enfants de la tranche d'âge 6-8 mois sont presque identiques à ceux des trois enfants ici présentés. En résumé, un grand nombre d'enfants de 6-8 mois sont privés du lait maternel d'au moins 8 tétées par jour. En plus, ils sont contraints à des repas beaucoup trop fréquents qui contiennent des aliments très peu nutritifs et de grandes quantités d'eau.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer ce comportement ?

Des mères de Kanabakaché ont révélé une idée qui peut expliquer la chute du nombre de tétées à l'âge de six mois : selon elles, à cet âge-là, le lait maternel ne suffit pas à rassasier l'enfant ; c'est pourquoi il faut donner beaucoup d'autres aliments. C'est toujours difficile de savoir comment les messages sont compris par les populations, mais il est fort possible que le message qui recommande d'introduire une alimentation complémentaire au lait maternel à partir de 6 mois, ait confirmé la croyance populaire selon laquelle le lait maternel devient insuffisant. Ainsi, les femmes, encouragées par les agents de santé, diminuent brutalement le nombre de tétées par jour, en faveur des petits repas de bouillie ou de *fura*.

Une autre idée qui est majoritaire dans les conceptions des femmes haussa, est que l'introduction de l'alimentation complémentaire permet d'apprendre à manger à l'enfant, permet de l'habituer au repas familial. Ces femmes ne pensent nullement à la valeur nutritionnelle des aliments complémentaires mais plutôt à l'apprentissage, début de socialisation de l'enfant.

#### **4.4.3 Conclusions et recommandations pour les 6-8 mois**

Bien que les agents de santé aient eu une influence sur le comportement de certaines mères en ce qui concerne l'alimentation complémentaire, il y a la majorité de femmes qui n'enrichissent pas les bouillies offertes à leurs enfants. Elles donnent du *fura* simple même sans lait écrémé, ou du *koko* et d'autres bouillies. Tous ces aliments sont des liquides contenant peu de mil ou céréales et beaucoup d'eau ; ils remplissent le petit estomac de l'enfant. En plus, la grande majorité des enfants ne bénéficient plus de la moitié des tétées par jour ; ces tétées ont été remplacées par des boissons et bouillies très diluées et non nutritives.

S'il faut évaluer les différentes interventions du point de vue faisabilité, nous suggérons que les efforts soient focalisés sur l'amélioration des pratiques de l'allaitement, même pendant la période 6-24 mois. Des recherches antérieures ont montré que si le nombre de tétées par 24 heures diminue, la mère peut les rétablir si elle comprend le bien-fondé de l'action et si elle est supportée par la famille et la communauté. Si la mère mange bien, et si l'enfant est mis au sein beaucoup plus fréquemment, la montée de lait peut s'effectuer dans beaucoup de cas. Cette montée de lait dépendra de la durée du « sevrage » en nombre de jours (temps écoulé entre la fin de l'allaitement et sa reprise) ; moins elle est longue, plus rapidement se fera la montée de lait. En ce qui concerne l'alimentation, nous suggérons quelques petits comportements à recommander. Par exemple :

- Offrir toujours le sein à chaque repas avant d'offrir d'autres aliments.
- Acheter une brochette de foie, ne serait-ce qu'une fois par semaine pour la partager entre les femmes et les jeunes enfants (cela va nécessiter une stratégie avec les bouchers ainsi que les familles).
- Ne pas donner de *fura* aux enfants de moins de trois ans, et surtout pas en remplacement d'un repas. C'est certes une boisson rafraîchissante mais pas un repas pour enfant. Donner des bouillies épaisses, enrichies des produits animaux, légumineux, légumes, l'huile, et fruits.
- Etudier et tester différentes sauces et préparations culinaires et élaborer une stratégie pour améliorer les sauces de la famille.
- Elaborer une stratégie pour une augmentation des légumes dans le régime quotidien des Hausa.
- Elaborer une stratégie pour augmenter la quantité de haricots et de courges prévue pour consommation par la famille.

Elaborer une stratégie qui a comme but la réduction du travail de la mère, et l'augmentation du temps qu'elle dédie à l'alimentation des enfants.

#### **4.5 RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE 9-11 MOIS : (COMPORTEMENTS 4, 5, 6)**

1. Accroître la quantité des aliments au fur et à mesure que l'enfant grandit en tout en continuant un allaitement fréquent.
2. Accroître la fréquence de l'alimentation complémentaire au fur et à mesure que l'enfant grandit, en utilisant une combinaison de repas et de goûters (2-3 à 6-8 mois, 3-4 à 9-11 mois, et 4-5 à 12-24 mois).
3. Donner progressivement une nourriture plus consistante et plus variée au fur et à mesure que l'enfant grandit en adaptant le régime alimentaire aux besoins et capacités de l'enfant.

#### 4.5.1 Les principes de l'alimentation des enfants âgés de 9 à 11 mois

A neuf mois l'enfant est habitué à manger en dehors du lait maternel. En ce moment, il faut s'assurer qu'il reçoit 3-4 repas par jour et une variété d'aliments, pour couvrir ses besoins en différents nutriments. Toutefois, comme à l'âge de six mois, il ne faut pas remplacer les tétées par les aliments de très faible intensité en nutriments. Il reste toujours préférable de donner de moins de repas, mais avec une grande densité calorique et nutritive, que de donner des petites boissons et bouillies toute la journée (pour faire baisser la fréquence et la quantité du lait maternel). Comme avec l'enfant de six mois, la diminution du nombre de tétées par vingt quatre heures à moins de 6, menace la santé de la mère et de l'enfant en augmentant fortement la probabilité d'une nouvelle grossesse.

#### 4.5.2 Nutrition des enfants de 9-11 mois – pratiques, connaissances, attitudes

A neuf mois les rappels de 24 heures montrent d'une part que l'enfant reçoit encore plus de repas par jour (4-5 contre 3-4 recommandés), et d'autre part que la consommation de repas à base de céréales par jour continue de s'accroître (voir Tableau 22). Les tétées par jour restent constantes autour de 4-5 tétées par jour comme pour les enfants de 6-8 mois, au lieu des 6 à 8 tétées recommandées par jour. Certaines mères commencent à cette tranche d'âge, à introduire les légumineux, et des aliments riches en vitamine A, sans doute suite à la recommandation des agents de santé. Là-dessous il y a 3 exemples d'alimentation pour des enfants âgés de neuf mois.

Tableau 25 : Les rappels de 24 Heures de trois enfants à l'âge de neuf mois

	Enfant D – 9 mois		Enfant E- 9 mois		Enfant F – 9 mois	
	Heure	Aliments consommés	Heure	Aliments consommés	Heure	Aliments consommés
<b>MATI N</b>	6 h	Lait maternel	8 h	Koko sucré	6 h	Tétée
	8 h	Kunu mil			7 h	Galette haricot/huile
	9 h	Kunu mil			8 h	Tétée
		Tuwo mais réchauffé			9 h	Tétée
	9 h	Niébé			10 :00	Fura mil
				11 h	Tétée plus eau	
<b>APRES MIDI</b>	12 h	Macaroni, huile, tomate fraîche, viande	12 h	Riz sauce	13 h	Tétée
	16 h	Spaghetti, tomate fraîche, huile			14 h	Tétée
	17 h	Kossam lait caillé sucré			15 h	Fura mil
	20 h	Maïs, feuilles, viande, tomate fraîche, arachides,	17 h	Koko sucré	17 h	Tétée plus eau
	21 h	Lait maternel	20 h	Tuwo sorgho-sauce gombo,	19 h	Tétée plus eau

				huile, tomate		
<b>NUIT</b>	<b>22 h</b>	Lait maternel			<b>20 h</b>	Tétée
					<b>Nuit</b>	Tétée plus eau
						Tétée plus eau
<b>Total</b>	<b>Tétée</b>	<b>3</b>	<b>Tétée</b>	<b>0</b>	<b>Tétée</b>	<b>11</b>
	<b>Repas</b>	<b>8</b>	<b>Repas</b>	<b>4</b>	<b>Repas</b>	<b>3</b>
<b>Eau/Liquide</b>		<b>2</b>	<b>Eau/liquide</b>	<b>2</b>	<b>Eau/Liquide</b>	<b>7</b>
<b>Kcals exigés</b>		<b>830 dont le lait maternel fournit 190</b>	<b>Kcals exigés</b>	<b>830 dont le lait maternel fournit 0</b>	<b>Kcals Exigés</b>	<b>830 dont le lait maternel fournit au moins 380</b>

**L'Enfant D** de neuf mois (Tableau 25) a probablement couvert ses besoins en énergie (Kcals) et, il a mangé des repas beaucoup plus enrichis que les enfants de six mois au dessus. Il a mangé deux portions de légumineux, deux légumes avec une bonne source de vitamine A, et 6 repas de céréales. Mais il a pris seulement 3 tétées au lieu de 6-8. Si sa mère avait maintenu 8 tétées et donné seulement 3-4 repas enrichis, l'enfant aurait mieux mangé du point de vue nutritionnel. Il a plutôt mangé beaucoup de petits repas à base de mil ou d'autres céréales, sans additif, qui ont remplacé les tétées du sein maternel. En plus, la mère lui a donné un lait (de vache) caillé sucré du marché, qui contenait certes des calories, mais qui aussi a remplacé une tétée. Le lait de vache ne doit pas remplacer le lait maternel parce que c'est parfait pour un petit veau, mais pas pour un bébé humain.

**L'Enfant E** est sérieusement privé d'énergie (kilocalories) et de nutriments. Il ne tète plus, donc il est privé de tous les avantages du lait maternel. Sa mère lui a donné deux repas de *koko* auxquels elle a ajouté du sucre parce qu'elle n'avait rien d'autre à ajouter sans doute. Le sucre ajoute quelques calories d'énergie, mais rien d'autre. Nous ne savons pas quelle sauce a accompagné le riz, mais si la famille est pauvre, il est fort possible que la sauce ne contenait qu'un peu d'huile et de concentré de tomate. Le repas de sorgho du soir avait deux légumes et de l'huile. Donc à la fin de la journée cet enfant manquait plus que la moitié de kilocalories qu'il lui fallait pour maintenir son poids et avoir une bonne croissance. Il n'avait pas consommé d'aliments riches en protéine, pas d'aliments riches en fer, zinc, ni en Vitamine A, (la tomate et le gombo en ont très peu), et pas de fruits. Il a mangé 5 repas et tous ces repas étaient des céréales, ce qui ne comble pas les besoins en nutriments pour un enfant qui ne tète plus. Si c'était une journée typique, c'est sûr que cet enfant va devenir malnutri.

**L'Enfant F** continue de profiter des avantages du lait maternel, mais ses repas de mil (*fura*) lui donnent très peu de calories et très peu d'autres nutriments. Le repas constitué de galettes de haricots comprend un légumineux qui peut apporter de la protéine, de fer, du zinc, mais l'absorption de la vitamine A est limitée si l'enfant ne mange pas un peu de fruit jaune en même temps. L'huile d'une galette frite peu ajouter beaucoup d'énergie, peut être même 100 Kcals. Mais cet enfant ne reçoit pas de légumes, de fruits, ni d'aliment riches en vitamine A. Sa mère lui donne trop d'eau y inclus les *fura* et bouillies légères, et pas de repas enrichi.

### **4.5.3 Conclusions et recommandations pour les 9-11 mois**

Pour maintenir la bonne croissance et la bonne santé, et en même temps aider à l'espacement des naissances, il faut continuer 8 tétées par vingt quatre heures pour ces enfants. Il ne faut pas donner du *fura* ; il faut le remplacer avec une bouillie épaisse, enrichie de légumes, légumineux, produits animaux et huiles. Et pour éviter de remplacer le lait maternel, il faut toujours offrir le sein avant de donner à manger. C'est très important pour protéger l'enfant et la mère de ne pas diminuer le nombre de tétées par jour tout en ne dépassant pas plus de 4 heures d'écart entre deux tétées dans la journée ni de plus de 6 heures la nuit. Autrement, il faut utiliser une méthode moderne de contraception.

### **4.6 COMPORTEMENTS RECOMMANDES POUR LES ENFANTS DE 12-24 MOIS : COMPORTEMENTS 7 A 10**

1. Diversifier le régime alimentaire de l'enfant en ajoutant des fruits, des légumes, des aliments de base fortifiés et/ou des produits animaux pour améliorer la qualité.
2. Pratiquer une alimentation active toujours, mais surtout pendant et après la maladie.
3. Pratiquer une alimentation fréquente et active.
4. Adopter de bonnes mesures d'hygiène et de bonnes pratiques de préparation de la nourriture.

#### **4.6.1 L'intérêt d'appliquer les recommandations sur la nutrition des enfants âgés de 12 à 24 mois**

A 12 mois l'enfant est capable de manger ce que mangent les adultes mais il ne peut pas rester en bonne santé avec une bonne croissance s'il faut survivre sur un régime de *fura* sans lait et *tuwo* avec sauce simple. Il lui aussi faut beaucoup de légumes, légumineux, fruits, produits animaux, produits huileux, et les aliments riches en vitamines, fer et zinc. Au moment du sevrage surtout, l'enfant est très vulnérable.

#### **4.6.2 Nutrition des enfants de 12-24 mois – pratiques, connaissances, attitudes – diversification**

A l'âge de 12-24 mois l'enfant mange avec les adultes et il mange ce qu'ils mangent. Le nombre de mangés de céréales augmentent (voir Tableau 22), le nombre de petits repas à base de mil et d'eau augmente ainsi que le nombre de fois que l'enfant mange de l'huile. Mais la consommation d'aliments riches en vitamine A s'arrête, celle des légumes, des fruits et des produits animaux diminuent considérablement (pour ne pas exister dans certaines familles) sauf pendant la période de l'âge de 15 – 18 mois quand l'enfant est nouvellement sevré.

Le nombre moyen de tétées par 24 heures va décroissant, tandis que le nombre de repas par jour et les repas à la base des céréales continuent à augmenter. Il y a presque zéro d'aliments de produits animaux, presque zéro de fruits, mais une augmentation de l'huile. La quantité de légumes reste la même qu'à neuf mois, à seulement un peu plus d'une fois par jour, quand ce qui est recommande est 4. Le nombre de repas riche en vitamine A diminue aussi comme si la mère de l'enfant pensait que ces aliments sont importants seulement pendant la période 6-12 mois, mais pas après.

**Tableau 26: Les rappels de 24 Heures de deux enfants à l'âge de douze mois**

	Enfant G – 12 mois		Enfant H- 12 mois	
	Heure	Aliments consommés	Heure	Aliments consommés
<b>MATIN</b>			7 h	Tétée
	10 h	Fura, lait écrémé	8 h	Beignet d'haricot, huile
			10 :30	Tétée
<b>APRES MIDI</b>	12 h	Tuwo mil plus sauce noir (feuille vertes, niébé)	12 h	Riz, sauce avec courge, Tomate
			15 h	Tétée
	16 h	De l'eau	14 h	Koko de mil
			15 :30	Tétée
			19 :30	Tétée
<b>NUIT</b>	22 h		21 h	Tuwo de sorgho, yodo,
			1 :30	Tétée
<b>MATIN</b>		Fura +lait écrémé	6 h	Tétée
<b>Total</b>	<b>Tétée</b>	<b>0</b>	<b>Tétée</b>	<b>7</b>
	<b>Repas</b>	<b>3</b>	<b>Repas</b>	<b>4</b>
<b>Eau/liquide</b>		<b>3</b>	<b>Eau/liquide</b>	<b>1</b>
<b>Kcals exigés</b>		<b>1090 dont le lait maternel fournit 0</b>	<b>Kcals exigés</b>	<b>1090 dont le lait maternel fournit a 360</b>

L'enfant G du Tableau 26 ci-dessus, ne bénéficie plus du lait maternel. Pourtant, il ne mange pas assez d'autres aliments pour remplir ces besoins, ni en kilocalories, ni en nutriments. Il a reçu peut-être la moitié de Kcals d'énergie dont il faut, il est déficitaire en protéine animale, l'huile, fer, zinc, et les vitamines qui se trouvent dans les légumes et fruits. Si cette journée est bien typique de son régime quotidien, il va basculer dans la malnutrition sévère dans très peu de temps.

L'enfant H maintient ses 7 tétées/24 heures, sans avoir un écart de plus de 4 heures pendant la journée et avec un écart de moins de 6 heures la nuit entre tétées. Le résultat est que : avec 4 repas par jour, il reçoit assez de kilocalories ; et il y a plus de chance que sa mère ne tombe pas enceinte de sitôt. Au lieu de donner du fura sans lait, cette mère donne un beignet de niébé qui donne beaucoup de kilocalories, et du tuwo accompagné de sauce deux fois par jour. Une des ces sauces contient de la courge, qui donne de la vitamine A. Cet enfant, bien qu'il ait reçu assez de calories ce jour là, a besoin encore de légumes, de produits animaux, et de fruits. Il vaut mieux mettre encore de légumes dans la sauce pour l'enfant et ajouter des fruits et peut être de la pâte d'arachide à son goûter, le koko.

**Tableau 27 : Les rappels de 24 Heures de deux enfants à l'âge de 18 et 20 mois**

	Enfant I – 18 mois		Enfant J - 20 mois	
	Heure	Aliments consommés	Heure	Aliments consommés
<b>MATIN</b>	8 h	Galette mil plus huile	8 h	Fura sans lait
			10 h	Fura sans lait
<b>APRES MIDI</b>	13 h	Tuwo riz avec haricots, huile	12 h	Fura sans lait
	19 h	Tuwo mil sauce tomate		

<b>NUIT</b>	<b>2 h</b>	<i>Fura</i> sans lait	20 h	<i>Tuwo</i> mil plus sauce
	<b>5 h</b>	<i>Fura</i> sans lait		
<b>Total</b>	<b>Tétée</b>	<b>0</b>		<b>0</b>
	<b>Repas</b>	<b>5 (donné par le père)</b>		<b>4 il a pris lui même</b>
<b>Eau/liquide</b>				
<b>Kcal exigée</b>		<b>1090 dont 0 est fournit par le lait maternel</b>		<b>1090 dont 0 est fournit par le lait maternel</b>

Ces deux enfants présente le problème de la supervision de l'enfant qui mange. L'enfant **I** a presque couvert ses besoins en kilocalories, mais il lui manque des légumes et des fruits pour les vitamines, et du lait et produits animaux pour la protéine. Dans ce cas c'est le père qui assurait qu'il a mangé, même pendant la nuit, sans doute parce que la mère a un nouveau bébé. Mais dans le cas de l'enfant **J**, il a mangé lui-même, il n'a pas du tout couvert ses besoins ni en kilocalories, ni en nutriments. Il n'a reçu que du *fura* sans lait pendant toute la journée, et sans doute il n'y avait personne qui s'en occupait. C'est clair qu'il faut qu'un adulte supervise l'alimentation de ces enfants, pour s'assurer qu'ils en mangeront assez.

La situation nutritionnelle de ces enfants est difficilement optimale parce que : théoriquement, c'est le père qui paie pour les ingrédients à rajouter ou pour les aliments complémentaires, c'est la mère qui prépare et qui décide de ce qu'elle va utiliser ou rajouter comme ingrédients, et en réalité, c'est souvent elle qui achète ces éléments considérés comme des « extra ». Dans le cas de l'enfant **I**, c'est le père qui s'assure que l'enfant a mangé un peu de tout, et avec une fréquence adéquate.

Comment améliorer la situation nutritionnelle des enfants avec quelque chose de disponible, accessible et correctement utilisable par tout le monde ? On peut peut-être recommander la pâte d'arachide (la région de Maradi est un des bassins arachidiers au Niger). Elle est utilisée comme ingrédient dans le Plumpy'nut (crème alimentaire nutritive enrichie qui aide à la récupération des enfants malnutris et qui est conditionnée en sachets, prêts à l'emploi). Cette crème ou pâte est perçue par les mamans comme un « médicament » pour l'enfant malnutri. La pâte d'arachide peut servir à tartiner les pains, galettes et beignets produits localement, ou même des morceaux de *tuwo* ; elle peut accompagner les feuilles fraîches bouillies en quantité plus importante que celle qui se fait actuellement avec les tourteaux d'arachide. On peut aussi envisager des recettes culinaires rapides et pas chères, à base ou accompagnées de pâte d'arachide. Dans tous les cas, il est impératif de promouvoir des recettes et des aliments en remplacement du *fura* et des bouillies légères ; certes le *fura* est rafraîchissant pour les adultes mais il peut conduire à une malnutrition modérée ou sévère lorsqu'il est consommé abusivement par les enfants, sans autres éléments nutritifs.

Les femmes de Kanabakaché ont suggéré un aliment qui peut être considéré comme stratégie possible : le *loublaye*. C'est un aliment traditionnel à base de haricot. Avec de la farine de haricot tamisé et pétrie plusieurs minutes durant avec des feuilles de Baobab, les femmes forment de petites boules qu'elles font cuire à la vapeur. Après la cuisson, cette purée, est mélangée avec de l'huile (pour les adultes on y ajoute du piment) et consommée; elle contient beaucoup de calories, de protéines, de fer, de zinc, de vitamines ... qui font grossir. C'est un aliment intéressant pour faire augmenter le poids de l'enfant.

#### 4.6.3 Pratiquer une alimentation toujours active mais surtout pendant et après la maladie.

Pour éviter la malnutrition c'est très importante pendant la maladie de continuer à donner à manger quelque chose que l'enfant aime, ou s'il tète encore, d'allaiter plus souvent. Un peu de nourriture aide la récupération plus vite et donne de la force à l'enfant. C'est aussi très important d'aider l'enfant qui ne veut pas manger, d'en prendre un peu, d'une petite quantité, mais plus fréquemment.

Au cours des deux (2) dernières semaines qui ont précédé l'enquête, environ 40% (39,96%) des enfants âgés de 0-24 mois interviewées ont été malades selon leurs mères. Ces nourrissons/enfants ont souffert, pour la plupart de la diarrhée dans 41,66%. Les IRA sont survenues, dans 17,55% des cas et la fièvre avec une fréquence d'apparition moyenne de 15,75% ce qui coïncide avec les principales maladies chroniques de l'enfance relevées, au Niger.

La dernière fois que les enfants des mères interviewées étaient malades, ce sont environ, 76.79% des mères qui ont déclaré que leur enfant a bien reçu un traitement. Par catégorie, les comprimés ont été les plus administrés, selon 32% des mères d'enfants de 6-24 mois. Le traitement médical ne s'est soldé que dans près de 27% des cas contre 22% qui ont fait recours aux pharmaciens ambulants et/ou à la pharmacopée traditionnelle. Au total, 79% des mères ont affirmé avoir cherché des conseils au cours de l'épisode de maladie de leur enfant survenu les deux dernières semaines qui ont précédés l'enquête.

Une rubrique s'est intéressée à l'alimentation des enfants à cette période et ce qui a changé pendant la maladie (voir tableau suivant).

**Tableau 28 : Changements intervenus dans l'alimentation des enfants malades les deux dernières semaines précédant l'enquête**

Catégories de réponse	Effectifs et pourcentages par groupe cible					
	Mères 6-8		Mères 9-11		Mères 12-24	
	N	%	N	%	N	%
Aucun	3	13.63%	6	12.24%	7	18.43
Tétées plus fréquentes	8	36.36%	6	12.24%	3	7.89
Elle a donné de l'eau ou autres liquides	7	31.81%	2	4.08%	6	15.79
Il ne mangeait pas	3	13.63%	11	22.44%	3	7.89
Il refuse de manger	1	4.54%	23	46.93%	19	50
Il ne voulait pas manger	0	0	0	0	1	2.04%

Beaucoup parmi les mères d'enfants âgés 6-8 mois ont déclarés avoir allaité plus fréquemment (8 mères), et beaucoup ont donné plus d'autres liquides (7 mères). Mais parmi les enfants âgés de 9-11 mois, une grande partie refuse de manger ou ne mangeaient pas (20 enfants), ce qui peut entraîner une perte de poids, et d'autres maladies. Comme on a dit pour les enfants de 0-6 mois, les mères allaitent plus fréquemment pour que l'enfant n'oublie pas le sein, mais une fois que l'enfant est un peu plus âgé (9-22 mois), elles ne font plus cet effort.

#### **4.6.4 Pratiquer une alimentation fréquente et active.**

Les mères de ces enfants donnent à manger trop fréquemment, en remplacement des tétées avec des boissons de *fura* et du *koko*. Sans faire des observations de maison c'est difficile d'évaluer comment la mère aide l'enfant à manger. Mais il est probable que le choix de *fura* et du *koko* sont fait en partie parce que ces deux boissons sont plus facile a donner que la nourriture plus solide, et plus vite que d'allaiter.

#### **4.6.5 Adopter de bonnes mesures d'hygiène et de bonnes pratiques de préparation de la nourriture.**

Voir le chapitre sur l'hygiène.

### **4.7 LES ATTITUDES, CROYANCES, CONNAISSANCES ET AUTRES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 6 – 24 MOIS**

Il y a plusieurs facteurs comportementaux qui peuvent jouer sur l'alimentation de l'enfant en dehors de la question de la disponibilité des aliments, pêle-mêle on peut citer :

- 1) la charge de travail et les contraintes de temps,
- 2) les activités génératrices des femmes,
- 3) le contrôle de ressources et l'allocation entre membres de la famille (ou dans la maison),
- 4) le choix et la compétence de cette personne qui remplace le rôle de la mère dans l'alimentation de l'enfant,
- 5) l'éducation, les croyances, et connaissances de la personne qui garde l'enfant (« caregiver » en anglais),
- 6) le statut nutritionnel et de la santé de la personne chargée de la surveillance de l'enfant (« caregiver » en anglais),
- 7) la santé mentale, le stress ou la confiance en cette personne (« caregiver » en anglais),
- 8) le soutien sociale et les influences de la famille et de la communauté, et 9) la culture et les traditions elles mêmes.

#### **4.7.1 L'âge d'introduction de la nourriture complémentaire au lait maternel**

Certaines mères dans les sites isolés, ont dit dans les Focus groups qu'elles commencent à donner du *fura* et de la bouillie à l'âge de trois ou quatre mois. Dans quelques communautés (Guidan Salifou, par exemple) la tradition fait une distinction entre les filles et les garçons : pour les filles il faut commencer à donner à manger à partir du quatrième mois, et pour les garçons bien avant, à partir du troisième mois. Bien que les mères disent que les agents de santé leurs conseillent d'ajouter des œufs, tourteaux, niébé, et de la viande, très peu d'enfants en bénéficient, ou bien ils n'en reçoivent pas très souvent.

Dans les villes et les villages dotés de CSI, certaines mères, ont dit qu'elles commencent à donner à manger à six mois ou même sept mois (Kanabakaché). C'est dans les villes et les villages avec CSI que les mères ont plus tendance à appliquer les recommandations d'ajouter des ingrédients nutritifs dans la bouillie pour enfant. Ces mères expliquent qu'à six mois ou sept, elles commencent à donner de la bouillie à base de farine mixte de mil, de la mais, et des haricots ; ingrédients recommandés par les agents de santé. Elles

préparent la bouillie avec de l'eau bouillante ; la servent dans un bol affrété à l'enfant, puis le font consommer à l'aide d'une cuillère.

#### **4.7.2 Le bol à part, propre à l'enfant**

Le bol à part est souvent recommandé pour que la mère ou la personne qui donne à manger puisse s'assurer de la quantité et de la qualité qui est consommée par l'enfant. Quand on a demandé si l'enfant avait son propre bol, les réponses étaient les suivantes :

*Tableau 29 : Le nombre d'enfants âgés 6-24 mois, ayant leur propre bol*

<b>Tranche d'âge de l'enfant</b>	<b>Pourcentage ayant leur propre bol</b>
6-8 mois	38%
9-11 mois	51%
6-24 mois	75%

Dans cette culture c'est la socialisation qui compte, et il est souvent considéré impoli de manger tout seule- l'idéale est de manger en groupe, en famille, et de partager tout. Mais les réponses à cette question suggèrent que le plus l'enfant grandit, plus il a son propre bol à lui.

#### **4.7.3 Le tact de la mère à détecter la faim de l'enfant**

Nous voulions savoir les facteurs ou les observations qui incitent la mère selon elle, à donner à manger ou à augmenter la quantité de nourriture que l'enfant mange. Pour les très jeunes enfants selon des mères, ils se rapprochent de ceux qui mangent même s'ils étaient entrain de jouer ; ils ouvrent la bouche et font des gestes envers la nourriture. Ce sont autant de signes qui montrent que les enfants sont intéressés par la nourriture ou qu'ils ont faim. C'est en ce moment que la mère commence à lui donner en petites quantités. Et si l'enfant apprécie le plat, il ne lâchera pas la mère. Ainsi, petit à petit, l'enfant s'habitue à l'aliment ou aux aliments complémentaires (s).

D'autres mères interrogées savent que l'enfant a faim, parce qu'il commence à pleurer. Elles donnent à manger afin qu'il cesse de pleurer. Nous avons demandé comment les mères savent que la quantité de nourriture ne suffit pas. Elles ont expliqué que l'enfant qui mange, finit son plat et ouvre sa bouche ou bien il commence à pleurer : c'est le signe qu'il faut augmenter la quantité qu'il avait l'habitude de manger.

On a aussi demandé si les mères peuvent savoir quand la qualité de la nourriture ne correspond pas et à quel moment il faut l'améliorer ? Pour la plupart, l'un des signes extérieurs de la carence de qualité nutritionnelle chez l'enfant est l'amaigrissement selon les mères ; alors, elles essaient de rajouter quelques ingrédients recommandés par l'agent de santé, à la bouillie de l'enfant.

#### **4.7.4 Sauce, repas et goûters : conceptions et perceptions**

En dehors de la salade, la plupart des ménages ne conçoivent pas qu'on puisse manger des légumes hors de la sauce qui accompagne les principaux plats de céréales. Or la présence

de légumes est si rare dans la sauce que la quantité consommée par individu est très faible ou même inexistante parfois.

Un autre problème se pose : dans l'entendement de certains ménages, il est quasi inadmissible de faire certaines associations d'ingrédients dans la préparation des sauces. Par exemple, si c'est une sauce à base de feuilles, on ne devrait pas y ajouter de la courge ou du niébé ; si c'est la sauce tomate, on peut mettre les courges et les légumes ; et si la sauce est de *yodo*, on n'utilise pas de l'huile. Ces conceptions culinaires pour adultes sont aussi valables lorsqu'il s'agit de confection de plats spéciaux pour les enfants surtout lorsqu'il faut payer ces ingrédients destinés à l'amélioration de la nutrition.

L'on constate également que manger un fruit est considéré comme un goûter et donc un « luxe » lorsqu'il s'agit d'en acheter. C'est pourquoi très tôt, la mère essaie d'habituer l'enfant au principe de ne manger que ce qui est disponible dans la famille. L'enfant doit s'adapter aux habitudes alimentaires de la famille. Si la mère souhaite appliquer les recommandations pour améliorer sa nutrition ainsi que celle de ces enfants, dans la plupart des cas, c'est elle-même qui est chargée de trouver les aliments et ingrédients nécessaires (quand le mari ou chef de ménage n'en a pas fourni) ; ce qui l'oblige alors à redoubler d'effort et de travail.

#### **4.7.5 Charge de travail de la femme et les contraintes de temps**

Un facteur qui figure dans l'allaitement correct, c'est la charge de travail des femmes nigériennes. Le tableau suivant montre la journée d'une mère d'enfant de sept mois. Selon ce tableau, l'enfant tète toujours 5 fois pendant la journée et il tète sur demande pendant la nuit. Cette femme commence la journée à 5 heures 30 par la prière et elle prend un repos de deux heures l'après midi. Elle continue à travailler jusqu'à 21 heures avant de se coucher.

Quand on regarde la journée de travail de la mère (dans le tableau qui suit), c'est clair qu'il est difficile pour elle de trouver du temps libre pour allaiter son bébé. A 11 heures et à 17 heures 30, elle met la marmite au feu et puis elle prend quelques minutes pour allaiter l'enfant en attendant la cuisson du repas. Pendant la sieste et la nuit, l'enfant est couché auprès de sa mère et il tète. Mais à midi, la mère a dû prendre l'enfant à son réveil pour l'allaiter, entre deux activités de préparation du repas (la cuisson de la boule et son délayage).

Si on regarde la colonne à droite, l'enfant passe la plupart de son temps avec quelqu'un d'autre que sa mère (une ou des sœurs) pour permettre à la mère de travailler. Les différentes tâches que les femmes ont l'habitude d'exécuter, sont souvent des travaux durs qui prennent beaucoup de temps et qui nécessitent une forte énergie.

**Tableau 30: Analyse des journées de travail des femmes : un exemple**

TACHE	A QUEL MOMENT ?	OÙ SE TROUVE LE BEBE ?
Prière de l'aube	5 :30	• Au lit
Piler et balayage	6 :00 – 7 :30	• Au lit • Au lit
Piler le mil pour enlever le son	10 :00 – 10 :30	• Avec ses sœurs
Piler pour rendre en farine (moudre)	10 :30 – 11 :00	• Avec ses soeurs
<i>Allaiter l'enfant</i> et mettre marmite au feu (début de la cuisine)	11 :00	• Avec la mère • Avec sa sœur
Piler les boules de mil cuites ; <i>Allaiter l'enfant</i>	12 :00 – 12 :30	• Au lit • Avec sa mère
Délayer la boule ; servir la famille	1 :00 – 1 :30	• A côté de sa mère • Au lit
Se coucher avec les enfants ; <i>allaiter l'enfant</i> Prière de l'après midi	1 :45 – 15 :00 15 :00	• Au lit • Avec ses sœurs • Avec la mère • Avec sa soeur
<i>Allaiter l'enfant</i> ; prière	15 :30 -16 :00	• Avec la mère • Avec sa soeur
Balayage de la cour et vaisselle	16 :30 – 17 :00	• Avec sa soeur • Avec les soeurs
Déglumage du sorgho	17 :00 – 17 :30	• Avec ses soeurs
Mettre la marmite au feu : préparation du repas	17 :30- 18 :30	• Avec sa soeur
<i>Allaiter l'enfant</i>	18 :15 – 18 :30	• Avec la mère
Prière magrib	19 :00 – 19 :15	• Avec sa soeur
Servir le repas	19 :30	• Avec la mère
Laver les enfants	20 :00	• Au lit
Prière Icha	20 :15	• Au lit
Se coucher	21 :00	• Dort avec sa mère et est allaité

Dans ce tableau, nous avons listé seulement quelques travaux communs à toutes les femmes. Nous avons calculé le temps moyen qu'il faut pour exécuter ces tâches :

- 1) La préparation de la « boule » (*fura*) prend jusqu'à 4 heures de temps pour procéder à toutes les étapes du début à la fin.
- 2) Beaucoup de femmes vont aux champs pendant la saison de pluies, et elles travaillent jusqu'à 4-5 heures.
- 3) La confection du dîner du soir peut prendre 3 ½ heures.
- 4) Quelques femmes font le petit commerce le jour quand c'est la co-épouse qui fait les repas et cela peut faire un total de 3 ½ heures.
- 5). L'allaitement, seulement 5 fois par jour, prends au moins une heure et quart, si le bébé est bien efficient à la tétée, et quand ce n'est pas plus souvent pendant la journée, il faut qu'il tète toute la nuit.
- 6) La corvée d'eau peut se faire une demie heure deux fois par jour voire beaucoup plus.
- 7) la corvée de fagot (chercher du bois) couvre une demie heure par jour ou beaucoup plus mais ne se fait pas tous les jours.
- 8) Laver les enfants prend 30 minutes, et

9) La lessive pour les enfants prend au moins 30 minutes.

*Tableau 31: Exemple de tâches réalisées par une femme en une journée*

TACHE	LES ETAPES	LE TEMPS NECESSAIRE
1. Faire la « boule » Total d'au moins 4 heures	• Piler le mil pour enlever le son	½ h
	• Piler le mil pour le rendre en farine	1 h
	• Former et Faire cuire les boules de mil	1 h
	• Piler les boules cuites	½ h
	• Délayer les boules avec de l'eau/du lait	½ h
	• Prendre la boule et aller aux champs	½ h
2. Travail au champ – Total d'habitude 4-5 heures	• Travailler aux champs	4-5 h
3. Préparation du plat du soir – total 3 heures ou plus	• Laver la vaisselle	½ h
	• Piler pour le dîner	1 h
	• Préparer le dîner	1 ½ h
	• Distribuer le dîner	15 minutes
4. Préparation et vente de repas– Total 3 ½ h	• Préparer un plat pour le vendre	1 ½ h
	• Vendre le plat	2 h
5. L'allaitement d'un enfant de sept mois- au moins 5 fois pendant la journée -total d'une heure et quart au moins	• Une tétée	15 min
	• Une tétée	15 min
	• Une tétée	15 min
	• Une tétée	15 min
	• Une tétée	15 min
6. Aller chercher de l'eau- Total 1 h plus	• Chercher de l'eau	½ h
	• Chercher de l'eau	½ h
7. Aller chercher du bois- Total 1-3 heures	• Chercher du bois	1 heure
8. Laver les enfants	• Laver les enfants	½ heures
9. Laver les vêtements	• Laver les vêtements d'enfants	½ heures

La femme dont la journée de travail est présentée ci-dessus (Tableau 31) s'est reposée pendant l'après-midi avec ces enfants.

L'outil « Journée typique de la Femme » fait comprendre que si la femme ne se repose pas du tout pendant la journée, elle s'endort plus tôt le soir (20 h ou avant). Les corvées de fagot et d'eau occupent beaucoup de temps quand elle a le temps de les faire ou quand c'est le jour de les faire. Mais ce qui occupe la plus grande partie de la journée et qui exige beaucoup de calories, c'est le fait de piler le mil pour la préparation des repas. Si on veut donner encore plus de temps à la femme pour allaiter ou pour gagner un peu d'argent, il faut vraiment lui trouver un substitut pour le travail de « piler le mil ». Puiser de l'eau est un travail aussi dur qui prend du temps et ne laisse pas la femme libre à allaiter. Les

robinets dans chaque maison peuvent donner plus de temps à la femme pour s'occuper des ses enfants.

#### **4.7.6 Les activités génératrices de revenus**

Les activités génératrices demandent aussi beaucoup de temps. Dans l'exemple (Tableau 31, tâche numéro 4), la préparation et vente d'un repas mobilisent la femme durant trois heures et demie. Si la femme a une co-épouse, cela peut l'aider à avoir un peu de temps le jour où la co-épouse est de cuisine. Mais pour la femme sans co-épouse, cela peut entraver vraiment l'alimentation des petits enfants, surtout les nourrissons.

#### **4.7.7 Absence de contrôle des ressources**

Selon la tradition, le mari dans certaines familles donne à sa femme chaque matin une ration de mil pour la journée, et s'il y en a, il y ajoute un peu d'argent (entre 100 et 500 FCFA) pour acheter des condiments ou ingrédients nécessaires à la préparation de la sauce qui accompagne les céréales. En réalité, beaucoup de femmes dans la région de Maradi, disent qu'elles se débrouillent pour faire manger leurs enfants et la famille car le mari souvent ne donne pas assez d'aliments ni d'argent pour les condiments. Cette recherche a trouvé que les femmes qui réussissent à gagner un peu d'argent, le dépensent souvent en achetant de la nourriture soit pour elle-même, soit pour les enfants, soit pour la famille. Donc la femme contribue largement pour la nourriture de la famille. Elle protège ainsi son époux car c'est une honte pour la famille vis-à-vis de la communauté, que le mari n'arrive pas à « nourrir » sa famille. Or, plus la femme contribue, plus elle travaille des heures durant, ce qui sans doute entrave l'allaitement et l'alimentation optimaux du bébé.

La femme est coincée : elle sait que l'agent de la santé a recommandé d'acheter des œufs, du foie, des légumes, des fruits, mais souvent s'il faut acheter ces choses « spéciales » il faut qu'elle gagne cet argent elle-même et qu'elle travaille plus.

#### **4.7.8 Le choix et la compétence de la personne chargée de la garde ou de la surveillance de l'enfant (« caregiver » en anglais) du point de vue alimentaire**

Un des dilemmes pour la mère, c'est que faire de l'enfant pendant qu'elle est occupée ou qu'elle a du travail ? Dans l'outil, Journées de Travail de la Femme, on a constaté que l'enfant est confié à d'autres personnes entre deux tétées, pour permettre à la mère de vaquer à ses occupations. Plus l'enfant grandit, plus son alimentation échappe à sa mère ; c'est quelqu'un d'autre qui lui donne à manger. Quand on a demandé aux mères à qui elles confient l'enfant, plus que 50% ont répondu « le père » ou « la belle-mère ». Souvent, c'est une sœur, la grande mère de l'enfant ou quelqu'un d'autre dans la maison. Dans les villes, on a remarqué que 11% des enfants sont confiés aux « bonnes » (servantes), qui sont payées pour prendre soins de l'enfant.

La compétence et les connaissances de cette personne qui garde l'enfant, joue un rôle très important dans l'alimentation. Est-ce que cette personne lave les mains de l'enfant ou son bol avant de lui donner à manger ? Est-ce que cette personne lave ses propres mains après les toilettes ? Est-ce que cette personne s'assure que l'enfant a mangé des légumes, de l'huile, autant que le *tuwo* ou autres aliments « traditionnels » ? Est-ce que cette personne est consciente de la petitesse de l'estomac de l'enfant et qu'il ne peut pas manger assez de nourriture s'il a déjà rempli son ventre de *fura* ?

Le plus souvent, selon notre recherche, l'enfant de plus de 12 mois mange lui-même. Sans observer un échantillon d'enfants toute la journée, c'est difficile de savoir jusqu'à quel point l'enfant se débrouille en cherchant la nourriture lui-même. Mais les mères et les grands mères disent que les enfants de deux ans et plus cherchent eux-mêmes à manger et à boire ; ils boivent du *fura* quand ils ont soif ou faim.

Il est très important, dans une stratégie de communication, de ne pas oublier que tous les membres de la famille peuvent jouer un rôle clef dans l'alimentation de l'enfant, surtout quand il ne tète plus et quand la mère a un autre bébé qui l'occupe.

#### **4.7.9 Le soutien de la famille et de la communauté à la femme**

Nous n'avons pas bien capté le sentiment de la femme en ce qui concerne le soutien qu'elle reçoit. Si elle est la seule femme et jeune, elle a d'habitude un support moral de la belle mère, et les belles sœurs, et les voisines qui donne des conseils et de l'aide. Si c'est une famille qui est isolée, ou qui s'est déplacée pour travailler dans les champs, cette femme peut être très stressée, avec toutes les responsabilités de l'alimentation de la famille, le travail aux champs, et l'alimentation du petit enfant. On voit facilement des enfants qui sont parfois laissés à eux-mêmes ; ils se débrouillent pour manger.

Dans les familles plus aisées, il y a parfois une bonne ou quelqu'un qui peut aider à piler le mil et chercher de l'eau. Quand la mère a plusieurs enfants plus âgés, c'est souvent eux qui prennent le soin de faire manger et de s'occuper du petit enfant.

## **4.8 LE SEVRAGE**

La recommandation de l'OMS est de continuer à allaiter l'enfant jusqu'à deux ans et au delà, et le Coran recommande qu'on allaite jusqu'à deux ans si possible. Mais l'interprétation varie selon la communauté. Dans les villes de Mayahi et Maradi les femmes disent que selon les marabouts il ne faut pas dépasser 19 mois, ou bien 2 ans, parce que allaiter trop peut rendre l'enfant moins intelligent. Mais les normes diffèrent entre 1 an 6 mois (Ali Dan Sofu), 1 an 7 mois (Bilbizo), 1 an 8 mois (Guidan Safoua), 1 an 9 mois (Tessaoua).

Dans le cas d'une grossesse toutes les femmes rencontrées sont d'avis que le sevrage a lieu plus tôt, souvent, selon quelques femmes, à un an 5 mois. Les femmes enceintes de Dan Koulou, lors de focus group, expliquent que « *au cas où une femme allaitante tombe enceinte, si l'enfant qu'elle allaite est un garçon, elle attendra que sa grossesse ait 2 mois et 15 jours de la grossesse avant de sevrer l'enfant. Si c'est une fille, elle la sevrera à 3 mois 15 jours* ». Les femmes qui sont en grossesse alors qu'elles ont un enfant qui tète ont signalé qu'elles continuent de l'allaiter tant que les signes extérieurs de la grossesse ne sont pas visibles par la communauté.

Allaiter pendant la grossesse est répugné par la société. Elle considère que l'enfant qui continue de téter, s'alimente avec le repas de son successeur, et il risque de tuer ce « rival » (qui naîtra mort né ou bien la mère fera une fausse couche). Ce lait qu'il consomme est parfois perçu comme un mauvais lait, qui a tourné et qui peut rendre le nourrisson malade. Des femmes enceintes de Mayahi Sabongari, lors de focus group, ont même pensé que c'est « *l'allaitement pendant la grossesse qui rend l'enfant malnutri* ». Elles disent que

chaque grossesse génère un nouveau lait ; elles insistent sur le fait lorsque la femme est enceinte, systématiquement l'ancien lait change de qualité et il y a « un nouveau lait » réservé à l'enfant qui va naître. C'est ce qui explique, de leur point de vue, que des enfants refusent le lait maternel lorsque la mère est en grossesse : le lait devient « mauvais » pour lui. Ces idées sont sans doute basées sur l'observation que l'enfant qui tète remarque que le lait a un goût différent quand la mère tombe enceinte. Et la peur que le nourrisson puisse tomber malade est sûrement basée sur la réalité qui arrive souvent après le sevrage ; on pense que quand l'enfant tète longtemps alors que sa mère est en grossesse, il est inévitablement malade.

Pour désigner la malnutrition, elles ont employé le terme « *tamowa* » ; des études antérieures (Koné 2006b, ORSTOM/CNRS/EHESS 1996) ont montré que c'est une expression « fourre-tout » qui désigne un état de maladie ou la conséquence de certaines maladies. C'est une entité nosologique populaire dans laquelle on peut retrouver des symptômes de la malnutrition telle que définie par la biomédecine. Tantôt elle est le fait de mauvais génies qui ont eu contact avec le sein de la mère, tantôt elle est la conséquence d'une mauvaise alimentation de l'enfant, ou d'un sevrage brutal quand la mère constate son état de grossesse. Le changement climatique peut créer *tamowa*, le début de la dentition peut provoquer *tamowa*, est la femme enceinte dégagerait une chaleur qui peut donner *tamowa* au plus petit enfant. Lors des entretiens individuels, quelques femmes enceintes interrogées de Zongo Bilbizo (Dakoro) ont dit qu'elles ont dû procéder à un sevrage brutal parce qu'elles avaient « le nouveau lait ». Une parmi elle, a expliqué que personne ne lui a donné de conseil pour sevrer son enfant de 14 mois. Elle a envoyé son enfant dans un centre de récupération nutritionnelle suite à ce sevrage, puis auprès de ses grands-parents ; l'enfant va certes mieux maintenant mais il a beaucoup maigri selon elle.

A l'opposé de cette conception, 2/5 des femmes enceintes de Dan Abdalah (Madarounfa) dont les enfants ont plus d'un an, continuent d'allaiter leurs enfants parce que elles pensent que « *si elles les sèvrant, ils peuvent avoir un problème de malnutrition* ». Ces femmes ont probablement été sensibles aux campagnes actives de l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) dans la région de Maradi en général et de Madarounfa en particulier.

Quand la famille s'aperçoit que l'enfant a l'âge du sevrage, pour la vaste majorité, c'est le père qui décide étant donné que c'est lui qui donne l'argent pour acheter le goûter et des gourmandises qui détourneront l'attention de l'enfant du sein (une ou deux journées, maximum une semaine). Parfois c'est le père qui décide de la date du sevrage, et parfois c'est la femme elle-même ; dans ce dernier cas, beaucoup de femmes ne veulent pas prendre cette décision elles-mêmes, sans avertir leurs maris. D'habitude c'est un vendredi ou une dimanche qui est choisi ; souvent la bonne journée est déterminée par le marabout. Le marabout indiquera les sacrifices ou aumônes à offrir mais aussi donnera des écritures coraniques lavées à boire (*rubutu*) et/ou fera des bénédictions (*tadafa* et *addoua*). Les grands-mères de Safo (Madarounfa) précisent toutefois que lorsqu'elles ont le contrôle sur leur fille ou belle-fille, elles préparent l'enfant au sevrage en lui faisant boire trois ou quatre jours avant, certaines décoctions (exemple de *Gamshiki*).

Pour sevrer l'enfant, selon la tradition, on le confie (*reno* en haussa) à la grand-mère afin qu'il « oublie le sein » ; une séparation brutale d'avec sa mère. Une grand-mère de Kanabakaché expliquait, « C'est les grand-mères qui décident. Elles ramènent l'enfant au

près d'elle, en lui donnant à boire le *bauri* et les verset Coraniques pour qu'il oublie le lait maternel et pouvoir manger. Il faut casser le lait dans le corps de l'enfant (*kaniaya nono*). » *Daouya, Hana, et Tchantechankonika*, et une fois prépare, le *bauri* est donne dans la boule. Mais comme s'exprimait une mère de Maradi, « c'est inconvenient de l'envoie chez la grand-mère, parce que l'enfant revient tout malnutris ». Donc la pratique de l'envoyer a la grand-mère se fait de moins en moins maintenant. Il parait que les agents de santé ont eu une influence au changement de cette pratique.

Quand l'enfant reste avec sa mère, la mère met une robe qui referme les seins et/ou elle met des produits sur le sein pour « faire peur au sein »: henné, chloroquine pour son goût amer, piment, cendre (*toka*) pour son acidité), natron, son « sable blanc », pour faciliter le sevrage. Le sevrage est rarement progressif, il est plutôt brutal « *pour que le sevrage ne soit pas difficile pour l'enfant* » (focus group de femmes enceintes à Gourajé); elles pensent ainsi le torturer moins. Précisément, à partir de ce moment choisi, il n'est plus permis à l'enfant de téter, et ce, quelles que soient les circonstances.

Les mères sont généralement conscientes qu'il y a certains enfants qui sont prêts psychologiquement, des femmes parlent mêmes des enfants qui se sèvent eux-mêmes parce qu'ils ne s'intéressent plus au lait maternel. Mais il y a d'autres enfants pour qui le sein reste un confort psychologique et ils ne sont pas prêts à l'abandonne ni être sevrés. Pour ces enfants qui collent à leurs mères, le sevrage précoce peut être traumatique, ils peuvent refuser de manger et leur santé peut détériorer vite. La mère qui tombe enceinte et qui a un enfant qui reste psychologiquement dépendent d'elle, s'en inquiet beaucoup, parce qu'elle est presse par la famille et la tradition de le sevrer vite, mais elle sait que l'enfant va souffrir. C'est souvent cette femme, qui essaye de garder sa grossesse aussi longtemps que possible et quand c'est connu, selon les Focus groups, elle commence à donner des décoctions pour le protéger.

Dans la recherche Keith<sup>22</sup> dans la Région de Tahoua, les femmes racontaient l'histoire de sevrage, avec toutes les étapes et les prises de décision. Selon cette recherche, les femmes considéraient plusieurs critères avant de sevrer l'enfant : l'état de santé de l'enfant, l'état psychologique ou de l'indépendance de l'enfant, à tel point que l'enfant s'est habitué à d'autres aliments, l'état de santé de la mère et son état de point de vue grossesse, l'état psychologique de la mère (est-ce qu'elle est prête à arrêter l'allaitement?), la disponibilité d'autres aliments et la capacité de la famille de le nourrir sans l'aide du lait maternel. C'est dans ces deux derniers cas que la décision du père est très importante.

La pratique de sevrage brutal (et /ou de séparation brutale d'avec la mère) au Niger est toujours pensée comme étant une des causes les plus importantes de la malnutrition chez les enfants entre 12-24 mois d'age. Mais il faut être clair sur une chose : chez les Hausa ce n'est pas l'allaitement exclusif aujourd'hui, et l'alimentation exclusif demain. Ces enfants commencent à consommer des aliments tels que *fura* et *koko*, et pour beaucoup d'enfants, le repas familial, au plus tard entre six et huit mois. Et selon les rappels de 24 heures, les enfants de 22 mois (l'âge moyen de la duré de l'allaitement) mangent déjà 5 fois par jour et têtent seulement 2-3 fois ou même moins par 24 heures. Même les enfants qui sont sevrés

---

<sup>22</sup> Keith 1990, voir chapitre sur le sevrage.

très tôt, entre 6-12 mois, ne tètent plus que 4-5 fois par jour, en moyenne, quand ils sont sevrés (Tableau 32).

Ces pratiques de sevrage néfastes pour la santé de l'enfant semblent justifier en partie le fort taux de malnutrition dans la région de Maradi selon l'enquête HKI/PAM 2005 : 9.6% entre 6 et 12 mois, 24% entre 18 et 24 mois. Mais, au moins deux choses affectent l'enfant :

- d'abord l'aspect psychologique de la perte de la mère,
- et ensuite, le fait que ce que l'alimentation apporte, ne comble pas ce qui est perdu avec l'arrêt de lait maternel (même si l'enfant a commencé à manger depuis belle lurette en dehors du lait maternel).

La différence entre l'enfant qui n'est pas sevré et l'enfant qui est sevré, précise clairement qu'il ne faut pas tomber enceinte avant que l'enfant ait trois ans. Il faut vraiment que le couple en discute et décide s'il veut bien assurer la santé de l'enfant et de sa mère, ou prendre le risque de perdre cet enfant et peut être le prochain à cause de la probable malnutrition de la mère.

## **CHAPITRE 5 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES ENFANTS DE DEUX A CINQ ANS**

Les enfants de 2-5 ans n'ont pas été spécialement ciblés par des programmes internationaux pour amélioration de leur état nutritionnel, en grande partie parce que le plus grand taux de morbidité et de mortalité se trouve chez les enfants de moins de deux ans ; et les dégâts entraînés par la malnutrition avant l'âge de deux ans sont souvent irréversibles. Cette étude n'est pas focalisée sur la tranche d'âges 2-5 ans, mais a collecté quelques données permettant de commencer à examiner les pratiques nutritionnelles de ce groupe d'enfants.

### **5.1 LES RECOMMANDATIONS POUR L'ENFANT DE 2-5 ANS**

Les enfants de deux à cinq ans doivent recevoir un régime alimentaire diversifié qui consiste en cinq repas par jour (trois repas et deux goûters) et ils ont un plus grand besoin en kilocalories, entre 1000 et 1500 par jour. Ils doivent consommer deux à cinq portions de céréales par jour, 3-5 portions de nourriture riche en protéine animale ou végétale (ou 100 grammes), quatre portions de légumes, une portion de fruits, une portion d'un aliment riche en vitamine A, et trois portions d'huile. Ils peuvent aussi prendre 500 ml de lait par jour, s'ils n'ont pas d'allergie ou autre problème avec le lait des animaux. Il est indispensable qu'un parent supervise leurs repas pour assurer que l'enfant reçoit ce qu'il lui faut et comme tout autre enfant. L'enfant doit continuer à manger ce qu'il peut, pendant la maladie. Les parents doivent lui offrir le double de la quantité après la maladie pour lui assurer une bonne récupération.

Beaucoup d'enfants de cet âge ont déjà une grande infection de parasitose. La recherche montre que la nutrition de ces enfants doit s'accompagner d'un déparasitage régulier. Le déparasitage à l'enfant, de mieux bénéficier des composants de ce qu'il mange; cela diminue la carence en fer et rend les enfants plus aptes à apprendre. Et bien sûr ces enfants bénéficient d'une meilleure croissance (Freund, P, Graybill, E. et Keith, N., 2005)

### **5.2 LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LA NUTRITION DE L'ENFANT 2-5 ANS**

Selon les rappels de 24 heures (voir le tableau 22), le nombre de repas par jour des enfants de 2-5 ans augmente, ainsi que le nombre de repas à base des céréales par jour comme pour les adultes. Or, comme leur petits frères et sœurs, ils peuvent souffrir de déficits accrus en nutriments et en kilocalories. Ces enfants prennent en moyenne, une portion par jour de légumineux et presque pas de viande ou poisson. Tandis que quatre portions de légumes par jour sont recommandées pour eux, ces enfants n'en reçoivent qu'une. Ils ne mangent presque pas de fruits ; et reçoivent en moyenne trois portions d'huile par jour. En somme, ils mangent ce que les adultes mangent : beaucoup de mil, d'huile et un peu de lait écrémé sauf si la famille en possède, et très peu d'autres aliments et nutriments.

Les questionnaires adressés aux mères d'enfants 6-24 mois comprenaient des questions se rapportant au nombre d'enfants âgés de 2 à 5, si ces mères en avaient. Si oui, combien de repas par jour est-ce que ces enfants consomment, qui les aident à manger, est-ce l'enfant a

sa propre tasse, et comment est-ce que la mère s'assure que l'enfant est réellement rassasié ?

**Tableau 32 : Fréquences de repas des enfants âgés de 2 ans à moins de 5 ans**

Fréquence de prises de repas par les enfants de 2 ans à moins de 5 ans évoquées	Total	
	N	%
Une fois	7	6.67%
Deux fois	18	17.14%
Trois fois	34	32.38%
Quatre fois	29	27.62%
Cinq fois	11	10.48%
Six fois	6	5.71%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

Ce tableau montre que la majorité des enfants de cette tranche d'âge mange trois fois (32.38%) ou quatre fois (27.62%). Certains mangent jusqu'à six fois par jour (10.48%). Mais le plus souvent c'est le *fura* (mil dilué dans de l'eau et/ou du lait écrémé), et/ou *kunu* qui constituent une grande partie des ces repas.

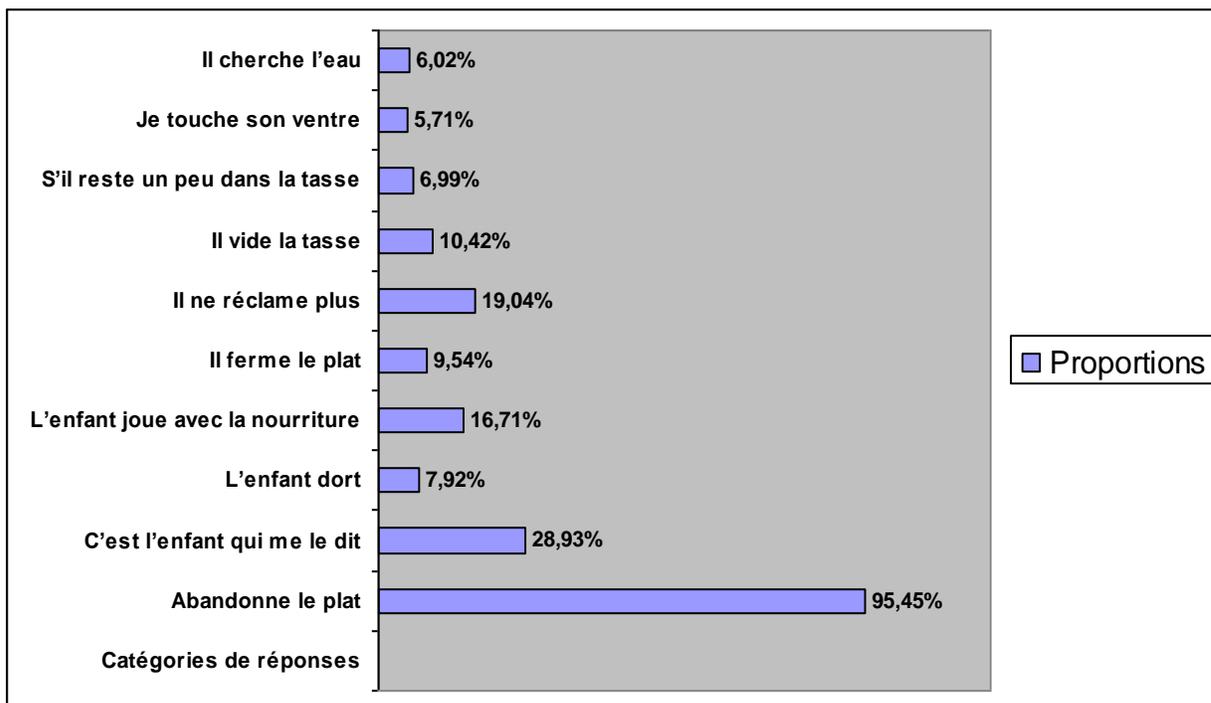
Dans la plupart des cas (58%), les enfants âgés de 2 ans à moins de 5 ans mangent eux-mêmes. 25% des mères disent que ce sont-elles mêmes qui donnent à manger à leur enfant de cette tranche d'âge ou bien c'est un autre membre de la famille qui s'en charge dans 17% des cas. Il n'est point surprenant que la majorité des enfants de deux ans reçoivent l'aide de la mère, qu'à trois ans c'est le plus souvent un autre membre de la famille ou la voisine qui donne à manger et qu'à quatre ans  $\frac{3}{4}$  de ces enfants mangent eux-mêmes. On peut imaginer que sans doute, c'est parce que la mère s'occupe d'un nouveau bébé.

Dans les rappels de 24 heures qui suivent, la plus grande différence nutritionnelle entre enfants de même âge en termes de calories et de nutriments consommés par jour, est la consommation de goûters. La mère est plus attentionnée pour les plus jeunes car elle semble consciente des besoins de ces enfants, et achète ou prépare ainsi spécialement quelque chose entre repas. Mais pour beaucoup, c'est la voisine, le père, la grand-mère qui donne des haricots, ou des galettes, achetés parfois dans la rue.

67,5% des mères d'enfants de deux à cinq ans ont affirmé que leur enfant dispose de sa propre tasse pour manger. Bien que le plat commun fasse grande partie de la culture, beaucoup de mères donnent à l'enfant sa propre tasse pour s'assurer qu'il mangera la quantité qui lui est destinée, en minimisant le risque que les enfants plus âgés consomment tout le repas.

L'équipe a cherché à comprendre comment la mère sait ce que son enfant a faim et à quoi elle reconnaît qu'il a assez mangé ou qu'il est rassasié. Pour cette seconde question, en général, c'est le fait que l'enfant abandonne le plat et commence à faire autre chose, qui signale à la mère que l'enfant a assez mangé. Et s'il réclame, ou suit la tasse (du regard ou en marchant) quand elle l'enlève, alors elle augmente la quantité de nourriture.

**Graphique 1 : Comment savez-vous que l'enfant âgé de 2 ans à moins de 5 ans est rassasié ?**



Les rappels des enfants de deux ans sont très similaires aux rappels des enfants de 18-24 mois dont des exemples sont déjà dans le texte. Nous allons donc regarder quelques exemples de rappels pour enfants de trois et de quatre ans. Pour rappel, les enfants de cette tranche d'âge ont un besoin entre 1000 et 1500 kilocalories par jour. Cette étude n'a pas mesuré les quantités de nourriture consommée ; mais pour avoir une idée des tendances, nous avons fait des approximations de besoins qui montrent que 1000 Kcals sont requis par jour pour les enfants de deux ans, 1250 pour ceux de trois ans et 1500 Kcals pour les enfants de quatre ans.

**Tableau 33 : Les Rappels de 24 Heures - Deux enfants de 3 ans**

Enfant K- 3 ans		Enfant L- 3 ans	
Heure	Aliments consommés	Heure	Aliments consommés
7 h	Fura sans lait	8 h	Tuwo, mais, tomate
8 h	Fura sans lait		
9 h	Fura sans lait		
10 h	Tuwo- mil, yodo		
12 h	Fura sans lait	12 h	Riz, sauce courge, huile, tomate
14 h	Fura sans lait	16 h	Galette mil, huile
16 h	Fura sans lait		
19 h	Fura sans lait	20 h	Riz sauce tomate
Tétée	0	Tétée	
Manger	8	Manger	4
Eau/liquide	7	Eau/liquide	0
Kcals exigés	1250	Kcals exigés	1250

<i>Kcals lait maternel</i>	<b>0</b>	<i>Kcals lait maternel</i>	<b>0</b>
----------------------------	----------	----------------------------	----------

Au vu de ce tableau de rappel, on peut comprendre que l'**enfant K** de trois ans, est un enfant qui doit être déjà sur la voie de la malnutrition – tout ce qu'il mange c'est du mil, avec une ou deux cuillérées des feuilles fraîches. Le reste de son régime est constitué d'eau. Il manque beaucoup de calories et de tous les nutriments, sauf les céréales et un peu de légumes riches en vitamine A.

L'**enfant L** de trois ans, a un régime plus varié que le premier enfant (K). Il mange trois différentes céréales qui donnent une variété. Il a consommé de la sauce tomate et de la courge, qui lui apportent trois portions de légumes, dont une riche en vitamine A. Il a consommé de l'huile deux fois, ce qui peut beaucoup augmenter les calories consommées. Une galette lui a été proposée par la voisine, sans doute quand la mère était occupée à travailler.

**Tableau 34: Les Rappels de 24 Heures - Deux enfants de 4 ans**

Enfant M- 4 ans		Enfant N – 4 ans	
<i>Heure</i>	<i>Aliments consommés</i>	<i>Heure</i>	<i>Aliments consommés</i>
<b>8 :30</b>	Galette mil, huile	<b>8 h</b>	Galettes, mil, huile
		<b>11 h</b>	<i>Fura</i> , lait caillé
<b>12 :40</b>	<i>Fura</i> , lait caillé	<b>12 h</b>	Riz, haricots, huile
		<b>16 h</b>	Beignet niebe, huile
<b>21 h</b>	<i>Tuwo</i> mil, haricots	<b>20 h</b>	<i>Tuwo</i> mais, huile, viande, <i>kuka</i> (feuilles de baobab), tomate
<i>Tétée</i>	<b>0</b>	<i>Tétée</i>	<b>0</b>
<i>Manger</i>	<b>3</b>	<i>Manger</i>	<b>5</b>
<i>Eau/liquide</i>	<b>1</b>	<i>Eau/liquide</i>	<b>1</b>
<i>Kcals exigés</i>	<b>1500</b>	<i>Kcals exigés</i>	<b>1500</b>
<i>Kcals lait maternel</i>	<b>0</b>	<i>Kcals lait maternel</i>	<b>0</b>

L'**enfant M** de quatre ans a mangé très peu dans la journée – il a consommé une galette le matin. S'il mange la galette entière, cela peut lui procurer 350 calories, mais c'est difficile pour un enfant de cet âge de manger une grande galette frite. A midi, il n'a pris que du *fura* avec du lait écrémé, qui donne un peu de protéine animale mais ne donne pas beaucoup de calories. Cette boisson est peut être tout ce que la famille a préparé, mais cela ne suffit pas pour un enfant de quatre ans. Le *tuwo* du soir est lourd, mais ne donne pas beaucoup calories, ni beaucoup de micronutriments. Les haricots aident à augmenter ses calories, et donnent de la protéine, du fer et du zinc, mais c'est difficile d'en manger beaucoup quand l'estomac peut être déjà rempli de *tuwo*. L'enfant n'a pas pris de goûters- on peut dire qu'il a mangé un seul repas et deux goûters pendant les 24 heures. Donc à la fin de la journée, c'est n'est pas possible qu'il ait rempli ces besoins en énergie, ni en nutriments. Il faut qu'il mange au moins 5 fois par jour, et des aliments variés. Tout ce qu'il a mangé ce jour là, c'est du mil, du lait écrémé, et des haricots. Il a besoin de matières grasses, de légumes, de fruits, et de produits animaux. Il lui faut aussi des goûters riches en nutriments entre repas.

**L'enfant N** a le même âge que l'enfant M, mais il mange trois repas et deux goûters dans la journée. Parmi ces cinq repas, deux contiennent du haricot (légumineux), quatre contiennent de l'huile, un contient du lait écrémé et une avec de la viande (protéine animal), et un contient deux légumes dont une riche en vitamine A. Donc même si l'enfant ne mange pas beaucoup à chaque repas, le fait d'avoir mangé cinq fois lui donne beaucoup plus de calories que l'autre enfant. Le fait de manger les légumineux deux fois, lui donne de la protéine d'origine végétale, du fer et du zinc. Les légumes fraîches, tomates et feuilles donnent des vitamines. Tout de même, pour lui assurer une bonne santé, il lui faut encore de légumes et des fruits.

Selon les Focus group, c'est la mère qui apprend à manger à l'enfant de cet âge. Une fois qu'il a appris, il mange lui-même, sauf en cas de malnutrition, où c'est la mère qui souvent, donne à manger à l'enfant. La culture hausa recommande (en milieu rural en tout cas) que toute la famille se regroupe pour manger, ne serait-ce que pour le repas du soir. Il y a une répartition sexuée du repas : les hommes mangent ensemble, et les femmes aussi. Beaucoup de petits garçons commencent à manger avec leurs frères et leur père pendant cette période. Une femme lors d'un Focus group disait que les enfants de cet âge mangent ensemble pour « le renforcement de solidarité entre enfants et aussi entre enfants et parents. Une autre a expliqué qu'il faut que l'enfant apprenne à se battre parmi d'autres enfants pour manger la plus grande quantité possible afin d'assouvir sa faim (face à la rareté) ; s'il ne mange pas rapidement, les plus rapides le feront et il n'aura pas suffisamment mangé. Dans quelques familles, ces petits enfants mangent dans un groupe, et les grands enfants mangent ensemble dans un autre groupe.

Sur quelques sites, surtout où il y avait un CSI, des mères ont expliqué que leurs enfants de cette tranche d'âge ont leur propre bol ; elles affirment qu'elles lavent le bol, et qu'elles lavent les mains de l'enfant avant et après le repas<sup>23</sup>. Pour les repas, c'est la mère qui détermine la quantité et le contenu du bol. Mais c'est le père qui paie pour la nourriture. Cette pratique de réserver un bol à part pour le plus petit est une recommandation fait pour assurer que la mère rend compte de la quantité et qualité de ce que l'enfant mange.

Sur tous les sites, les mères ont expliqué que quand ces enfants ont fini de manger, ils vont jouer, et quand ils ont faim encore, ils reviennent, ouvre la tasse, et en consomment encore. Donc l'alimentation du jeune enfant est supervisé lorsque toute la famille se regroupe pour manger mais entre repas, il est laissé pour compte, obligé de se débrouiller (revenir boire du *fura* ou ce qui reste de son plat). Le père était mentionné souvent avec les enfants de trois ou quatre ans, comme personne qui aide l'enfant à manger.

### **5.3 DETERMINANTS DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 2-5 ANS**

Les parents de ces enfants semblent savoir qu'il faut superviser leur alimentation. Pour les plus jeunes, c'est la mère qui supervise le plus souvent. Mais le père, les grands parents, ou la voisine, aident l'enfant qui est un plus âgé pour plusieurs repas dans la journée (ceci donne à la mère la liberté de continuer son travail). Quand le père aide à manger, la

---

<sup>23</sup> A l'observation, le lavage des mains n'est systématique pour de nombreux enfants de cette tranche d'âge.

préparation et la quantité, sont déterminées par la mère. Mais quand c'est la voisine qui donne, ou lorsque l'enfant mange hors de la maison, la mère peut parfois dire ce que l'enfant a mangé, mais elle n'a aucune idée de la quantité.

Il est évident que le nombre de petits enfants à la charge d'une mère détermine le temps qu'elle a pour s'occuper de chaque enfant. Dans une grande famille, même si la mère est occupée avec un nouveau bébé ou du travail, il y a d'autres personnes qui peuvent aider le plus âgé à manger.

C'est aussi évident que le père détermine la qualité, la fréquence et la quantité de ce que la famille va manger. Et c'est à la mère de se débrouiller si cela ne suffit pas.

Les mères achètent de la nourriture pour leurs enfants et pour la famille, si elles ont un petit commerce, mais ce petit commerce peut aussi entraver les soins et l'attention qu'elles accordent aux petits enfants.

#### **5.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS A PROPOS DE LA NUTRITION DE L'ENFANT 2-5 ANS**

Les propositions suivantes peuvent être considérées :

- Trouver une nourriture très nutritive pour ces enfants, facile à préparer, qui peut rester à la température ambiante pendant toute la journée, pour remplacer le *fura* et les bouillies simples à base de mil ou de sorgho. Par exemple, la pâte d'arachides (*tigadèguè*) et quelque chose avec laquelle ils peuvent se servir et manger entre jouets et entre repas. Galette de mil avec pâte d'arachides ?
- Former les grand-mères, pères, mères sur cette nourriture pour les enfants.

## **CHAPITRE 6 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FILLES DE 10-15 ANS : DES FILLES SOUS-ALIMENTEES**

### **6.1 INTRODUCTION**

Il est scientifiquement recommandé selon un document<sup>24</sup> de l'Académie pour le Développement de l'Education, AED en anglais (2004 : 4) de « vérifier un état nutritionnel adéquat lors de la grossesse et de l'allaitement et pendant l'adolescence et entre les grossesses afin de se constituer et de maintenir des réserves d'énergies et de micronutriments ». Les femmes enceintes et allaitantes devraient manger plus pour satisfaire aux demandes accrues liées à la grossesse et à l'allaitement.

Dans la plupart des sites d'enquête, les habitudes alimentaires avec des aliments à base de mil ou d'autres céréales, comprennent :

- *Fura* ou *hura* avec ou sans lait et avec ou sans sucre: « boule » délayée. Il y en a plusieurs sortes : *fura-wuta* (boule de mil préparée, cuite), *tukudi* (boule de mil non préparée), *gumba* (boule non préparée mais bien vannée)
- *Kunu* avec ou sans sucre : c'est une bouillie lourde ou épaisse
- *Koko* avec ou sans sucre : est une bouillie légère, généralement sans granules
- *Tuwo* accompagnée de sauce (*miya*) ou simplement d'huile et du sel : c'est une pâte à forte dose et consistance de mil ou de céréales
- *Dambu* accompagné de sauce : c'est du couscous

Depuis les famines ou crises alimentaires successives, le haricot ou niébé (*waké*) a fait son entrée dans le régime alimentaire des nigériens en général et des hausa en particulier. En 1974, le haricot ou niébé faisait partie des denrées de distribution alimentaire gratuite et généralisée mais il était peu apprécié par les populations. Il semble y avoir eu une campagne de vulgarisation du niébé après la crise alimentaire de 1974. Il y aurait même eu une chanson enregistrée dans toutes les langues importantes du pays, vantant les qualités nutritionnelles du niébé. Mais c'est véritablement à partir de la crise de 1984 qu'il est rentré progressivement dans les habitudes alimentaires.

Le maïs (*massara*) aussi a fait son introduction dans le régime alimentaire pratiquement du fait des famines et presque à la même période ; l'Etat a distribué du maïs lors de la crise de 1984. Les pâtes alimentaires<sup>25</sup> commencent eux aussi à faire partie des « habitudes » alimentaires des ménages en milieu rural ; on les appelle généralement « *maca* » ou « macaroni ».

Dans la sémiologie populaire haussa qui détermine les comportements alimentaires, il est important de préciser que les filles et femmes haussa distinguent « *ci* » (manger) et « *sha* »

---

<sup>24</sup> Ce document est intitulé « *Faits d'alimentation : pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois* »

<sup>25</sup> Considérées avec le riz comme les aliments de la ville.

(boire). Elles ne considèrent pas tout ce qui se boit, qui est liquide (*fura, kunu, koko*) comme un repas ou un « manger » (*abinci* : abin = chose ci=manger). Seuls les solides (*tuwo, dambu*) qu'on mange le soir constituent un repas (*Kala ci* ou repas du soir). Lorsque les restes du soir sont réchauffés le matin pour le petit déjeuner (*kalan safia* ou couper le matin), l'expression usuelle est *zazahe*. Il n'y pas de termes pour le repas de midi, le déjeuner car traditionnellement en milieu rural, on ne mange pas mais on boit (*sha*) en ce moment. Ainsi, selon les conceptions et représentations locales autour de l'alimentation, il y a un seul repas par jour, celui du soir (*kala ci*).

## 6.2 RECOMMANDATIONS POUR LA NUTRITION DES FILLES

Il est recommandé d'améliorer la nutrition des adolescentes et des femmes en âge de procréer car elles ont des besoins nutritionnels très importants en raison de leurs « poussées » de croissance entre 10 et 15 ans voire 19 ans. Ainsi, pour soutenir leur croissance selon USAID/AED (1999 : 18), les filles devraient :

1. Accroître les apports alimentaires afin de protéger leur santé
2. Diversifier le régime alimentaire aux fins d'améliorer la qualité et les apports en micronutriments car les carences en micronutriments seraient à l'origine de la sous-alimentation, de la cécité et du retard mental
3. Accroître la consommation quotidienne de fruits et légumes
4. Consommer des produits animaux
5. Utiliser des aliments enrichis (avec de la vitamine A et d'autres produits et la farine ou autres produits de base enrichis avec du fer et des vitamines
6. Utiliser du sel iodé
7. Si les besoins en micronutriments ne peuvent pas être satisfaits à partir des sources alimentaires disponibles, des suppléments avec du fer, de la vitamine A, du zinc et d'autres nutriments seront nécessaires pour mettre en place des réserves (d'énergie pour la grossesse et l'allaitement) et améliorer l'état nutritionnel des filles

## 6.3 PRATIQUES ACTUELLES, CONNAISSANCES ET ATTITUDES

En comparaison avec ces recommandations, la réalité dans les sites est toute autre bien que pour ces filles, la puberté (*balaga*) ou le passage de l'enfance à l'adolescence, est une période qui a accrue leur consommation en aliments de toute sorte, parfois doublée. Ce sont en principe leurs parents qui assurent la nourriture quotidienne. En effet, 65% des filles déclarent dans le questionnaire être nourries par le père et 15% par la mère (16% disent être nourries par des parents : grands-parents, belle famille ou conjoint et 4% sont nourries par elles-mêmes) ; on verra toutefois dans les pratiques rapportées par le rappel des 24 heures de consommation, que c'est plutôt l'inverse car dans la colonne « qui lui a donné (préciser qui) ? », la plupart des filles ont répondu « ma mère » ou « moi-même ». A la question « que faites-vous avec l'argent que vous gagnez », 32% ont déclaré acheter de la nourriture pour la famille (7%) ou pour elles-mêmes (25%).Elles contribuent ainsi à aider la famille.

Il n'y a pas de repas spécial pour les jeunes filles. Toutes consomment le plat familial, en fonction de la quantité disponible et de la qualité imposée à tous les membres de la famille. Presque toutes les filles déclarent manger une seule fois par jour comme le reste de la famille (elles dénoncent l'insuffisance des rations alimentaires); et c'est du *tuwo* (pâte de céréales) accompagné d'une sauce. Ce repas est consommé le soir ; toute la famille se regroupe autour de petits plats en fonction du sexe (les femmes ensemble et les hommes ensemble) et/ou de l'âge (certains enfants mangent ensemble). Ces filles signalent qu'en dehors de ce repas quotidien qui est même inexistant dans certaines familles ou certains ménages, elles ne boivent que *fura* (assez souvent sans lait), *kunu* (assez souvent sans sucre). Ces deux aliments sous forme de bouillie sont à base de mil ou de sorgho ne sont pas considérés comme un repas chez les filles. Leur préparation est une véritable corvée pour les filles. Il faut piler le mil ; on y enlève le son ; laver la quantité ainsi obtenue. Puis le mil est pilé pour en faire une farine plus ou moins lisse. Pour la « boule » (*fura*), il faut faire des boulettes qu'on fait cuire. On les pétrit dans un mortier ensuite puis on les malaxe dans unealebasse. Pour boire la boule, on y ajoute en principe du lait mais en réalité beaucoup d'eau. C'est ce liquide que toute la famille boit à longueur de journée chaque fois que quelqu'un a faim. La préparation du *tuwo* nécessite aussi des heures de travail.

Apparemment, le niveau d'éducation des parents n'a pas grande incidence sur l'alimentation des filles en milieu rural.

### 6.3.1 Fréquence et quantité des repas

De façon générale, à la question « Combien de repas prenez-vous par jour ? », seulement 15% des filles déclarent mettre 4 ou 5 fois par jour un aliment dans la bouche comme le recommande les nutritionnistes pour leur tranche d'âge. Une fille dit manger 6 fois/jour, 35% mangent trois fois et 31% deux fois. En réalité, ces repas comprennent aussi les goûters pour la plupart des filles.

A l'analyse du rappel des 24 heures de consommation (ce qui a été réellement consommé les dernières 24 heures de l'enquête), la plupart des filles (72) mangent 3.9 fois par jour au lieu de 4-5 repas comme le recommande l'OMS pour la tranche d'âge 10-15 ans. Le tableau qui suit récapitule la fréquence moyenne des repas et la qualité des aliments des filles.

**Tableau 35: Tableau comparatif sur fréquence moyennes des repas et qualité des aliments consommés par les filles de 10-15 ans**

		Céréales	Gras	Fruits	Légumes	Lait entier	Lait écrémé	Viande, poisson, œufs	Légumineux	Nombre de repas/j en moyenne
<b>Recommandations en nombre de portions</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1+</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4-5</b>
<b>Maradi ville</b>	<b>Bagalam</b>	3.3	1.3	0.1	1	0.3	0.1	0.5	1.5	<b>2.5</b>
	<b>Ali dan Sofo</b>	3.9	1.3	0.2	0.8	0	0.3	0.1	0.5	<b>4.3</b>
<b>Madarounfa</b>	<b>Safo</b>	4.25	2.5	0	1	0	0.75	0	0.75	<b>3.5</b>

	<b>Dan Abdallah</b>	5	1	0	1.25	0	0.5	0	0.75	<b>4.75</b>
<b>Tessaoua</b>	<b>Chabaré</b>	3.8	1.4	0	0.6	0.2	1.6	0	0.6	<b>4</b>
	<b>Gourajé</b>	5.25	1.5	0	0.5	0	2.25	0	0	<b>5.5</b>
<b>Mayahi ville</b>	<b>Sofoua</b>	4.2	2.9	0	1.2	0	1.3	0.2	1.8	<b>4.1</b>
	<b>Sabon Gari</b>	4.6	1.6	0.1	0.8	0	0.7	0	1.4	<b>3.7</b>
<b>Mayahi rural</b>	<b>Dan Koulou</b>	5.8	1.2	0	0.8	0	1.2	0.2	1	<b>5</b>
	<b>Kanabak aché</b>	5	2.4	0	0.4	0	0.8	0.2	0.6	<b>3.8</b>
<b>Dakoro</b>	<b>Zongo Bilbizo</b>	3.8	1.4	0	0.4	0	0.4	0	0.8	<b>3</b>
	<b>Guidan Salifou</b>	4	1.25	0	0.5	0	1.15	0.75	0.5	<b>3.5</b>
<b>Total</b>		52.9	18.15	0.4	9.25	0.5	11.05	1.95	10.2	<b>47,6</b>
<b>Moyenne</b>		<b>4.4</b>	<b>1.5</b>	<b>0.03</b>	<b>0.77</b>	<b>0.04</b>	<b>0.92</b>	<b>0.16</b>	<b>0.85</b>	<b>3.9</b>

Dans tous les sites, les filles cherchent à être rassasié, à avoir une « *nourriture suffisante* » (focus group de jeunes filles à Dan Abdallah)) plutôt qu'à manger de la qualité.

Il est recommandé pour les filles de cet âge de manger 4 ou 5 fois par jour. Mais le nombre moyen de repas par jour pour l'ensemble des 12 sites est de 3.9, moins que ce qui est recommandé. Ce sont les populations du milieu rural enclavé de Gourajé dans le département de Tessaoua (5.5), de Dan Koulou dans le département de Mayahi (5) et de Dan Abdallah dans le département de Madarounfa (4.75) qui ont le plus grand nombre de repas selon les normes, ainsi que celles des milieux urbains de Ali dan Sofou dans la ville de Maradi (4.3) et de Mayahi Sofoua dans la ville de Mayahi. Ainsi, sur les 12 sites, seuls cinq ont le nombre de repas requis (4-5).

Certaines filles, comme celles de Dan Abdallah sont pressées de se marier afin d'avoir leur propre foyer et décider de ce qu'elles vont manger mais surtout manger à leur faim. D'ailleurs, parmi celles qui ont été interrogées individuellement, 3/5 sont fiancées ou mariées déjà ; une des filles du focus group avait 16 ans, mariée, deux grossesses, deux enfants décédés). A Chabaré, pratiquement toutes les filles du focus sont fiancées (3 dont une est au CE1) ou mariées (6). La majorité des jeunes filles interrogées à Gourajé sont fiancées. Le fait d'être scolarisée ne change pas l'avis des filles sur le mariage ; toutes souhaitent se marier rapidement comme ces 4 scolarisées filles de Gourajé, village de Tessaoua (grande influence de l'Islam ?) ; certaines envisagent même abandonner l'école pour se marier (exemple Gourajé). Les filles mariées témoignent que leur alimentation a changé, elles mangent en quantité suffisante mais ils ignorent probablement que les femmes enceintes interrogées mangent moins au premier trimestre de leur grossesse et n'ont pas socialement la possibilité de s'acheter ou de se concocter des mets dont elles ont envie de peur d'être traitée de méchantes si elles ne partagent pas ces mets avec toute la nombreuse famille, et même des voisins.

Les filles mariées vivent avec leur époux et/ou la belle-famille tandis que les non mariées résident chez leurs parents ou chez la grand-mère.

## 6.3.2 Qualité des repas

### 6.3.2.1 Les céréales

Tous les sites sont caractérisés par une proportion élevée de céréales dans le régime alimentaire. Les céréales constituent les plus grandes portions consommées par les filles et le reste de la famille (4.4 portions/jour).

Dans certaines familles comme à Gourajé, le *tuwo* est en voie de disparition de l'alimentation. Le *tuwo* accompagné d'une sauce à base de légumes ou feuilles séchées (*kuka* ou baobab, *yakua* ou oseille de guinée, *aleyahu*, *yodo*, ...) est considéré comme le repas familial, c'est-à-dire celui autour duquel se réunit toute une famille ou un ménage : « *kala ci* » c'est-à-dire se réunir pour manger. Ce repas a lieu en principe le soir mais certaines filles comme Barina Kala (10 ans) à Bilbizo (Dakoro) n'ont pas ce repas quotidien, comme l'atteste son rappel de 24 heures consommation:

8 h : galettes
12 h : haricot + riz ( <i>waké da shinkafa</i> : <i>waké</i> = haricot <i>da</i> = et <i>shinkafa</i> = riz)
18 h : <i>fura</i> sans lait
8 h le lendemain : beignets

Dans ce cas, les galettes et les beignets tendent à devenir un repas. Il est plus pratique pour un chef de famille de se priver de nourriture et d'acheter quelques galettes ou beignets pour ses enfants.

Certains ménages, du fait de leur pauvreté et à défaut de mil ou d'autres céréales, se contentent de consommer du son de mil : les femmes le vannent et en extraient des restes de mil concassés puis le préparent comme du couscous (« *dambu* »).

Dans les villes telles que Maradi (Bagalam et Ali dan Sofu) et Mayahi (Mayahi Sofoua et Mayahi Sabongari), le riz, la pâte alimentaire (« *maca* »), le riz mélangé au haricot et surtout le haricot préparé simplement à l'huile, prennent petit à petit la place du mil sous forme de *tuwo* ou de *fura*. Les portions de céréales dans ces zones urbaines sont les plus faibles de l'ensemble des 12 sites : Bagalam en a 3.3, Ali dan Sofu en a 3.9, Mayahi Sofoua en a 4.2 et Mayahi Sabongari en a 4.6. Ce sont les zones rurales qui consomment le plus de céréales notamment à Dan Koulou dans le département de Mayahi (5.8/j), à Gourajé dans le département de Tessaoua (5.25/j), à Dan Abdalah dans le département de Madarounfa (5 portions/j), et à Kanabakaché (5 portions/j). Le *kunu* continue à être consommé dans les villes.

### 6.3.2.2 Les fruits et légumes

Le National Research Council (1989) précise que la consommation quotidienne accrue de fruits et de légumes permet d'améliorer les réserves de vitamines A, C et B6 ainsi que le niveau de calcium chez les filles.

#### Fruits

L'OMS recommande au moins une portion de 80g fruits pour les filles de 10 à 19 ans. Mais l'analyse des 24 heures de consommation fait remarquer que seulement 0.03 portion est en moyenne consommée par l'ensemble des filles des 12 sites. Seules quelques filles

en milieu urbain de Bagalam (0.1), Ali dan Sofo (0.2), Mayahi Sabongari (0.1) ont signalé avoir mangé des fruits la veille de l'enquête. Dans l'ensemble des sites, la consommation de fruits est fonction de la saison de production de ces fruits : mangues, jujubiers, fruits de Aduwa, .... Les filles qui en ont les moyens, achètent des fruits sur le marché (orange, ...); *la disponibilité d'argent pour en acheter éventuellement est un facteur limitant.*

### Légumes

Sur les quatre portions de 80g de légumes recommandées, seulement 0.77 sont consommées par les filles ; et ces portions dont on ne connaît pas le poids<sup>26</sup>. Les portions les plus importantes se retrouvent en zone périurbaine à Safo (1), en ville à Mayahi Sofoua (1.2), et dans le milieu rural de Dan Abdallah (1.25) ; Safo et Dan Abdallah étant dans le département de Madarounfa où il y a quelques maraîchers (*la proximité de sites maraîchers est un atout*).

Certes les filles mangent du *kopto* ou *el maka* (les feuilles<sup>27</sup> bouillies), la poudre de baobab séché mais les quantités sont infimes par rapport aux besoins nutritionnels.

Selon les heures, *kopto* est goûter ou repas.

#### 6.3.2.3 Les produits laitiers

Qu'il soit écrémé ou entier, le lait est très peu consommé par les filles : 0.5 au lieu de 3 portions pour le lait entier et 0.9 pour le lait écrémé.

S'agissant du lait entier, même les filles des zones pastorales que sont Zongo Bilbizo et Guidan Salifou en boivent peu (mais ce ne sont pas des peuls ou touareg qui ont été interrogées, le lait n'est donc pas dans leur habitude alimentaire sauf pour la consommation de *fura* dans certaines familles). Les filles de Kanabakaché selon le rappel des 24 heures de consommation, consomment rarement *fura* avec du lait. Une seule a déclaré en avoir bu grâce à sa grand-mère.

#### 6.3.2.4 Protéines animales (Viande, volaille, poisson, œufs, charcuterie) et/ou végétales (légumineux, ...)

Il est conseillé de manger 2 portions de produits animaux ou à défaut, les mêmes portions en légumineux. Or, en réalité, la viande, la volaille, le poisson, les œufs, la charcuterie sont des sources de protéines animales très utiles mais hélas très peu consommés. La viande est très peu consommée dans toutes les communautés. Quelques rares filles disent en manger à la maison uniquement lors de fêtes ou cérémonies de réjouissances. Une seule fille a déclaré avoir mangé des œufs la veille (Roukaya Oumarou de Ali dan Sofo à Maradi ville, 13 ans, élève, vit avec ses parents).

Ce sont les protéines végétales qui sont consommées mais à des proportions très infimes aussi. Ainsi, au lieu de 2 portions requises pour leur tranche d'âge, les filles en général mangent 0.85 portions de légumineux/jour

Les villes ont les plus grandes portions de consommation de légumineux même si ces portions restent faibles par rapport à la « normale » qui est 2. Ainsi à Bagalam, les filles consomment 1.5 portion de légumineux, celles de Mayahi Sofoua en consomment 1.8 et

---

<sup>26</sup> Il n'a pas été possible de mesurer les quantités consommées.

<sup>27</sup> En saison pluvieuse, ce sont des feuilles fraîches bouillies qu'elles mangent. Certaines femmes et fille cueillent ces feuilles, les font sécher et les stockent pour la saison sèche. Ce sont donc des feuilles séchées bouillies qu'elles consomment en saison sèche. La cueillette et la commercialisation de ces feuilles (surtout le Moringa) fait partie des activités génératrices de revenus dans la région de Maradi.

celles de Mayahi Sabongari en mangent 1.4. Dans les quatre quartiers urbains, seules les filles de Ali Dan Sofo mangent une faible portion de légumineux, soit 0.5 portion par jour.

Le souchet comme légumineux a été beaucoup cité au cours de cette enquête (or, c'était la période de montaison, pas encore à maturité ; c'est probablement importé ou bien c'est la récolte de la saison dernière qui est en vente actuellement). L'arachide sous forme de tourteaux qui accompagne les feuilles bouillies (*kopto*), est le légumineux le plus consommé dans presque tous les sites par filles ; d'ailleurs, elles sont nombreuses celles qui font le petit commerce de *kopto*, comme activité rémunératrice. L'huile dans les tourteaux facilite l'absorption de la vitamine A contenue dans les feuilles.

Le haricot ou niébé qui est en fait une culture commerciale, est beaucoup plus consommé en ville (Bagalam à Maradi, Mayahi Sofoua et Mayahi Sabongari dans le département de Maradi).

#### 6.3.2.5 Matières grasses

Les filles devraient consommer six cuillères à café ou deux cuillères à soupe d'huile (3 portions) mais en réalité selon l'analyse des 24 heures, elles n'en consomment généralement que la moitié (1.5/jour). Le département de Mayahi vient en tête pour la consommation d'huile : 2.9/jour à Mayahi Sofoua, 2.4 à Kanabakaché et 1.6 à Mayahi Sabongari ; il s'agit des deux quartiers de la ville et du village le moins enclavé du département. Safo (Madarounfa) consomme aussi 2.5/j d'huile probablement du fait de sa proximité avec la ville de Maradi et du fait que la plupart des femmes y sont huilières (produisent de l'huile). Les villages enclavés de Guidan Salifou à Dakoro (1.25/j), de Dan Koulou à Mayahi (1.2) et de Dan Abdallah à Madarounfa (1), sont en bas de liste. Leur niveau d'enclavement est probablement un obstacle.

#### 6.3.2.6 des Goûters payants

De nombreuses jeunes filles reconnaissent qu'elles ne mangent pas à leur faim. Elles sont nombreuses, celles qui ne mangent pas en dehors du repas familial. Selon les heures, les beignets et les galettes sont considérés comme petit-déjeuner (le matin à jeun) ou comme goûter (lorsqu'on n'est pas à jeun). Chez 2/5 des filles de Dan Abdallah, le goûter est consommé seulement deux fois par semaine.

Galettes/beignets (30%) et feuilles bouillies de moringa, d'oseille, ... (42%) sont les principaux goûters cités par les filles comme l'indiquent le tableau suivant, et ces goûters s'achètent, sauf lorsqu'on en vend :

**Tableau 36: Les goûters cités**

Types d'aliments pris comme goûters	Pourcentage
kopto (feuilles bouillies)	42%
Beignets/galettes	30%
Fruits	1%
Souchet (Aya)	12%
Poisson	1%
Viande	1%
Biscuit/Bonbon	2,40%
Macaroni	1%

Œuf	1%
Non déterminé	8,60%
	<b>100%</b>

Les galettes et les beignets, compte tenu de leur teneur en huile au moment de la préparation, apportent beaucoup de calories en huile. Les tourteaux d'arachide qui accompagnent les feuilles bouillies sont sources de protéine végétale.

Les scolarisées s'achètent parfois des biscuits/bonbon (2.5%) en plus (et l'école semble être une bonne justification auprès des parents pour avoir de l'argent de poche). Elles mangent beaucoup plus souvent que celles qui ne vont pas à l'école, et à distances relativement plus rapprochées que celles qui ne vont pas à l'école. Fréquenter l'école devient ainsi un privilège pour manger plus souvent.

<i>Exemple de Safia Moussa (élève, 10 ans, qui « mange » beaucoup), des aliments achetés par elle-même, bien qu'elle habite avec les parents</i>
7 h : Galettes+Tuwo avec sauce gombo séché
10 h : kunu avec sucre
12 h : dambu
14 h : fura avec lait
16 h : beignets
17 h biscuit chocolaté
19 h : tuwo avec sauce
20 h : fura avec lait

Le sucre est généralement évoqué par les filles en milieu urbain et/ou scolarisées.

Pour assouvir leur envie de manger plus, presque la moitié des filles (42%) payent elles-mêmes leur goûter. Pour 26% d'entre elles, c'est la mère qui contribue et 21% le père. 8% des filles mangent un goûter grâce au mari, au fiancé ou à un soupirant et 3% par le biais d'un parent autre que le père ou la mère (grands parents, frères, etc.).

**Tableau 37 : Qui paye les goûters ?**

Catégories des personnes qui payent les goûters	Pourcentage
Mère	26%
Père	21%
Mari/copain ou un homme	8%
Moi-même	42%
Autre parent	3%
	<b>100%</b>

### 6.3.2.7 Petit déjeuner

Dans certaines familles, lorsqu'il y a un reste de *tuwo* de la veille, on le consomme le matin comme petit déjeuner « *Zazahe* ». Tout le monde n'a pas *Zazahe* parce que les quantités de repas consommées dans les ménages sont en baisse (paupérisation, agriculture

non productive dans les ménages pauvres, infertilité des sols, ...). L'insécurité alimentaire caractérise la majorité des ménages.

Boire le *fura* ou le *kunu* à longueur de journée c'est « *sha* » (boire) n'est pas considéré comme un repas ; chacun se sert lorsqu'il en a besoin (pas de regroupement familial). Généralement, elles boivent la bouillie ou la boule deux ou trois fois dans la journée.

Dans leur entendement, elles ont 1 repas par jour voire zéro (*tuwo*) et 2 ou trois bouillie, avec ou sans beignets ou galettes entre ces bouillies. Certaines jeunes filles boivent ces bouillies à la fois comme petit déjeuner, déjeuner et goûter.

Tous ces aliments sont à base de céréales (mil ou sorgho ou quelques fois du riz). Certains sont à base de niébé (consommé souvent à midi mélangé avec le riz) ou de manioc (*rogo*) ou même de maïs (*massara*) pour le *tuwo* en remplacement de mil et de sorgho. Le gari de manioc est aussi parfois consommé mélangé aux feuilles bouillies (*kopto* ou *el maka*)

#### 6.3.2.8 Diversification alimentaire « occasionnelle »

Bien que toutes déplorent la monotonie des repas, la diversification des aliments n'est pas du tout une préoccupation dans les ménages pour des raisons financières (absence de moyens pour acheter autre chose, absence du père de famille en exode) ; on se contente du peu qu'il y a. Les repas sont monotones aussi pour des raisons culturelles (habitudes alimentaires).

Pour celles des filles qui auraient (comme la plupart) envie d'autres choses, elles achètent des repas vendus dans le site.

Galette, « *awara* », « *waiña waké* » (galettes à base de haricot), « *sucette* » (biscuit de fabrication locale), beignet, feuilles vertes bouillies (*el maka*, *tassa*, ...) et consommées avec tourteau d'arachide et sel sont les aliments de diversification recherchés par les jeunes filles. Certaines filles y ajoutent le « *maca*<sup>28</sup> » (pâte alimentaire de blé) récemment introduit dans l'alimentation au Niger et présenté comme un aliment de « luxe ».

L'argent pour ces achats provient des parents (la mère généralement) et/ou du petit ami (ou fiancé) pour celles qui en ont ou encore d'éventuels soupirants. Certaines parmi ces filles, font du petit commerce dont l'argent permet d'assouvir des besoins alimentaires ou autres. La plupart d'entre elles, font du commerce autour de l'alimentation (galette, beignet, feuilles cuites, arachide, ...). Qu'elles soient scolarisées ou non, toutes les filles gagnent de l'argent.

**Tableau 38 : Comment les filles gagnent-elles de l'argent ?**

Sous-catégorie d'activité exercée et/ou source de revenu	Pourcentage
Petit commerce pour elle-même	55%
Petit commerce pour quelqu'un	16%
Bonne/Domestique	9%
Un homme me le donne	4%
Mon père me le donne	16%
	<b>100%</b>

<sup>28</sup> Diminutif de macaroni pour désigner toutes les pâtes alimentaires

Parmi les filles qui gagnent de l'argent, 32% ont à charge la nourriture ou pour elles-mêmes (25%) ou pour la famille (7%). 55% donnent l'argent gagné à leurs parents (27% à la mère et 5% au père).

En termes de contribution des membres du ménage, les filles ont un grand apport.

Ainsi, parmi les activités exercées, les filles ou leur mère font de la petite restauration. C'est une chance de vendre la nourriture (*fura, kunu, kopto, tuwo, dambu, awara, fanké,...*) ou de voir sa mère en vendre car on a l'assurance de pouvoir manger : faire manger sa famille est l'un des bénéfices qu'on retire des activités autour de la petite restauration.

Quand elles ont de l'argent de poche, et qu'elles souhaitent épargner, les filles pensent d'abord à la préparation du trousseau de mariage (vêtements, cuvettes ou « tasses », bijoux, tapis, ...) ou à soigner leur toilette actuelle (s'acheter des vêtements, chaussures, foulards, bijoux, ...).

#### 6.3.2.9 Tabous et/ou interdits alimentaires

Toutes les filles ont précisé qu'elles ne sont concernées par aucun tabou alimentaire mais en réalité, quelques-unes à Mayahi Sabongari disent qu'on les empêche de manger du « gudaji duo », morceau de boule cuit avant la préparation: « *si la fille consomme cet aliment, elle ne sera pas aimé par les gens* » (focus group de jeunes filles scolarisées à Mayahi Sabongari).

Une certaine tradition voudrait que la jeune fille soit éduquée à manger uniquement le plat familial pour éviter qu'elle soit envieuse ou gourmande dans son foyer conjugal. Une jeune fille bien éduquée est celle qui ne mange pas n'importe où et à n'importe quel moment « *il ne faut pas manger en cours de route* » (focus filles non scolarisés de Mayahi Sabongari) ; c'est de la pudeur, se cacher pour manger (un interdit pour apprendre à supporter la faim ?).

Elles ne font pas de liens entre leur état nutritionnel et leur état de santé, pour celles qui parlent de cécité crépusculaire et de fatigue générale.

## 6.4 CONCLUSION SUR LA NUTRITION DES FILLES AGEES DE 10 A 15 ANS

Les filles du département de Mayahi aussi bien dans la ville (Sofoua et Sabongari) qu'en milieu rural (Kanabakaché et Dan Koulou), bien qu'elles mangent en deçà des normes recommandées, ont des repas relativement plus équilibrés : un nombre de repas plus élevé, une diversification plus importante avec consommation de céréales, de matières grasses, de légumes, de viande, de légumineux, et même de fruits (Sabongari).

La présence et les actions d'ONG dans le domaine de la nutrition semblent expliquer la situation nutritionnelle à Mayahi ville (Sabongari et Sofoua) ; il y a par exemple Action Contre la Faim (ACF) qui en plus de prendre en charge la malnutrition des enfants, organise des séances de sensibilisation sur la sécurité alimentaire, sur la consommation de certains aliments locaux (tels le niébé) même s'il n'y a pas de sites maraîchers. Les distributions de farine enrichie profitent à tout le ménage et non à l'enfant seulement ; des familles consomment cet aliment sous forme de *tuwo* (substitution de la farine de mil ou de sorgho par de la farine enrichie).

L'existence de marché à Kanabakaché et à Mayahi Sofoua, dissipe les soucis de disponibilités des aliments (importation d'autres marchés).

Selon le chef de village de Kanabakaché, les femmes de ce site, à côté des travaux ménagers, pratiquent « la petite agriculture » pour elles-mêmes ; elles cultivent sur de petites superficies, de l'arachide, du haricot, ... cultures destinés en priorité à la consommation. Même quand elles vendent les productions, certaines réinvestissent l'argent obtenu dans l'alimentation de la famille dont celle des filles. Un autre avantage de Kanabakaché est que le taux de scolarisation des filles semble très important : « *il y a des classes où le nombre d'écolières dépassent celui des garçons* » selon le chef de village. Il y a en plus de l'école, un collège.

## **CHAPITRE 7 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FEMMES ENCEINTES PARTAGEES ENTRE LES REGLES ET LES PRATIQUES**

### **7.1 Comportements recommandés**

Concernant l'alimentation, trois comportements sont recommandés à la femme enceinte :

1. Manger un repas de plus pendant la grossesse (ou l'équivalent) riche en fer et en vitamine
2. Assurer un régime varié tous les jours : des fruits, des produits animaux, légumes, légumineux et l'huile/beurre (qualité)
3. Diminuer la charge de travail pénible et assurer une longue durée de sommeil.

Autrement dit, en termes de fréquence et de quantité, les femmes enceintes devraient consommer une nourriture supplémentaire car elles doivent augmenter les apports alimentaires de 200 calories au moins/jour. En termes de qualité, elles devraient manger des aliments riches en fer et vitamine mais aussi variés. Et enfin, elles devraient travailler moins et se reposer plus.

### **7.2 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES**

#### **7.2.1 Fréquence et quantité des repas : Une nourriture supplémentaire ou un repas de plus pour la femme enceinte ?**

En réalité, la majorité des femmes mangent moins au cours du premier trimestre de la grossesse. Elles signalent de petites maladies comme obstacles : nausées, vomissements, manque d'appétit<sup>29</sup>. Très peu affirment manger plus parce qu'elles ont plus d'appétit et n'ont aucun problème.

Le manque d'appétit n'est pas considéré comme un problème durant les six premiers mois de la grossesse. Une certaine croyance encourage la naissance de petit bébé (il grossira une fois sorti du ventre de la mère) et manger beaucoup pendant les premiers mois de la grossesse ferait grossir l'enfant dans le ventre. C'est seulement lorsqu'on estime que l'enfant a déjà pris sa forme définitive que la femme enceinte peut commencer à manger à sa convenance. C'est également la période où commencent véritablement les soins et traitements pour la femme enceinte. Elle prend même des tisanes (*bauri* en haussa) pour augmenter son appétit à partir de ce moment (entre 6 et 7 mois de grossesse). *Sabara* est la tisane réservée à l'augmentation de l'appétit mais cette tisane a d'autres propriétés ; par exemple, associée à *Gouja Kassa* et/ou *Madatchi*, elle permet de « laver » l'enfant dans le ventre afin qu'il soit propre le jour de sa naissance ; elle permettrait ainsi de nettoyer le

---

<sup>29</sup> Le manque d'appétit est un problème général qui renvoie à la manifestation de la monotonie des repas, du manque de zinc, ...

corps de l'enfant de toute impureté y compris du sperme de l'homme, lorsque la mère a des rapports sexuels pendant la grossesse.

La *bauri*, sorte de décoction est « *interdit par les modernes, les blancs, or pour nous, c'est ce qui sauve l'enfant dans le ventre de sa mère et même quand il en sortira* » (le chef de province du Katsina (Maradi).

Les femmes enceintes déclarent pour la plupart que l'appétit est grandissant entre 3 et 6 mois de grossesse selon les femmes, mais en vue de cacher leur état de grossesse, certaines se privent de manger plus évitant ainsi le regard inquisiteur des autres. D'autres insistent sur le fait qu'elles mangent moins ou la même quantité qu'avant la grossesse par peur des césariennes et complications liées à la grossesse. Elles pensent qu'il y a beaucoup de césariennes parce que l'enfant est trop gros dans le ventre ; elles ne les lient pas à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux.

Les femmes de Ali Dan Sofo selon le rappel de 24 heures de consommation, mangent moins de repas (3.3/j) mais plus équilibré avec de la viande et des légumes (courge, chou, carottes). Elles mangent peu de céréales mais beaucoup de pommes de terre. Malgré l'existence de maraichers, les femmes de Safo mangent peu (3.3/j) et moins équilibré.

**Tableau 39: Exemple de Rappel d'une femme enceinte de 4 mois à Safo**

Elle a environ 40 ans, 7 grossesses, 6 naissances vivantes dont le dernier a seulement 7 mois et selon elle, il tête encore

Heure	Aliment consommé	ingrédients
7 h	<i>Galettes</i>	Mil, huile, tomate, sel
12 h	<i>Fura</i>	Mil+eau
19 h	<i>Tuwo+sauce</i>	Maïs, Eau+sel+soumbala+ feuilles de baobab ( <i>adansonia digita</i> <sup>30</sup> ) +cube aromatisant (« <i>romagi</i> » pour dire arôme Maggi)

La fréquence des repas est plus élevée à Kanabakaché (5.4/jour), à Mayahi Sofoua et Gourajé (5.2) et enfin à Mayahi Sabongari et Zongo Bilbizo (5/jour). Les zones de Ali Dan Sofo à Maradi et Safo à Madarounfa sont celles qui mangent moins fréquemment (3.3/j).

Dans l'ensemble, le nombre de repas des femmes enceintes est plus élevé d'abord dans le département de Mayahi puis celui de Dakoro (5/jour à Zongo Bilbizo et 4.6 à Guidan Salifou dit Salifiable). Le département de Tessaoua vient en troisième position (5.2/jour à Gourajé et 4.2 à Chabaré). Madarounfa est l'avant dernier et paradoxalement, les femmes enceintes de la ville de Maradi sont celles qui mangent le plus petit nombre de repas, en dessous même des normes recommandées (3.8 à Bagalam et 3.3 à Ali Dan Sofo).

**7.2.2 Interdits et tabous alimentaires chez les femmes enceintes**

Il est interdit aux femmes enceintes de manger le souchet, l'igname, le gombo, les œufs et l'huile (focus group de femmes à Zongo Bilbizo dans le département de Dakoro). Or, le gombo fait partie des aliments dits protecteurs, riches en vitamines et sels minéraux. Le

<sup>30</sup> *adansonia digita*, nom scientifique du baobab.

lait, les œufs et la viande font partie des aliments dits constructeurs, riches en protéines. L'huile est comprise dans les aliments énergétiques riches en glucides et lipides.

Le souchet (*aya*) sur presque tous les sites, l'igname à Zongo Bilbizo (Dakoro), le gombo à Salifaoua<sup>31</sup> dit Guidan Salifou (Dakoro) provoqueraient chez le nouveau-né une maladie dénommée « *Kai-kai* ». « *Aya gâte le lait ; ça donne des boutons et des démangeaisons à l'enfant à la naissance* » (focus group de femmes à Gourajé). Il y aurait deux types de boutons provoqués par la consommation du souchet : les petits boutons (c'est la forme bénigne de *Kai-kai*) et les gros boutons (c'est la forme grave). Le deuxième type de *Kai-kai* est grave parce que les boutons poussent dans les yeux, dans la bouche et à l'intérieur du ventre de l'enfant (« *le ventre se gonfle* »). Cette forme de la maladie peut même conduire à la mort du nouveau-né. C'est pourquoi, dès la naissance du bébé, même lorsque la mère jure ne pas avoir consommé ces aliments interdits, les grands-mères ou des personnes âgées testent son lait avant de le faire consommer par le nouveau-né. Ces personnes supposent aussi que le *Kai-kai* est parfois héréditaire, c'est-à-dire que bien qu'une femme n'ait pas consommé ces aliments au cours de sa grossesse, elle peut avoir le *Kai-kai* dans son corps pour l'avoir hérité de sa mère ou de sa grand-mère.

Le traitement de purification du lait maternel dure en principe trois jours lorsque le nouveau-né est de sexe masculin et quatre jours lorsqu'il est de sexe féminin. Il consiste à faire boire des décoctions et certains aliments à la mère, qui favorisent l'écoulement rapide du mauvais lait et son remplacement par du bon lait consommable par l'enfant.

### 7.2.3 Qualité des repas : riches en fer, en vitamine et variés ?

La plupart des femmes enceintes avouent ne pas changer d'habitudes alimentaires pendant la grossesse sauf pour celles qui sont malades et qui manquent d'appétit. A Mayahi Sabongari, des femmes non scolarisées ont signalé qu'elles mangent « des aliments légers et un peu liquide tels que le *fura*, *sala* (), des feuilles vertes bouillies (accompagnées de pâte d'arachide)

#### 7.2.3.1 Repas riche en fer ?

Les femmes enceintes mangent presque toutes le *tuwo* (pâte de mil ou de sorgho) accompagné d'une sauce de feuilles de baobab séchées ou de *yodo*<sup>32</sup> (plante sauvage). La sauce ne comporte pas de viande. Elle est composée d'eau, de *soumbala*, du sel (ou de cube Maggi) et de la poudre de baobab ou de *yodo* (gluante). Elles apprécient cette « sauce pour femme en grossesse » ; elles pensent qu'elle contient des vitamines (« *bitamine* ») sans préciser lesquelles.

La plupart des femmes disent être fatiguées (asthénie ou fatigue générale), signe d'absence ou d'insuffisance de fer dans le corps de la mère. En effet l'alimentation des femmes est très pauvre en fer. Certes elles mangent des feuilles vertes bouillies ou en poudre, mais ces feuilles perdent leur teneur en fer au contact des ultraviolets parce qu'elles sont séchées au soleil. Elles ne savent pas que l'anémie dont elle souffre réduit la résistance aux infections et les expose à un risque de décès lors de l'accouchement selon les scientifiques.

---

<sup>31</sup> Les femmes de Salifaoua (dit Guidan Salifou) ont cité aussi une feuille dénommée *Rama* qui provoque *kai-kai*. Or *rama* serait du chanvre (les femmes en consomment-elles ? si oui, à quels moments et pourquoi ?)

<sup>32</sup> *Yodo* est une plante gluante qui nettoierait le bébé et faciliterait l'accouchement.

Il n'y a pas ou peu de stock de fer dans le corps (voir alimentation des jeunes filles en âge de procréer).

De plus, l'apport complémentaire en fer intervient seulement à partir du 6ème mois de grossesse même quand la femme commence la CPN avant. Plusieurs explications possibles à cette prise tardive de fer :

- Dans la tradition, les trois premiers mois de grossesse sont à risque (l'enfant n'est pas encore formé, solide, il est à l'état liquide) et donc on ne prend pas de médicament (au risque d'avorter, surtout lorsqu'on ne sait pas les effets secondaires de ces médicaments). Ainsi, même lorsqu'on oblige les femmes au CSI à prendre du fer, même si elles l'achètent (ce qui est rare), elles en diffèrent la consommation, elles attendent la période « normale » de traitement prévue par la tradition, c'est-à-dire à partir du sixième mois où on pense que le risque d'avorter est passé.

A partir donc du sixième mois de grossesse (7ème pour quelques femmes), commence les traitements pour la grossesse. La femme boit de la tisane (*bauri*) appelée *Hano*<sup>33</sup> et/ou du *Goujiya Kassa* (arachide de terre) pour éliminer le sucre dans le corps de la mère. Ces tisanes provoquent des urines fréquentes chez la femme enceinte (élimination du sucre à travers les urines). *Hano* est aussi utilisé à la même période, pour prévenir les douleurs au cours du travail le jour de l'accouchement (cette tisane est censée atténuer la douleur ce jour-là).

A cette même période de traitement, les grands-mères du bébé à naître (les belles-mères ou mères) encouragent les femmes enceintes à consommer moins de sel pour éviter d'attraper la maladie parfois mortelle dénommée « *Borin Guichiri* »<sup>34</sup> lors de l'accouchement. Selon elles, l'hypercalcémie peut conduire à cette maladie traduite par « crise d'éclampsie » par les personnels de santé. *Borin Guichiri* peut même conduire à la césarienne ; on le reconnaît sur la femme en grossesse lorsque son corps gonfle, son poids double etc.

- Certaines femmes répugnent les effets secondaires des médicaments ; effets secondaires que les agents de santé n'expliquent pas au préalable.
  - Mauvais goût du fer (avec une certaine sensation à la bouche)
  - Désagréable odeur qui selon certaines femmes enceintes « *donne le vertige et fait vomir* » (Mayahi Sofoua)
  - Constipation, Nausée, Etc.

Il y a aussi des femmes enceintes qui ne fréquentent pas les centres de santé pour la CPN (soit par manque de moyens, soit à cause de la distance ou encore parce qu'elles refusent les soins modernes ou bien le mari ne veut pas) et donc qui n'ont pas accès à l'apport complémentaire en fer.

#### 7.2.3.2 Repas riche en vitamine ?

Toutes les femmes interrogées savent ce qui est recommandé pour la femme enceinte (viande, œuf, lait, légumes, fruits, haricot, poisson, ...) mais elles ont signalé pour la plupart que leur alimentation dépend du mari ; c'est l'une des raisons pour lesquelles il est

---

<sup>33</sup> *Hano* est un arbre de la famille des Buséracées

<sup>34</sup> *Borin* = transe, possession par un esprit, *guichiri* = sel : *Borin Guichiri* serait une sorte de crise de possession par un esprit. Utilisé pour la femme enceinte, ce terme désigne des convulsions qui seraient provoquées par la forte consommation de sel.

informé tôt de la grossesse afin qu'il se prépare pour les frais engendrés par la grossesse aussi bien pour les soins de santé que pour l'alimentation. Il est permis que l'alimentation de la femme enceinte change car la femme a des envies commanditées par l'enfant qu'elle porte ; étant donné que les femmes cachent leur grossesse au premier trimestre (jusqu'à ce qu'elle commence à être visible), le financement officiel de leur alimentation par le mari commence après le premier trimestre<sup>35</sup>. Elles disent qu'elles manquent de moyens pour s'en procurer (ces femmes sont toutes ménagères, certaines mènent de petites activités telles que *dan dakaou* (piler le mil), *sousouka* (déglumage), petite restauration (vente de beignets, de galettes, de tuwo, de niébé mélangé au riz, ..)

La majorité des femmes consomme *fura* léger et sans lait et sans sucre. Elles estiment que *fura* concentré favorise l'ulcère d'estomac et l'odeur du lait leur donne la nausée.

**Tableau 40 : Rappel de 24 heures d'une femme enceinte de 9 mois à Dan Abdalah (Madarounfa)**

Elle a entre 20 et 29 ans, 6 grossesses, 4 naissances vivantes

Heure	Aliment consommé	ingrédients
7 h	<i>Fura</i>	Mil, eau
12 h	<i>Fura</i>	Mil, eau
14 h	<i>kopto</i>	Tourteau, sel, feuilles bouilles de Moringa
21 h	<i>Fura</i>	Mil, eau

Quelques femmes du milieu urbain (Maradi ville et Mayahi Sofoua) et du village de Kanabakaché<sup>2</sup> mangent de la viande, du foie et des fruits tels que la banane et les oranges. Elles auraient été conseillées par les agents de santé et les sages-femmes sur l'importance de la consommation de ces aliments. En général, les femmes scolarisées suivent beaucoup plus ces conseils que celles qui ne le sont pas.

Au quartier Ali Dan Sofo de Maradi ville, les femmes enceintes mangent des repas plus diversifiés avec des légumes (carottes, choux, courges, ...). Contrairement aux autres sites, elles ont cité des aliments riches en vitamine A, en protéines animales, ... Elles mangent peu de céréales (2.33/jour), c'est la proportion la plus faible de l'ensemble des sites, elles mangent des oeufs, de la viande.

**Tableau 41 : Rappel de 24 heures d'une femme enceinte de 3 mois à Ali Dan Sofo (quartier de Maradi ville)**

Elle a 3 mois de grossesse, scolarisée, 8 grossesses dont 5 vivantes, elle a environ 30 ans et elle est nourrit par elle-même bien qu'elle soit mariée, elle fait le petit commerce de kopto

Heure	Aliment consommé	ingrédients
7 h	<i>Fura</i>	Mil, eau

<sup>35</sup> Lorsque la grossesse est visible, la société tolère que la femme enceinte mange un repas autres que les autres membres de la famille. Mais avant, personne ne pardonnerait qu'elle mange un autre plat surtout si elle ne le partage pas avec le voisinage familial immédiat. La visibilité de la grossesse justifie certaines faveurs.

10 h	<i>Pain avec omelettes + l orange</i>	Farine de blé, œufs, huile, sel Orange
13h	<i>Riz sauce tomate</i>	Riz, tomate, viande, huile, oignon, courge, carotte, arôme Maggi
15 h	<i>kopto</i>	Tourteau, sel, feuilles bouillies de Moringa
21 h	<i>Tuwo sauce baobab</i>	Mil, eau, feuilles séchées de baobab, huile, viande pilée, soubala

### 7.2.3.3 Des Aliments variés ?

La plupart des femmes enceintes mangent rarement des fruits, légumes, produits animaux, ...

**Tableau 42 : Fréquence moyenne des repas et qualité des aliments consommés par les femmes enceintes**

		céréales	Gras	Fruits	Légumes	Lait entier	Lait écrémé	Viande, poisson, œufs	Légumineux	Nombre de repas/j en moyenne
<b>Recommandations en nombre de portions</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1+</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4-5</b>
<b>Maradi ville</b>	<b>Bagalam</b>	2.2	1.66	0.1	1		0.8	0.8	0.7	3.8
	<b>Ali dan Sofo</b>	2.33	2	0.33	1.33		0.66	0.5	0.5	3.3
<b>Madaroufa</b>	<b>Safo</b>	3.33	1.33	0	1	0	1	0.33	0.66	3.33
	<b>Dan Abdalah</b>	3.2	1.2	0	0.8	0	0.7	0	1.6	4
<b>Tessaoua</b>	<b>Chabaré</b>	4	0.6	0	1.2	0	0.4	0	0.4	4.2
	<b>Gourajé</b>	4.6	0.4	0.4	0.4	0	2.2	0	0.6	5.2
<b>Mayahi ville</b>	<b>Sofoua</b>	3.9	2.1	0.1	1.4	0	1	0.4	1.4	5.2
	<b>Sabon Gari</b>	4.3	1.2	1.1	0	1.4	0.2	0.9	0.1	5
<b>Mayahi rural</b>	<b>Dan Koulou</b>	4.2	1.4	0.6	0	0.2	0.6	1	0.2	4.6
	<b>Kanabak aché</b>	4.2	2	0	1.4	0	2	0	1	5.4
<b>Dakoro</b>	<b>Zongo Bilbizo</b>	4.6	0.4	0	1	0	3.2	0	0.2	5
	<b>Guidan Salifou</b>	3.8	1	0	1	0	1.4	0	1.2	4.6
<b>Total</b>		44.6	15.2	2.6	10.53	1.6	14.1	3.9	8.5	53.6
<b>Moyenne</b>		<b>3.7</b>	<b>1.26</b>	<b>0.21</b>	<b>0.8</b>	<b>0.13</b>	<b>1.17</b>	<b>0.3</b>	<b>0.70</b>	<b>4.4</b>

Il n'y a pas d'aliments spécifiques à Dan Koulou en dehors du *fura*, du *tuwo* et du niébé.

Elles affirment manquer de moyens financiers ; elles ne peuvent pas en acheter pour elles seules (méchanceté) mais pour elles et les enfants et même l'entourage. A Maradi ville par contre (Ali Dan Sofo et Bagalam), quelques femmes enceintes, conseillées par les agents de santé et dont le mari a les moyens, prétendent manger de la viande trois fois par semaine, de la pomme chaque jour, et de la banane une à deux fois par semaine.

## 7.2.4 Grossesse et travail physique

En raison de leur état de grossesse, il est recommandé aux femmes enceintes de diminuer la charge de travail pénible et assurer une longue durée de sommeil. C'est le comportement recommandé 3.

### 7.2.4.1 Moins de travail pénible ?

Les femmes de Chabaré (Tessaoua) ont enregistré les conseils suivants : « *éviter de porter de lourdes charges, éviter les travaux pénibles qui peuvent entraîner la souffrance de la mère et aussi de l'enfant qui est dans le ventre ; ça peut même conduire à l'avortement ou mort-né* »

Toutes les femmes enceintes auraient préféré travailler moins ou pas du tout, les premiers mois de la grossesse parce qu'elles se sentent fatiguées et malades. Mais aucune ne met ce souhait en pratique (sauf pour maladie grave, maladie qui immobilise). Celles qui ont encore des champs et qui en ont l'autorisation (non claustrées), préfèrent y travailler afin que la récolte commercialisée leur servent à acheter des vêtements pour elles et leurs enfants, participer aux cérémonies sociales (*Biki* ou *bukki* selon les interlocutrices), et surtout, préparer la layette de l'accouchement (achat de meubles pour décorer la maison lorsque les PAC (parents, amis et connaissances) viendront saluer, etc.

Travailler pendant la grossesse, c'est montrer son courage à « supporter » une grossesse ; c'est aussi une manière de cacher la grossesse non visible (c'est briser l'image populaire ou générale selon laquelle la femme enceinte est douillette, fragile, malade).

Elles auraient voulu se reposer vers la fin de la grossesse mais la tradition veut qu'on travaille en ce moment ; c'est une forme d'exercices afin de faciliter l'accouchement : l'enfant bougerait beaucoup et chercherait rapidement la sortie du ventre (« *l'enfant sort plus facilement et le travail ne dure pas* »).

Ainsi, elles vaquent à leurs occupations quotidiennes : piler le mil, aller au champ, faire la corvée d'eau, donner la paille aux animaux, préparer le repas, .... Des activités qui exigent parfois des niveaux élevés d'énergie (Kanabakaché2, Gourajé, Bilbizo). Les femmes enceintes qui ont un emploi, n'arrêtent pas non plus le travail au bureau mais ce sont des servantes qui font les travaux domestiques. Les servantes remplacent aussi quelques femmes scolarisées pour les travaux à la maison (surtout à Maradi ville). Lorsqu'elles rentrent à la maison, elles ont le temps de regarder la télévision, de se promener.

### 7.2.4.2 Plus de temps de sommeil ?

Elles dorment peu pour la plupart, surtout en milieu rural, car elles travaillent jusque tard dans la nuit et se réveillent tôt. Elles estiment bénéficier de 5 heures à 6 heures de temps de repos et de sommeil (Gourajé, Kanabakaché, Safo) pour la majorité et entre 8 et 12 heures pour des femmes en milieu urbain (des enseignantes de Maradi ville, des scolarisées de Bagalam et une minorité de femmes enceintes de Mayahi). Certaines utilisent une partie du temps de repos pour aller à l'école coranique de nuit.

### 7.3 CONCLUSIONS SUR LA NUTRITION DES FEMMES ENCEINTES

On constate que les femmes des zones rurales de Dakoro et Tessaoua mangent plus fréquemment que celles du milieu urbain de Maradi mais ces repas ne sont pas diversifiés (que du mil) ; à Zongo Bilbizo (Dakoro) par exemple, *fura* est consommé aussi bien comme repas que comme goûter. Les femmes enceintes consomment peu de sauce. Elles boivent beaucoup plus de lait.

L'alimentation des femmes enceintes des zones rurales de ces deux départements (Dakoro et Tessaoua) est également peu riche en fer et en vitamine. Par contre en ville à Maradi (Bagalam, Ali Dan Sofo) et à Mayahi (Sabongari) et en milieu rural non enclavé de Mayahi (Kanabakaché), de Tessaoua (Chabaré) et de Madarounfa (Safo) les aliments consommés par les femmes sont plus diversifiés. On peut en déduire que l'accessibilité géographique est déterminante dans l'alimentation des femmes enceintes.

On a également constaté que l'accessibilité financière de ces femmes influence aussi leur alimentation ; généralement, l'homme fournit les céréales (le repas principal) et c'est la femme qui fournit les « goûters » qui ne sont pas *fura* ou *kunu* (galettes, beignets, feuilles bouillies, etc.) comme c'est le cas à Bagalam. Les femmes enceintes qui exercent des activités génératrices de revenus se prennent alors mieux en charge que celles qui dont toute l'alimentation dépend du mari ; 51% parmi elles gagnent moins de 500F/semaine, 28% ont entre 500 et moins de 1000F/semaine, 7% gagnent entre 1000 F et 5000 F/semaine, 3% ont plus de 5000 F.

Certaines femmes enceintes ont indiqué que c'est parfois leurs parents (lorsqu'ils résident sur le même site) qui contribuent à varier leur alimentaire ou bien leurs voisines (lorsqu'elles entretiennent des relations de sociabilité). Le capital social contribue aussi donc à une meilleure alimentation de la femme enceinte.

La situation des primipares est encore plus préoccupante car elles dépendent presque entièrement de leur belle-mère en milieu rural, au nom de la tradition; c'est elle qui conseille les repas appropriés, c'est elle qui veille au respect des interdits et tabous alimentaires. En ville ou bien lorsqu'elles sont scolarisées (niveau secondaire), ces filles « sans expérience » arrivent parfois à contourner certaines règles.

## **CHAPITRE 8 : PRATIQUES NUTRITIONNELLES DES FEMMES ALLAITANTES : DES FEMMES ALLAITANTES<sup>36</sup> MAL NOURRIES**

### **8.1 RECOMMANDATIONS**

Il est recommandé aux femmes allaitantes de manger au moins 1 repas de plus par jour ou l'équivalent, une ration de nourriture plus importante, ou des goûters riches en fer, en protéine et vitamines car elles ont besoin d'environ 650 calories supplémentaires/jour.

### **8.2 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES ACTUELLES**

Dans la pratique, les comportements alimentaires de la mère sont fonctions des stades d'évolution de l'enfant ou de son âge. On peut toutefois les regrouper en trois grands stades ou périodes :

- de la naissance à la quarantaine : l'enfant est supposé fragile, exposé à certaines maladies, et la probabilité pour qu'il décède<sup>37</sup> serait importante ; c'est pourquoi à cette période on lui donne non seulement de l'eau pour étancher sa prétendue soif ; des femmes allaitantes disent même que « *si l'enfant ne boit pas de l'eau, cela peut provoquer une maladie dénommée Madiga* »<sup>38</sup>, dont les symptômes sont des maux de tête accompagnés de diarrhées chez l'enfant. *Madiga* serait une maladie probablement liée à la déshydratation et qui fait abaisser ou gonfler la fontanelle. La fragilité de l'enfant est aussi un motif pour lui faire boire des tisanes supposées favoriser sa croissance. Cette conception est l'une des causes de l'échec de l'allaitement maternel exclusif recommandé par l'OMS. Les résultats préliminaires de la dernière enquête EDSN/MICS-III Niger 2006 confirment bien que seulement 14% des enfants de 0-5 mois bénéficient de l'allaitement maternel exclusif, 63% boivent de l'eau en plus du sein, 2% d'autres liquides
- de la quarantaine jusqu'à trois/quatre mois lorsque l'enfant s'assoit ou apprend à s'asseoir ;
- après l'âge de trois mois (lorsque l'autonomie de l'enfant augmente : il « fait les quatre pattes », il marche, etc.). La société haussa conçoit que tout ce que consomme la mère passe dans le lait maternel, de l'alimentation de la mère va donc dépendre la croissance de l'enfant. C'est ce qui explique en partie, que la mère a un pouvoir absolu sur ses enfants à l'âge adulte ; une mère mécontente de sa fille ou de son fils peut le maudire seulement en invoquant son lait qu'il a bu lorsqu'il était petit. Après l'âge de trois mois, la mère commence à confier son enfant à une tierce

---

<sup>36</sup> Les chiffres et résultats dans ce rapport concernant cette cible sont ceux des mères d'enfants de 0 à moins de six mois (période déterminante pour l'allaitement maternel exclusif).

<sup>37</sup> Les résultats de l'enquête EDS-II 1998 du Niger confirment ce souci des femmes allaitantes. Selon cette enquête, sur 1000 naissances vivantes au Niger, 123 bébés meurent avant d'avoir atteint l'âge d'un an. Sur 1000 enfants ayant atteint cet âge, 172 meurent avant l'âge de 5 ans. La région de Maradi présente un taux élevé de mortalité infanto juvénile (108.4/1000).

<sup>38</sup> Focus group de femmes allaitantes d'enfants de 0 à moins de six mois à Guidan Salifou dit Salifaoua, dans le département de Dakoro.

personne, afin de vaquer à ses occupations. Or, scientifiquement, plus la mère se détache de l'enfant, moins il tète et moins il y a lactation (ce sont les tétées qui stimulent la production de lait). Et pourtant, c'est l'âge où les enfants font une poussée de croissance, mangent donc plus. Mais puisque qu'elles ont la sensation de ne pas avoir du lait en quantité suffisante pour l'enfant, certaines mères commencent l'alimentation complémentaire (précoce) au lait maternel.

### **8.2.1 Quantité et fréquence des repas déterminées par l'âge de l'enfant**

La fréquence et la quantité des repas diminuent au fur et à mesure que se fait la croissance physique de l'enfant.

Elles sont plus importantes dans les quarante premiers jours de l'accouchement (entre 6 et 10 repas/jours) car au nom de la sociabilité, parents, amis et connaissances apportent de la nourriture à la femme.

Elles commencent à baisser jusqu'à l'âge de trois mois ; après la quarantaine les dons de nourriture à la nouvelle maman diminuent mais le ménage a en principe obligation d'assurer quelques repas de plus pour l'alimentation de la femme allaitante, plus que ceux que mangent le reste de la famille.

Lorsque l'enfant commence à devenir autonome, la mère lui donne d'autres aliments ; la fréquence de son alimentation à elle diminue considérablement car elle est « contrainte » de manger « normal » comme les autres membres du ménage ou de la famille. Dans certaines familles pauvres, la femme allaitante perd ses « privilèges » de repas fréquents dès la quarantaine, elles sautent donc l'étape intermédiaire (40j-3/4mois) pour consommer le repas normal sauf si elle a des revenus propres à elles (ou grâce à un parent), qu'elle peut continuer l'alimentation recommandée par la société.

Les femmes allaitantes de Dan Koulou mangent assez fréquemment (5.4 fois/par) ; toutes mangent au moins 5 fois par jour et certaines jusqu'à 6 fois. Celles de Guidan Salifou, zone rurale enclavée de Dakoro ne mangent que 4.6 fois par jour. Les femmes de Bagalam mangent en moyenne 4.6 fois/jour contre 6.6 fois/jour pour les femmes de Zongo Bilbizo, 6.2 fois au quartier Ali Dan Sofu de Maradi et 4 pour celles de Chabaré (Tessaoua) et Safo deux zones non enclavées dont l'une (Safo) est proche des villes de Madarounfa et Maradi. Les femmes de Mayahi Sofoua, quel que soit l'âge de leur enfant, battent le record en fréquence de repas (6.42) mais c'est essentiellement du mil. Elles sont suivies par leur consœurs de la même ville mais du quartier Sabongari (6.33). Par ordre d'importance, les femmes de la ville de Mayahi mangent plus fréquemment et à des intervalles réguliers (elles dépassent même le nombre de repas recommandés (4-5) ; celles de Kanabakaché mangent un peu moins (5.5).

En général, la fréquence des repas répond aux normes scientifiquement recommandées. C'est la qualité des repas qui pose problème sur tous les sites.

### **8.2.2 Qualité des repas : du mil à volonté**

Elle dépend de l'âge de l'enfant. A la naissance (période d'accouchement), les femmes reçoivent des repas de toute part. Ainsi, une mère d'enfant de moins d'un mois, interrogée à Mayahi Sofoua dit qu'elle mange 8 fois/jour à des moments répartis comme suit dans le tableau ci-après qui indique aussi les aliments consommés :

**Tableau 43: Rappel de 24 heures d'une mère d'enfant de moins d'un mois**

Heure	Aliment consommé	Ingrédients
3 h	<i>Kunu</i>	Mil+eau
6 h	<i>Kunu</i>	Mil+eau
8 h	Reste de <i>Tuwo</i> +sauce de la veille	Maïs + Eau+sel+soumbala+ feuilles d'herbacée ( <i>ceratothera sesamoïdes</i> <sup>39</sup> ) +cube aromatisant (« <i>romagi</i> » pour dire arôme Maggi)
10 h 45	<i>waké da chikafa</i>	Haricot+riz+huile, sel
11 h	<i>Kunu</i>	Mil+eau
16 h	<i>Kunu</i>	Mil+eau
19 h	<i>Tuwo</i> + sauce yodo	Maïs+ Eau+sel+soumbala+ feuilles d'herbacée ( <i>ceratothera sesamoïdes</i> ) + cube aromatisant (« <i>romagi</i> » pour dire arôme Maggi)
23 h	<i>Kunu</i>	Mil+eau

La qualité des repas dépend aussi du respect ou non des interdits alimentaires réservées aux femmes allaitantes. Bien qu'il n'existe scientifiquement pas d'aliments particuliers que la mère devrait éviter, il est traditionnellement (selon la conception haoussa) déconseillé aux femmes allaitantes de manger de la viande et des fruits comme la mangue, l'orange considérés comme des aliments qui retardent ou diminuent la lactation. Elles pourraient avoir la maladie dénommée « *Zahi* » qui selon les cas, est liée au sucré ou au chaud son contraire est *sanyi* (fraîcheur)). Les femmes allaitantes n'ont donc pas de régime alimentaire équilibré, pas d'alimentation diversifiée. Les pères d'enfants de 0 à 5 ans de Mayahi Sabongari pensent que ces tabous pourraient être levés si eux avaient de l'argent car c'est eux qui paient ou doivent payer.

Si les femmes respectent ces interdits en milieu rural, en ville, des femmes enfreignent ces règles (sous-tendues par la volonté d'augmenter la lactation). Au quartier Ali Dan Sofo de Maradi, pratiquement toutes les femmes allaitantes interrogées, mangent de la viande ou des protéines animales (2 portions sur les 2 recommandées) telles que les œufs ; c'est une pratique courante chez les femmes exerçant un emploi ou scolarisées. Elles mangent en revanche peu de légumineux ou protéines végétales (0.6 portions/jour). Ces femmes mangent également une portion un peu élevée en légumes (2.8/jour) ; elles ont déclaré manger des courges, des carottes, etc.).

Plusieurs femmes allaitantes ont signalé avoir la cécité crépusculaire (*dundumi*) mais ne savent pas que c'est lié à la carence en vitamine A.

Pour parer à l'insuffisance ou à la sensation d'insuffisance de lait maternel, il est conseillé à la femme allaitante de Gourajé de manger du haricot ou de la bouillie de mil préparée avec du natron. Des mères de Dan Abdalah boivent la « boule » non cuite (*fura*) parfois mélangée ou associée à une tisane (*bauri*) dénommée « *Sabara* ». Sur le site de Safo (Madarounfa), la femme mange du riz (pas bien cuit) comme lactogène.

Les femmes de Dan Koulou pensent ne pas avoir assez de lait parce qu'elles ne mangent pas bien : elles boivent beaucoup de bouillie (*kunu*), peu de « boule » (*fura*) tous les jours

<sup>39</sup> *ceratothera sesamoïdes* est le nom scientifique de Yodo ou yaddo selon les zones.

et mangent du *tuwo* quelques rares fois. La bouillie de mil est considérée comme un remède pour palier l'insuffisance de lait ou pour favoriser la montée de lait. C'est pourquoi, le mil est leur aliment de base les six premiers mois de la grossesse ; elles consomment en moyenne 5.6 portions de céréales/jour au lieu 5, recommandé. Elles ne mangent pratiquement pas de viande. Une seule a déclaré avoir mangé de la protéine végétale (le niébé) la veille. Quant aux femmes de Mayahi Sofoua, ce sont les céréales qui constituent le principal aliment (6 portions par jour) ; il y a très peu de 2.14 portions de légumes, 0.42 de légumineux et seulement 0.14 de viande et protéines animales (le lundi, jour de marché). Les femmes allaitantes du quartier Sabongari mangent peu de mil (4.66) par rapport à celles de Sofoua (6) mais elles consomment plus l'huile (2) même si c'est en deçà de la quantité recommandée (3). A Kanabakaché dans le même département, les femmes consomment 5.5 portions de céréales, 1.5 d'huile, 1.5 de légumes et 0.5 de protéines animales. Elles ne mangent pratiquement pas de viande, respectant ainsi cet interdit alimentaire.

L'insuffisance de lait est un gros problème pour les femmes allaitantes. En plus d'autres raisons (soif de l'enfant, constipation de l'enfant, protection de l'enfant contre les sorciers, ...), c'est l'une des raisons qui conduit à ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Les résultats préliminaires de la dernière enquête MICS/EDSN (2006) montrent qu'un peu plus des 2/3 des femmes ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif, elles leur donnent de l'eau pour étancher la soif, et/ou des tisanes (fortifiantes, protectrices, ...). Or en arrêtant de gaver le bébé avec de l'eau et des tisanes, la lactation se produirait normalement lorsque l'enfant allaite jusqu'à satiété et arrête lui-même la tétée ; il profiterait ainsi autant du « premier lait » (dans la partie avant du sein) qui contient déjà beaucoup d'eau, que du lait dans la partie arrière du sein qui contient des matières grasses riche en vitamines et autres nutriments (mais que les femmes considèrent comme du lait chaud donc anormal). De plus, des études montrent que les fréquentes et intenses tétées pendant les six premiers mois de l'accouchement font retarder la reprise de l'ovulation et par conséquent diminuent le risque de grossesse pour la femme allaitante. C'est un bon moyen de l'espacement des naissances dans la mesure où la femme semble protégée par les effets hormonaux de l'allaitement maternel (fréquent et exclusif).

A Guidan Salifou, les femmes allaitantes ne mangent que de la « boule » (*fura*). Le mil occupe une place prépondérante dans leur alimentation (4.2). Elles ne consomment pas d'huile, peu de légumes (0.8), peu de protéines végétales (0.4). Dans le même département, mais en zone moins enclavée, les femmes de Zongo Bilbizo, elles, consomment beaucoup de céréales (6.33), d'huile (1.33) mais moins de légumes (0.66).

Les femmes allaitantes de Safo, proches de deux villes que sont Maradi et Madarounfa, ont un repas diversifié comme celles de la ville: riz gras ou mélange haricot-riz, « *maca* », etc. Celles de Chabaré, bien qu'étant en zone non enclavée mangent seulement 4.25 fois/jour des repas sans viande, peu d'huile (1.25/j), peu de légumes (1.25/j) et peu de lait (1/j).

Au quartier Bagalam à Maradi ville, les femmes allaitantes diversifient leur repas. Elles mangent de la farine de manioc (« *gari rogo* »), du taro (*mankani*), de la viande (0.62 portions), des légumineux (1.5 portions)... Au lieu de *tuwo* accompagné de sauce le soir comme dans les milieux ruraux, certaines mangent du riz. Ainsi, elles mangent moins de céréales (3.75 portions/jour). L'huile est plus utilisée dans les mets qu'elles concoctent (2.6

portions), les légumes également (1.87). Mais ces portions demeurent en dessous des moyennes recommandées soit respectivement 5 pour les céréales, 3 pour les matières grasses, 4 pour les légumes, 2 pour les protéines animales et/ou végétales).

**Tableau 44 : Tableau comparatif sur fréquence moyenne des repas et qualité des aliments consommés par les femmes allaitantes d'enfants de moins de 6 mois**

		céréales	Gras	Fruits	Légumes	Lait entier	Lait écrémé	Viande, poisson, œufs	Légumineux	Nombre de repas/j en moyenne
<b>Recommandations en nombre de portions</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1+</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4-5</b>
<b>Maradi ville</b>	<b>Bagalam</b>	3.75	2.6	0	1.87		0.25	0.6	1.5	4.6
	<b>Ali dan Sofo</b>	4.4	1.6	0.4	2.8	0	1	2	0.6	6.2
<b>Madarounfa</b>	<b>Safo</b>	4	1.3	0	1	0	1.3	0	0.66	4
	<b>Dan Abdalah</b>	3.66	0	0	1.66	0	0.66	0	0.66	4
<b>Tessaoua</b>	<b>Chabaré</b>	4	1.25	0	1.25	0	1	0	1	4.25
	<b>Gourajé</b>	4	1.5	0	0.75	0	1.5	0.25	0.5	4.5
<b>Mayahi ville</b>	<b>Sofoua</b>	6	0.14	0	2.14	0	0	0.14	0.42	6.42
	<b>Sabon Gari</b>	4.66	2	0	1	0	1	0.33	1.66	6.33
<b>Mayahi rural</b>	<b>Dan Koulou</b>	5.6	0.4	0	1.8	0	0	0	0.2	5.4
	<b>Kanabak aché</b>	5.5	1.5	0	1.5	0	0	0	0.5	5.5
<b>Dakoro</b>	<b>Zongo Bilbizo</b>	6.33	1.33	0	0.66	0	0	0	0.33	6.6
	<b>Guidan Salifou</b>	4.2	0	0	0.8	0	0	0	0.4	4.6
<b>Total</b>		56.1	13.62	0.4	17.23		6.7	3.32	8.43	62.4
<b>Moyenne</b>		<b>4.67</b>	<b>1.13</b>	<b>0.03</b>	<b>1.4</b>	<b>0</b>	<b>0.55</b>	<b>0.27</b>	<b>1.42</b>	<b>5.2</b>

### 8.3 CONCLUSION SUR LA NUTRITION DES FILLES, FEMMES ENCEINTES ET FEMMES ALLAITANTES - QUELQUES FACTEURS

## **DETERMINANTS DANS L'EVOLUTION DE LA SOUS-ALIMENTATION DES FILLES ET DES FEMMES : UNE PAUPERISATION PROGRESSIVE ET SILENCIEUSE, DES STRATEGIES STRUCTURELLES**

Qu'est-ce qui fait la différence de pratiques ? Quels sont les facteurs sous-jacents à ces comportements ?

### **8.3.1 Différences entre cibles : repas plus fréquents pour les femmes allaitantes et plus variés pour les filles**

En comparant la fréquence moyenne des repas et la qualité des aliments consommées par les trois cibles, on constate que, au nom de la lactation, les femmes allaitantes mangent plus fréquemment (5.2 fois/jour) que les femmes enceintes (4.4) et les filles (3.9). Dans les croyances, on pense que la lactation dépend de l'alimentation de la femme ; c'est pourquoi, les grands-mères, les belles-mères, et les mères<sup>40</sup> encouragent la fréquence des repas. Elles ont aussi le souci de l'insuffisance du lait, la peur que l'enfant ne tète pas à sa faim ; alors elles interdisent aux femmes de manger tout ce qui pourrait ralentir ou bloquer la montée de lait (viande, fruits, ..) et imposent la consommation accrue de mil sous forme de bouillie (*kunu* et *tukudi*) ou de « boule » délayée (*fura*).

En termes de qualité, les filles consomment des repas de bien meilleure qualité, plus équilibrés, plus variés que les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Les filles exercent presque toutes une activité rémunératrice dont l'argent permet de manger (discrètement) dans ou hors de la maison, loin des regards et des parents et d'autres personnes.

Par rapport au niveau d'éducation, il n'y a pas grande différence entre les analphabètes et celles qui sont restées au cycle primaire. On note toutefois que, les filles qui fréquentent actuellement l'école, mangent plus de goûters que celles qui ne sont pas scolarisées. L'école est un prétexte pour les parents pour donner de l'argent de poche aux filles. La différence de pratiques s'observe par contre avec les filles du niveau secondaire ; elles comprennent mieux et appliquent les conseils des agents de santé malgré tout de même l'influence de leur mère ou belle-mère : elles essaient de diversifier leur alimentation.

Les restrictions culturelles qui entourent le régime alimentaire de la fille, de la femme enceinte (elle ne mange pas de poisson, elle ne mange pas de la viande de chameau sinon « l'enfant ne sortira pas rapidement le jour de l'accouchement ») et de la femme allaitante limitent parfois la disponibilité de nourriture supplémentaire pour ces cibles.

### **8.3.2 Différences entre départements ou entre zones**

Pour rappel, à partir d'une comparaison d'ensemble, on remarque que la situation alimentaire n'est pas du tout reluisante dans la plupart des zones enclavées Dan Abdalah à Madarounfa, Gourajé à Tessaoua, Dan Koulou à Mayahi, Guidan Salifou dit Salifaoua à Dakoro. Elle est meilleure dans les quartiers urbains où Sabongari et Sofoua (Mayahi) arrivent en tête. Suit ensuite Ali Dan Sofo. Bien qu'étant en ville, les filles et femmes du quartier de Bagalam sont moins bien nourris aussi bien en quantité, en fréquence et en

---

<sup>40</sup> Intensifier les messages en leur direction

qualité des repas. Si la disponibilité quasi permanente des aliments constitue un atout pour les femmes de la ville, le niveau d'éducation<sup>41</sup> et la taille<sup>42</sup> des ménages à Bagalam<sup>43</sup>, confinent les femmes de ce quartier au dernier rang (c'est un quartier traditionnel).

Le département de Tessaoua (Gourajé) est plus pauvre ; les filles et femmes mangent même du son. C'est également une zone d'émigration. Le département de Madarounfa (Dan Abdalah) est caractérisé par l'exode des hommes au Nigeria (Koné, M. 2006b). Les femmes du département de Mayahi (surtout les quartiers urbains et le village non éloigné de Kanabakaché) ont un meilleur état nutritionnel aussi bien en quantité qu'en qualité. Dans le département de Dakoro, l'alimentation est peu variée pour toutes les cibles. La présence rapprochée et quotidienne d'éducatrices nutritionnelles<sup>44</sup> de l'UNICEF (Safo), de certaines ONG (Save the children et HELP) dans le département de Mayahi constituent un atout pour ces zones.

Les femmes allaitantes en milieu urbain diversifient plus leur alimentation (association haricot/riz, mil, ...) que celles du milieu rural confinées à la consommation de mil.

Grosso modo, il ressort de l'enquête que les éléments suivants modifient les pratiques alimentaires :

La répartition intrafamiliale de l'alimentation : il y a une répartition sexuée des repas. Les filles mangent avec leur mère, les garçons avec le père. Or généralement, la meilleure partie des repas est offerte à l'homme parce que c'est lui le chef de famille (par exemple, sa « boule » (*fura*) est moins diluée que celle du reste de la famille (les femmes, les filles et les petits enfants qui souhaitent manger avec leur mère) ; s'il y a de la viande dans la sauce, le mari est prioritaire pour la consommation (avant même les enfants). La tradition encourage que la femme se prive pour l'homme.

La répartition intrafamiliale de la production en milieu rural : dans certains ménages, le contenu du grenier ou une partie, est vendu afin de permettre aux hommes et aux bras valides de partir en exode. La plupart des zones de Maradi et surtout celles frontalières du Nigeria tels le village de Dan Abdalah à Madarounfa ou Dan Koulou à Mayahi et Gourajé à Tessaoua, se vident de leurs bras valides à certaines périodes de l'année : les migrations saisonnières qui étaient des stratégies en période de soudure durant la saison sèche (Grégoire, E., 1986), font désormais partie intégrante des stratégies de vie des ménages, en toute saison depuis la crise alimentaire 1984 désignée sous le vocable de El Bohari<sup>45</sup>; c'est l'une des premières stratégies mises en oeuvre - en particulier par les ménages les plus vulnérables - pour faire face à l'insécurité alimentaire. Ces migrations en toute saison

---

<sup>41</sup> Encourager la scolarisation des filles mais aussi et surtout, veiller à ce qu'il y ait moins de déchets scolaires parmi elles afin qu'elles atteignent au moins le niveau secondaire (87% des filles qui ne vont à l'école ont dit avoir été renvoyées).

<sup>42</sup> Il est intéressant de songer à des programmes intensifs de sensibilisation pour le planning familial, non seulement en vue de l'espacement des naissances mais aussi pour la limitation (!).

<sup>43</sup> C'est là que réside le chef de province de Maradi (un palais de fonction : tous les chefs de province s'y succèdent).

<sup>44</sup> L'approche communautaire est une réussite lorsque des femmes issues du milieu s'investissent dans la sensibilisation et dans la surveillance nutritionnelle.

<sup>45</sup> C'est le nom du président du Nigeria à cette époque. Il aurait décidé de fermer les frontières du Nigeria pour éviter l'invasion nigérienne sur son territoire, mais aussi pour éviter le commerce de denrées de première nécessité du Nigeria vers le Niger, suite au déficit vivrier cette année-là.

fragilisent la production agricole ; il y a une diminution de la force de travail sur les champs du ménage, et puisqu'on utilise peu ou pas du tout les intrants, il s'en suit une baisse de production (Koné, M. 2006a).

Aujourd'hui, l'exode des jeunes est la principale source de revenu des ménages ruraux vulnérables aussi bien en saison sèche qu'en saison des pluies mais l'argent ramené lors des migrations de saison sèche ne suffit plus à couvrir les besoins alimentaires de la saison pluvieuse. De plus en plus, l'exodant part plus d'une fois avec des durées de séjour variables (courtes depuis El Baré<sup>46</sup>).

Des chefs de ménage, au nom de l'honneur, n'hésitent pas à vendre lors des récoltes la production agricole organiser le mariage de leurs enfants ou pour se remarier eux-mêmes, quitte à vivre au quotidien par la suite, faisant ainsi basculer le ménage dans l'insécurité alimentaire. Ce qui reste de la vente de la production (pour exode ou pour mariage), est utilisé pour l'alimentation de ceux qui restent sur place (les femmes, les enfants et les vieilles personnes) : les femmes sont désormais la « sécurité sociale » dans les ménages pauvres.

Du fait de leur faible accès aux ressources foncières et de la restriction de leur mobilité, les femmes bien qu'elles se déclarent « ménagères » (femmes au foyer), exercent des activités génératrices de revenus (AGR), généralement autour de la restauration, la transformation des produits agricoles (galettes, bouillie, et autres mets cuisinés). Certaines pilent le mil pour d'autres femmes (*dan dakaou*) afin d'obtenir une rémunération financière ou en nature. D'autres travaillent dans les champs des autres (désherbage, sarclage, récolte, etc.). D'autres encore sont huilières, elles extraient de l'huile d'arachide qu'elles vendent sur le marché. L'élevage et l'embouche des petits ruminants font partie des activités génératrices de certaines femmes.

Le statut socio-économique de la famille ou du ménage et la répartition des revenus à l'intérieur du ménage :

Suite à une dégradation des stratégies et des conditions de vie des ménages (Koné M., 2006a, CARE International Niger et BARA/Université d'Arizona, 1997), il existe pratiquement peu de ménages qui n'achètent de la nourriture pour la famille lors de cette enquête ; l'autosuffisance alimentaire est un mythe dans plusieurs zones de production agricole où la situation foncière est précaire (l'absence de terres cultivables, exigüité des espaces cultivés (*èka*). Le commerce (petit ou grand) prend le pas sur les activités de production agricole.

La dégradation des conditions de vie a contribué ainsi réaménagement de certaines habitudes alimentaires aussi bien en qualité qu'en quantité. S'agissant de *fura* par exemple, son taux de dilution en eau (« *kara da roua* » : augmente avec de l'eau) et/ou en lait a augmenté dans certaines familles où on songe plus à remplir le ventre, à calmer la faim qu'à diversifier les aliments. Le nombre de repas diminue aussi selon le niveau de vulnérabilité des ménages

---

<sup>46</sup> *El Baré*, c'est la dénomination de la crise des années 90 (1996/1997 ou 1997/1998 selon les interlocuteurs) ; c'est le nom du président Baré Maïnassara, président du Niger à cette époque, la crise serait intervenue 2 ans après son accession au pouvoir.

Certes le niveau d'éducation est important dans l'amélioration de la qualité des repas mais le niveau socio-économique l'est également. A Ali Dan Sofo, 2 femmes scolarisées (niveau primaire) A et B dont les enfants ont pratiquement le même âge (3 mois), présente des régimes alimentaires différents : A est ménagère et son époux est dans le secteur informel (revenu irrégulier), B est ménagère, son époux est fonctionnaire (revenu régulier).

**Tableau 45 : Rappel 24 heures de la Femme A : mange 5 fois par jour, plus de céréales, pas de viande**

Heure	Aliment consommé	Ingrédients
8 h	<i>Koko</i>	Farine de mil, sucre, eau
12 h	<i>Riz Gras</i>	Riz, huile, sel, tomate, eau, arôme Maggi
15 h	<i>Kopto</i>	Moringa, sel, pâte d'arachide, oignon, piment, eau, arôme Maggi
17 h	Galettes	Farine de mil, huile, sel, oignon
20 h	<i>Tuwo avec sauce gombo</i>	Farine de maïs, eau, huile, sel, arôme Maggi, soumbala, gombo

**Tableau 46 : Rappel 24 heures de la Femme B : alimentation « équilibrée » avec viande, légumes, huile, fruit, jus de fruit**

Heure	Aliment consommé	Ingrédients
8h	<i>tukudi</i>	Farine de mil, lait
12h	<i>Riz avec sauce gombo</i>	Tomate, viande, soumbala, arôme Maggi, huile, sel, eau, gombo
16h	Jus de fruit (Foster Clark)	
16h 15	orange	
21 h	<i>Riz sauce gombo</i>	Tomate, viande, soumbala, arôme Maggi, huile, sel, eau, gombo
21h30	<i>Lait caillé sucré</i>	Lait, sucre
21h45	Viande grillée	

Un aspect important de la sous-alimentation est qu'elle est étroitement liée aux moyens financiers dont disposent les populations pour acheter de la nourriture. La plupart des pères reconnaissent qu'ils ne donnent à leur famille que ce qui est disponible : « *les filles tout comme les autres membres de la famille doivent manger ce que le chef de ménage offre comme aliment* » (focus group de pères au quartier Ali Dan Sofo de Maradi). Or parmi eux, il y a plusieurs exodants<sup>47</sup> ; finalement les filles sont à la charge de leur mère dont 65% sont des femmes au foyers (ménagères) n'exerçant que de petites activités génératrices de revenus autour de la petite restauration. 19% des mères sont commerçantes et seulement une est fonctionnaire ou agent de l'Etat. Ou bien quand ils ne sont pas en exode, 32% des pères « se débrouillent » pour trouver de l'argent ; ils exercent de petits métiers dans le secteur informel (chauffeur, blanchisseur, maçon, mendiant, tailleur, serveur, artisan, ...) ou bien ne travaillent pas du tout. 47% des pères sont agriculteurs (de

<sup>47</sup> (Les motifs des migrations de la campagne vers la ville ou vers d'autres pays sont multiples: pression démographique sur les terres agricoles; recherche d'un emploi ou d'un meilleur salaire;... Qu'elle soit saisonnière ou permanente, l'émigration ne manque pas de rejeter sur les femmes, les enfants et les personnes âgées le fardeau des tâches agricoles)

petits agriculteurs), 15% sont commerçants et seulement 6% sont fonctionnaires ou agents de l'Etat (infirmier, instituteur, ...).

**Tableau 47: Répartition des filles selon les catégories de profession déclarées de leur père**

Catégorie de profession de père déclaré	Pourcentage
Agriculteur/Éleveur	47%
Fonctionnaire	6%
Commerçant	15%
travailleurs du secteur informel	32%
	<b>100%</b>

Toutes les filles individuellement interrogées à Dan Abdalah (zone enclavée de Madarounfa), ont déclaré que leur père est agriculteur ; une agriculture qui n'est pas productive en raison de l'état de fertilité des sols. Certes ils produisent tous des céréales<sup>48</sup> mais ces productions couvrent à peine trois mois de l'année selon 57.09%<sup>49</sup> des femmes et filles interrogées par questionnaire. Le reste du temps, chaque père essaie de monnayer sa force de travail pour obtenir le pain quotidien. L'esprit mercantile (du fait de la proximité du Nigeria ?) développé chez la plupart des agriculteurs les conduit à vendre parfois toute leur production, quitte à acheter plus tard des céréales au jour le jour sur le marché. Ainsi l'indisponibilité des denrées alimentaires (les céréales surtout, base alimentaire de tous les ménages ruraux) contribue à une sous-alimentation des filles.

Certes officiellement seulement 15% des filles signalent que leur père est commerçant mais en réalité, ce nombre est plus important car même certains agriculteurs et/ou travailleurs du secteur informel, exercent une petite activité de commerce (tablier, ...) au titre de la diversification des activités rémunératrices, multipliant ainsi les chances d'avoir de l'argent. Les fonctionnaires eux, sont à la recherche de compléments de salaire grâce également l'exercice de certaines activités (...).

Qu'ils soient en ville ou en milieu rural, la plupart des ménages achètent des aliments. Certes cette pratique s'observe plus en milieu rural mais s'applique aussi au milieu rural.

L'insuffisance de revenus monétaires des parents affecte donc parfois le niveau nutritionnel des ménages ; ce qui explique d'ailleurs que 2/5 des filles de Dan Abdallah contribue à l'alimentation de l'ensemble de la famille et 2/5 aussi des filles se nourrissent elles-mêmes.

La taille des ménages est aussi un élément important dans la sous-alimentation des ménages. Il ressort en effet des questionnaires que le chef de ménage nourrit trop de personnes (67%<sup>50</sup> des ménages comprennent en moyenne 7 à 11 personnes voire plus)

<sup>48</sup> Les principales cultures de la région de Maradi sont par ordre d'importance : le mil (40%), le niébé (30%), le sorgho (22%), l'arachide (2%), le souchet (1%) et d'autres cultures (2%) dont le voandzou. Ces cultures sont pratiquées sur les 71.5% de terres agricoles que compte la région.

<sup>49</sup> 26% déclarent que le stock alimentaire couvre l'année et 16.91% n'ont pas répondu à la question.

<sup>50</sup> 10% des ménages comprennent 1 à 3 personnes, et 23% en comptent 4 à 6. Les ménages en milieu urbain sont de plus grandes tailles : 12.90% à Mayahi Sabongari, 12.68% à Ali Dan Sofo, 12.68% à Bagalam, et 12.47% à Mayahi Sofoua.

alors qu'il y a peu d'argent disponible pour l'achat des céréales ou pour la quantité de céréales produites.

## **CHAPITRE 9 : DES SUJETS PENDANTS A LA NUTRITION**

### **9.1 ACCES AUX SOINS**

#### **9.1.1 Recours aux soins des enfants de 6-24 mois**

Environ 74% des mères d'enfants âgés de 0 à moins de 6 mois ont déclaré avoir amener leur bébé en consultation. 72% en moyenne des mères d'enfants de 6-24 mois disent amener leurs enfants en consultation pour la surveillance de croissance et pour les vaccinations. En effet, il ressort que 73,97% des mères d'enfants âgés de 0 à moins de 6 mois ont déclaré avoir amener leur bébé en consultation, 68% des mères d'enfants de 9 à 11 mois, et 75% chez les mères d'enfants âgés de 12-24 mois (voir Tableau 48).

**Tableau 48 : Mères d'enfants âgés de 6 à 24 mois qui conduisent leur enfant en consultation pour la surveillance de croissance et pour les vaccins**

Catégories de réponse	Effectifs et pourcentages par groupe cible						Moyenne cumulée
	Mères 6-8		Mères 9-11		Mères 12-24		
	N	%	N	%	N	%	
Oui, j'amène mon enfant en consultation de pesée de bébé	54	73,97%	54	67,50%	60	75%	72,16%
Non, je n'amène pas mon enfant en consultation de pesée de bébé	19	26,03	26	32,50	20	25%	27,84%
<b>Total répondantes</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Une plus grande proportion des mères dans les villages isolés n'y va pas contrairement à la majorité des mères en milieu urbain ou celles des sites dotés d'un CSI.

L'utilisation des médicaments modernes reste pour beaucoup le deuxième choix. Elles essayent en premier lieu, les traitements dits traditionnels, et quand cela ne marche pas, elles vont au dispensaire.

#### **9.1.2 Des filles adeptes de l'automédication**

##### *9.1.2.1 Maladies courantes*

Douleurs pelviennes, règles douloureuses, vertiges, paludisme, la cécité crépusculaire et l'anémie (faiblesse, manque de sang) sont des maladies couramment évoquées par les jeunes filles des sites étudiés, qu'elles soient scolarisées ou non.

Les filles de Ali dan Sofò ont signalé en plus la méningite, la varicelle et l'hémorroïde. A Mayahi Sabongari, les filles précisent que la plupart souffrent de maux de ventre après les récoltes.

Quelques-unes à Mayahi Sofoua ont signalé la drépanocytose et la varicelle mais pour la plupart les maux de ventre, de tête, la fièvre, l'angine, le mal de cou, mal de côtes et maux

d'estomac sont les différents problèmes de santé rencontrés. Certaines à Kananbakaché<sup>2</sup> disent souffrir de l'angine en plus.

A Bilbizo Zongo (Dakoro), c'est le paludisme, les maux de tête et le rhume qui sont les maladies courantes des filles. Sur conseils de leurs parents, elles se soignent à la maison en consommant des médicaments des vendeurs ambulants : nivaquine, paracétamol, cotrimoxazol, « contact », « bouta da kafindo ».

Mais les 27% de l'ensemble des filles qui sont tombées malades les deux dernières semaines de l'enquête disent avoir souffert de paludisme (*agajéri*) et/ou de fièvre (*massassala*) (85%), ou de diarrhée (*zawo* 15%).

### 9.1.2.2 Fréquentation des centres de santé/accès aux médicaments

Même si 75% des filles déclarent fréquenter<sup>51</sup> les centres de santé, on peut constater que les marabouts et guérisseurs semblent être les principaux interlocuteurs en cas de maladies des jeunes filles scolarisés (Mayahi Sabongari) ou non (exemple de Bagalam dans la ville de Maradi dont les 2/3 des filles ne vont pas au centre de santé) et du milieu rural même lorsqu'il existe un centre de santé dans le village comme à Safo. Elles boivent des tisanes proposées par ces personnes et/ou achètent des médicaments avec des vendeurs ambulants. L'accès au centre de santé sert seulement à diagnostiquer le mal. Leur accès aux prestations des centres de santé n'est point gratuit lorsqu'elles y vont pour des soins curatifs ; or le curatif au Niger est payant même pour les enfants depuis l'initiative de Bamako. A Mayahi Sofoua (milieu urbain), les filles se traitent au centre de santé mais elles associent les médicaments traditionnels. Une seule parmi les filles de Bilbizo a eu recours exclusivement au centre de santé ; 3/5 à Dan Abdallah fréquentent le centre de santé en cas de maladie. Les 2/5 des filles de dan Abdallah qui ne vont pas au centre de santé achètent des médicaments chez les vendeurs ambulants.

Les filles du milieu rural, même quand il y a un centre de santé proche, disent utiliser des médicaments traditionnels mais aussi des médicaments achetés par des vendeurs ambulants dans les villages.

L'accessibilité financière et l'accessibilité géographique constituent souvent des obstacles à la fréquentation des centres de santé (Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P., (eds), 2003).

Il y a également une certaine fuite de responsabilité des pères concernant les filles « *l'état de santé de la fille, c'est surtout la mère la première concernée car elle est la compagne fidèle ; donc c'est la maman qui est la première personne ayant des informations sur la santé de la fille et qui doit réagir la première* » (Focus group de pères au quartier Ali Dan Sofo de Maradi))

### 9.1.2.3 Recours ou itinéraire thérapeutique

Comme premier recours, parmi les 27% de filles malades ces deux dernières semaines, 14% sont allés directement au CSI, 33% ont préféré informer quelqu'un avant de prendre une décision (la mère<sup>52</sup> ou la belle-mère 24% et le mari 9%), et enfin 47% ont fait de

---

<sup>51</sup> 21% n'y vont pas et 3% n'ont pas répondu à la question.

<sup>52</sup> La mère ou la belle-mère semble plus importante que le mari ou le père dans la prise de décision ou les conseils concernant la maladie des filles.

l'automédication (comprimé, injection, perfusion, etc.) et 6% n'ont rien fait ou ont pris des médicaments traditionnels (marabouts ou guérisseurs).

S'agissant du deuxième recours, 64% des filles ont pris des médicaments disponibles à la maison ou acheté des médicaments (automédication), 14% ont fait recours au suivi médical et enfin 22% ont eu recours à la thérapie traditionnelle.

Quel que soit le rang du recours (premier ou deuxième), l'automédication arrive en tête des recours en cas de maladie chez les filles. Le recours important aux médicaments du marché illicite est pratiqué par diverses couches socioprofessionnelles mais les plus démunies et les habitants du milieu rural en constituent le gros lot, peu importe le mode de conservation de ces médicaments, ni la date de péremption, ni même le dosage des produits. « La pharmacie par terre » ou « pharmacie ambulante », le marché parallèle des médicaments est un véritable problème de santé publique au Niger, et la porosité des frontières entre le Niger et le Nigeria alimente considérablement ce commerce parallèle. Ces médicaments semblent plus économiques selon les interlocutrices et plus facilement accessibles géographiquement<sup>53</sup> (sans ordonnance, sans frais de consultation, sans temps d'attente, ...). Certains de ces médicaments auraient des vertus miraculeuses (exemple du médicament *Sudrex* appelé localement « *de kuler* » pour dire deux couleurs ou « *lahia vitesse* » pour signifier la guérison rapide ou instantanée) ; certains sont des stimulants (parfois des amphétamines), il y a également des corticoïdes (dexaméthazone, béthamétazone), des vitamines (vitamine C, multivitamine tel que « *la fuusi* » qui signifie « qui fait gonfler » ou « *sha ka hwashe* » qui veut dire « bois pour éclater » : tous des stimulants de l'appétit ou pondérogènes), des antiparasitaires, des antibiotiques, etc. .

#### 9.1.2.4 Vaccination, immunisation

Lorsque les filles ont une poussée de croissance, leurs besoins en fer augmentent. Des études indiquent que l'amélioration du statut en vitamine A réduit la prévalence de l'anémie et la carence en vitamine A augmenterait le risque d'anémie (« *manque de sang* » selon les enquêtées). La carence en fer entraîne une prévalence élevée d'anémie ; anémie qui entraîne une très grande fatigue et diminue la productivité.

La supplémentation en vitamine A n'est pas effective sur tous les sites d'enquête. Or, les réserves en fer sont infimes étant donné que les aliments riches en fer ne sont pas beaucoup consommés par les filles.

Pratiquement tous les Focus group de filles (scolarisées ou non) rapportent qu'elles ont reçu la vaccination antitétanique, la vitamine A (à Safo, il y a 8 ou 9 mois que les filles ont reçu la vitamine A, le fer et le vaccin antitétanique à l'école du village). Certaines ont reçu un déparasitant ou un vermifuge lors de campagne populaire. Les filles de Ali Dan Sofo disent que leur dernier déparasitant ou vermifuge date d'il y a 5 ans voire plus. Elles ne se rappellent pas non plus avoir reçu un apport complémentaire en fer tandis que celles de Chabaré disent en avoir reçu au domicile du chef de village lors d'une campagne. La situation à Mayahi Sabongari est la même ; les filles ont reçu un déparasitant ou vermifuge (« *pour traiter les maux de ventre et le ténia* » (Focus group de filles scolarisés à Mayahi Sabongari)) au détour d'une campagne nationale ou même du fer (« *pour augmenter le*

---

<sup>53</sup> C'est le vendeur qui vient vers le malade et non le contraire ; il cède parfois ses médicaments à crédit lorsque la confiance est établie entre la famille du malade et lui. Le vendeur est à la fois « diagnostiqueur » et « prescripteur »

*sang* ») au domicile du chef de quartier (Mayahi Sabongari) ; mais très peu ont reçu de la vitamine A : une seule dit en avoir reçu parce que sa mère lui en a acheté. A Zongo Bilbizo, toutes les filles ont reçu la vitamine A il y a au moins cinq ans de cela ; par contre elles ont reçu l'apport en fer il y a un an au centre de santé et à l'école. Seules les filles de Dan Abdallah (zone enclavée de Madarounfa), de Dan Koulou (zone enclavée de Mayahi) et de Guidan Salifou (zone enclavée de Dakoro) disent n'avoir pas reçu de vitamine A. Et pourtant 8 filles parmi les 81 signalent avoir eu la cécité crépusculaire l'un des symptômes de la carence en vitamine A.

Parmi les 8 filles qui ont évoqué la cécité crépusculaire, 6 ont eu la maladie en début ou en cours de puberté et 4 de ces filles continuent d'en être victime. A la question « quelle est la cause de la cécité selon vous ? », 5 des victimes ne savent pas, 1 pense à une maladie héréditaire et 1 l'attribue aux maux d'yeux et au manque d'hygiène. L'ignorance des interlocutrices est ici patente sur la cause de la cécité crépusculaire.

6 des 81 filles ont déclaré souffrir d'anémie (« *manque de sang* » ou *rishi* (le manque) *jini* (le sang)). Elles l'attribuent pour la plupart à la quantité de repas ; en effet 3 des filles anémiées pensent qu'on manque de sang lorsqu'on ne mange pas assez. Selon 3 des filles anémiées, c'est plutôt le fait de manger peu de viande et/ou de fruits qui occasionne cette maladie ; c'est pourquoi elles suggèrent de consommer beaucoup de viande et/ou de fruits. Deux filles suggèrent une supplémentation en fer qu'on obtiendrait au centre de santé, et une propose de « prendre des médicaments du guérisseur ».

**Tableau 49 : situation immunitaire ou vaccinale des filles (focus group)**

		Fer	Déparasitant ou vermifuge	Vitamine A	VAT
<b>Ali Dan Sofo</b>	<b>Scol.</b>	-	+ mais il y a 5 ans	+	+
	<b>N scol.</b>	-	+	-	-
<b>Bagalam</b>	<b>Scol.</b>	-	+ en 2005 ou 2004 ou 2003	+	+ à l'école en juin 2005
	<b>N scol.</b>	+	+	+	-
<b>Safo</b>		++ il y a 8 mois	++ (8 mois)	++ (8 mois)	
<b>Dan Abdallah</b>		-	-	-	-
<b>Chabaré</b>		++ (au domicile du chef de village) sauf quelques-unes	-		-
<b>Gourajé</b>		+ (sauf 1)	+	+ (à l'école et au centre de santé)	+
<b>Mayahi Sofoua</b>	<b>Scol.</b>	+	+	+ à l'école ou chez le chef de village	+ (il y a 2 ans au CSI)
	<b>N scol.</b>	+ (il y a 1 an pour certaines et 4 mois pour d'autres)	+ (il y a 1 an pour certaines et 4 mois pour d'autres)	+ (il y a 1 an pour certaines et 4 mois pour d'autres)	-
<b>Mayahi Sabongari</b>	<b>Scol.</b>	-	+ par équipe mobile de santé	+ par équipe mobile de santé	-
	<b>N scol.</b>				
<b>Kanabakaché 2</b>		+	+	+	+
<b>Dan Koulou</b>		-	-	-	-

<b>Zongo Bilbizo</b>	+ il y a plus d'1 an	+	+	-
<b>Guidan Salifou</b>	-	-	-	-

### 9.1.3 De l'influence des belles-mères et des mères dans les recours aux soins des femmes enceintes

#### 9.1.3.1 consultations prénatales et couverture vaccinale

85% des femmes enceintes déclarent avoir suivi au moins une consultation prénatale. C'est généralement vers la fin de la grossesse que la majorité des femmes fréquentent le centre de santé (si elles ne tombent pas malade avant), juste pour s'assurer que tout va bien (bon déroulement de la grossesse) : position de l'enfant, et/ou pour bénéficier plus tard de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.

A Kanabakaché, pratiquement toutes les femmes vont en consultation au centre de santé mais à partir du quatrième ou du cinquième mois de grossesse ; certaines parmi elles n'apprécient pas le mauvais accueil des sages-femmes.

Grâce aux différents messages de sensibilisation, quelques femmes (les femmes scolarisés de Bagalam) commencent leur CPN le troisième mois ou le quatrième mois de la grossesse. Celles de Gourajé commencent entre le quatrième et le septième mois. Les femmes enceintes scolarisées de Mayahi Sabongari sont heureuses d'avoir un nouveau CSI (ouvert par HELP) mais c'est entre le quatrième et le septième mois de grossesse qu'elles y vont

Le premier jour de la CPN, quand on prend le carnet on paye 800 FCFA (prix du carnet compris).

Elles sont nombreuses les femmes qui avancent le manque de moyen comme argument pour ne pas commencer tôt les CPN. Les femmes enceintes de Gourajé (Tessaoua) explique que « *le coût des prestations est très élevé ; c'est environ 900 F et c'est le mari qui paye. S'il n'a pas d'argent alors, nous sommes obligés de rester à la maison* ». Ainsi payer les frais de CPN, fait partie des dépenses réservées à l'homme ; les frais d'accouchement également. Donc quand il n'a pas les moyens ou quand il est en exode comme c'est assez souvent le cas, la femme attend. Les quelques unes de Chabaré qui vont au centre de santé de Marguigi payent « *825F de la première consultation à l'accouchement, pour les prestations suivantes : complément en fer, nivaquine, tétanos* » (focus group de femmes enceintes à Chabaré) mais généralement, les femmes de Chabaré (Tessaoua) ne fréquentent pas de centre de santé parce qu'il n'y en a pas dans le village et « *pour aller dans le centre le plus proche, il faut une heure et demi de marche* ». Les femmes de Dan Koulou apprécient la gratuité des consultations et de certains « médicaments » : « *on donne du fer, de la nivaquine, de la vitamine A* » (Focus group). Mais, elles précisent qu'elles ne vont plus au centre de santé pour chercher des conseils, parce que « *l'agent qui était là avant était plus compétent, plus ouvert que celui de maintenant. On n'hésitait pas à lui expliquer nos problèmes et il conseillait bien* » (Focus group) ; les femmes enceintes critiquent le comportement du nouvel agent de santé.

Si certaines femmes avancent le manque de moyen comme argument pour ne pas commencer tôt les CPN, il s'avère que en réalité, ne pas fréquenter tôt les centres de santé fait aussi partie des stratégies pour cacher la grossesse à la communauté et permettre au fœtus de croître positivement loin des actes des sorciers, de la co-épouse (avec l'effet

maléfique des maraboutages) et... Quand on y va tardivement, on est sûr que l'enfant est déjà bien formé et bien protégé et que le risque d'avortement est passé (reste tout de même la crainte de l'accouchement « la guerre des femmes »).

Les femmes enceintes de Dan Abdallah auraient souhaité fréquenter un centre de santé mais il n'y en a pas dans le village. Grâce aux différents messages de sensibilisation, quelques femmes (les femmes scolarisés de Bagalam) commencent leur CPN le troisième mois ou le quatrième mois de la grossesse.

Elles savent toutes, les prestations offertes dans les centres de santé telles que la surveillance de la grossesse (grâce à pesée, vaccination, examens d'urine, apport complémentaire en fer (52%), protection contre le paludisme avec prise de chloroquine, ...), l'information, l'éducation et les conseils sur l'alimentation et les ingrédients à éviter (« ne pas manger le sel pendant le 7ème ou 8ème mois de la grossesse »<sup>54</sup>), les aliments à consommer (manger les aliments riches en protéines, manger des œufs, de la viande, du haricot), etc. Les femmes enceintes de Safo considèrent que le lait, la viande, les œufs ... sont des « aliments de la ville » ou des « aliments des riches », et elles, en tant que « pauvres » ou « villageoises » ne mangent que ce qu'elles trouvent.

**Tableau 50 : Connaissance des femmes sur les Prestations offertes lors des CPN (Avec modalité de réponses multiples)**

Catégorie des personnes	Proportions
Prise de sang	47%
Examen d'urine	18%
Immunisation	01%
Prise de tension	10%
Vitamines	10%
Supplément en fer	52%
Traitement paludisme	03%
Planification familiale	08%
Bilan prénatal	26%
Radiographie échographie	09%

Les femmes suivent les CPN surtout « pour la santé de l'enfant » (65%) et/ou pour leur propre santé (73%) ; une infime partie (4%) déclare suivre au moins une CPN afin d'obtenir l'acte de naissance de l'enfant qui naîtra (une pièce d'identité) et/ou parce que c'est la première fois.

**Tableau 51 : Raisons évoquées pour les CPN (Avec modalité de réponses multiples)**

Répertoire des raisons évoquées	Proportions
Pour la santé de l'enfant	65%
Pour ma santé	73%
A cause de l'acte de naissance	05%

<sup>54</sup> Focus group de femmes enceintes à Safo (Madarounfa).

C'est ma première fois	03%
------------------------	-----

Près des deux tiers des femmes enceintes reconnaissent qu'il faut au moins trois CPN mais près de la moitié n'ont suivi que 1 ou 2 CPN. Celles qui fréquentent les centres de santé bénéficient systématiquement de compléments ou suppléments en fer à partir du 6ème mois de la grossesse.

Les 15% de femmes enceintes qui n'ont pas fréquenté de centre de santé estiment que c'est l'époux qui les en empêche (27%) ou bien la distance est trop longue (36%) ou même elles n'ont pas les moyens financiers (9%) ; certaines attendent qu'on leur suggère d'y aller (9%). L'accessibilité géographique, financière et l'influence de l'époux sont donc déterminantes dans l'accès aux CPN.

**Tableau 52 : Raisons du non suivi des CPN**

Répertoire des raisons évoquées	Pourcentage
Je ne veux pas	9%
Mon mari refuse	27%
Pas de transport/trop loin	36%
Mauvais conseil	9%
Personne ne me l'a suggéré	9%
Je n'ai pas les moyens	9%
Total	<b>100%</b>

Il est évident que l'immunisation optimale des femmes enceintes dépend de leur fréquentation des centres de santé ou maternités.

#### 9.1.3.2 Maladies courantes

57% des femmes enceintes ont déclaré avoir eu des problèmes au cours de cette grossesse. Par ordre d'importance, les principales maladies signalées par les femmes enceintes sont : paludisme (27%), anémie (22%), vomissement (21%), mal de dos (21%), maux de tête (19%). Lors des Focus group, elles ont parlé aussi de nausée, de vertige et de fatigue générale.

Quelques femmes ont évoqué la cécité crépusculaire (1%). D'autres (Dan Koulou) ont parlé de douleurs articulaires, de crampes.

**Tableau 53 : Types de problèmes (Avec modalité de réponses multiples)**

Catégorie de problèmes	Proportions
Faiblesse manque de sang (anémie)	22%
Dundumi (cécité crépusculaire)	01%
Paludisme	27%
Oedèmes	08%
Hypertension	06%
Saignement/hémorragie	03%
Maux de tête	19%
Crampes	01%
Mal de dos	21%

Mal de ventre	03%
Mal de cœur	03%
Nausée	16%
Vertiges	03%
Vomissement	21%

Les belles-mères constituent une cible importante pour corriger certains comportements car en voulant résoudre leurs problèmes de santé, 26% des femmes enceintes ont recours à la belle-mère (plus importante catégorie citée), viennent ensuite les amies de la femme enceinte (14%), les vendeurs ambulants de médicaments (5%) ; le recours au centre de santé (3%) n'arrive qu'en quatrième position au même rang que le recours au guérisseur (3%) ; le marabout est cité en dernière position (1%). 9% des femmes ne sont allées nulle part.

84% des femmes sollicitant des conseils font confiance à leur recours parce que « cela a bien marché ».

### 9.1.3.3 Fréquentation pour Accouchement

Des femmes enceintes pensent qu'elles accouchent ou devraient accoucher à domicile pour éviter qu'on les oblige à allaiter sans vérifier l'existence du *kai kai* (« gratter-gratter »), une maladie présente dans les perceptions et croyances populaires. En effet, lorsqu'elles accouchent à domicile certaines attendent trois jours lorsque c'est un enfant de sexe masculin, ou quatre jours lorsqu'il s'agit d'une fille avant d'allaiter. Cette période correspond à la période de traitement, de purification du lait maternel sensé être infesté par la maladie dénommée *kai kai*. En réalité, c'est aussi la période où elles laissent s'écouler le colostrum, évitant ainsi de le donner au bébé. Elles expliquent que c'est une coutume qu'elles ont « *trouvé comme ça* ». Durant « l'abstinence » l'enfant boit du lait de chèvre ou de l'eau sucrée et la mère boit de la tisane (du *bauri*).

Dans les villages comme Guidan Salifou dit Salifaoua, des grands-mères procèdent même au « test à la termite » ou « à la fourmi » du lait maternel : une termite vivante est déposée dans un peu de lait recueilli ; si elle meurt alors, elles en déduisent que le lait est mauvais pour l'enfant. La termite ici est le symbole de la fécondité. Pour purifier ce « mauvais lait » à Guidan Salifou dit Salifaoua (Dakoro), on prélève un peu de « *chernaka* » (terre que ramènent les fourmis dans les termitières) dans chaque point cardinal (nord, est, sud ouest) ; cette terre est diluée dans de l'eau qu'on fait boire à la femme pour guérir le *kai kai*. Parfois, cette recette est utilisée dès la grossesse pour prévenir la maladie, ou bien on fait boire de la tisane « *Sabara* » mélangée à d'autres produits pour la prévention. Des pères de ce village disent même que malgré cette précaution préventive pendant la grossesse, les femmes attendent encore 3 à 4 jours avant d'allaiter à la naissance (c'est une précaution supplémentaire) ; pendant ce temps, le bébé boit du lait de vache (alors qu'ailleurs c'est du lait de chèvre), du jus de citron pour faciliter la digestion et des tisanes de décoctions (*bauri*).

Dans des villages tels que Gourajé (Tessaoua), Bilbizo (Dakoro), c'est plutôt le « test à l'écuelle » ou au couteau qui est pratiqué : du lait maternel recueilli est versé sur l'écuelle ou le couteau préalablement chauffé ; si le lait s'évapore, alors le lait est bon mais au cas où il y a des traces (ce qui est évident) alors le lait est mauvais (le *kai kai* est présent). La

femme boit alors de la tisane (*bauri*) pour la purification du lait ; il y a différentes sortes de tisanes purificatrices dont le *cincinkonika*<sup>55</sup> (du nom de la décoction).

Les accouchements domicile sont plus importants à Gourajé (Tessaoua), à Zongo Bilbizo (Dakoro), à Dan Abdalah mais aussi curieusement à Maradi ville au quartier Ali Dan Sofo<sup>56</sup>.

Le risque ou le problème en accouchant dans un centre de santé selon elles, est qu'elles soient contraintes par les agents de santé<sup>57</sup> de mettre au sein tout de suite après la naissance.

Lorsqu'elles sont réticentes à enfreindre à leur « coutume », certains signalent des « prises en otage » dans les CSI ou maternités, c'est-à-dire qu'on ne les libère pour leur permettre de rejoindre le domicile.

Presque toutes les femmes de Dan Koulou accouchent à domicile sauf en cas de complication, malgré la gratuité des soins offerts par une ONG récemment installée. Une anecdote rapportée lors de focus group mentionne que « *quand on oblige les femmes à donner le sein au CSI, quand elles arrivent à la maison, elles arrêtent l'allaitement et attendent 3 ou 4 jours voire plus, pour respecter la tradition. L'an dernier 4 femmes revenues du CSI ont perdu leur enfant. Le village a attribué la mort des enfants à l'accouchement au CSI sous-tendu par la consommation forcée du colostrum. Depuis ce fait, 90% des femmes de ce village font des accouchements à domicile* » (une personne ressource de Dan Koulou).

L'exemple d'accouchement dans les CSI vient de Safo où la majorité des femmes accouchent au CSI « *pour éviter des problèmes* » (Focus group). Selon elles, elles sont sensibles aux conseils et sensibilisations des agents de santé à ce sujet.

**Tableau 54 : Tableau de synthèse sur accès aux soins des femmes enceintes**

	Recours	Motifs ou obstacles
<b>Consultations Prénatales</b>	Centre de santé vers la fin de la grossesse sauf à Kanabakaché et Bagalam au deuxième trimestre, et sauf pour les femmes scolarisées du secondaire	Manque de moyens (Gourajé à Tessaoua)  Stratégie pour cacher la grossesse et protéger ainsi l'enfant contre les mauvais regards, sorciers,  Absence de CSI ou maternité (Chabaré à Tessaoua, Dan Abdalah à Madarounfa)
	Marabout/guérisseur	Comportement de l'agent de santé (Da Koulou) ou des sages-femmes (Kanabakaché)
	Aucun recours	Refus de l'époux

<sup>55</sup> A la naissance, des femmes donnent aussi cette décoction (*cincinkonika*) au bébé pour lui donner l'appétit (« *il mange beaucoup et prenne du poids* »).

<sup>56</sup> De nombreuses interlocutrices étaient domestiques ou des épouses de domestiques, de gardiens,

<sup>57</sup> Depuis l'avènement de la journée nationale de l'allaitement commencé par de grandes campagnes nationales (en 1986 ? ou 1987 ?) qui encouragent l'allaitement maternel et qui encouragent les accouchements en milieu sanitaire aux fins d'augmenter le nombre de mise au sein dans la première heure de naissance du bébé.

<b>Accouchement</b>	<p>Domicile : Gourajé à Tessaoua, Zongo Bilbizo à Dakoro, Dan Abdalah à Madarounfa, Dan Koulou à Mayahi, Ali Dan Sofo à Maradi ville</p> <p>Dans les CSI ou maternité (Safo)</p>	<p>Pratique de test pour vérifier l'existence de kaï kaï (Guidan Salifou et Zongo Bilbizo à Dakoro, Gourajé à Tessaoua)</p> <p>Absence de centre de santé ou de maternité (Dan Abdalah à Madarounfa) Distance (Ali Dan Sofo)</p> <p>Prise d'otage dans le CSI par les agents de santé, quand la femme refuse l'allaitement maternel avant d'avoir pratiqué certains rites (Dan Koulou à Mayahi)</p> <p>Sensibilité aux conseils des agents de santé « éviter des problèmes »</p>
---------------------	--	--

#### 9.1.4 Des femmes allaitantes plus préoccupées par la santé de leurs enfants

Plus de la moitié des allaitantes (53.2%) ont accouché à domicile parfois sans l'aide de personne (10%) ou avec l'assistance un parent (10%), d'une matrone<sup>58</sup> (44.3%). Le premier acte posé dès la sortie de l'enfant a été de couper le cordon ombilical (pour 43% des femmes), de nettoyer l'enfant (17%), ou de faire des rituels (12.5%) comme l'exige la tradition (30.25%) et pour rendre l'enfant propre (16.07%). L'influence des grands-mères, des belles-mères et des mères (34.63%) ainsi que celle des matrones (13.7%) est très forte dans l'exécution des principes de la tradition au cours de la grossesse des femmes.

L'influence de la belle- mère et de la mère est aussi forte (40%) pour la recherche de solutions aux problèmes qui surviennent lors l'accouchement ou après (même lorsqu'il s'agit de césarienne : une femme césarisée de Mayahi Sofoua signale avoir pris des médicaments traditionnels conseillés par sa belle-mère en plus des traitements proposés par l'agent de santé).

En effet, les problèmes couramment cités par les femmes allaitantes sont : « le lait ne sortait pas » (23.80%), « j'avais une hémorragie » (28.58%), « le bébé était trop petit » (14.29%) et « j'étais trop malade » (19.29%) ; 14.29% n'ont pas répondu à la question. Par ordre d'importance des problèmes, les femmes allaitantes signalent leur état de maladie seulement en troisième position. L'hémorragie est certes le premier problème mais elle n'est pas considérée comme une maladie, bien qu'elle soit scientifiquement mortelle. Ces femmes allaitantes sont préoccupées par la santé de leur progéniture : où trouver quel soin lorsqu'il est malade. Au cours de la croissance de l'enfant, les femmes sont aussi à la recherche de lactogène pour selon une meilleure alimentation de l'enfant. La taille de l'enfant et l'absence ou l'insuffisance de lait intriguent les mères. Il est vrai que certaines femmes espèrent et provoquent parfois la naissance de petits bébés (comme le montre la partie sur les femmes enceintes) mais lorsqu'il est « trop petit », elles craignent de le voir mourir, c'est pourquoi elles multiplient les traitements afin que l'enfant récupère rapidement (eau, tisane consommée aussi bien par l'enfant que pour la mère, mil consommée par la mère, etc.).

A la recherche de solutions à ces problèmes, les femmes allaitantes s'adressent prioritairement aux grands-mères de l'enfant (à leur mère ou à leur belle-mère) dans 40%

<sup>58</sup> 21.4% des matrones qui ont assistées la femme enceinte, ne sont pas formées et 22.9% le sont.

des cas, ou aux agents de santé (30%), aux marabouts/guérisseurs (10%) ; le mari vient en dernière position (5%).

### **9.1.5 Conclusion sur l'accès aux soins : De quelques facteurs sous-jacents aux recours aux soins des filles et des femmes**

Le constat général est que *Bauri*, quel qu'en soit les décoctions, est un remède miracle aussi bien pour les filles, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

A l'analyse, la différence de pratiques se situe à plusieurs niveaux pas toujours exclusifs car certains s'imbriquent.

Le niveau d'éducation a une incidence sur l'accès aux soins de santé. La plupart des scolarisées ayant atteint le niveau secondaire ou résidant en ville, font des consultations prénatales relativement tôt (soucieuses de la santé de la mère et de l'enfant) et refusent d'accoucher à domicile (elles en savent les risques).

Dans des zones comme Safo (Madarounfa), il y a une répartition implicite des charges au sein de la famille : c'est la mère qui s'occupe de la santé de la fille tandis que la scolarité de la fille et la consultation prénatale de la femme enceinte se fait avec l'autorisation et l'argent de l'époux, .... Ainsi, les conditions socio-économiques et de la mère (pour la fille) et du père (pour sa femme enceinte) sont déterminantes dans l'accès aux soins de ces deux cibles notamment au nom de la répartition intrafamiliale des revenus.

La disponibilité des médicaments dans le CSI de Gourajé, zone enclavée de Tessaoua, avec les ruptures de stock est un frein pour l'accès à cette structure de santé : « *on n'y trouve que du paracétamol et de la chloroquine* » (une personne ressource de Gourajé).

Les nombreuses séances de sensibilisation locales par les agents de santé mais aussi par les éducatrices nutritionnelles de quelques villages du canton (elles orientent les femmes vers le CSI de Safo) ont été un facteur favorable à la fréquentation des CSI pour CPN dans les zones de Safo (Madarounfa) dès le troisième mois de grossesse.

L'accessibilité géographique des centres de santé est un atout pour la plupart des sites urbains et quelques sites ruraux (Safo à Madarounfa, Dan Koulou à Mayahi) mais un frein pour les villages de Dan Abdalah (où le CSI le plus proche est à N'Gnelwa) et de Chabaré (Tessaoua).

L'exécrable comportement des sages-femmes serait un obstacle à la fréquentation du CSI pour CPN par les femmes enceintes de Kanabakaché, elles fustigent le mauvais accueil ; tout comme les femmes enceintes de Dan Koulou n'apprécient pas que le nouvel agent de santé ne soit pas aussi « ouvert » que son prédécesseur.

L'accessibilité financière est un problème pour les femmes enceintes de Zongo Bilbizo (Dakoro) ; elles disent qu'elles manquent de moyens pour payer les 800 F de frais de consultation. Selon elles, c'est ce qui explique qu'elles ne vont en CPN que vers le 6<sup>ème</sup> ou 7<sup>ème</sup> mois de grossesse au dernier trimestre

Le poids démographique est un obstacle : lorsque la taille du ménage est importante, un choix s'opère en cas de maladie. Les enfants sont privilégiés parce qu'on les estime fragile

et on pense que les adultes sont plus enclins à supporter la maladie. Le choix s'opère pour les adultes en fonction de la gravité perçue de la maladie.

## **9.2 PLANNING ET CONTRACEPTION DES FILLES EN AGE DE PROCREER ET DES FEMMES : UNE VALORISATION SOCIALE ET RELIGIEUSE DE LA FECONDITE**

De nombreuses études montrent que le risque d'épuisement de la mère et le risque de mortalité maternelle diminue lorsque la femme contracte moins de grossesse. De plus, l'état nutritionnel de la femme est menacé par des grossesses fréquentes et rapprochées, un apport insuffisant d'énergie, des carences en micronutriments, des infections, des parasites et un dur labeur physique. L'intervalle de récupération entre l'allaitement et la prochaine grossesse est aussi un moment propice pour reconstituer les réserves de la mère en lui fournissant de la nourriture supplémentaire.

### **9.2.1 Comportements recommandés**

Il est spécialement recommandé à la jeune fille adolescente :

1. Remettre à plus tard la première grossesse afin d'arriver à une croissance complète et de disposer de réserves suffisantes » (AED, juin 2000 : 5).

Comportements recommandés aux femmes allaitantes :

1. Utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA<sup>59</sup>) et d'autres méthodes adéquates de planification familiale pour protéger l'allaitement, espacer les naissances et rallonger la période de récupération (AED, juin 2000 : 5) ;
2. Prévoir une période suffisante (au moins 6 mois) entre le moment où l'on arrête l'allaitement et la prochaine grossesse pour pouvoir constituer les réserves nécessaires d'énergie et de micronutriments (AED, juin 2000 : 5).

Les recherches récentes ont démontré que le taux de mortalité des enfants baisse quand il y a un écart de deux ans entre naissances. Mais il est préférable d'avoir un écart de trois ans, pour avoir des taux de mortalité encore plus bas.

### **9.2.2 Connaissances, attitudes et pratiques sur le planning familial**

L'équipe a demandé à toutes les cibles (filles de 10-15 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes) si elles utilisent ou ont utilisé une méthode moderne de contraception. Les mères d'enfants de 0-5 mois commencent à l'utiliser (16%), le nombre d'utilisatrices augmente pour les mères d'enfants de 6-8 mois (23%) et continue d'augmenter pour les mères d'enfants de 9-11 mois (28%). Par contre, le nombre d'utilisatrices parmi des mères des enfants de 12-24 diminue jusqu'à 20%.

Seulement 26% des femmes enceintes ont planifié leur grossesse. 14% des femmes n'ont pas répondu à la question sur le planning familial.

---

<sup>59</sup> La méthode MAMA est définie en fonction de trois critères : les menstrues ne sont pas encore venues chez la femme allaitante (aménorrhée), le bébé reçoit un allaitement complet, et le bébé a moins de 6 mois.

Bien que quelques-unes soient mariées (9%) ou fiancées (23%), les filles dans l'ensemble n'utilisent pas de contraception (58/81) : seulement deux filles ont déclaré utiliser une contraception moderne. Certaines n'en savent même pas l'existence du fait probablement de leur jeune âge ; (40%) ont moins de 12 ans (absence d'éducation sexuelle). Et pourtant 3 parmi ces 81 filles de 10-15 ans ont eu au moins une grossesse, signe de la précocité des grossesses et/ou des mariages. Des études antérieures montrent que certaines filles se marient même avant les premières menstrues (Koné 2006 a).

Les femmes en âge de procréer ont toute une notion de l'intérêt de l'espace des naissances grâce aux campagnes de sensibilisation, mais la mise en pratique de cette connaissance est faible. Les résultats préliminaires de la dernière enquête EDSN/MICS-III (2006) montrent que certes dans certains départements les naissances annuelles ont baissé mais dans l'ensemble du Niger, cet effectif reste élevé (environ 580 000 naissances/an). En comparant les naissances en 2000 et celles de 2006, il ressort que le département de Mayahi a enregistré le plus faible effectif des naissances ; il est passé de 49.3% en 2000 à 10.1% en 2006. Le département de Madarounfa, malgré une sensible baisse de 17%, demeure parmi les zones à fort effectif de naissances ; de 59.6% de naissances en 2000, ce département enregistre 42.6% de naissances en 2006. La baisse du poids démographique n'est pas très significative dans le département de Tessaoua où les naissances sont passées de 36.7% à 25.9%.

Quelques femmes utilisent des contraceptifs suivants :

- Traditionnels : cordelettes (« *corho* » ou « *akin zongo* ») autour des reins : les femmes de Bilbizo disent utiliser des contraceptions traditionnelles parce qu'elles ne comprennent pas les méthodes modernes : « *on dit que si tu oublies de prendre les comprimés un jour, tu peux tomber enceinte* » (focus group).
- Modernes : pilules, injection... Les femmes en déplorent les ruptures de stock dans les CSI, certaines s'approvisionnent auprès des vendeurs ambulants)
- les marabouts sont les conseillers ou confidents en santé de la reproduction de certaines femmes : versets coraniques, talismans.

Un des facteurs de cette absence ou faible utilisation des contraceptifs, est, probablement à cause de la récurrence de la polygamie<sup>60</sup>, que des femmes se sentent contraintes de donner naissance à plusieurs enfants pour sauver l'honneur (leur honneur et celui de leur famille). Elles font même la concurrence (à l'image d'une vente aux enchères) pour donner le plus d'enfant à l'époux.

Il y a aussi la tradition Hausa qui valorise les nombreuses naissances ; les enfants sont considérés comme une richesse ou fortune de la famille. La grossesse n'est de ce fait pas planifiée. Des femmes arguent que c'est une volonté de Dieu : « *c'est dieu qui amène la grossesse, c'est lui qui décide* » (Focus group de femmes enceintes -Bagalam). Et c'est cette conception qui est exprimée le plus souvent par les pères et les grand-mères des sites ruraux.

Les grand-mères des sites avec CSI sont désormais conscientes que les cordelettes (*corho*) dont elles ont peut-être fait usage de leurs temps, ne sont pas toujours efficaces. Certaines

---

<sup>60</sup> C'est peut-être due aussi à une compétition entre hommes dans la région de Maradi pour avoir le maximum d'épouses selon les « principes » de l'Islam.

grand-mères de Mayahi ont désigné les pilules et les injections comme contraceptifs ; certaines parmi elles ont même indiqué l'espacement de 2-3 ans est nécessaire entre naissances. Par contre les grand-mères des villages enclavés ont presque toutes estimé que le planning familial est mauvais, c'est comme si on allait contre la volonté de Dieu (Dan Koulou). Quand aux grand-mères de Bagalam, elles ont semblé divisées : la moitié s'est prononcée pour le planning familial parce que selon elle, c'est bon pour la santé de la mère et celle de l'enfant ; l'autre moitié était contre. Pour cette deuxième catégorie de grand-mères, il est intéressant de donner à plusieurs enfants afin d'augmenter les chances d'avoir des enfants qui réussiront dans la vie (« on ne sait pas qui va réussir parmi eux »).

A Gourajé, une grand-mère a signalé que c'est lors des cours d'alphabétisation, qu'elle a eu quelques connaissances sur le planning familial, mais selon elles, elles nombreuses, ces grand-mères qui n'osent pas en parler, de peur d'être mal vue par les villageois. La concernant spécifiquement, dès qu'elle a essayé de sensibiliser des femmes, cette grand-mère a été taxée par les époux, d'inciter les femmes à la révolte contre leurs maris.

Ainsi, les femmes de Gourajé (Tessaoua) n'utilisent pas de planning familial ; elles pensent même que « *si une femme reste plus de deux ans sans grossesse, c'est comme si elle est ménopausée* » ; certaines parmi elles pensent même que « *un an avant de tomber enceinte, c'est trop* ». Malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation, ces femmes sont réticentes et expliquent que les quelques unes qui ont essayé ont été confrontés aux ruptures de contraceptifs dans le CSI du village.

Certaines femmes du village de Gourajé pensent que allaiter au-delà de 2 ans est « *haram* », c'est-à-dire contre les principes de l'Islam et donc interdit. A ce sujet, il est inscrit à la page 75 du « Coran en français » au verset 233 qu'il faut « deux années entières pour quiconque veut parfaire l'allaitement ». Toutefois, ce verset ne précise pas que l'allaitement doit s'arrêter après deux ans. Les grands-mères de ce village enclavé de Tessaoua condamnent l'espacement car selon elles, l'enfant est un don de Allah. Elles n'hésitent à fustiger le comportement de la matrone du village formée à encourager l'espacement des naissances.

Les grand-mères qui sont bien informées, sont toutes pour le planning, parce qu'elles comprennent que c'est bien pour la santé de la mère de l'enfant ; et elles sont prêtes à conseiller ou conseillent aux femmes de « se reposer », d'espacer les naissances, et même à les accompagner dans les CSI pour cela. Celles qui n'ont pas d'information, le condamnent sous prétexte que l'enfant est un don de Dieu.

60% des femmes déclarent ne pas utiliser de méthodes contraceptives ni pour l'espacement ni pour la limitation sur injonction du mari (22%) ou de la belle-mère (4) ou simplement parce qu'elles répugnent cette pratique (33%) qui selon elles « entraîne des maladies » (11%). 22% des réticentes à la contraception moderne s'en privent parce qu'elles veulent avoir des enfants) ou encore parce qu'elles n'en ont jamais entendu parler (8%) ou ne la connaissent pas. 11% ne la trouvent pas compatible avec une des méthodes traditionnelles qu'elles utilisent déjà :

**Tableau 55: Motifs de la non utilisation de méthode moderne de contraception**

Catégories de réponses	Pourcentage
Le partenaire refuse	22%
La belle-mère ne veut pas	4%
C'est dangereux/entraîne des maladies	11%
Je ne veux pas	22%
Je ne la connais pas/n'en ai jamais entendu parler	8%
J'utilise une méthode traditionnelle de contraception	11%
Veut des enfants	22% %
Total	<b>100%</b>

Pratiquement, aucune femme ne connaît la MAMA. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) « est un moyen très efficace d'initier les femmes qui allaitent à la planification familiale » (Labbok, M. Cooney, K. et Coly, S., 1994) ; pratique indispensable à l'espacement des naissances, la survie de l'enfant et la santé de la mère. Les femmes allaitantes ne savent pas qu'allaiter fréquemment avec un écart de pas plus de quatre entre deux tétées la journée et pas plus de six heures d'écart entre tétées la nuit, est une méthode naturelle et gratuite de contraception. Adopter cette recommandation contribue au blocage hormonal de l'ovulation et donc à moduler l'infécondité physiologique de la femme qui allaite.

### 9.2.3 Conclusions et recommandations sur le planning familial

Si la population avait une meilleure compréhension de la fonction du sein, et son rapport avec l'ovulation, elle pouvait mieux espacer ou faire espacer les naissances. Dans un pays où les gens sont très résistants aux méthodes modernes, c'est peut-être bon de former la population en MAMA.

On peut aussi envisager l'implication et la formation des imams et des leaders religieux en utilisant peut être des idées qui ont réussies en Egypte et en Tunisie.

## 9.3 USAGE DE LA MOUSTIQUAIRE

Qu'elles soient en milieu rural ou en milieu urbain, filles et les femmes (enceintes ou non) savent que la moustiquaire imprégnée sert à se protéger contre le paludisme mais elles ne savent pas que le paludisme augmente le risque d'anémie, le retard de croissance intra-utérine et l'accouchement prématuré.

*Tableau 56 : Utilisation de la moustiquaire par les filles et les femmes*

Catégories de réponse	N par groupe cible						Total	
	Filles âgées de 10-15ans	Femmes enceintes	Mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois	Mères d'enfants âgés de 6- 8 mois	Mères d'enfants âgés de 9- 11 mois	Mères d'enfants âgés de 12-24 mois	N	%
Oui, ma famille dispose d'une moustiquaire	64	65	60	60	66	49	364	76.96
Non ma fille ne dispose pas de moustiquaire	16	12	18	12	12	22	92	19.45
ND	1	0	2	1	2	11	17	3.59
Total	<b>81</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>473</b>	<b>100%</b>

Jusqu'à 76.96% ont indiqué disposer de moustiquaire au sein de leur ménage, contre seulement 19.45%. Cela signifie clairement que les campagnes de lutte contre le paludisme avec la distribution des moustiquaires ont commencé à porter fruit. Les femmes enceintes de Bagalam disent toutes utiliser des moustiquaires imprégnées à l'instar de toutes les femmes enceintes des 11 autres sites (plus des 2/3 des femmes enceintes possèdent au moins une moustiquaire mais seulement 1/3 en a imprégné). Celles de Chabaré également, elles en ont reçu il y a 9 mois lors de distribution gratuite.

Une minorité des femmes enceintes interrogées, bien qu'elles aient une moustiquaire (reçue gratuitement), l'utilisent seulement pour leurs enfants (30%). Elles refusent de dormir sous la moustiquaire pour deux raisons essentielles : l'odeur de l'imprégnation et la sensation d'étouffement (claustrophobie ?).

*Tableau 57: Qui dort sous la moustiquaire chez les femmes enceintes?*

Catégories de réponses	Pourcentage
Moi-même	39%
Mes petits enfants	31%
Nous tous	18%
Mes parents/beaux parents	12%
Total	<b>100%</b>

Parmi les femmes n'ayant pas de moustiquaire, figurent celles du village de Dan Abdalah (Madarounfa).

Pratiquement toutes les filles de Gourajé témoignent de l'existence de moustiquaire dans leur famille depuis la dernière distribution du mois d'avril 2006 mais « *ce sont les mères et les petits enfants qui dorment dedans pour éviter le paludisme* ». Toutes les filles de Bilbizo disent que leur famille possède au moins une moustiquaire depuis 9 mois ; ce sont les enfants et les filles qui dorment sous la moustiquaire. Celles de Mayahi Sofoua en ont

toutes reçu il y a quatre mois et l'utilisent avec leurs frères et sœurs et aussi leur maman comme celles de Safo. Celles de Dan Koulou ne dorment pas sous moustiquaire (une seule, parce qu'elle est jeune mariée, a pu en avoir aux soins de son époux). A Dan Abdallah, 4/5 ne possèdent pas de moustiquaires ; probablement à cause de l'enclavement de la zone, les distributions n'y ont pas été effectuées.

Même si la plupart des filles disent qu'il y a au moins une moustiquaire (79%) dans leur famille (achetée ou gratuitement reçue), très peu en utilisent et pour plusieurs raisons :

- elles n'y ont pas accès
- elles sont bloquées par certaines représentations de la moustiquaire telles que :
  - o « *il fait chaud sous la moustiquaire* »
  - o « *ça provoque des démangeaisons* » (allergie au produit d'imprégnation de la moustiquaire)

#### 9.4 ACCES A L'EAU POTABLE DES MENAGES

L'origine de l'eau de boisson et sa qualité au moment de la consommation à la maison sont assez importantes pour comprendre la situation sanitaire des cibles. Cette question, selon le chef de province du Katsina (Maradi) rencontré lors de l'enquête, est capitale surtout dans la zone de Madarounfa.

Plus de la moitié (51.17%) des ménages des filles et des femmes n'ont accès à l'eau potable. Ils s'approvisionnent en eau dans des puits (41.23%), au forage (34.88% dont près des 2/3 relèvent des sites urbains), au robinet (9.30%, toutes des urbaines), au marigot dont l'hygiène laisse souvent à désirer (8.46%), etc.

**Tableau 58: Sources d'approvisionnement en eau selon les sites**

Catégories de réponse	Source d'approvisionnement						Cumul par site	
	Puits	Forage/p ompe	Robinet	Eau source de	Marigot	ND	N	%
Garin Salifou	24	3	0	0	3	0	30	6,34
Bilbizo	21	5	0	0	3	0	29	6,13
Safo	25	3	0	0	0	0	28	5,92
Dan Abdallah	10	0	2	0	14	4	30	6,34
Kanabakaché	24	5	0	0	1	0	30	6,34
Dan Koulou	15	3	0	3	7	2	30	6,34
Chabaré	18	4	4	1	1	2	30	6,34
Gourajé	11	5	5	1	4	2	28	5,92
Ali Dan Sofo	10	40	7	0	3	0	60	12,68
Bagalam	5	40	8	0	0	5	58	12,68
Sabon Gari	18	29	8	0	2	4	61	12,90
Mayahi Sofoua	14	28	10	2	2	3	59	12,47
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>165</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>473</b>	<b>100%</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>41,23</b>	<b>34,88</b>	<b>9,30</b>	<b>1,48</b>	<b>8,46</b>	<b>4,65</b>	<b>100%</b>	

Les puits sont de puits artisanaux, traditionnels dans lesquels s'infiltrent parfois des eaux sales. Le risque de choléra (*kwalara* en haussa) et autres maladies hydriques (diarrhées, ..) est important pour toute personne qui consomme cette eau mais aussi pour les consommateurs d'eau de marigot ou de source souvent infeste car pendant la saison sèche, on déverse toutes les saletés dans le lit qui a tari et pendant la saison hivernale, lorsqu'il se remplit, c'est cette eau qui est bu.

Certes 44.18% des filles et des femmes boivent de l'eau courante (de robinet ou forage) mais, les conditions de transport de l'eau du robinet ou forage vers le canari ne sont pas toujours hygiéniques. Dans la manipulation de l'eau du récipient qui le transporte, vers celui qui le conserve, le risque de saleté est grand : parfois les mains touchent l'eau ou bien le récipient du transport n'est pas propre (seau utilisé pour se laver, qu'on ne lave pas avant).

Les filles de Bilbizo consomment toutes de l'eau de puits car elles n'ont pas d'autres sources d'eau au contraire de celles de Mayahi Sofoua (urbain) qui prennent toutes l'eau dans un robinet (le puit n'y est utilisé que lorsqu'il y a coupure d'eau car c'est éloigné). Celles de Gourajé boivent de l'eau de puits parce que la distance qui sépare le forage de leurs habitations est longue selon elles.

Malgré l'existence d'eau potable (forage, mini adduction d'eau potable, puit cimenté), certaines femmes préfèrent l'eau de pluie ou l'eau de puits traditionnels; car elles manquent d'argent pour acheter l'eau potable, ou encore elles n'apprécient pas le mauvais goût de l'eau potable, ou bien elles trouvent longue la distance entre le domicile et le lieu d'installation du forage, etc.

Les femmes de Gourajé par exemple « *si aujourd'hui, on a l'argent, demain on n'en a pas. Ce n'est pas toujours que le mari donne l'argent pour acheter l'eau* ». Ces femmes déplorent la vie au jour dans une zone enclavée où l'époux est assez souvent absent. Celles de Chabaré estiment que « *elles prennent l'eau de puit parce que l'eau de forage est difficile à puiser* ».

## **9.5 HYGIENE ET ASSAINISSEMENT : LA COHABITATION AVEC LA SALETE ET UN INDICATEUR DE LA NOTION DE RISQUE PERÇU**

L'enquête montre que la plupart des filles et des femmes vivent dans des conditions d'hygiène précaires, augmentant ainsi le risque de contraction de microbes et de maladies. Très peu de filles savent que la diarrhée est causée par « la saleté qui porte des microbes » (7.4%). Pour la plupart, elles l'attribuent à la « dentition des enfants » (39.5%), au « changement de nourriture » (14.8%) ou bien elles ne savent pas du tout.

Comme les filles, l'ensemble des cibles (filles et femmes), attribuent la diarrhée en premier lieu à la dentition (68.56%), puis au changement de nourriture (30.16%), à certaines maladies (26.49%). Les microbes dus à la saleté viennent seulement en quatrième position. Certaines femmes et filles pensent même que la diarrhée est une affaire de Dieu (15.09%) ou bien qu'elle est provoquée par la consommation de certains types d'aliments (25.51%) tels le sucre, le souchet, les feuilles vertes) ou encore par la faim (18.7%), etc. Elles ignorent toutes que la diarrhée est l'une premières causes de mortalité infantile ; le « report of an emergency nutrition survey in Niger » montre même que c'est la première cause avec 30.9% de décès (Tomczyk, B., Reza, A., Blanton, C., Goumbi, K., Aguayo, V. M., Zagré, N. M., 2005:).

***Tableau 59: les causes de diarrhée par ordre d'importance chez l'ensemble des cibles (femmes et filles) (choix multiples)***

---

Causes	Proportions et pourcentages	
	N	Pourcentage
Dentition	249	68.56
Mauvais lait	87	23.08
Changement de nourriture	112	30.16
Saleté qui porte des microbes	87	26.40
C'est une affaire de Dieu	56	15.09
A cause de la faim	70	18.7
Due à certaines maladies	100	26.49
Prise de certains types d'aliments	93	25.51
L'eau salée	33	8.97
Ne sait pas	33	8.97

### 9.5.1 Lavage des Mains : une économie du savon

Généralement, les filles se lavent les mains avant de manger (68%) ou après avoir géré des excréta de l'enfant (4%) ou après avoir fait les selles (16%). Mais la majorité n'utilise que de l'eau simple (73%). Seulement 26% des filles et 22% des femmes enceintes utilisent du savon pour le lavage des mains. Le savon industriel, commercialisé dans les boutiques est considéré comme cher (150 F/le savon Lavibel) et trop mou : « *il finit trop rapidement* », il fond au contact de l'eau (focus group) ; alors on le conserve juste pour la lessive et la vaisselle dans le meilleur des cas, sinon, on achète un savon de fabrication artisanale dénommé « *kabakuru* » en ville (kaba = pierre kuru = boule, soit « la boule de pierre » en langue malinké<sup>61</sup>) ou « *gundugwilla kashinkatu* » en milieu rural haoussa pour désigner « quelque chose de dur, de robuste, « *comme les selles d'un gaillard* » (*kashin katu*), et de pas cher. Certaines personnes l'appellent aussi « *fabili soda* » (*fabili* =savon *soda* =soude, soit le savon à base de soude, la soude étant la matière qui sert à la fabrication de ce savon). Ce savon de fabrication artisanale est très apprécié aussi bien par les filles et femmes en milieu rural que celles du milieu urbain. Il est dur et se conserve longtemps ; c'est un savon économique qui est surtout utilisé pour la vaisselle mais certaines familles pauvres l'utilisent aussi pour la lessive et des grands et des enfants.

Les jeunes filles comme à Zongo Bilbizo (Dakoro), se lavent les mains à l'eau mais sans savon, seulement avant de manger et après le repas « *pour ne pas manger la saleté* », mais aussi exceptionnellement lorsqu'elles touchent « *quelque chose qui a une odeur désagréable comme œuf ou poisson pourri* » (K. B. et H. S., à propos de jeunes filles scolarisées de Bagalam dans la ville de Maradi) ; Certaines utilisent le savon lorsqu'elles touchent « *quelque chose qui est huileux ou gras* » (Bilbizo). Des filles de Dan Abdallah utilisent de la cendre à la place du savon, pour se laver les mains parce que la cendre est disponible et accessible. Les filles de Mayahi Sofoua signalent qu'elles se lavent les mains aussi au moment des prières et c'est signe de propreté ; elles utilisent le savon après les repas « *pour éviter les maux de ventre* ».

Des femmes allaitantes du village de Guidan Salifou dit Salifaoua dans le département de Dakoro, les ablutions avant chaque prière (il y en a cinq obligatoires dans une journée),

<sup>61</sup> *Kabakuru* est un savon qui, jusqu'à une date très récente était importé en grande quantité du Nigeria, de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Mali ...

sont aussi un moment de lavage de mains ; il n'est donc pas indispensable de se laver les mains à tout moment.

### **9.5.2 Conservation des aliments : le rêve peu permis**

La nourriture, quand elle est conservée est généralement couverte. Les femmes et les filles font la distinction entre ce qu'elles boivent (*fura, kunu*) et ce qu'elles mangent (*tuwo, haricot, riz, couscous, etc.*). Elles distinguent donc les aliments liquides et les solides. Seuls les aliments liquides sont ou peuvent être conservés plus d'une journée. *Fura* par exemple peut se conserver deux à trois dans unealebasse ou dans une cuvette ouverte ou fermée ; il devient plus aigre au fur et à mesure du temps de conservation avec des risques d'indigestion, de ballonnement du ventre, etc. dus non seulement à l'avarie (décomposition) du *fura* mais aussi au fait que des insectes ou des animaux (rats) tombent parfois dans le liquide lorsqu'il n'est pas fermé<sup>62</sup> (comme c'est souvent le cas pour éviter qu'il soit trop aigre). S'agissant de la durée de conservation du *fura*, les femmes et les filles estiment faire ce choix parce que « *la préparation de fura est difficile, pénible et longue* ». Elles économisent ainsi du temps en pilant le mil, etc. en un jour : elles pilent et préparent une grande « boule » (*fura*) que la famille consomme sur quelques jours. La préparation de *fura* n'est pas quotidienne.

S'agissant des solides, les filles et les femmes signalent d'une manière générale que la conservation se fait juste le temps du repas car il n'y a pratiquement jamais de reste sauf pour le petit déjeuner mais dans ce cas, on prélève expressément une partie de la nourriture du soir avant même le repas sinon « *les mangeurs ne vont rien laisser, ils vont tout manger et on n'aura pas de petit déjeuner* » (une femme allaitante) ; c'est une forme de rationnement de la nourriture lorsqu'on est conscient que la quantité prévue pour le repas du soir est insuffisante (la plupart des filles ont d'ailleurs signalé lors des focus group qu'elles ne mangent pas à leur faim, elles ne sont pas rassasiées). La quantité prélevée est fermée avec *fai fai* à Safo.

Les filles et femmes de Bilbizo et de pratiquement tous les sites (Mayahi Sofoua, ne conservent pas la nourriture car il n'y a pas de reste. Par contre, en attendant l'heure du repas (ou le regroupement familial autour du repas, elles couvrent les plats « *pour que la poussière et les mouches ne rentrent pas dedans* » (Focus group à Zongo Bilbizo).

### **9.5.3 Vaisselle et lessive**

#### *9.5.3.1 La Vaisselle : un indicateur du nombre de repas*

La vaisselle selon les femmes de Gourajé se fait une fois par jour, avant le repas ; à Dan Koulou, la vaisselle se fait une fois par jour tôt le matin ou l'après-midi avant de faire la cuisine. On considère ici comme repas, tous les plats accompagnés de sauce (riz/sauce, *tuwo/sauce, etc.*) ; les aliments liquides tels que *fura, kunu* ne sont considérés comme repas, car ils se boivent chaque fois qu'un membre de la famille a faim (ils se boivent individuellement alors que la consommation de « repas » nécessite selon la conception traditionnelle, un regroupement de la famille). La fréquence de la vaisselle semble fonction

---

<sup>62</sup> Des femmes de Mayahi Sofoua disent que la forte chaleur précipite l'avarie des aliments cuits lorsqu'ils sont couverts (focus group).

du nombre de repas (tuwo et sauce ou riz/sauce) et aussi du niveau socio-économique du ménage. Les femmes non scolarisées de Mayahi Sabongari font la vaisselle le matin « *parce qu'elles ne préparent pas à midi* ».

L'examen des fiches concernant « la journée de travail typique de la fille ou de la femme » confirme cette information : une seule vaisselle par jour pour les plats accompagnés de sauce ou de gras ; certaines familles n'en font pas du tout à l'observation de la journée typique de travail (Dan Koulou à Mayahi), Zongo Bilbizo à Dakoro. C'est seulement l'heure de la vaisselle qui diffère.

Les filles sont en réalité commises à cette tâche.

La vaisselle (à l'eau et au savon) est effectuée deux fois par jour selon des jeunes filles scolarisées de Bagalam, de Safo et de Mayahi Sofoua : le matin, avant le petit déjeuner et, l'après-midi avant de servir le dîner.

Les filles de Bilbizo disent faire la vaisselle trois fois en fonction des heures de repas (juste quelques temps avant). La vaisselle se fait donc au rythme des repas familiaux ou ce qui est considéré comme tel, on peut savoir au nombre de vaisselle, le nombre ou la fréquence des repas. Mais le lavage ou rinçage des cuvettes ou tasses pour besoin de consommation de bouillie ou de boule, n'est pas comptabilisée comme une vaisselle car c'est un lavage ou rinçage spontané et à la demande et sans utilisation de savon.

Des femmes allaitantes d'enfants de 0 à moins de six mois à Guidan Salifou dit Salifaoua, dans le département de Dakoro ont dit qu'elles n'utilisent pas de savon pour « laver les tasses » mais des racines de plantes ou des fibres d'arbres « *c'est plus propre et plus économique* » ; pour laver les marmites, elles utilisent de la cendre ou du sable.

Une femme, lors de focus group à Dan Abdalah (département de Madarounfa) insiste sur le fait qu'elle fait la vaisselle une seule fois par jour par « *manque d'eau* » (elle économise l'eau, difficile d'accès pour elle).

#### 9.5.3.2 Lessive pour « chasser les odeurs » : fréquente pour les enfants, rare pour les adultes

La lessive se fait à un rythme moins fréquent que la vaisselle dans tous les sites.

A Bagalam (Maradi) elle se fait une fois par semaine voire moins contrairement à Bilbizo où la plupart des filles font la lessive deux à trois fois par semaine (voire plus quatre à cinq fois) « *pour enlever les saletés, source de l'apparition des boutons sur le corps ou qui provoquent des démangeaisons* » ou « *pour ne pas dégager une mauvaise odeur parmi les camarades* ». A Mayahi Sofoua, c'est entre deux et quatre fois par semaine.

Les filles de Gourajé disent faire la lessive deux à trois fois par semaine « *pour être propre et se sentir bien* » (quatre parmi les sept du focus group sont scolarisées).

Dans l'ensemble, les filles et femmes estiment minimiser le risque de détérioration des vêtements en les lavant moins souvent (« *on n'en a pas beaucoup* » selon des femmes enceintes de Guidan Salifaoua). Par contre, la lessive est fréquente pour les vêtements et couches des petits enfants : « *on lave chaque jour de très bon matin, pour enlever l'odeur des urines ou bien chaque fois qu'on lave l'enfant, on en profite pour laver ses vêtements* » (Focus group de femmes allaitantes d'enfants de 0 à moins de 6 mois, à Kanabakaché dans le département de Mayahi). Des femmes allaitantes de Guidan Salifou dit Salifaoua dans le département de Dakoro explique pourquoi elles préfèrent une lessive matinale des vêtements d'enfants : « *c'est pour que les habits puissent sécher vite. On ne*

*fait pas la lessive le soir parce qu'en période d'hivernage, la rosée du soir provoque chez eux une maladie du nom de « Rapa »».*

#### **9.5.4 Utilisation de sanitaires pour l'évacuation des excréments et gestion des excréments**

L'accès à un moyen sanitaire d'évacuation des excréments<sup>63</sup> reste encore un luxe pour de nombreuses jeunes filles et femmes. Ainsi par exemple, 70% des 81 filles de l'échantillon font les selles en brousse ou ailleurs (champ, route, etc.) dont 4/5 des filles de Dan Abdallah; seulement 30% déclarent utiliser des toilettes ou des latrines.

La majorité des femmes de Safo (Madarounfa) ont la chance d'utiliser des latrines car elles ont eu la chance de réceptionner 500 latrines offertes dans le village. C'est une exception car il y a rarement des latrines en milieu rural (à l'image de Dan Abdallah dans le même département de Madarounfa) et même en ville ; à Mayahi Sabongari, les femmes « *font leurs besoins (selles) dans la nature* ».

**Tableau 60: Répartition des filles selon la manière dont elles gèrent les excréments des enfants**

Catégories de réponses	Pourcentage
Laver le pagne	17%
Jeter en brousse	56%
Jeter dans la latrine	23%
Non déterminé	4%
Total	<b>100%</b>

Parmi les femmes enceintes, seulement 1/3 utilisent des latrines.

Selon la majorité des filles de 10-15 ans et des femmes, les enfants de leurs familles ne sont pas mieux lotis : ils font les selles par terre (37%) ou dans un vase ou pot (22%) ou encore dans un pagne s'agissant des plus petits. Elles versent le contenu du pot en brousse (37%) ou dans une latrine (35%) ; elles lavent le pagne (5%). Seulement 21% des femmes enceintes se lavent les mains après avoir géré les selles de l'enfant.

C'est surtout en milieu rural et même dans certains milieux urbains comme à Mayahi Sabongari ou Mayahi Sofoua où les filles et les femmes vont en brousse. Les filles et femmes de Bilbizo justifient leurs selles en brousse par l'absence de latrines dans la plupart des ménages du village. Ainsi, en dehors des cas de diarrhée, les filles et femmes s'habituent à faire les selles une seule fois dans la journée (tôt le matin ou après le crépuscule, le soir) un peu à l'écart des habitations ; elles y vont en groupe.

La gestion des ordures, fait partie des travaux ménagers de la femme et ce sont les filles, en tant qu'aides ménagères qui sont les premières commises à cette tâche pour aider la maman. Les ordures sont jetées dans la cour (9%) ou en dehors (91%). Hors de la maison, les lieux de prédilection sont : les caniveaux et les poubelles dans 14% des cas (en ville), les dépotoirs (17%) assez souvent non loin de la maison, la brousse 22% ou bien pour 38%

<sup>63</sup> Les moyens sanitaires d'évacuation des excréments comprennent : chasse d'eau avec égouts ou fosses septiques, ou latrines d'évacuation, latrines améliorées et latrines traditionnelles (MICS2, 2000 : 36).

des filles, juste devant, derrière ou à côté de la maison dans un trou ou à même le sol. Pour ces 38% des cas, bien que les ordures soient dehors, il n'en demeure pas moins qu'elles sont à proximité des maisons et donc source de maladies, etc. En milieu rural, tel qu'à Safo (Madarounfa) et Kanabakaché (Mayahi) certaines familles transportent plus tard ces déchets comme fumier dans leur champ ; la proximité de la maison étant un lieu de transit. A Guidan Salifou (Dakoro) ce sont les époux qui « *transportent les déchets loin du village* » (focus group de pères).

Même en ville, la gestion des ordures ménagères et des eaux usées pose problème. Les femmes entreposent les ordures dans un récipient usagé et les jettent après (lorsque le récipient est plein parfois plusieurs jours plus tard) derrière des maisons, dans la rue ou dans la broussaille la plus proche. Des femmes enceintes de Mayahi Sofoua « *creusent un fossé dans leur cour pour déverser les ordures et pour l'évacuation des eaux usées* ». Les eaux usées sont déversées en principe dans les rares caniveaux qui existent, sinon ce sont des fossés creusés à proximité (ou dans) des maisons qui les reçoivent ou encore la rue. Le rapport à la propreté dans la plupart des sites se limite à l'espace immédiat dans lequel on vit.

## **CHAPITRE 10 : COMMUNICATION**

La Communication pour le Développement est un axe d'intervention retenu par l'UNICEF pour renforcer l'impact des programmes dans le domaine de la santé, la nutrition, de l'éducation et de la Protection de l'enfant. Elle s'articule autour d'un processus de recherche et de planification visant la transformation sociale en faveur des enfants à travers trois stratégies :

- (1) la Communication pour le Changement de Comportement – CCC ;
- (2) la mobilisation sociale ;
- (3) le plaidoyer. La combinaison de ces trois stratégies forme le PIC ou Plan de Communication Intégré, qui est un outil de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des activités de Communication pour le Développement.

Au travers de ces trois stratégies, le PIC vise à la formulation de comportements intégrateurs basés sur l'enfant, les jeunes et les femmes. Le PIC s'appuie sur la décentralisation et l'intégration intra et intersectorielles, la responsabilisation et la participation communautaire. Il se bâtit de manière participative à partir de ce qui existe dans les ménages, les familles et les communautés avec l'implication de ces derniers tout au long du processus.

Pour les comportements clefs recommandés par l'OMS, une analyse comportementale a été effectuée, basée sur le comportement idéal (c'est-à-dire, celui conseillé par l'OMS). En fonction de « l'idéal », les comportements actuels, y inclus les attitudes, les croyances, les connaissances, et les pratiques ont été identifiées ainsi que les obstacles et les éléments de motivation. Puis les stratégies possibles, les canaux, les audiences cibles, et les arguments possibles pouvant être utilisés dans l'élaboration des messages, ont été formulées pour l'élaboration du PIC. Les 32 tableaux qui suivent (soit un tableau par comportement recommandé) servent comme premier draft de ces analyses.

Le comité de pilotage de l'étude qui a en charge de valider ces données et de choisir des comportements prioritaires pour la phase pilote, en a sélectionné quelques-uns (12 au total sur les 34) lors de sa réunion du 7 décembre 2006. Ces comportements prioritaires sont ci-dessous énumérés.

### ***Les comportements prioritaires :***

Les comportements prioritaire sélectionnes par le comite de pilotage sont les suivants :

1. Mettre au sein <1 heure sans jeter le colostrum
2. Pratiquer l'allaitement exclusif <6 mois-(*pas d'eau, pas de bauri, pas d'autres liquides, pas de nourriture*)
3. Si le lait ne suffit pas, allaiter plus fréquemment pour faire augmenter la production du lait maternel ; Vider un sein avant d'offrir l'autre
5. Espacer les naissances -3 ans entre accouchements
6. Continuer à allaiter sur demande jour et nuit, au moins 8 tétées par jour jusqu'à 2-3 ans
7. Après la maladie allaiter et donner plus de nourriture que d'habitude

8. Offrir le sein avant de donner les aliments à l'enfant âgé de 6 à 24 mois.
9. Donner des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et beurre/huile tous les jours aux enfants de 6 mois à 5 ans et aux filles et aux femmes enceintes et allaitantes.
10. Acheter chaque semaine l'équivalent d'une brochette de foie et donne à la femme de partager avec ces petits enfants et filles.
11. Elaborer une stratégie pour un aliment alternatif au *fura* pour les enfants : pâte d'arachide, purée d'haricots avec de l'huile (*loublaye*). Trouver une nourriture très nutritive pour ces enfants, facile à préparer, qui peut rester à la température ambiante pendant toute la journée, pour remplacer le *fura* pour le jeune enfant. Par exemple, la pâte d'arachides (*tigadèguè*) accompagnant ou tartinant des aliments locaux (galettes, beignets, tuwo, etc.) qu'il peut manger entre repas.
12. Dans le troisième trimestre de la grossesse, la femme doit manger un repas de plus (un repas supplémentaire) pour assurer sa bonne santé.
13. Les femmes allaitantes doivent manger un repas de plus (supplémentaire) pour assurer qu'elles ne perdent pas leur santé.

La prochaine étape c'est d'élaborer la stratégie et un plan d'action, et de les raffiner en collaboration avec des communautés et les partenaires. Ils auront les grandes lignes suivantes :

#### ***Les audiences cibles***

Chaque comportement s'adresse à des cibles primaires et des cibles secondaires ; c'est-à-dire que la personne que va réagir c'est la cible primaire et celles qui peuvent influencer cette personne sont les cibles secondaires.

#### ***Messages/stratégie media/supports visuels***

Les messages seront développés pour chaque cible en se basant les analyses synthétisées dans les tableaux ci-dessous. Les messages seront utilisés dans les spots radio, les formations, les matériaux et supports visuels, et une carte de conseils.

#### ***Formation des agents et les personnes d'influence***

Une stratégie adressera les besoins en connaissance des agents de santé, des matrones, des vieilles femmes, et autres personnes qui influencent le comportement des femmes.

#### ***Les modules de formation***

Les modules seront développés, basés en partie sur les expériences de LINKAGES en formation des agents de santé et des agents communautaire. Ils seront utilisé pour former les cadres de formateurs ONG et des la santé, qui feront les formation en cascade des agents, des matrones, des agents et volontaires communautaire, etc..

#### ***L'action communautaire***

Une stratégie sera élaborée qui consistera en une mobilisation communautaire basée sur les décisions prises par la communauté elle-même. Cette stratégie doit être développée par et avec les organisations existant sur le terrain.

Tableau 61 Canevas pour l'analyse des comportements 1 (Alimentation 0-6 mois)

Comportement Idéal	Comportement actuel	Obstacles	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
1. Mettez le bébé au sein dans <1 heure	<p>-45% le suivent, même avec les accouchements à la maison</p> <p>-le reste font le teste de couteau a l'avis de la grande mère</p> <p>-les marabouts sont bien informes en générale et ils sont prêts à être convaincu et nous aider à le promouvoir</p> <p>-les pères sont les moins informes</p>	<p>-Croyance traditionnelle que le premier lait rendrait l'enfant malade d'une maladie mortelle – <i>kai kai</i>.</p> <p>-Croyance que le premier lait n'est pas le vrai lait et parce que c'est jaunâtre et épais, c'est poissonneux</p>	<p><b>Stratégie formation</b></p> <p>-Former les femmes âgées</p> <p>- Former les agents de santé</p> <p>-Travailler avec/former les agents existants communautaires (ONG, organismes)</p> <p>-Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</p> <p><b>Stratégie Aides Visuels</b></p> <p>Elaborer les aides visuels</p> <p><b>Stratégie Média</b></p> <p>-des spots radio bien organisés, et programme en séries</p> <p><b>Stratégie communautaire</b></p> <p>Mobiliser les groupes existants, faciliter une décision a amélioré la nutrition des enfants</p>	<p>-femmes âgées ;</p> <p>- grand- mères</p> <p>-agents de santé</p> <p>-matrones</p> <p>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG, etc.-</p> <p>-Des agents villageois</p> <p>-Tout le monde</p>	<p><b>Idées qui peuvent former la base d'un message</b></p> <p>- le premier lait est la première immunisation</p> <p>- le premier lait est jaune à cause de la vitamine A et autres choses protectrices</p> <p>-le premier lait aide l'enfant à évacuer les premières selles et nettoyer l'estomac</p> <p>-mettre au sein immédiate aide le corps de la mère- moins de chance des hémorragies, retour rapide au normale-</p> <p>l'enfant a soif pour le lait</p> <p>-les seins sont douloureux si le bébé ne suce pas</p> <p>-l'instinct de sucer est le plus fort en l'enfant pendant les premières minutes de la vie, il ne faut pas rater cette opportunité</p> <p>-mêmes les animaux donnent le colostrum à leurs enfants</p> <p>-le lait maternel est économique</p>

Tableau 62 : Canevas pour l'analyse des comportements 8 (Alimentation 0-6 mois : allaitement exclusif jusqu'à 6 mois)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>2. l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois</b></p> <p><i>(pas d'eau, pas de bauri, pas d'autres liquides, pas de nourriture)</i></p> <p></p>	<p>La vaste majorité des mères commencent à donner de l'eau la première journée de la vie.</p> <p>L'eau continue 3-5 fois par jour et parfois pendant la nuit.</p> <p>La plupart donne de l'eau après la tétée, mais il y en a qui donne entre tétées quand l'enfant réclame pour retarder la tétée.</p> <p>Certaines donnent du <i>bauri</i> plusieurs fois par jour.</p> <p>Certaines donnent du jus de citron.</p>	<p>Il faut <i>bude baki</i> et <i>makoshi</i> pour préparer la voie pour le lait et les autres aliments.</p> <p><i>Makoshi ya bushe</i>, la gorge est sèche.</p> <p><i>Rai sai da ruwa !</i> <i>(pas de vie sans eau)</i></p>	<p><b>Stratégie formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former les femmes âgées</li> <li>- Former les agents de santé</li> <li>-Travailler avec/former les agents existants</li> </ul> <p>communautaires (ONG, organismes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</li> </ul> <p><b>Stratégie Aides Visuels</b></p> <p>Elaborer les aides visuels</p> <p><b>Stratégie Média</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-des spots radio bien organisés, et programme en séries</li> </ul> <p><b>Stratégie communautaire</b></p> <p>Mobiliser les groupes existants, faciliter une décision améliorée la nutrition des enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-femmes âgées ;</li> <li>- grande mère</li> <li>-agents de santé</li> <li>-matrones</li> </ul> <p>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Des agents villageois</li> </ul> <p>-Tout le monde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le lait maternel et plus que 85% eau.</li> <li>-Le lait dans la partie avant du sein est plein d'eau.</li> <li>-Si on laisse l'enfant tête comme il veut et ne change pas le sein, il va recevoir tout ce qu'il faut, de l'eau et de la nourriture.</li> <li>-L'estomac est petit- si c'est plein d'eau, il ne peut pas consommer le lait qu'il faut.</li> <li>-C'est le fait de donner de l'eau qui fait que le lait diminue- quand l'enfant ne suce pas cela envoie un message au sein d'en produire moins.</li> <li>-L'eau donne des maladies- les enfants qui ne prennent que du lait maternel ont très peu de maladies avant six mois.</li> <li>-C'est Dieu qui a fait ce lait – il faut lui donner le tout, et pas d'autre chose.</li> </ul>

Tableau 63 : Canevas pour l'analyse des comportements 3 (Alimentation 0-6 mois : production de lait)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>3. Si le lait ne suffit pas allaiter plus fréquemment pour faire augmenter la production du lait maternel</b></p> <p></p>	<p>Vers le troisième mois les mères pensent que le lait diminue, donc elles commencent à prendre des médicaments traditionnels, manger plus de mil avec décoctions. Enfin, si tout cela n'a pas marché, elles commencent à donner du <i>fura</i>, du <i>koko</i>, ou d'autres aliments très dilués, qui aggrave la diminution du lait maternel.</p>	<p>Les femmes et tout le monde ne comprennent pas comment fonction le sein. Plus l'enfant suce, plus le lait se produit.</p> <p>Les gens pensent qu'il faut des lactogènes, et des concoctions traditionnels pour faire augmenter le lait.</p> <p>Tout le monde lie l'insuffisance du lait maternel avec la pauvre état nutritionnel des femmes du Niger.</p>	<p><b>Stratégie formation</b>                      -Former les femmes âgées                      - Former les agents de santé                      -Travailler avec/former les agents existants communautaires (ONG, organismes)                      -Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</p> <p><b>Stratégie avec Supports Visuels</b>                      Elaborer les supports visuels</p> <p><b>Stratégie Média</b>                      -des spots radio bien organisés, et programme en séries</p> <p><b>Stratégie communautaire</b>                      Mobiliser les groupes existants, faciliter une décision à améliorer la nutrition des enfants</p>	<p>-femmes âgées ;                      - grand- mères                      -agents de santé                      -matrones</p> <p>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.-                      -Des agents villageois</p> <p>-Tout le monde</p>	<p>- Plus l'enfant suce le sein, plus le lait se produit.</p> <p>-Allaiter plus fréquemment pour augmenter la quantité du lait.</p> <p>-Le lait est parfaitement réglé par la demande de l'enfant.</p>

Tableau 64: Canevas pour l'analyse des comportements 4 (Alimentation 0-6 mois : Vider un sein avant d'offrir l'autre)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<b>4. Vider un sien avant d'offrir l'autre</b>  	Presque toutes les femmes disent qu'elles ne laissent pas l'enfant finir à tété le sein avant de le changer à l'autre	Si l'enfant boit jusqu'à la fin, il va vomir parce que le lait est chaud.  Les femmes dont les seins coulent sont vues comme des femmes sales.  L'autre sein devient douloureux.	<b>Stratégie formation</b> -Former les femmes âgées - Former les agents de santé -Travailler avec/former les agents existants communautaires (ONG, organismes) -Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement <b>Stratégie Aides Visuels</b> Elaborer les aides visuels <b>Stratégie Média</b> -des spots radio bien organisés, et programme en séries <b>Stratégie communautaire</b> Mobiliser les groupes existants, faciliter une décision à améliorer la nutrition des enfants	-femmes âgées ; - grande mères -agents de santé -matrones  Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.- -Des agents villageois  -Tout le monde	Allah ne va jamais mettre du lait mauvais dans le corps de la femme.  Le lait avant est pleine de l'eau et il apaise la soif  Le lait après est plus riche en nutriments et vitamines et ressaisie l'enfant plus vite  L'enfant règle parfaitement ses besoins en eau et en nourriture, mais il faut qu'il tète autant qu'il veut  Aider les femmes à trouver quelque chose pour protéger leur vêtements du lait qui coule

Tableau 65: Canevas pour l'analyse des comportements 5 (Alimentation 0-6 mois : Allaitement sur demande)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>5. Allaitement sur demande jour et nuit 8-12 tétées dans 24 heures</b></p>	<p>Les femmes allaitent 12 – 14 fois par 24 heures, jour et nuit.</p> <p>Quelques femmes donnent du <i>bauri</i> pour faire dormir l'enfant pour qu'elles puissent continuer à travailler.</p> <p>Quelques femmes semblent donner de l'eau pour qu'elles puissent travailler.</p>	<p>Les femmes ont trop de travail et elles sont souvent laissées avec pas assez d'argent à faire manger la maison.</p>	<p><b>Stratégie formation</b> -inclure dans tout ce qui est formation</p> <p><b>Stratégie communautaire</b> Mobiliser les groupes existants, faciliter une décision à améliorer la nutrition des enfants</p>	<p>-femmes âgées ; - grand-mères ; -agents de santé -matrones. Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.- -Des agents villageois</p> <p>Tout le monde</p> <p>-Tout le monde : les leaders</p>	<p>Le seul moyen pour avoir un bébé bien nourris, c'est de lui donner à téter chaque fois qu'il en veut.</p> <p>L'eau et autres liquides donnent la diarrhée et affaiblissent l'enfant.</p>

*Tableau 66: Canevas pour l'analyse des comportements 6 (Alimentation 0-6 mois : allaitement pendant et après la maladie)*

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influence	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>6. Pendant et après la maladie, allaiter plus fréquemment</b></p>	<p>Quelques femmes disaient qu'elles allaitent plus fréquemment pour que l'enfant n'oublisse pas le sien</p>	<p>L'enfant ne sent pas bien et il ne veut pas tétée, donc la mère a de la pitié pour lui.</p> <p>La population ne savent pas que le lait est plus facile à digérer et que cela aide à une plus vite guérison.</p>	<p>Radio pour passer le message</p> <p>Tous les agents de santé et les matrones.</p>	<p>Tout le monde, mais surtout la mère</p>	<p>Allaiter votre enfant plus fréquemment quand il est malade pour une guérison plus vite.</p> <p>Allaiter votre enfant plus fréquemment après la maladie, pour l'aider à regagner sa force.</p>

Tableau 67 : Canevas pour l'analyse des comportements 7 (Alimentation 0-6 mois : Dose élevée de vitamine A à la mère)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<b>7. La mère doit recevoir une dose élevée de la Vitamine A après la naissance</b>	Pas recherché	L'accès	<p>Stratégie formation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former les femmes âgées</li>   <li>- Former les agents de santé</li>   <li>-Travailler avec et former les agents existants communautaires (ONG, organismes)</li> <li>-Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</li> </ul> <p>Stratégie Aides Visuels Elaborer les aides visuels</p> <p>Stratégie Média</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-des spots radio bien organisés, et programme en séries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-femmes âgées ;</li> <li>- grande mère</li>   <li>-agents de santé</li> <li>-matrones</li>   <li>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.-</li>   <li>-Des agents villageois</li>   <li>-Tout le monde</li> </ul>	<p>C'est très important de donner cette vitamine A toute de suite après la naissance, pour que la vitamine puisse sortir dans le lait et bénéficie l'enfant.</p> <p>La vitamine A est ce qui fait que le premier lait est jaunâtre – il faut assurer que la mère et l'enfant reçoivent toute que possible.</p>

Tableau 68 : Canevas pour l'analyse des comportements 8 (Alimentation 0-6 mois : position pour la tétée)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>8. Bon attachement et bon positionnement – à vérifier et améliorer pendant le premier mois de la vie</b></p> <p><i>Le bébé devrait être proche de la mère, face au sein avec l'oreille, l'épaule et la hanche du bébé en ligne droite. La bouche du bébé doit être grande ouverte avant d'attacher le mamelon et de mettre autant que possible de l'aréole dans la bouche.</i></p>	<p>La femme met l'enfant éloigné du sein, sur les genoux ; elle prend à la main gauche, la nuque de l'enfant, et avec la main droite, elle prend le sein gauche et l'amène à la bouche de l'enfant. Puis elle presse le sein pour envoyer du lait dans la bouche du bébé.</p> <p>Cela donne le control à la mère, au lieu de donner le control à l'enfant</p>	<p>C'est la tradition.</p>	<p><b>Stratégie formation</b></p> <p>-Former les femmes âgées</p> <p>- Former les agents de santé</p> <p>-Travailler avec / former les agents existants communautaires (ONG,</p>	<p>Grande mères</p> <p>Femmes âgées</p> <p>Matrones</p> <p>Agents de la santé</p> <p>Agents villageois des tous les organismes</p>	<p>L'enfant reçoit l'eau qu'il faut et la nourriture qu'il faut quand il reçoit du lait sur demande.</p> <p>Cette position fatigue le dos de la mère- il faut qu'elle soit confortable.</p>

Tableau 69 : Canevas pour l'analyse des comportements 9 (Alimentation enfants 0-6 mois : éviter les grossesses)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>9. Espacer les naissances -3 ans entre accouchements</b></p> <p>✿</p>	<p>Beaucoup d'enfants sont sevrés trop tôt et deviennent malnutris a cause des grossesses trop proches</p>	<p>Peur des méthodes moderne</p> <p>Avis du mari</p> <p>Avis de la belle mère</p> <p>Rumeurs des maladies causes par les méthodes modernes</p>	<p><b>Stratégie formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former les femmes âgées</li> <li>- Former les agents de santé</li> <li>-Travailler avec et former les agents existants</li> </ul> <p>communautaires (ONG, organismes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</li> </ul> <p><b>Stratégie Aides Visuels</b></p> <p>Elaborer les aides visuels</p> <p><b>Stratégie Média</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-des spots radio bien organisés, et programme en séries</li> </ul> <p><b>Stratégie communautaire</b></p> <p>C'est vraiment une décision qui peut être décidé par la communauté</p> <p><b>Stratégie Islam</b></p> <p>Etudier celle de la Tunisie, et de l'Egypte qui ont réussi à passer ce message</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-femmes âgées ;</li> <li>- grande-mères ;</li> <li>-agents de santé</li> <li>-matrones.</li> </ul> <p>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Des agents villageois</li> </ul> <p>Tout le monde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tout le monde : les leaders</li> </ul> <p>Les Imams</p>	<p>Protéger votre enfant de la malnutrition – espacer les naissances pour la bonne santé de la mère et de l'enfant.</p> <p>Utiliser une méthode moderne pour espacer vos enfants</p> <p>Le Coran dit qu'il faut ...</p> <p>Ne laissez pas votre enfant vulnérable à la malnutrition- espacer vos enfants de trois ans entre naissances.</p> <p>Protéger la mère pour la santé du prochaine enfant- espacer les naissances de trois ans entre naissances.</p>

Tableau 70 : Canevas pour l'analyse des comportements 10 (Alimentation des enfants 0-6 mois : fréquence de tétées)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>L'Alimentation des enfants de 0-6 mois</b>					
<p><b>10. Continuer à allaiter sur demande jour et nuit, jusqu'à 2-3 ans</b></p> <p></p>	<p>Le nombre moyen de tétées chute de 12 à 4 par 24 heures à six mois, et continue de baisser.</p>	<p>Le travail</p> <p>Le nécessite de gagner de l'argent pour compléter la nourriture</p> <p>Nous avons pose les fausse questions- peut-être les femmes ont compris que ce n'est plus obligatoire d'allaiter sur demande</p>	<p>Stratégie communautaire</p> <p>Mobiliser les organismes, les groupes traditionnels, des marabouts, des hommes, à renforcer la valeur de l'allaitement correct pour la survie de l'enfant</p> <p>Trouver les solutions faisables : les moulins de mil ; les sources de boit plus proches, les robinets</p>	<p>Toute la communauté</p>	<p>Si vous ne voulez pas tomber enceinte il faut continuer a allaiter fréquemment, au moins 8 fois par journée et pendant la nuit.</p> <p>Pour éviter la malnutrition continuer a allaiter fréquemment, au moins 6 fois par journée et au moins une fois pendant la nuit.</p> <p>Ne pas mettre 4 heures pendant la journée entre tétées !</p> <p>Donner le sein avant de donner d'autres aliments.</p>

Tableau 71 : Canevas pour l'analyse des comportements 11 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : période adéquate = 6 mois)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire -L'enfant 6- 24 mois</b>					
<p><b>11. A six mois introduire la nourriture écrasée et semi solide : bouillie épais de base des farines mixtes : mil, sorgho, riz, maïs, légumineux</b></p>	<p>Beaucoup de mères donnent du <i>fura</i> et du <i>koko</i> non enrichis depuis 4-5 mois.</p> <p>Quelques une utilisent la farine mixte recommandé par l'agent de santé</p> <p>Le moyen nombre de repas pas jour est presque plus que recommandé, parce que beaucoup de femmes donnent du <i>fura</i> à chaque fois que l'enfant réclame</p> <p>Tous les enfants mangent en dehors du lait maternel.</p>	<p>Si la famille est pauvre ils peuvent ne pas avoir de la nourriture en dehors du <i>fura</i></p> <p>« Il faut qu'il apprenne à manger ce que nous avons »</p> <p>Manque d'accès au CSI, et des informations.</p> <p>Les populations considèrent la tâche d'apprendre à manger comme tâche sociale, sans considérer l'aspect nutritionnel.</p>	<p><b>Stratégie formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former les femmes âgées</li> <li>- Former les agents de santé</li> <li>-Travailler avec et former les agents existants communautaires (ONG, organismes)</li> <li>-Former dans le processus « négociation » pour un changement de comportement</li> </ul> <p><b>Stratégie Aides Visuels</b></p> <p>Elaborer les aides visuels</p> <p><b>Stratégie Média</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-des spots radio bien organisés, et programme en séries</li> </ul> <p><b>Stratégie communautaire</b></p> <p>Mobiliser les groupes existants et les leaders, hommes, etc. pour prendre des décisions sur l'alimentation des petits</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-femmes âgées ;</li> <li>- grand-mères ;</li> <li>-agents de santé</li> <li>-matrones.</li> </ul> <p>Utilisation d'un module en formation pour les formateurs des ONG etc.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Des agents villageois</li> </ul> <p>Tout le monde</p> <p>-Tout le monde : les leaders</p>	<p>Ne donne pas de <i>fura</i> aux petits enfants – cela entraîne la malnutrition.</p> <p>Préparer une bouillie bien épaisse 2-3 fois par jour, et donner à téter avant de lui offrir la bouillie pour ne pas diminuer le lait maternel.</p>

Tableau 72 : Canevas pour l'analyse des comportements 12 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 6-8 mois)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire -L'enfant 6- 24 mois</b>					
<p><b>12. 6-8 mois : Enrichissez les bouillies avec les produits animaux, légumineux (arachides, haricots, niébé), fruits, beurre/huiles, légumes</b></p> <p style="text-align: center; color: red;">*</p>	<p>Quelques-unes enrichissent la bouillie, mais les enfants mangent très peu de fruits, légumes, et aliments riches en protéine.</p>	<p>Manque de connaissance, et la pauvreté.</p> <p>Manque de connaissances de la part du mari, des bouchers, des marabouts, etc.</p>	<p>Stratégie communautaire : Comment ajouter d'autres nutriments au régime ?</p> <p>Une stratégie pour garder des haricots pour la famille.</p> <p>Une stratégie pour garder les courges pour la famille.</p> <p>Une stratégie pour promouvoir un morceau de foie pour la mère et les petits chaque semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>Pour protéger contre la malnutrition ne donnez pas <i>Fura</i></p> <p>Ne donne pas de <i>fura</i> aux petits enfants. Donner une bouillie épaisse, avec des rajouts.</p> <p>Acheter chaque semaine l'équivalent d'une brochette de foie, etc. Donne à ta femme à partager avec ces petits enfants.</p>

Tableau 73 : Canevas pour l'analyse des comportements 13 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : fréquence pour les 6-8 mois)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire - L'enfant 6- 24 mois</b>					
<p><b>13. 6-8 mois : Augmenter la fréquence des repas au fur et à mesure que l'enfant grandit jusqu'à 2-3 repas par jour</b></p>	<p>Pas un grand problème la plupart consomment trop de repas par jour, mais d'une valeur nutritive peu importante</p>				

Tableau 74: Canevas pour l'analyse des comportements 14 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : consistance pour les 9-11 mois)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire - L'enfant 6- 24 mois</b>					
<b>14. 9-11 mois : Augmenter la consistance les aliments. Donner les aliments en morceau que l'enfant peut manger soit même</b>	Beaucoup d'enfants sont nourris avec le <i>fura</i> , qui n'est pas du tout consistant et qui est pas du tout dense en nutriments.	Pour une grande partie de la population le <i>fura</i> est ce qu'ils boivent toute la journée pour calmer le soif et la faim.  C'est la tradition.  C'est la pauvreté qui fait qu'on ne peut rien substituer pour le <i>fura</i>	Trouver un substitut pour le <i>fura</i> et d'autres liquides ou bouillies trop légères à donner à l'enfant quand il a faim  Radio spots  Cartes de conseil  Formations	Mères  Pères  Grand-mères  Grands pères  Veuilles femmes  Bouchers  Producteurs des arachides, de l'huile, et des haricots	Ne donner pas de <i>fura</i> et le <i>koko/kunu</i> dilué  Donner du <i>loubaye</i> (purée d'haricots et l'huile)  Donner de la pâte d'arachide à chaque fois que l'enfant a faim  Acheter chaque semaine l'équivalent d'une brochette de foie, etc., donne à ta femme à partager avec les petits enfants

Tableau 75: Canevas pour l'analyse des comportements 15 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 9-11 mois)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire - L'enfant 6- 24 mois</b>					
<p><b>15. 9 – 11 mois</b>  <b>-Donner des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et beurre/huile</b></p> <p><b>*</b></p>	<p>Quelques-unes enrichissent la bouillie, mais les enfants mangent très peu de fruits, légumes, et aliments riches en protéine.</p>	<p>Manque de connaissance, et la pauvreté.</p>	<p>Stratégie communautaire : Comment ajouter d'autres nutriments au régime ?</p> <p>Une stratégie pour garder des haricots pour la famille.</p> <p>Une stratégie pour garder les courges pour la famille.</p> <p>Stratégie pour une amélioration de la sauce</p> <p>Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime</p> <p>Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime</p> <p>Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>L'enfant n'aura pas une bonne croissance s'il ne mange pas des aliments autres que le mil et le lait caillé. Il faut des haricots, des fruits, de la courge, des feuilles, etc. tous les jours.</p> <p>Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants</p> <p>Préparer des goûters à base de la pâte d'arachide et les mettre là où l'enfant peut s'en servir quand il a faim</p>

*Tableau 76: Canevas pour l'analyse des comportements 16 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : fréquence pour les 9-11 mois)*

<b>Comportement idéal</b>	<b>Comportement Actuel</b>	<b>Obstacles: croyances, personnes qui influencent,</b>	<b>Stratégies Possibles Et canaux</b>	<b>Audience Cible</b>	<b>Arguments possibles</b>
<b>Alimentation Complémentaire - L'enfant 6- 24 mois</b>					
<b>16. 9 – 11 mois Augmenter la fréquence des repas jusqu'à 3-4 fois par jour</b>	<b>Pas un problème</b>				

**Tableau 77: Canevas pour l'analyse des comportements 17 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : période adéquate et quantité pour les 12-24 mois)**

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Argument s possibles
<b>Alimentation Complémentaire -L'enfant 6- 24 mois</b>					
<b>17. 12-24 mois : Introduire le plat familial ; assurer que l'enfant mange assez a chaque repas ;</b>	<p>Le plat familial est introduit très tôt.</p> <p>L'enfant mange de plus en plus exactement ce que la famille mange : le <i>fura</i> sans lait, la pâte de mil avec sauce simple.</p> <p>Ils mangent zéro fruits, très peu de légumes, et presque pas de produits animaux</p>	<p>Manque de connaissance</p> <p>Pauvreté</p>	<p>Stratégie communautaire : Comment ajouter d'autres nutriments au régime ?</p> <p>Une stratégie pour garder des haricots pour la famille.</p> <p>Une stratégie pour garder les courges pour la famille.</p> <p>Stratégie pour une amélioration de la sauce</p> <p>Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime</p> <p>Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime</p> <p>Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>L'enfant n'aura pas une bonne croissance s'il ne mange pas des aliments autres que le mil et le lait caillé. Il faut des haricots, des fruits, de la courge, des feuilles, etc. tous les jours.</p> <p>Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants</p> <p>Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver dans un endroit où l'enfant peut s'en servir quand il a faim</p> <p>Préparer des goûters à base de haricots et d'huile pour que l'enfant puisse le prendre lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de courge et d'huile pour que l'enfant puisse le prendre lui-même pendant la journée.</p>

Tableau 78: Canevas pour l'analyse des comportements 18 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : qualité pour les 12-24 mois)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire -L'enfant 6- 24 mois</b>					
<p><b>18. 12 – 24</b>  <b>Donner tous les jours des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre</b></p> <p><b>*</b></p>	<p>L'enfant mange de plus en plus exactement ce que la famille mange : le <i>fura</i> sans lait, la pâte avec sauce simple.</p> <p>Ils mangent zéro fruits, très peu de légumes, produits animaux</p>	<p>Il faut qu'il mange ce que nous mangeons</p> <p>La pauvreté</p> <p>Manque de connaissances</p>	<p>Elaborer une stratégie pour améliorer la sauce ordinaire</p> <p>Stratégie pour une amélioration de la sauce</p> <p>Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime</p> <p>Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime</p> <p>Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>Ne donner pas de <i>fura</i> – donner les aliments plus solides avec beaucoup de légumes, fruits, haricots, tous les jours.</p> <p>Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants</p> <p>Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de courge et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de haricot et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p>

Tableau 79: Canevas pour l'analyse des comportements 19 (Alimentation complémentaire enfants 6-24 mois : quantité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire –L'enfant 6- 24 mois</b>					
<b>19. 12 – 24 Donner au moins 3 repas et 2 goûters par jour</b>	Trop de petites boissons de fura toute la journée	L'enfant mange ce que mangent les autres membres du ménage	Stratégie communautaire	Toute la communauté	Il faut 5 bons repas par jour pour ces enfants parce que leur estomac est trop petit.
	Repas et goûters pas assez consistants en nutriments	Il faut qu'il apprenne à manger ce qui est disponible	Elaborer une stratégie pour améliorer la sauce ordinaire	Les agents d'agriculture	Ne donner pas de <i>fura</i> – donner les aliments plus solides avec beaucoup de légumes, fruits, haricots, tous les jours.
		Le père qui commercialise tout	Stratégie pour une amélioration de la sauce	Les jardiniers	Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants
			Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime	Les hommes	Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.
			Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime	Les marabouts	Préparer des goûters à base de courge et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.
		Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine	Les bouchers	Préparer des goûters à base de haricot et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.	

**Tableau 80 : Canevas pour l'analyse des comportements 20 (alimentation complémentaire enfants 6 mois – 5ans : Fréquence et qualité pendant et après la maladie)**

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation Complémentaire – Les enfants 6 mois -5 ans</b>					
<p><b>20. L'enfant 6 mois à 5 ans : Pratiquer l'alimentation fréquente et active pendant et après la maladie,</b></p> <p><b>Pendant la maladie, allaiter et donner plus de liquides que d'habitude.</b></p> <p><b>Après la maladie allaiter et donner plus de nourriture que d'habitude</b></p>	<p>Ils mangent ce que les adultes mangent : très peu en dehors du mil, lait caillé, un peu de haricots.</p>	<p>L'enfant mange ce que le reste de la famille mange</p> <p>Il faut qu'il apprenne à manger ce qui est disponible</p> <p>Le père qui commercialise tout</p>	<p>Stratégie communautaire</p> <p>Elaborer une stratégie pour améliorer la sauce ordinaire</p> <p>Stratégie pour une amélioration de la sauce</p> <p>Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime</p> <p>Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime</p> <p>Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>Il faut 5 bons repas par jour pour ces enfants parce que leur estomac est trop petit.</p> <p>Ne pas donner de <i>fura</i> – donner les aliments plus solides avec beaucoup de légumes, fruits, haricots, tous les jours.</p> <p>Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants</p> <p>Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de courge et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de haricot et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p>

Tableau 81: Canevas pour l'analyse des comportements 21 (alimentation des enfants 2-5 ans : quantité)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation de L'enfant 2-5 ans</b>					
<b>21. Gérer l'alimentation de l'enfant pour assurer qu'il mange assez et un régime varie</b>	Les enfants de cette tranche d'âge sont confiés aux parents : le père, la grand-mère, le grand-père, une voisine, les frères ou soeurs	La mère est le plus souvent enceinte ou avec un nouveau petit bébé, qui l'occupe	<p>Stratégie communautaire</p> <p>Elaborer une stratégie pour améliorer la sauce ordinaire</p> <p>Stratégie pour une amélioration de la sauce</p> <p>Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime</p> <p>Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime</p> <p>Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine</p>	<p>Toute la communauté</p> <p>Les agents d'agriculture</p> <p>Les jardiniers</p> <p>Les hommes</p> <p>Les marabouts</p> <p>Les bouchers</p>	<p>Il faut 5 bons repas par jour pour ces enfants parce que leur estomac est trop petit.</p> <p>Ne donner pas de <i>fura</i> – donner les aliments plus solides avec beaucoup de légumes, fruits, haricots, tous les jours.</p> <p>Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants</p> <p>Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de courge et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p> <p>Préparer des goûters à base de haricot et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.</p>

Tableau 82 : Canevas pour l'analyse des comportements 22 (alimentation des enfants 2-5 ans : qualité)

Comportement déal	Comportement Actuel	Obstacles:	Stratégies Possibles Et canaux	Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation de L'enfant 2-5 ans</b>					
<b>22. Assurer tous les jours des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre</b>	Les enfants de cette tranche d'âge sont confiés aux parents : le père, la grand-mère, le grand-père, une voisine, les frères ou sœurs	La mère est le plus souvent enceinte ou avec un nouveau petit bébé, qui l'occupe	Former les pères, les personnes âgées de la maison comment nourrir ces enfants  Stratégie pour une amélioration de la sauce  Stratégie pour une augmentation de légumes dans le régime  Stratégie pour une augmentation des fruits dans le régime  Une campagne pour promouvoir une petite portion de foie par semaine	La famille  Les bouchers	Eviter une malnutrition- donner tous les jours des légumes, de fruits, des haricots, du lait caillé  Déparasiter l'enfant tous les six mois  Il faut 5 bons repas par jour pour ces enfants parce que leur estomac est trop petit.  Ne donner pas de <i>fura</i> – donner les aliments plus solides avec beaucoup de légumes, fruits, haricots, tous les jours.  Acheter chaque semaine une brochette de foie pour la femme et ses petits enfants  Préparer des goûters à base de pâte d'arachide et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.  Préparer des goûters à base de courge et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.  Préparer des goûters à base de haricot et d'huile et les conserver en un lieu où l'enfant peut se servir facilement lui-même pendant la journée.

Tableau 83 : Canevas pour l'analyse des comportements 24 (Alimentation des filles 10-15 ans : quantité)

Comportement idéal	Comportement Actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Filles 10-15 ans</b>					
<b>24. Gérer l'alimentation des filles 10-15 ans pour assurer qu'elles mangent assez et un régime varié</b>	A. Quantité de nourriture insuffisante ou insuffisance des rations (« on n'est pas rassasiée » les filles) surtout dans les zones enclavées de Gourajé (Tessaoua), de Dan Koulou (Mayahi), de Dan Abdalah (Madarounfa)	Disponibilité et accessibilité insuffisante dans les ménages (« on donne ce qu'on a » les pères) Taille des ménages  Niveau d'enclavement de la zone	Encourager l'exercice d'AGR car dans les foyers où il y a des AGR autour de la restauration, les filles mangent en quantité plus importante  Multiplier les actions des ONG en faveur de la nutrition (exemple ACF à Mayahi)	Pères, mères, filles (car certaines se nourrissent elles-mêmes), ONG, IMF  Bouchers	Pères, assurez que vos filles mangent assez et variée ; elles seront les mères de demain ! Assurez une brochette de foie au moins une fois par semaine
	B. régime alimentaire peu ou pas varié avec prépondérance du mil ou de céréales sauf dans le département de Mayahi	Habitudes alimentaires  Habitudes culturelles  Insuffisance des revenus monétaires pour en acheter	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires  Encourager et soutenir l'exercice d'AGR ; c'est un filet de sécurité alimentaire pour les filles  Promouvoir là où c'est possible, la création de sites maraîchers  Encourager la scolarisation des filles car les pères se sentent contraints de donner de l'argent de poche aux filles élèves	Filles Mères Pères Associations et Groupements féminins, ONG, IMF Bouchers	

Tableau 84 : Canevas pour l'analyse des comportements 25 (alimentation des filles 10-15 ans : qualité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles	
<b>Alimentation des Filles 10-15 ans</b>						
<b>25. Assurer tous les jours des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre. Assurer qu'elles reçoivent des aliments riches en fer au moins deux fois par jour, et le foie et les légumes et fruits riches en Vitamines tous les jours.</b>	Pas ou peu de fruits Sauf pour quelques filles dans les quartiers urbains (Bagalam et Ali dan Sofo à Maradi, Mayahi Sabongari à Mayahi)	Disponibilité d'argent pour en acheter Saison non propice pour des fruits locaux	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires Encourager et soutenir l'exercice d'AGR	Mère Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, chefs de ménages <sup>64</sup> , filles, ONG, IMF <sup>65</sup>	Pour avoir des enfants qui ne sont pas malnutris, il faut bien nourrir les filles	
	Peu de légumes ; c'est de la poudre de gombo ou de feuilles séchées que contient la majorité des sauces aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain sauf en ville (Mayahi Sofoua) et en zone périurbaine (Safo à Madarounfa).	Habitudes culinaires Proximité des sites maraîchers	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires Promouvoir là où c'est possible, la création de sites maraîchers et cultures de contre-saison	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères	Idem	
	Pas ou peu produits laitiers (sauf à Kanabakaché département de Mayahi)	Répartition intrafamiliale de aliments (plus de lait pour les enfants) Disponibilité d'argent pour en acheter	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires Encourager et soutenir l'élevage de petits (voire de gros) ruminants	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères, ONG, IMF	Idem	
		Pas ou peu de protéines animales Excepté les jours de fêtes ou cérémonies de réjouissances (consommation plus importante et plus fréquente en ville)	Disponibilité d'argent pour en acheter  Interdits alimentaires (pour l'œuf : 1 seule de Maradi au quartier Ali Dan Sofo a déclaré en avoir mangé la veille)	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères, ONG, IMF Bouchers	Idem Acheter une brochette de foie par semaine pour la femme et ses filles, et enfants
		Peu de protéines végétales : bien que produites en milieu rural, c'est le milieu urbain qui en consomme plus (Mayahi Sofoua et Mayahi Sabongari dans la ville de Mayahi, Bagalam à Maradi) Parmi les légumineux, ce sont	Vente de toute la production en milieu rural Faible disponibilité d'argent pour en acheter dans tous les sites	Encourager et soutenir l'exercice d'AGR	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères, ONG, IMF	Idem

<sup>64</sup> Chefs de « *gandu* » ou de « *guida* » (*maïguida*)

<sup>65</sup> Institution de Micro Finances

	les tourteaux d'arachide qui accompagnent presque tous les plats comprenant des feuilles bouillies				
	Les filles boivent du <i>fura</i> toute la journée ; et achètent des galettes si elles ont de l'argent	Les aliments disponibles sont le <i>fura</i> , le <i>kumu</i> qui sont dans la maison, les galettes qu'elles achètent	Elaborer une stratégie pour remplacer le <i>fura</i> comme le goûter le plus utilise : remplacer avec quelque chose de plus riche en nutriments.	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères, ONG, IMF	Idem
	Peu de matières grasses dans les repas des milieux ruraux bien que des filles et/ou leurs mères soient huilières. L'huile est plus consommée à Mayahi (tous les sites sauf Dan Koulou) et à Safo (Madarounfa)	Disponibilité d'argent pour en acheter Accessibilité dans les zones de production d'huile (Dakoro par exemple) Vente du beurre de vache (Dakoro)	Encourager et soutenir l'exercice d'AGR	Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, pères ONG, IMF,	Idem

Tableau 85: Canevas pour l'analyse des comportements 26 (alimentation des filles de 10-15 ans : quantité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Filles 10-15 ans</b>					
<b>26. Assurer au moins 3 repas et 2 goûters par jour.</b>	<p>Peu de repas (3.9/jour goûter compris, au lieu de 4-5) Peu de goûters sauf pour les élèves</p> <p>Et même s'il y a des goûters chez les non élèves, ce sont parfois des goûters monotones (<i>fura, kunu, kopto</i>) car non différents des repas ou avec les mêmes ingrédients que repas quotidiens (mil ou haricot)</p>	<p>Disponibilité d'argent pour en acheter Habitudes culinaires Habitudes alimentaires</p>	<p>Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires Encourager et soutenir l'exercice d'AGR</p>	<p>Mères, Associations et Groupements féminins, les leaders religieux, chefs de ménages, filles, ONG, IMF</p>	<p>Pour devenir une adulte qui peut travailler et faire des enfants en forme et en bonne santé, il faut que les filles mangent suffisamment</p>

Tableau 86: Canevas pour l'analyse des comportements 27 (filles 10-15 ans : déparasitage, fer et immunisation)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Filles 10-15 ans</b>					
<p><b>27. Assurer que la filles se déparasitent tous les 6 mois et prennent du fer, utiliser du sel iode, et soit vacciner contre la tétanos</b></p> <p></p>	<p>-Les filles scolarisées disent avoir reçu une supplémentation en fer et/ou en vitamine A à l'école.</p> <p>-Quelques non scolarisées ont signalé en avoir reçu lors de campagnes nationales de vaccinations (JNV) soit chez le chef de village ou par une équipe mobile de santé.</p> <p>-Les filles en ville semblent plus privilégiées que celles des campagnes enclavées (Guidan Salifou, Dan Abdallah, Dan Koulou).</p> <p>Certaines filles en ont reçu en cas de maladie mais le traitement de vermifuge n'est pas systématique avec une fréquence annuelle (« il y a cinq ans » ou « il y a huit mois », ...).</p> <p>Comme pour le fer et la vitamine A, ce sont les filles des sites enclavés qui n'ont pas évoqué le traitement vermifuge.</p>	<p>Manque de connaissance</p> <p>Manque de politique</p>	<p>Plaidoyer</p>	<p>La santé</p> <p>L'éducation</p>	<p>Pour devenir une adulte qui peut travailler et faire des enfants en forme et en bonne santé, il faut que les filles se déparasitent tous les 6 mois et prennent du fer, utiliser du sel iode, et soit vacciner contre la tétanos</p>

Tableau 87: Canevas pour l'analyse des comportements 28 (alimentation femmes enceintes : quantité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes Enceintes</b>					
<p><b>28. Manger un repas de plus pendant la grossesse (ou l'équivalent) riche en fer et en vitamine.</b></p> <p style="color: red; font-size: 1.5em;">*</p>	<p>Au premier trimestre, la majorité des femmes enceintes déclarent manger moins (Bagalam et Ali Dan Sofo à Maradi, Safo à Madarounfa) ou bien elles ne changent pas le régime alimentaire (Zongo Bilbizo et Guidan Salifou à Dakoro)</p>	<p>Manque d'appétit (Zongo Bilbizo à Dakoro et Gourajé à Tessaoua) signe de la carence en zinc et monotonie des repas Maladies : nausées, vomissements, (monotonie des repas) Regard des autres (cacher la grossesse) dans tous les sites ruraux Souhait d'avoir un petit bébé à la naissance, stigmatisation de la césarienne (Guidan Salifou à Dakoro, Safo à Madarounfa)</p>	<p>Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires</p> <p>Encourager les CPN et par la sensibilisation dans tous les sites, et par la formation des agents de santé</p>	<p>Grands-mères (belles-mères et mères), les chefs de ménages, les personnels de santé -les maris -les agents de santé -la communauté -les bouchers</p>	<p>-pour mettre au monde un bébé qui va survivre, il faut que la mère mange bien pendant la grossesse - qu'elle mange un repas de plus chaque jour - Acheter une brochette de foie par semaine pour la femme et ses petits enfants</p>
	<p>Après le premier trimestre, elles mangent beaucoup (Guidan Salifou et Zongo Bilbizo à Dakoro)</p>			<p>Mobilisation communautaire pour changer les normes de la société</p> <p>Encourager l'exercice d'AGR</p>	<p>-les leaders -les marabouts -les hommes -les enseignants</p>

Tableau 88: Canevas pour l'analyse des comportements 29 (alimentation femmes enceintes : régime varié et de qualité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes Enceintes</b>					
<b>29. Assurer un régime varié tous les jours : des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre</b>	Monotonie des repas (dans tous les sites ruraux)	Interdits alimentaires Disponibilité d'argent pour en acheter	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires pour femme enceinte	Père ou chefs de ménage, les personnels de santé	
	Pas d'igname (Zongo Bilbizo à Dakoro)	Interdit alimentaire pour prévenir une maladie dénommée <i>kai kai</i> <sup>66</sup>		Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins	
	Peu de légumes ; c'est de la poudre de feuilles séchées que contient la majorité des sauces aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain sauf en ville (Mayahi Sofoua) et en zone périurbaine (Safo à Madarounfa). Pas de gombo (Guidan Salifou à Dakoro)	Habitudes culinaires Proximité des sites maraîchers  Interdits alimentaires pour prévenir une maladie dénommée <i>kai kai</i>	Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires pour femme enceinte	Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins, les personnels de santé	
	Pas d'œufs (dans tous les sites ruraux)	Interdit alimentaire (prédestine l'enfant à naître au banditisme en général, au vol en particulier)	Sensibilisation	Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins, les personnels de santé	
	Pas de viande (dans tous les sites ruraux)	Interdits alimentaires, la consommation de viande de bœuf retarderait l'accouchement (le bébé se cacherait dans la bosse)	Sensibilisation	Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins, les personnels de santé	Acheter une brochette de foie par semaine pour la femme et ses petits enfants

<sup>66</sup> *Kai-kai*, est une entité nosologique populaire dans tout le pays haussa, traduit littéralement elle signifie « gratter gratter ». C'est une maladie dont les symptômes sont les démangeaisons (allergie aux tisanes (*bauri*), allergie au citron sensé « ouvrir le ventre » ou « nettoyer le ventre » du bébé)? C'est une maladie qui se caractériserait aussi par le « ballonnement » du ventre de bébé (constipation ?). Elle peut être héréditaire même si on respecte les interdits alimentaires durant la grossesse. Il y en a deux types : la forme bénigne qui fait apparaître de petits boutons sur le corps du nourrisson, et la forme grave parfois mortelle qui laissent apparaître de gros boutons dans les yeux, dans la bouche, à l'intérieur du ventre. *Kai-kai* serait parfois invisible à l'œil.

	Pas de souchet ( <i>aya</i> ) dans la quasi-totalité des sites. Parmi les légumineux, ce sont les tourteaux d'arachide qui accompagnent presque tous les plats comprenant des feuilles bouillies	Interdit alimentaire pour prévenir une maladie dénommée <i>kai kai</i>		Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins	
	Pas de matières grasses dans les repas des milieux ruraux	Disponibilité d'argent pour en acheter Interdit alimentaire	Sensibilisation	Toute la communauté y compris les leaders religieux et les autorités traditionnelles, les groupements féminins	
	Pas ou peu de sel	Interdit alimentaire pour prévenir <i>Borin Guichiri</i> et césarienne	Sensibilisation	Les personnels de santé Les matrones Les grands-mères (belles-mères et mères)	

Tableau 89 : Canevas pour l'analyse des comportements 30 (charge de travail et sommeil femmes enceintes)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes Enceintes</b>					
<b>30. Diminuer le travail pénible et</b>	Pour la majorité, le travail augmente ou reste le même (sauf en cas de maladie grave, qui immobilise) exceptées les femmes scolarisées (secondaire) qui en fin de grossesse bénéficient de congés lorsqu'elles exercent un emploi et celles qui ont une servante (« bonne »)	Volonté d'obtenir plus d'argent pour équiper et décorer la maison (pour impressionner les visiteurs qui viendront saluer après l'accouchement), acheter des vêtements et bijoux pour se parer lors du baptême de l'enfant qui naîtra,  Volonté de montrer à la société qu'on n'est pas douillette ou fragile  Forme d'exercices pour faciliter l'accouchement	Encourager l'exercice d'AGR non pénibles  Sensibilisation sur les risques du travail pénible et conséquences néfastes et pour la mère et pour l'enfant	ONG, IMF, groupements féminins, pères, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones  Personnels de santé, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones	
<b>Assurer assez de sommeil</b>	La majorité des femmes dorment peu, surtout en milieu rural	Beaucoup de travaux domestiques  Fréquentation de l'école coranique la nuit	Sensibilisation sur l'importance du repos	Personnels de santé, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones	

Tableau 90: Canevas pour l'analyse des comportements 31 (moustiquaires, fer et acide folique pour femmes enceintes)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes Enceintes</b>					
<p><b>31. Assurer qu'elles utilisent une moustiquaire avec les petits enfants ;</b></p> <p><b>qu'elles prennent du fer et acide folique.</b></p>	<p>La plupart des femmes enceintes en utilisent</p> <p>Systématique dans les CSI mais les femmes n'en prennent qu'au deuxième trimestre de la grossesse</p>	<p>Pas d'obstacles : efficacité de la politique de distribution des moustiquaires imprégnées</p> <p>Tradition (Gestion du risque d'avorter selon elles)</p>			

Tableau 91 : Canevas pour l'analyse des comportements 32 (alimentation des femmes allaitantes : quantité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes Allaitantes</b>					
<p><b>32. Manger au moins un repas de plus par jour (ou l'équivalent : plus de nourriture sur le plat, ou des goûters riches en fer, protéine et vitamines)</b></p> <p>*</p>	<p>Plus de repas aussi bien en fréquence qu'en quantité sur tous les sites, surtout les trois premiers mois.</p> <p>Diminution de la quantité et de la fréquence de l'alimentation après trois mois, au fur et à mesure de la croissance physique de l'enfant et au fur et à mesure que l'enfant devient autonome</p> <p>Peu ou pas de régime alimentaire de qualité : que du mil ou des céréales dans la plupart des sites à l'instar de Guidan Salifou et Zongo Bilbizo (Dakoro)</p>	<p>La tradition</p> <p>Disponibilité de céréales et accessibilité financière</p> <p>Remède pour favoriser la montée de lait ou palier l'insuffisance de lait</p> <p>Interdits alimentaires : des aliments tels que la viande, les fruits (orange, mangue) retardent ou diminuent la lactation chez la femme et aussi favorisent la maladie appelée « <i>zahi</i> »</p>	<p>Sensibilisation</p>	<p>ONG, IMF, groupements féminins, pères, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones</p> <p>Personnels de santé, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones</p> <p>boucher</p> <p>ONG, IMF</p>	<p>Pour garder votre santé et avoir un bon lait jusqu'à deux ans, il faut manger l'équivalent d'un repas de plus tous les jours.</p>

Tableau 92 : Canevas pour l'analyse des comportements 33 (alimentation femmes allaitantes : qualité)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes allaitantes</b>					
<b>33. Assurer un régime varié tous les jours : des fruits, produits animaux, légumes, légumineux, et l'huile/beurre</b>	Peu de régime alimentaire varié sauf en ville et chez les femmes scolarisées ou exerçant un emploi (quartiers Ali dan Sofo et Bagalam de Maradi, Safo à Madarounfa	Remède pour favoriser la montée de lait ou palier l'insuffisance de lait  Interdits alimentaires : des aliments tels que la viande, les fruits (orange, mangue) retardent ou diminuent la lactation chez la femme et aussi favorisent la maladie appelée « <i>zahi</i> »	Sensibilisation  Supplémentation en fer lors de la grossesse (pendant au moins 6 mois ou à défaut, continuer pendant la période du post-partum) Distribution de vitamine A aux femmes lors du post-partum (pendant les six ou 8 premières semaines)  Encourager et soutenir AGR des femmes	ONG, IMF, groupements féminins, pères, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones  Personnels de santé, grands-mères (belle-mère et mère), père, matrones  Boucher  ONG, IMF	Pour avoir une bonne santé et travailler bien, manger des fruits, de légumes, les haricots et l'huile tous les jours.

Tableau 93 : Canevas pour l'analyse des comportements 34 (espacement des naissances)

Comportement idéal	Comportement actuel	Obstacles: croyances, personnes qui influencent,	Stratégies Possibles Et canaux	Audience Cible	Arguments possibles
<b>Alimentation des Femmes allaitantes</b>					
<b>34. Espacer les naissances – 3 ans entre accouchements</b>	<p>La société recommande 1 an 6 mois à 1 an 9 mois voire 2 ans d'allaitement avant sevrer l'enfant. Les femmes estiment que c'est le délai indiqué pour contracter une nouvelle grossesse.</p> <p>Certaines ont une nouvelle grossesse, neuf mois seulement après la naissance du dernier enfant</p>	<p>Croyance religieuse devenue tradition</p> <p>Valorisation sociale de la natalité (sauver l'honneur de la femme mariée et de sa famille)</p> <p>Refus de contraception (refus du mari, de la belle-mère, mauvaises informations...)</p> <p>Ruptures de stock de contraceptifs dans les CSI (Gourajé à Tessaoua)</p> <p>Usages de contraceptifs traditionnels (cordelettes)</p>	<p>Sensibilisation dans les lieux de cultes, dans les centres de santé et maternité, dans les lieux publics (en insistant sur la nécessité d'une période de récupération pour recouvrer l'énergie et les réserves de nutriments)</p> <p>Intégration du sujet dans la formation à l'école (peut-être à partir du CM2) mais aussi dans les modules d'alphabétisation fonctionnelle et si possible dans les écoles coraniques</p> <p>Promotion des pratiques de l'allaitement maternel<sup>67</sup> optimal (exemple MAMA) afin de maximiser l'impact de l'allaitement maternel sur l'inhibition de la fécondité (mise au sein dès la première heure de naissance, allaitement maternel exclusif pendant six mois environ, continuation de l'allaitement maternel de pair avec des aliments complémentaires à partir de 6 mois environ jusqu'à deux ans ou plus</p> <p>Promotion de la planification familiale en prescrivant certes la contraception mais aussi et surtout en rendant accessible et disponible les méthodes choisies</p>	Femmes, leaders religieux, chefs de ménages, filles, pères, ONG, personnels de santé, gouvernement nigérien	<p>Pour la survie et la bonne santé de vos enfants et de la mère, espacer de trois ans entre accouchements.</p> <p>Gratification pour les femmes qui suivent bien les recommandations</p>

<sup>67</sup> Il semble que l'allaitement maternel rallonge la durée de l'aménorrhée du post-partum ; et l'aménorrhée aide la femme à recouvrer ses réserves de fer perdues pendant la grossesse.

## CONCLUSIONS

### *Allaitement*

- La pratique mise immédiate au sein commence à être adoptée, mais il à convaincre la grande majorité. Les traditions et peurs de colostrum peuvent être surmontées avec une éducation qui touche tout le monde.
- Très peu de mères ont adopté l'allaitement exclusif. Les barrières à l'allaitement exclusif sont : 1) la forte croyance que l'enfant a besoin d'eau comme tout le monde, 2) la crainte que le premier lait (colostrum) mène à une maladie mortelle dénommée *Kai-kai* , 3) la crainte de ne pas avoir suffisamment de lait, 4) la perception que le lait diminue vers le troisième mois, 5) le réflexe automatique de donner les médicaments traditionnels à l'enfant pour s'assurer qu'il ne tombe pas malade, 6) le principe traditionnel selon lequel « l'enfant mange ce que la mère mange, et donc si la mère ne mange pas bien, le lait ne suffira pas », et 7) une charge de travail élevée pour la mère dans la journée ; charge qui peut entraver l'allaitement sur demande pendant la journée.
- Quand la femme s'aperçoit que le lait diminue, elle donne assez souvent quelque chose d'autre à boire ou à manger ; ce qui fait diminuer la production de lait. C'est dû en grande partie à la conception erronée que la femme qui est pauvre ou qui ne mange pas des aliments « riches » n'aura pas suffisamment de lait pour nourrir un enfant. Les populations ne comprennent pas le principe que plus l'enfant suce le sein, plus le lait se produit.
- Presque aucune femme ne laisse l'enfant vider un sein avant d'offrir l'autre, donc il ne bénéficie pas du lait plus riche en calories et vitamines localisé dans la partie arrière du sein. Elles ont une forte croyance que le lait devient « chaud » et que cela fait vomir l'enfant.
- Les agents de santé suggèrent l'importance de laver le sein avec du savon ; or cette pratique peut entraîner des crevasses sur le sein et des infections aussi bien du sein que chez l'enfant.
- A l'âge de 0-6 mois, les mères allaitent sur demande, en moyenne 12 tétées par 24 heures, mais en ce moment, certaines ont déjà commencé à donner du *bauri* pour faire dormir l'enfant et sauter une tétée, afin que la mère puisse vaquer tranquillement à ses occupations.
- La position dans laquelle la mère allaite, n'est pas optimale ; elle- fait mal au dos, elle donne le contrôle du sein à la mère mais pas à l'enfant. Cette position peut être améliorée parmi les nouveaux-nés des jeunes mères, surtout parmi les enfants qui ont des problèmes au commencement de l'allaitement.
- Les naissances sont trop proches dans beaucoup de cas, ce qui fait que les réserves de la mère sont épuisées, et l'enfant qui est nourri risque de devenir malnutri.
- Très peu d'enfants continuent à téter jusqu'à deux ans et au-delà parce que parfois une grossesse survient ; et une croyance populaire fait croire trop téter et surtout jusqu'à 2 ans et plus, rend l'enfants moins intelligent.

### *L'alimentation complémentaire*

- A l'âge de 0-6 mois, les mères allaitent sur demande en moyenne 12 fois par 24 heures, mais à six mois, elles offrent des boissons au lieu su sein, et le nombre de tétées par jour chute à 4-5. La grande majorité des enfants ne bénéficient plus de la moitié des tétées par jour ; ces tétées ont été remplacées des boissons et bouillies très liquides et non nutritives.

- A six mois, presque tous les enfants mangent des aliments en dehors du lait maternel, mais seulement une petite portion de mères prépare des bouillies de farine mixte. Elles donnent du *fura* simple même sans lait écrémé, ou du *koko* ; tous les deux sont des liquides contenant peu de mil et beaucoup d'eau et qui remplissent le petit estomac de l'enfant.
- Personne n'offre le sein avant de donner à manger, en fait le repas ou la boisson est offert en lieu et place de la tétée.
- Toutes les femmes augmentent la quantité d'aliments au fur à mesure que l'enfant grandit mais les enfants âgés de 9-11 mois ne consomment pas assez de nutriments pour remplacer les calories et nutriments qui sont perdus avec la diminution du nombre de tétées par jour.
- Au lieu de donner deux ou trois repas par jour, beaucoup d'enfants boivent du *fura* toute la journée, ou du *koko*, ou les deux. Donc les tétées sont remplacées par ces boissons. Au lieu d'augmenter progressivement la consistance de la nourriture, les mères donnent souvent le *tuwo* à un très jeune âge, et beaucoup continuent à donner du *fura* toute la journée.
- Pendant la période de 9-11 mois, les mères font un effort de diversifier le régime, mais ce n'est jamais assez. Le régime reste monotone : du mil, parfois des haricots, parfois du lait écrémé, pendant la saison de pluies de feuilles vertes, et rarement de la courge ou des carottes. Mais il n'y a jamais assez de protéine, de légumes, de la vitamine A, et presque pas de fruits.
- Les enfants de 12 -24 mois mangent comme les adultes, des boissons et les repas pas assez dense en calories et nutriments.
- La différence en consommation entre l'enfant qui n'est pas sevré et l'enfant qui est sevré précise clairement qu'il ne faut pas tomber enceinte avant que l'enfant ait trois ans.
- Quand l'enfant commence à manger lui-même, la famille l'aide à manger de moins en moins. Et pendant et après la maladie, si l'enfant refuse de manger, c'est pas la norme de l'aider beaucoup.
- Les enfants en général mangent plus souvent que recommandé, mais pas d'une qualité suffisante pour la bonne croissance.
- L'hygiène dépend de la qualité de l'eau, de l'existence du savon dans la maison, de l'éducation de la mère, et de la charge de travail de la mère.
- Parmi les déterminants de l'alimentation des jeunes enfants, figurent les suivants : 1) la charge de de travail de la mère, 2) l'absence de contrôle de ressources et le désir ou bien besoin de gagner un peu d'argent, 3) les conceptions et perceptions de ce que c'est qu'un repas, ou une sauce, 4) le manque d'éducation et de l'information sur les comportements optimales.
- Le sevrage est rarement progressif, il est plutôt brutal « *pour que le sevrage ne soit pas difficile pour l'enfant* » : elles pensent ainsi le torturer moins. Précisément, quand le moment choisi arrive, il n'est plus permis à de téter, quelles que soient les circonstances.
- Mais chez les Hausa ce n'est pas allaitement exclusif aujourd'hui, et l'alimentation exclusive demain. De nombreux enfants commencent à manger les aliments *fura* et *koko*, et/ou même les repas de la famille, au plus tard à six à huit mois. Et selon les rappels de 24 heures, les enfants de 15 mois (l'âge moyen du sevrage) mangent déjà 5 fois par jour et tètent seulement 4 fois ou moins par jour. Même les enfants qui sont sevrés très tôt, entre 6-12 mois, ne tête plus que 4-5 fois par jour, en moyenne, quand ils sont sevrés (tableau 23). Donc le problème du sevrage, ce n'est pas qu'ils ne sont pas habitués à l'alimentation, mais c'est que la nourriture ne remplit pas les déficits en nutriments provoqués par la cessation de l'allaitement.

### *Les enfants de deux à cinq ans*

- Les enfants de deux à cinq ans mangent plus de repas et plus de céréales que recommandés, mais, comme leur petits frères et sœurs, ils peuvent subir aux grandes lacunes en nutriments et en kilocalories.
- Ces enfants prennent au moyen, une portion par jour des légumineux et presque pas de viande ou poisson. Tandis que quatre légumes par jour sont recommandés ces enfants ne reçoit qu'une par jour et pour les fruits, c'est zéro. Pour l'huile, ils reçoivent au moyen trois portions par jour. Donc, en somme, ils mangent ce que les adultes mangent, beaucoup de mil, de l'huile et un peu de lait écrème si la famille en possède, quelques uns des leucomaïne, et très peu d'autres aliments.
- 67% ont leur propre bol et la vaste majorité est supervisée par un autre membre de la famille quand ils mangent. Pour les garçons c'est souvent le père, grand père, ou les grands frères. Pour les filles c'est la sœur, la grand-mère, une belle sœur, ou la voisine.

### *Des filles âgées de 10 à 15 ans*

- Les filles comme tous les adultes mangent peut-être un repas de *tuwo* par jour et beaucoup de boissons de *fura* plusieurs fois pendant la journée. Toutes consomment le plat familial, en fonction de la quantité disponible et de la qualité imposée à tous les membres de la famille.
- Le régime n'est pas varié comme recommandé, et comme tout le monde, elles ont un régime alimentaire monotone fait de mil ou céréales, parfois de lait écrémé, parfois de légumineux, et pendant la saison de pluies, des feuilles vertes. Elles ne mangent presque aucun des produits animaux, et aucun fruit.
- Les filles disent que bien qu'elles aient plus faim à cet âge qu'avant, elles ne mangent pas à leur faim ; en fait, beaucoup ont dit qu'elles attendent se marier pour avoir un peu plus de repas en quantité, en fréquence et en qualité.
- 10% des filles signalent avoir eu la cécité nocturne, parmi elles, 25% l'ont actuellement. C'est un signe que le régime ne suffit pas à la bonne santé de ses filles.
- 7.4% des filles signalent avoir eu le « manque de sang ». 33% l'associent avec la grossesse, et 33% disaient qu'il faut manger plus de viande.
- Les filles exercent presque toutes une activité rémunératrice dont l'argent permet de manger (discrètement) dans ou hors de la maison, loin des regards et des parents et d'autres personnes. Presque toutes les filles font du petit commerce et plus que la moitié contribuent à la nourriture ou d'elles-mêmes ou de la famille.
- Les filles qui fréquentent actuellement l'école, mangent plus de goûters que celles qui ne sont pas scolarisées. L'école est un prétexte pour les parents pour donner de l'argent de poche aux filles.
- Il y a des communautés, où, grâce aux ONG, une grande importance est accordée à l'éducation des filles (Kanabakaché).

### *Des femmes enceintes*

- Les femmes disent avoir un manque d'appétit pendant les premiers mois de la grossesse, à cause de la nausée. Vers le sixième mois, elles commencent à prendre les tisanes pour augmenter l'appétit.
- Il y a une inquiétude d'avoir un trop gros bébé, donc on hésite à trop manger.
- Dans la tradition, les trois premiers mois de grossesse sont à risque (l'enfant n'est pas encore formé, solide, il est à l'état liquide). Donc ce n'est que lorsqu'on estime que

l'enfant a déjà pris sa forme définitive, que la femme enceinte peut commencer à manger à sa convenance.

- Le fer qui est donné par la clinique, n'est pas souvent pris, avant le sixième mois, parce qu'on craint de faire mal au fœtus. 22% des femmes enceintes disaient avoir le « manque de sang » avec cette grossesse.
- Pendant le troisième trimestre la femme a besoin d'un repas de plus par jour, mais, elle ne peut pas manger plus que les autres ni acheter pour elles mêmes, pour être vue comme méchanceté.
- Les femmes des villes mangent plus de viande, fruits et un régime varié que les femmes de la brousse, mais la plupart dépendent de leur mari pour leur alimentation, et ce n'est pas beaucoup de femmes qui peuvent suivre les conseils de l'agent de santé.
- La situation des primipares est encore plus préoccupante car elles dépendent presque entièrement de leur belle-mère en milieu rural, au nom de la tradition; c'est elle qui conseille les repas appropriés, c'est elle qui veille au respect des interdits et tabous alimentaires. En ville ou bien lorsqu'elles sont scolarisées (niveau secondaire), ces filles « sans expérience » arrivent parfois à contourner certaines règles.
- L'accessibilité financière est un problème pour les femmes enceintes de Zongo Bilbizo (Dakoro) ; elles disent qu'elles manquent de moyens pour payer les 800 F de frais de consultation. Selon elles, c'est ce qui explique qu'elles ne vont en CPN que vers le 6ème ou 7ème mois de grossesse au dernier trimestre
- Les femmes disaient qu'elles auraient voulu se reposer vers la fin de la grossesse mais la tradition veut qu'on travaille en ce moment ; c'est une forme d'exercices afin de faciliter l'accouchement, « l'enfant bougerait beaucoup et chercherait rapidement la sortie du ventre.

#### *Femmes allaitantes*

- Les femmes allaitantes mangent plus fréquemment (5.2 fois/jour) que les femmes enceintes (4.4) et les filles (3.9). Selon les croyances, la lactation dépend de l'alimentation de la femme ; c'est pourquoi, les grands-mères, les belles-mères, et les mères<sup>68</sup> encouragent la fréquence des repas.
- Elles ont aussi le souci de l'insuffisance du lait, la peur que l'enfant ne tète pas à sa faim ; alors elles s'interdisent ou sont interdites (par leurs mères ou belles-mères) de manger tout ce qui pourrait ralentir ou bloquer la montée de lait (viande, fruits, ..) et imposent la consommation accrue de mil sous forme de bouillie (*kunu* et *tukudi*) ou de « boule » délayée (*fura*).
- Les femmes allaitantes en milieu urbain diversifient plus leur alimentation (association haricot/riz, mil, ...) que celles du milieu rural confinées à la consommation de mil.

#### *Les sujets pendants à la nutrition*

- Les restrictions culturelles qui entourent le régime alimentaire de la fille, de la femme enceinte (elle ne mange pas de poisson, elle ne mange pas de la viande de chameau sinon « l'enfant ne sortira pas rapidement le jour de l'accouchement ») et de la femme allaitante limitent parfois la disponibilité de nourriture supplémentaire pour ces cibles.
- Pour rappel, à partir d'une comparaison d'ensemble, on remarque que la situation alimentaire n'est pas du tout reluisante dans la plupart des zones enclavées Dan Abdalah à Madarounfa, Gourajé à Tessaoua, Dan Koulou à Mayahi, Guidan Salifou

---

<sup>68</sup> Intensifier les messages en leur direction

dit Salifaoua à Dakoro. Elle est meilleure dans les quartiers urbains où Sabongari et Sofoua (Mayahi) arrivent en tête. Suit ensuite Ali Dan Sofu. Bien qu'étant en ville, les filles et femmes du quartier de Bagalam sont moins bien nourries aussi bien en quantité, en fréquence et en qualité des repas.

- Le département de Tessaoua (Gourajé) est plus pauvre ; les filles et femmes mangent même du son. C'est également une zone d'émigration. Le département de Madarounfa (Dan Abdalah) est caractérisé par l'exode des hommes au Nigeria. Les femmes du département de Mayahi (surtout les quartiers urbains et le village non éloigné de Kanabakaché) ont un meilleur état nutritionnel aussi bien en quantité qu'en qualité. Dans le département de Dakoro, l'alimentation est peu variée pour toutes les cibles. La présence rapprochée et quotidienne d'éducatrices nutritionnelles de l'UNICEF (Safo), de certaines ONG (Save the children et HELP) dans le département de Mayahi constituent un atout pour ces zones.
- La répartition intrafamiliale de l'alimentation : il y a une répartition sexuée des repas. La tradition encourage que la femme se prive pour l'homme.
- La répartition intrafamiliale de la production en milieu rural : dans certains ménages, le contenu du grenier ou une partie, est vendu afin de permettre aux hommes et aux bras valides de partir en exode
- Des chefs de ménage, au nom de l'honneur, n'hésitent pas à vendre lors des récoltes la production agricole organiser le mariage de leurs enfants ou pour se remarier eux-mêmes, quitte à vivre au quotidien par la suite, faisant ainsi basculer le ménage dans l'insécurité alimentaire.
- Du fait de leur faible accès aux ressources foncières et de la restriction de leur mobilité, les femmes bien qu'elles se déclarent « ménagères » (femmes au foyer), exercent des activités génératrices de revenus (AGR), généralement autour de la restauration, la transformation des produits agricoles (galettes, bouillie, et autres mets cuisinés). L'élevage et l'embouche des petits ruminants font partie des activités génératrices de certaines femmes.
- Un aspect important de la sous-alimentation est qu'elle est étroitement liée aux moyens financiers dont disposent les populations pour acheter de la nourriture. La plupart des pères reconnaissent qu'ils ne donnent à leur famille que ce qui est disponible : « *les filles tout comme les autres membres de la famille doivent manger ce que le chef de ménage offre comme aliment* ».
- La taille des ménages est aussi un élément important dans la sous-alimentation des ménages. Il ressort en effet des questionnaires que le chef de ménage nourrit trop de personnes (67% des ménages comprennent en moyenne 7 à 11 personnes voire plus) alors qu'il y a peu d'argent disponible pour l'achat des céréales ou pour la quantité de céréales produites.
- Trente pourcent des enfants ages de 0-6 mois étaient malades dans les derniers deux semaines ; 40% des enfants ages de 9-11 mois étaient malades selon leurs mères. Cela suggère qu'il y a des grands problèmes de l'eau potable et de l'hygiène.
- 74% des mères d'enfants âgés de 0 à moins de 6 mois ont déclarées avoir conduit leur bébé en consultation. 72% en moyenne des mères d'enfants de 6-24 mois disent conduit leurs enfants en consultations de pèse-bébé.
- 51% des ménages n'ont accès à l'eau potable. Ils approvisionnent en eau dans des puits (41%), au forage (35% dont 2/3 relèvent des sites urbains) au robinet (9% dont toutes des urbaines) au marigot (8%).

- Seulement 26% des enquêtées disaient que la plupart des diarrhées sont causées par la saleté qui porte des microbes.
- Seulement 19% des femmes utilisent des méthodes modernes de contraception. Pourtant, elles ne connaissent pas les principes de MAMA et la façon dont elles allaitent après l'âge de six mois, amènent l'ovulation. Les trois raisons données le plus souvent pour ne pas utiliser sont : l'injonction du mari, de la belle mère, ou la croyance que ces méthodes entraînent les maladies.
- 77% des femmes interviewées dispose d'une moustiquaire et 40% disaient l'utiliser elles mêmes ; 31 % disaient que les petits enfants l'utilisent ; et 18% disaient que tous le monde dormaient sous la moustiquaire.
- La disponibilité des médicaments dans le CSI de Gourajé, zone enclavée de Tessaoua, avec les ruptures de stock est un frein pour l'accès à cette structure de santé.
- Les nombreuses séances de sensibilisation locales par les agents de santé mais aussi par les éducatrices nutritionnelles de quelques villages du canton ont été un facteur favorable à la fréquentation des CSI pour CPN dans les zones de Safo (Madarounfa) dès le troisième mois de grossesse.
- L'accessibilité géographique des centres de santé est un atout pour la plupart des sites urbains et quelques sites ruraux (Safo à Madarounfa, Dan Koulou à Mayahi) mais un frein pour les villages de Dan Abdalah (où le CSI le plus proche est à N'Yelwa) et de Chabaré (Tessaoua).
- L'exécrable comportement des sages-femmes serait un obstacle à la fréquentation du CSI pour CPN par les femmes enceintes de Kanabakaché, elles fustigent le mauvais accueil ; tout comme les femmes enceintes de Dan Koulou n'apprécient pas que le nouvel agent de santé ne soit pas aussi « ouvert » que son prédécesseur.

Si on veut réduire le taux de malnutrition, quels sont les comportements clés qui pourraient faire une différence ?

### **Recommandations : une véritable mobilisation sociale et un plaidoyer national**

Cette étude montre que les liens entre maladie, manque d'hygiène, insécurité alimentaire, instruction insuffisante et sous-alimentation sont très étroits. Il est souhaitable d'élaborer une stratégie en communication pour un changement de comportement (CCC) basée sur ces données.

Cette stratégie doit :

- S'adresser aux cibles suivantes : les femmes en âge de procréer, les filles, les hommes, les femmes âgées, les marabouts, enseignants, écoliers, élèves, leaders, ainsi que les agents de santé, les matrones, et les agents communautaires.
- Former les agents de santé, et tous agents communautaires à travers les ONG actives dans la région.
- Impliquer les associations et groupements féminins, les groupes existants au niveau de la communauté, les autorités traditionnelles, et les ONG actives dans la mise en œuvre du plan de Communication et dans la sensibilisation en faveur des pratiques nutritionnelles améliorées.
- Réaliser une série de spots radio, bien conçus, destinés à augmenter la connaissance de certains comportements bien choisis.
- Mettre en place un mécanisme de sensibilisation intensive, basé sur la théorie du changement de comportement, avec des supports de communication tels que les radios, les sketches radiophoniques, les théâtres populaires, les chansons (sur cassette audio).

- Former les vieilles femmes, les groupements féminins, et d'autres groupes de femmes pour donner du support aux femmes allaitantes.
- Elaborer une stratégie dans les écoles pour les filles en fin de cycle primaire et dans les lycées et collèges pour celles du secondaire.
- Engager les marabouts et leaders locaux, à concevoir leur rôle dans l'éducation de la population pour une meilleure nutrition.
- S'assurer que la supplémentation en vitamine A est systématiquement intégrée dans les programmes de santé (et dans le PEV- programme élargi de vaccination) : Distribution de vitamine A aux femmes lors du post-partum (pendant les six ou 8 premières semaines)
- Assurer une supplémentation en fer lors de la grossesse (pendant au moins 6 mois ou à défaut, continuer pendant la période du post-partum)
- Assurer une supplémentation en fer, de la vitamine A, et déparasitage pour les enfants à l'école.
- Instaurer et veiller à la gratuité des soins pour CPN
- Elaborer une stratégie avec les bouchers afin qu'ils vendent le foie en petite quantité pour les femmes, les enfants et les filles
- Mettre en place une coordination de toutes les actions, ONG et programmes dans le domaine de la nutrition.
- Promouvoir par l'éducation, des régimes alimentaires et des modes de vie sains
- Mise en place de projet pilote d'éducation pour la nutrition dans les écoles primaires
- Encourager et soutenir les activités génératrices de revenus pour les femmes et les filles, mais sans avoir renforcé la valeur d'améliorer le régime quotidien des enfants et des femmes.
- Travailler avec les jardiniers pour une meilleure compréhension des besoins nutritionnels de enfants et femmes, pour les encourager de cultiver les aliments pour améliorer la nutrition de leurs familles. Envisager là où c'est possible la création de jardins maraîchers afin que les filles et les femmes puissent avoir accès au contrôle de certaines ressources.
- Concevoir une sorte de gratification pour les femmes qui ont un meilleur comportement.
- Concevoir une stratégie pour augmenter l'accès aux informations et aux soins pour la population loin des centres de santé.
- Intensifier la sensibilisation sur la scolarisation et de la formation des filles en milieu rural.
- Concevoir une formation en MAMA pour les agents de santé ; aussi incorporer dans toute autre formation.
- Sensibiliser pour le planning familial dans les lieux de cultes, dans les centres de santé et maternité, dans les lieux publics (en insistant sur la nécessité d'une période de récupération pour recouvrer l'énergie et les réserves de nutriments)
- Intégrer le planning familial dans la formation à l'école (peut-être à partir du CM2) mais aussi dans les modules d'alphabétisation fonctionnelle et si possible dans les écoles coraniques



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AED, 2004 : *Faits d'alimentation : pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois*. Washington, Linkages

Attana, S., Michka, S., Kourguéni I.A., Koché, A. et Barrère, B., 1998 : *Enquête Démographique et de Santé, Niger*. Claverton, Maryland, USA: Care International Niger et Macro International.

Aubel, J., 2005: *Grandmothers: a learning institution*. Washington, USAID

Baker J., Martin L., Piwoz, E., 1996: *a time to act: women's nutrition and its consequences for child survival and reproductive health in Africa*. Washington, D.C, AED.

Brown, K. H., and Wuehler, S.A., 2000: *Zinc and Human Health – Result of Recent Trials and Implications for Program Interventions and Research*. Ottawa, The Micronutrient Initiative/IDRC.

CARE International Niger et BARA/Université d'Arizona, 1997 : *Evaluation de la sécurité des conditions de vie dans le département de Maradi*.

Freund, P, Graybill, E. et Keith, N., 2005: *Health and education working together: A case study of a successful school health and nutrition model*. Washington, D.C., Creative Associates International, Inc.

Green, C. P., 1989: *Media promotion of breastfeeding – a decade's experience*. Washington, D.C, USAID.

Grégoire, E., 1986 : « les Alhazai de Maradi. Histoire d'un groupe de riches marchands sahéliens. *Travaux et documents*, 187, ORSTOM.

HKI/PAM, 2005 : *Evaluation de base de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans les régions rurales de Maradi et de Zinder*. Niamey

Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P., (eds), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala

Keith, N., 1990, *Infant feeding, weaning and diarrhea illness: Hausa practice and beliefs and educational implications*, USAID

Koné, M., 2006 a : *Evaluation du dispositif de prévention et de gestion des crises alimentaires du Niger durant la crise de 2004-2005 : enquêtes sur la région de Maradi*. IRAM

Koné, M. 2006 b : *La crise alimentaire de 2005 au Niger dans la région de Madarounfa et ses effets sur la malnutrition infantile : approche socio-anthropologique*. Niamey, LASDEL.

Labbok, M. Cooney, K. et Coly, S., 1994 : *Lignes directrices – allaitement maternel, planification familiale et méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée – MAMA*. Washington, D.C., IRH (Institute for Reproductive Health).

Le Coran en Français

MICS2, 2000 : *Enquête à indicateurs multiples de la fin de la décennie*. Niamey, République du Niger/UNICEF.

Mijinguini, A., 2003 : *Dictionnaire élémentaire hausa-français*. Niamey, Les Editions GG.

- National Research Council, 1989: Committee on Diet and Health. Diet and health: implications for reducing chronic disease risk. Washington, D.C: National Academy Press.
- Olivier de Sardan, J-P., Moumouni, A., Souley A., 2001 : « L'accouchement, c'est la guerre ». Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien. Niamey, LASDEL, Etudes et travaux, 1.
- Raynaut, C., 1990 : Inégalités économiques et sociales. Exemples haoussa au Niger. In Fassin, D., et Jaffré, Y., (eds) : *Sociétés, développement et santé*. Paris, Ellipses, 136-154.
- Raynaut, C., Meslet, B. et al. 1992 : L'approche sociale de l'alimentation. *L'Enfant en milieu tropical*, 201.
- Tomczyk, B., Reza, A., Blanton, C., Goumbi, K., Aguayo, V. M., Zagré, N. M., 2005: Report of emergency nutrition survey in Niger. Niamey/Atlanta, UNICEF/République du Niger/CDC
- UNICEF, 2006: The state of the world's children 2007 – Women and children: the double dividend of gender equality. New York (Voir le site web [www.unicef.org](http://www.unicef.org))
- USAID/AED, 1999 (février) : *Pratiques et régimes alimentaires recommandés pour améliorer la nutrition infantile et maternelle*. Washington, D.C., Linkages.
- World Health Organization, 1998: *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Genève

## **ANNEXES: LES OUTILS**

- **Rappel des objectifs (en rapport avec les TDR)**
- **Les Guides du Focus Group**
- **Les Questionnaires**
- **Les autres Outils**

***Rappel des objectifs (en rapport avec les TDR)***

1. Analyser les connaissances, attitudes, comportements et pratiques prévalant au sein des familles et communautés en matière de : nutrition, soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, accès aux soins de santé pour le jeune enfant ;
2. identifier les déterminants comportementaux dans les domaines précités ;
3. classer les comportements en fonction de leur caractère positif ou négatif, en fonction du résultat recherché. Identifier les facteurs socioculturels, démographiques, économiques, éducatifs qui y sont associés qu'ils soient au niveau de l'individu, du ménage, de la famille ou de l'ensemble de la communauté ;
4. identifier les facteurs qui favorisent, renforcent ou retardent la pratique des comportements qu'ils soient adéquats (positifs) ou inadéquats (négatifs)
5. déterminer les tabous, interdits alimentaires vis-à-vis de l'alimentation des enfants en bas âge, ainsi que les pratiques traditionnelles en matière d'allaitement et de sevrage ;
6. apprécier la pertinence et l'adéquation de l'offre des services au niveau des domaines précités ;
7. identifier le degré et les mécanismes de participation actuelle des femmes et des communautés aux activités couvrant les domaines précités et particulièrement la nutrition, les soins de santé pré et néo-natals, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement ;
8. identifier pour chaque comportement les personnes clés qui peuvent servir d'alliées et celles qui risquent d'être des obstacles ;
9. apprécier les potentialités et les contraintes existantes en matière de communication au niveau des communautés, notamment en ce qui concerne la pertinence et l'efficacité des canaux et moyens de communication par rapport aux groupes cibles
10. développer un système de suivi et évaluation des domaines comportementaux ciblés utilisable au niveau communautaire concernant les domaines précités ;
11. animer une séance de restitution de l'étude auprès des partenaires concernés afin de prendre en compte les amendements et finaliser le document.

## FOCUS GROUP FEMMES ENCEINTES

### Guide pour les discussions en Focus group : Groupe 1 Femmes enceintes

Date : / \_\_\_/ \_\_\_/ 2007    Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

#### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme en grossesse dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues **autrement dit il n'y a ni de bonnes réponses ni de mauvaises réponses** car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

1. Quels sont vos souhaits pour l'avenir de cette grossesse?
2. Comment vivez-vous votre état de grossesse ? (Qu'est-ce vous appréciez ou pas)
3. Quels sont les problèmes<sup>69</sup> de santé que vous avez rencontré au cours de cette grossesse ? comment et avec qui les avez-vous géré ? (Si elles parlent de l'apport en fer, demandez si elles en prennent et pourquoi ?) A votre connaissance, quelles sont les causes de la fatigue et les vertiges pendant la grossesse ? Quels sont les remèdes ? Décrivez comment suivre les traitements. Quelle est la cause de cécité nocturne ? les remèdes ? Décrivez.
4. Est-ce que la famille possède une moustiquaire ? est-elle imprégnée ? Qui dort sous la moustiquaire ? Pourquoi ?
5. Depuis combien de temps est-ce que vous êtes déparasiter ?
6. Est-ce que vous recevez des conseils par rapport à cette grossesse ? lesquels et quelles attitudes adoptez-vous par rapport à ces conseils ? Est-ce que les femmes enceintes

---

<sup>69</sup> (Faiblesse ou fatigue physique (manque de fer) ou cécité nocturne (carence en vitamine A), etc.)

d'ici vont au centre de santé ? A quelle période ? Pourquoi ? Quelles sont les prestations disponibles pendant la grossesse dans les centres de santé ?

7. Qu'est-ce que vous avez changé, dans votre propre manière de manger ; quoi exactement et pourquoi ? (Est-ce que vous avez diminué, augmenté ou introduit certains aliments<sup>70</sup> ? lesquels et pourquoi ?). Selon vous, qu'est-ce qu'il faut manger pendant la grossesse ? Combien de fois par jour mangez-vous ? Pourquoi ? et qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?
8. Qu'est-ce qui a changé en ce qui concerne le travail ? quoi présentement et pourquoi ? (est-ce que vous avez augmenté ou diminué le travail ?) ou bien il est resté tel ? pourquoi ?
9. Comment vous envisagez alimenter l'enfant que vous attendez ? Pendant combien de temps ? Pourquoi ? Qui vous conseil ?
10. Quand prévoyez-vous votre prochaine grossesse ? Qui décide de la grossesse ? Pourquoi ? Qu'est-ce que vous ferez ou vous utilisera pour ne pas tomber en grossesse avant cette période ? Recevez-vous des conseils à ce sujet ? Si oui de qui ? (Préciser le lien), Pourquoi ? A quel âge de l'enfant à naître, commenceriez-vous le planning ?
11. A votre connaissance, qu'est-ce que l'allaitement a à faire avec la prochaine grossesse ? Expliquez.
12. Où est-ce qu'il mieux indiquer de vous faire passer les messages sur la santé et la nutrition des femmes enceintes ?

N°d'ordre	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Nombre de personnes à charge

**Remercier les femmes enceintes...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats et discuter avec elles.**

<sup>70</sup> Citer tout : fruits et légumes, céréales, sauce, beignets, argile,...

## **Guide pour les discussions en focus group : Groupe 1 Meres d'enfants ages de 0 à moins de 6 mois**

Date : \_\_\_/\_\_\_/ 2006      Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et des femmes dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

---

#### **1. Quels sont vos souhaits pour l'avenir de cet enfant? Pourquoi ?**

- Qu'est-ce que vous pensez faire pour que cela arrive ?

#### **2. Où est-ce que les femmes d'ici accouchent ? Pourquoi ?**

##### **Au moment de la naissance qui vous aide à accoucher ? Pourquoi ?**

- Quelle est la première chose qu'on fait quand l'enfant est sortie ? Et après ça ? L'enchaînement des actes posés....

#### **3. Veuillez décrire comment se fait la mise au sein ici ? Expliquer ? Pourquoi ?**

- Combien de temps après la naissance avez-vous mis l'enfant à téter ? Qui décide ?
- Quels sont les soucis en ce qui concerne la santé du bébé ?
- Quels sont vos soucis en tant que femme après l'accouchement ?

#### **4. Est-ce qu'il y a des problèmes que vous voyez liés à l'allaitement au cours des premiers jours de la naissance? Lesquels ? Que faites-vous? Pourquoi ?**

- Comment savez-vous s'il y a assez de lait pour l'enfant ?
- Qu'est-ce qu'on fait pour assurer la montée de lait et en augmenter la quantité ?

#### **5. Avant de donner le sein à l'enfant, comment savez-vous qu'il veut téter ?**

Qu'est-ce que vous faites pour préparer le sein avant l'allaitement ? Pourquoi ?  
Que faites-vous alors ? Pourquoi ?

6. **À quel moment est-ce que vous donnez de l'eau ou autre liquide à l'enfant ?** (En dehors du lait maternel)? Pourquoi ? Avec quelle fréquence ?
- Comment vous savez que l'enfant a soif d'eau?
  - Comment vous savez que l'enfant a soif de lait ?
  - Quelle est la différence, selon vous ?
7. **Avez-vous eu l'impression une fois que votre lait diminuait ?**  
A quel moment ? Pourquoi, à votre avis ? Comment résoudre ce problème ?
8. **Quand il tète, comment savez-vous qu'il est rassasié ?**
- Que faites-vous alors ? Pourquoi ?
  - Est-ce qu'il vous est arrivé de penser qu'il n'y a pas assez de lait ? Que faites-vous alors? Pourquoi ?
9. **Est-ce que certaines parmi vous, certaines ont déjà sevré leur enfant ?**  
(Compter et noter le nombre). Pourquoi ?
- Si oui, à quel âge de l'enfant?
  - Si non, connaissez-vous des enfants sevrés à cet âge ici au village ou dans la communauté ? Pour quelles raisons sont-ils sevrés ?
10. **Qu'est-ce que vous faites quand votre enfant est malade, en ce qui concerne l'allaitement ?**
- Pourquoi ? Est-ce que vous donnez d'autres choses à boire ?
11. **Comment faites-vous pendant la nuit (allaitement et moustiquaire)?**
- Est-ce que le bébé tète la nuit ? Combien de tétés pendant la nuit ? Est-ce que vous dormez sous une moustiquaire ? Pourquoi ? Qui dort sous la moustiquaire d'habitude ? Est-ce que la moustiquaire est traitée ?
12. **Quand prévoyez-vous votre prochaine grossesse ?**
- Qui décide de la grossesse ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce que vous faites pour ne pas tomber en grossesse avant cette période ? Recevez-vous des conseils à ce sujet ? Si oui de qui ? (Préciser le lien), Pourquoi ? en parlez-vous avec votre conjoint ?
  - A votre connaissance, quel est le lien entre l'allaitement et la possibilité de tomber en grossesse ? Expliquez.
13. **Je souhaiterais qu'on discute maintenant de votre façon d'assurer la propreté.**
- A quel moment de la journée vous lavez-vous les mains ? pourquoi ? avec quoi (produit, savon, cendres, sable ou sans produit)? pourquoi ?

N°d'ordre	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Nombre de personnes à charge

**Remercier les femmes...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec eux.**

## **Guide pour les discussions en focus group : Groupe 1 Meres d'enfants ages de 6 - 24 mois**

Date : / \_\_\_/\_\_\_/ 2007    Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et des femmes dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

---

#### **1. Quels sont vos souhaits pour l'avenir de cet enfant?**

- Qu'est-ce que vous pensez faire pour que cela arrive ?

#### **2. Expliquer comment les mères d'ici commencent à donner à manger à l'enfant en dehors du lait maternel ?**

- A quel age de l'enfant ?
- Qu'est-ce qu'on donne comme premier aliment ? Comment préparer ? Qui vous donne les conseils ? Quels conseils est-ce que vous suivez ? Pourquoi ?

#### **3. Comment est-ce que vous savez qu'il veut manger ?**

- Que faites-vous alors ? Pourquoi ?
- Au commencement, vous en donnez avec quelle fréquence ?
- Avec quel moyen (main, bol, tasse, cuillère,alebasse, etc.) ?
- Comment est-ce que l'enfant réagit?

#### **4. Une fois que l'enfant a commence a manger de la nourriture, qu'est-ce qui passe en se qui concerne l'allaitement ? Pourquoi ?**

- Est-ce qu'il tète comme d'habitude ? Pourquoi ?
- Est-ce que le nombre de tetees par jour diminue ? Pourquoi ?

#### **5. Quand il commence à manger de la nourriture, est-ce que votre travail change ?**

- Comment ?

**6. Comment savez-vous quand il faut augmenter la quantité de nourriture ?**

- Comment vous le faites ?

**7. Comment savez-vous quand il faut augmenter la fréquence des repas pour l'enfant ? (Donner deux fois par jour ou plus, non seulement une fois, par exemple)**

**8. Comment savez-vous quand il faut changer la qualité des repas de l'enfant ? (Ajouter d'autres aliments)**

**9. Qu'est-ce que vous faites quand votre enfant est malade, en ce qui concerne l'allaitement ?**

- Est-ce qu'il tète comme d'habitude ? Est-ce qu'il ne veut pas téter ?
- Pourquoi ? Que faites-vous ?
- Est-ce que donner d'autres choses à boire ou à manger ?

**10. Qu'est-ce que vous faites en se qui concerne la nourriture ?**

- Est-ce que vous ne donnez pas à manger quand il est malade ? Pourquoi ?
- Est-ce qu'il n'a pas d'appétit ? Que faites-vous ?

**11. Que faites-vous après la maladie ? En se qui concerne l'allaitement ? En se qui concerne la nourriture ? Pourquoi ?**

- S'il a perdu de poids que faites-vous pour qu'il regagner de poids ?
- Est-ce qu'il mange la même quantité qu'avant ?
- Est-ce qu'il a faim, ou il veut manger plus que d'habitude ? Que faites-vous ?

**12. Est-ce qu'il y a des moments pendant la journée quand vous n'avez pas assez de temps pour allaiter l'enfant ?**

- Pourquoi ? Que faites vous avec l'enfant ?

**13. À quel âge est-ce que vous commencez à lui donner le repas de famille ?**

- Pourquoi ? Comment est-ce que cela commence ?

**14. Est-ce que le bébé tète la nuit ?**

- Combien de tétés pendant la nuit ? Est-ce qu'il continue à téter pendant la nuit ? jusqu'à quel âge ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous dormez sous une moustiquaire ? Est-ce que la moustiquaire est traitée ? D'habitude qui dort sous la moustiquaire ? Pourquoi ?

**15. Expliquez comment le sevrage se fait ici ?**

**16.** A quel moment ? Pourquoi ? Comment savez-vous que l'enfant est prêt ? Comment est-ce que vous décidez ? Qui vous conseille? Comment savez-vous s'il n'est pas toute a faite prêt à être sevré ? Quels sont les signes que vous percevrez ? Que faites-vous s'il n'est pas prêt à être sevrer ?

**17. Quand prévoyez-vous votre prochaine grossesse ?**

- Qui décide de la grossesse ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce que vous faites ou vous utilise pour ne pas tomber en grossesse avant cette période ?
- Recevez-vous des conseils à ce sujet ? Si oui de qui ? (Préciser le lien), Pourquoi ?
- En parlez-vous avec votre conjoint ?

**18. Je souhaiterais qu'on discute maintenant de votre façon d'assurer la propreté.**

- A quel moment de la journée vous lavez-vous les mains ? pourquoi ? avec quoi (produit, savon, cendres, sable ou sans produit)? pourquoi ?

N°d'ordre	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Nombre de personnes à charge

**Remercier les femmes...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec eux.**

## **Guide pour les discussions en focus group : Groupe de Grand-mères d'enfants 0-5 ans**

Date : / \_\_\_/\_\_\_/ 2007      Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme en grossesse dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

---

- 1. Quels sont vos souhaits pour l'avenir de vos petits-enfants? pourquoi? Que pensez-vous faire ?**
- 2. Quand vos jeunes filles se marient, qui leurs prodigue des conseils? Quelles sortes de conseils? Comment ?**
  - Quels sont les problèmes de santé rencontrés par les jeunes files d'ici? Comment l'améliorer ?
  - Jusqu'à combien de grossesses de la femme, continuez-vous à lui prodiguer des conseils? Et après ça ?
- 3. A quel moment est-ce que vous savez qu'une jeune femme dans la maison est tombée enceinte? Comment? Que faites vous ?**
  - Qu'est-ce que vous lui conseillez pour préserver sa santé et celle de l'enfant qui va naître? Qui prend la décision d'aller au consultations prénatales? Pourquoi? Qui finance éventuellement?
- 4. Quels sont les problèmes de santé rencontrés par les jeunes femmes d'ici pendant la grossesse? Que font-elles ?**
  - Qu'est-ce qui est la meilleure chose à faire selon vous? Pourquoi ?
  - Est-ce que vous voyez des femmes enceintes avec le dundumi? Quelle est la cause selon vous? Que faire pour le remédier ?
  - Est-ce que vous voyez des femmes enceintes avec le manque de sang (vertiges et fatigue)? Quelle est la cause selon vous? Que faire pour le remédier ?
- 5. Comment se déroule l'accouchement ici ?**

- Où accouchent-elles des femmes ? Pourquoi ? Avec l'aide de qui ? Pourquoi ?

*Veillez décrire toutes les étapes de l'accouchement : (L'enchaînement : dans quel ordre est-ce que les aides font les suivants : couper le cordon, mettre au sein, baigner l'enfant, etc.)*

- Est-ce que l'enfant est mis peau à peau sur la poitrine de la mère ? A quel moment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qu'on donne à l'enfant à boire pendant ses premières journées ? Pourquoi ?

**6. Veuillez décrire comment se fait la mise au sein ici ? Expliquer ? Pourquoi ?**

- Est-ce que vous voyez les avantages et les inconvénients de cette pratique ? Lesquels ? Que conseillez-vous ? Pourquoi ?

**7. Comment savez-vous s'il y a assez de lait pour l'enfant ?**

- Qu'est-ce qu'on fait pour assurer la montée de lait et en augmenter la quantité ?

**8. Est-ce que vous voyez des problèmes liés à l'allaitement vers le troisième mois de l'enfant ? Lesquels ? Quel est votre apport ou que conseillez-vous ? Pourquoi ?**

**9. A quel moment est-ce qu'il faut donner de l'eau ou autre liquide (exemple « giti » en zarma ; bauri en Hausa) à boire en dehors du lait maternel ? Pourquoi ? Et l'eau ?**

- Que faites-vous ? Qui décide ? Que fait ou dit le mari ?

**10. Expliquer comment on commence à donner d'autres aliments que le lait maternel à l'enfant ici ? A quel moment ? Pourquoi ? Que faites-vous ?**

- Comment savez-vous quand l'enfant est prêt à manger d'autres aliments ? Que conseillez-vous ou que faites-vous ?

**11. Comment est-ce que les mères d'ici font le sevrage ? Quand ? Pour quelles raisons ? Qui décide ? Que faites-vous ou quel est votre apport en tant que grand-mère ?**

**12. Si un jeune enfant commence à maigrir, quelle est la cause, selon vous ?**

- Qu'est-ce que la famille fait ? Que faites-vous ? Pourquoi ? Quel résultat est-ce que vous cherchez ? Pourquoi ?
- Comment, en tant que grands-mères, pouvez-vous nous aider à éviter ou réduire ça (**malnutrition, retard de croissance,...**) dans votre village ou communauté ?

**13. Lorsque surviennent des problèmes de santé chez l'enfant, qui décide du recours thérapeutique (lieu et du choix du traitement) ? Quel est votre apport ?**

**14. Quand l'enfant est de sexe féminin, qui décide de sa scolarisation ? quel est votre apport ? Lorsqu'une de vos petites filles fréquente l'école, qu'est-ce qui est**

prioritaire dans la famille ? qu'est-ce qui est prioritaire pour vous (entre faire ses devoirs et réaliser les tâches ménagères) ?

**15. Que pensez-vous du l'espacement des naissances)?** dans votre famille, qui décide du planning de votre fille ou de votre belle-fille ? Quelle est votre contribution ?

**16. Quelle pourrait être votre contribution si à l'issue de ce travail, il est prévu des stratégies de communication sur les thèmes que nous avons abordé aujourd'hui ?**

**Remercier les grands-mères...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec elles.**

## FOCUS GROUP PERES D'ENFANTS AGES DE 0 A 5 ans

Date : /\_\_\_/\_\_\_/ 2007      Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme en grossesse dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues **autrement dit il n'y a ni de bonnes réponses ni de mauvaises réponses** car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

- 
1. **Quels sont vos souhaits pour l'avenir de vos enfants ?      Comment comptez-vous y parvenir ? Pourquoi ?**
  2. **Quelles sont les responsabilités du mari en ce qui concerne la grossesse de sa femme et la naissance du futur bébé ? En collaboration avec qui ?**
    - Est-ce qu'elle change ces habitudes ? Expliquez ? (Travail, manger, chercher des soins ?)
    - Est-ce qu'elle change son régime alimentaire ? Comment ? Quel est votre rôle dans l'alimentation de votre femme pendant la grossesse ?
    - Selon vous qu'est-ce qu'il est recommander par les agents de santé en se qui concerne l'alimentation de la femme enceinte ? Est-ce qu'il y a des problèmes à suivre ses conseils ? Expliquez ?
  3. **Selon votre expérience quels sont les grands problèmes qui peuvent arriver à la mère ? Que faites vous ? Pourquoi ?**
    - Pendant la grossesse,
    - Au cours du travail
    - Juste après l'accouchement ?
    - Pendant la première semaine de l'accouchement ou de la naissance ?

**3. Quelles sont les responsabilités du mari en ce qui concerne l'alimentation de la femme allaitantes ?**

- Selon vous qu'est-ce qu'il est recommandé par les agents de santé en ce qui concerne l'alimentation de la femme allaitante ? Est-ce qu'il y a des problèmes à suivre ses conseils ? Expliquer ?

**4. Quel est le rôle du père dans l'alimentation de l'enfant ?**

**D'abord du nouveau né :**

- Selon votre expérience quelle est la meilleure alimentation d'un nouveau né ?
- Dans quelles circonstances est-ce que le mari intervient ?
- Que faites vous ? Pourquoi ?
- (Si la femme n'a pas assez de lait, ou l'enfant ne peut pas téter ?

**Puis pendant ses premiers six mois?**

- Qu'est-ce que vous faites pour s'assurer que l'enfant est en bonne santé ?
- Dans quelles circonstances est-ce que le mari intervient ?
- Comment ? Pourquoi ?

**Quand il commence à marcher :**

- Qu'est-ce que vous faites pour s'assurer que l'enfant est en bonne santé ?
- Qui dans la famille, décide que l'enfant soit sevré ? Pourquoi ?
- Que faites-vous s'il commence à maigrir ? Pourquoi ?

**L'enfant de 2 à 5 ans**

- Comment est-ce qu'il mange ? Avec qui ? Quand ? Que mange-t-il (le même régime que les adultes, ou est-ce que vous lui donnez quelque chose de spécial) ?
- Comment vous assurez-vous qu'il a assez mangé (ou qu'il est rassasié) ?
- Combien de fois par jour est-ce qu'il mange ?

**5. Qui gère les stocks alimentaires et Comment (quantité et fréquence)? Pourquoi ?**

- Une fois qu'il n'y a plus de mil dans le stock pour la famille, que fait le maiguida ?
- Quel est le rôle de la femme à ce moment ?

**6. Qui est responsable pour la sauce et les goûters, fruits, etc. ?**

- Qui paie ? Qui choisit ? Qui le cherche au marché ? Qui l'apporte à la maison ? Pourquoi ?

**7. Que fait le mari pour assurer que la femme se repose avant de tomber enceinte encore ?**

- Recevez-vous des conseils à ce sujet ?

- Qui décide ? Est-ce que vous en discutez avec la femme ?
- Selon vos observations, quel est le meilleur duré entre accouchements, pour garder la bonne santé des enfants de la mère ? Pourquoi ? Comment comptez-vous y parvenir ? Pourquoi ?

**8. Intervenez-vous par rapport à :**

- l'hygiène des aliments
- la propreté des enfants ?
- la propreté de la cour ?
- Si oui, pourquoi ? De quelle manière ?
- S'il faut acheter du savon pour la santé de la famille, est-ce que vous êtes prêts à le payer ?

**9. Par rapport aux types d'informations que nous venons de discuter, est-ce que vous souhaitez avoir les informations sur les bonnes pratiques qu'on recommande aux femmes ? Où est-ce qu'il est mieux indiquer de vous le faire passer ?**

*Identification*

N°d'ordre	Sites	Age	Sexe	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Nombre de personnes à charge

**Remercier les hommes...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec eux.**

## **Guide pour les discussions en focus group : Groupe Filles 10-15 ans**

Date : / \_\_\_ / \_\_\_ / 2007      Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des l'interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants, des jeunes filles et des femmes dans cette communauté.*

*C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

---

### **13. Quels sont vos souhaits pour l'avenir? et pourquoi ?**

Etes-vous mariée ? (Noter le nombre et l'âge) Fiancée ?

Allez-vous ou avez-vous fait l'école ? Si oui pendant combien d'années ? (Noter le nombre) Avez-vous des enfants ? (Nombre) Est-ce que vous habitez avec vos parents ? Ou seule ?

Mariée	Ecole :	Des enfants	Vit seule ou avec parents ?
Oui    Non	No. d'années	combien	

### **14. Dites moi comment vous mangez. Est-ce que l'alimentation a changé depuis la puberté ou bien c'est la même depuis (si oui, dire ce qui a changé et pourquoi) ?**

Qui assure votre alimentation quotidienne ?

Comment faites-vous si vous souhaitez manger quelque chose en dehors du repas familial ? Qui achète ? Qui donne ? (Préciser le lien)

Combien de fois par semaine est-ce que vous mangez de la viande ou poisson ? Les niébé ou arachides ? Expliquez.

Combien de fois par semaine est-ce que vous mangez du fruit ? Expliquez.

### **15. Quels sont les problèmes<sup>71</sup> de santé que vous avez rencontré depuis la puberté ? comment les soignez-vous (préciser le lieu) ? qui vous conseille (préciser le lien) ? Pourquoi ?**

- Est-ce que vous allez au centre de santé ? Pourquoi ?
- Si elles parlent de l'apport en fer, demandez si elles en prennent et pourquoi ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'avoir les vertiges ou fatigue (manque de sang) ? Quelle est la cause ? Quels sont les remèdes ? Que faites vous ?

---

<sup>71</sup> (Faiblesse ou fatigue physique (manque de fer) ou cécité nocturne (carence en vitamine A), etc.)

- Est-ce qu'il vous arrive d'avoir la cécité nocturne ? Quelle est la cause ? Quels sont les remèdes ? Que faites vous ?

16. Quelles **sont les activités que vous menez ?** (*Citer les principales activités et préciser si rémunératrice*)

- Est-ce que vous pouvez nous décrire une journée typique (racontez-nous ce que vous faites dans une journée depuis le réveil jusqu'au coucher)
- Qu'est-ce que vous auriez envie de faire que vous ne pouvez pas ? Pourquoi ? Comment y remédier ?

17. **Est-ce qu'il vous arrive d'acheter des choses qui vous plaisent ?** si oui, quelles choses ? avec quel argent (**discussion sur épargne, argent de poche**)?

18. **Je souhaiterais qu'on discute maintenant de votre façon d'assurer la propreté.**

- A quel moment de la journée ou à quelle occasion vous lavez-vous les mains ? pourquoi ? avec quoi (produit, savon, cendres, sable, ou sans produit)? pourquoi ?
- Est-ce que vous utilisez des latrines ? Pourquoi ?

19. **Est-ce que la famille possède une moustiquaire ?** est-elle imprégnée ?

Qui dort sous la moustiquaire? Pourquoi ?

20. **Est-ce que vous vous êtes déparasiter ?** Pourquoi ? Quand ? Avec quelle fréquence ?

21. **Est-ce que vous vous êtes vacciner contre le tétanos ?** Expliquez. Pourquoi ?

22. **Où est-ce que les filles de votre génération se rencontrent ? Autour de quelles activités ? A quel moment ?**

23. **Quels sont vos divertissements ?** Quand ?

24. **A qui peut-on passer des messages pour vous ?** (canal de diffusion (groupes de leaders parmi elles, parents, autres)

N°d'ordre	Sites	Age	Sexe	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Nombre de personnes à charge

**Remercier les jeunes filles...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats et discuter avec elles.**

## **Guide pour les discussions en focus group : Infirmier**

PREALABLE

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et des femmes dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

- 
- 1) Comment voyez-vous la nutrition des femmes et enfants ici ? Pourquoi ?**
  - 2) Que recommandez-vous pour améliorer la nutrition des femmes enceintes ?**
    - Est-ce qu'elles suivent vos conseils ? Pourquoi, a votre avis?
  - 3) Est-ce que vous avez des observations sur la nutrition des jeunes filles de 10-15 ans ?**
    - Est-ce que vous intervenez à cet aspect ? Comment ? et les écoliers ? que faites vous ? de quelle age ? avec quelle fréquence ?
  - 4) Quelles sont les pratiques antérieures et actuelles que vous avez observé en ce qui concerne l'initiation à l'allaitement ? Expliquer ?**
  - 5) Comment est-ce que vous voyez la tâche d'améliorer les pratiques de l'allaitement ?**
    - Est-ce que dans ce village, les femmes et la population a déjà été éduqué sur les pratiques recommandées de l'allaitement ?
    - Selon votre observation, est-ce qu'ils ont déjà commence a adopter la mise au sein immédiate ? Quelle portion estimez-vous ?
    - Selon votre observation, est-ce qu'il ont déjà commence a adopter l'allaitement exclusif ? Si, non, pourquoi a votre avis ? Qu'est-ce qui pourrait les convaincre ?
  - 6) Comment voyez-vous l'alimentation complémentaire des enfants ici ?**
    - Quels sont les problèmes que vous observez liés à l'alimentation complémentaire?
    - Qu'est-ce que vous pouvez envisager comme stratégie en communication pour une amélioration de ces pratiques ?

**7) Quelles pratiques de sevrage d'ici est-ce que vous pensez qu'il faut améliorer ? Pourquoi ?**

- Quelles sont des solutions possibles à ce problème ? Comment ?
- Est-ce que c'est lié à la réticence d'utiliser les méthodes modernes du planning pour l'espace ? Quelle est la situation ici ? et Qu'est-ce qu'il faut faire pour convaincre les populations à espacer les grossesses ?

**8) Comment expliquer-vous la situation de la malnutrition (le marasme et la kwashiorkor) qui s'est révélée l'an 2005 ?**

- Est-ce que vous pensez que les populations ont compris que c'est un problème de l'alimentation ? Expliquez.

**9) Comment voyez-vous la nutrition des enfants de 2 à 5 ans ici ? Comment l'améliorer à votre avis ?**

**10) Comment voyez-vous l'hygiène ici ? Est-ce que vous croyez qu'on pourrait convaincre les populations à utiliser le savon ou les cendres à chaque fois qu'ils se lavent les mains ? Pourquoi ?**

**Remercier les infirmiers...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec eux.**

## **FOCUS GROUP : GROUPE DE MARABOUTS/Guérisseurs**

Date : /\_\_\_/\_\_\_/ 2007    Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

### **PREALABLE**

*Salutations, politesses. Se présenter. Expliquer le rôle de chacune des enquêtrices. Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi on veut enregistrer (question de fiabilité de la mémoire et aussi pour corriger éventuellement les prises de notes)*

*Expliquer que l'anonymat sera requise dans le traitement des informations (l'identité des interlocutrices servira juste pour d'éventuels compléments d'informations au moment de l'enquête)*

*Expliquer aussi que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme en grossesse dans cette communauté. C'est pourquoi, on souhaite une contribution de tout le groupe et non de quelques individus. Toutes les idées sont les bienvenues **autrement dit il n'y a ni de bonnes réponses ni de mauvaises réponses** car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

---

- 1. Quels sont vos souhaits pour l'avenir des enfants de ce village? Pourquoi ?**
- 2. Il y a plusieurs problèmes de santé qui peuvent arriver, à une femme pendant la grossesse.**
  - Certaines femmes ou autres personnes vous sollicitent-elles pendant la grossesse ?
  - Si oui, pourquoi ou pour quels problèmes ?
  - Que faites-vous ? Pourquoi ?
- 3. Au moment de l'accouchement, que fait le marabout (ou le guérisseur) autour de la naissance ?**
- 4. Il y a plusieurs problèmes de santé qui peuvent arriver à un enfant en allaitement.**
  - Etes-vous sollicités ?
  - Comment vous aidez la mère en ce qui concerne l'allaitement ?
  - Que faites-vous ? Pourquoi ?
- 5. Comment vous aidez la mère en ce qui concerne l'alimentation du jeune enfant?**
  - Est-ce qu'il y a des moments où vous êtes sollicités ? Pourquoi ?
  - Que faites-vous ? Pourquoi ?
- 7. Est-ce vous que jouer un rôle dans le sevrage de l'enfant ?**

- Que proposez-vous ? Pourquoi ?

**8. Quand un jeune enfant commence à maigrir, quelle est la cause, selon vous ?**

- Que faites-vous ? Pourquoi ?
- Comment, en tant que marabouts, pouvez-vous nous aider à éviter ou réduire ça (**malnutrition, retard de croissance,...**) dans votre village ou communauté?

**9. Comment trouvez-vous le status de santé de l'enfant de 2 à 5 ans ici ?**

- Qui leur donne à manger ? Où mangent-ils ? avec qui ? qu'est-ce qu'ils mangent ?
- Comment peut-on savoir s'ils ont assez mangé ?
- Etes-vous sollicités ? Que faites-vous ? Pourquoi ?

**10. Quelle pourrait être votre contribution si à l'issue de ce travail, il est prévu des stratégies de communication sur les thèmes que nous avons abordé aujourd'hui ?**

**Pouvez-vous passer des messages à travers des prêches à la mosquée ?**

- Alimentation et des pratiques recommandées de la femme en grossesse ?
- Amélioration des pratiques d'allaitement pour éviter la malnutrition ?
- Amélioration de l'alimentation des meres allaitantes et les enfants de moins de deux ans ?

**Identification**

N°d'ordre	Sites	Age	Sexe	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Autres activités en dehors du maraboutage

**Remercier les marabouts...et leur expliquer que l'équipe a l'intention de revenir au village pour donner les résultats de cette enquête et discuter avec eux.**

*Les Questionnaires*

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL MERES D'ENFANT ÂGE DE :  
[\_\_\_\_\_] 0 à moins de 6 mois

Date : /\_\_\_/\_\_\_/ 2007    Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

SECTION I Identification, Socioéconomique, Ménage			Code
1.1	Numéro de dossier	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]
1.3	Village/Ville site	-----	[ ][ ] [ ]
1.4	Enquêteur :	Nom :	
		Prénom :	
1.5	Quelles sont vos principales activités ? Spécifier	Ménagère <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisane <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/> .	1 2 3 4 5
1.6	Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.8 2 → Q 1.8 3 → Q 1.8 4
1.7	Quel est le plus haut niveau d'étude que votre conjoint a atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.8	Vous personnellement, quel est votre niveau d'instruction ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.10 2 → Q 1.10 3 → Q 1.10 4
1.9	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.10	Quelles sont les principales activités de votre conjoint -spécifier	agriculteur <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/>	1 2 3 4

		ouvrier <input type="checkbox"/>	5
		Autre.....	99
1.11	Votre conjoint est-il actuellement présent ?	Oui	1
		Non	2
1.12	Si non, depuis combien de temps est-il absent du foyer conjugal ?	1 à 3 mois	1
		4 à 7 mois	2
		8 à 12 mois	3
		Plus 1 ans	4
1.13	Quel âge avez-vous ?	10-14 ans <input type="checkbox"/>	1
		15-19 ans <input type="checkbox"/>	2
		20-29 ans <input type="checkbox"/>	3
		30-39 ans <input type="checkbox"/>	4
		40-49 ans <input type="checkbox"/>	5
	Question ouverte – ne pas lire les options	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	99
1.14	Etes-vous mariée ?	Oui	
		Non	
1.15	Si oui, notez le type d'union	Marié monogame	1 →
		Marié polygame	2
1.16	Combien de co-épouses avez-vous ?	1	
		2	
		3	
	Question ouverte – ne pas lire les options	Plus de 3	
1.17	Combien de grossesses avez-vous eu ?	[ ][ ]	
1.18	Parmi ces grossesses, combien de naissances vivantes avez-vous ?	[ ][ ]	
1.19	Pouvez-vous nous indiquer le nombre total des personnes qui compose votre ménage ?	[ ][ ]	
1.20	Quel type de produit alimentaire votre ménage produit-il ?	Mil	1
		Sorgho	2
		Niébé	3
		Arachide	4
		Suchet	5
		Produits maraîchers	6
		Courges	7
		Feuilles vertes	8
		Aucun (pas agriculteurs)	

1.21	Votre stock alimentaire t-il couvre l'année dernière ?	Oui	1 [3.6]
		Non	2
1.22	Si non, Jusqu'à combien de mois ?		_____mois
1.23	Est-ce que la famille a une moustiquaire ?	Oui	1
		Non	2
1.24	Combien en avez-vous ?	nombre de moustiquaires	[ ]
1.25	Est-ce qu'elle est traitée ?	Oui	1
		Non	2
1.26	Qui dort sous une moustiquaire ? Plusieurs réponses possibles	Moi	1
		Mes petits enfants	2
		Mon conjoint	3
		Nous tous	4
		Ne sait pas	99
1.27	A votre avis, quel est l'avantage de dormir sous une moustiquaire ?	Eviter le palu	1
		Ne sait pas	2
		Autre : spécifier	99
1.28	Est-ce que vous avez commencé à utiliser une méthode moderne pour l'espacement de naissances ?	Oui	1
		Non	2 →
		Ne sait pas	99
1.29	Si oui, Qui a décidé ?	Moi	1
		Mon conjoint	2
		Autre	3
		Ne sais pas	99
1.30	Si Oui, Pour quelle raison ?	Pour me reposer	1
		Pour mieux grandir l'enfant	2
		Autre	3
		Ne sait pas	99
1.32	Si non, Pourquoi ?	Conjoint refuse	1
		Grande mère refuse	2
		marabout	3
		C'est dangereux/ entraîne les maladies	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99
1.33	Où est-ce que vous vous procurez votre eau à boire ?	Puits	1

		Lac	2
		fleuve	3
		forage	4
		Marigot	5
		Eau de source	6
		Autre	7
		Ne sait pas	99
1.34	Est-ce que votre récipient d'eau à boire est actuellement couvert ?	Oui	1
		Non	2
1.35	A quel moment lavez-vous la vaisselle ?	après les repas	1
		avant le repas	2
1.36	Où est-ce que vous faites (la mère et les autres membres du ménage) les selles ?	latrines	1
		En brousse	2
		Autre	3
1.37	Où est-ce que cet enfant fait les selles	Dans le pagne	1
		Par terre	2
		Dans un pot ou vase	3
		Autre	4
1.38	La dernière fois que vous avez géré les excréments de ce petit enfant, est-ce que vous avez lavé les mains ?	Oui	1
		Non	2 →
1.39	Si, oui,  Avec quoi ?	savon beauté	1
		sable	2
		savon traditionnel	3
		Omo	4
		rien sauf de l'eau	5
1.40	Selon vous, quand est-ce qu'il faut se laver les mains ?  plusieurs réponses possibles	Avant de manger	1
		Après avoir géré les selles de l'enfant	2
		Avant de préparer le repas	3
		Après avoir fait les besoins	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99

**SECTION II : RENSEIGNEMENTS SUR LA NUTRITION, LA SANTE DE L'ENFANT ET LES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE LA MERE**

2.1	Quel âge a cet enfant ? (le plus petit)	Demandez la carte de sante, ou aidez la mere a	___ mois
-----	---	--	----------

	Remplir en mois	calculer	
2.2	Où avez-vous accouché ?	A domicile	
		Centre santé	
		Maternité	
		Hôpital	
		Chez ma mère	
		Autre	
2.3	Avec l'aide de qui ?	Sage femme	
		Matrone formée	
		Matrone non formée	
		Sœur/belle mère/famille	
		Personne ne m'a aidé	
		Autre	
2.4	Combien de temps après la naissance est-ce vous l'avez mis au sein ?	moins de 30 minutes	<input type="checkbox"/>
		moins d'une heure	<input type="checkbox"/>
		6 heures	
		12 heures	
		2eme journée	
		3eme journée	
		4eme journée	
		Plus que 4 jours	
2.5	Est-ce que vous avez donné le premier lait jaunâtre ?	Oui	
		Non	
2.6	A votre opinion quand est-ce qu'il faut mettre le nouveau bébé au sein ? (à combien de temps après la naissance ?)	<30 minutes	
		< 1 heure	
		6 heures	
		12 heures	
		2eme journée	
		3eme journée	
		4eme journée	
Plus que 4 jours			
2.7	Est-ce qu'il a commencé à boire de l'eau ?	Oui	
		Non	
2.8	A quel age est-ce qu'il a commencé à boire de l'eau ?		_____mois
		des la naissance	
2.9	Comment savez-vous qu'il a soif ? (Qu'est-ce qu'il fait qui vous dit qu'il veut de l'eau ?)	?	
2.10	Est-ce qu'il vous étés arrivé à donner du bauri pour faire dormir, au lieu d'allaiter pour que vous puissiez travailler?	Oui	
		Non	
2.11	Avec quelle fréquence?	tous les jours	
		une fois par semaine	
		de temps en temps	
		jamais	

2.12	Selon vous, à quel âge est-ce que l'enfant qui tète a besoin de l'eau ?	Après l'âge de six mois	1
		Autre	2
		Ne sais pas	3
2.13	Est-ce qu'il tète toujours ?	Oui	
		Non	
2.13	Si non, A quel âge est-ce que vous l'avez sevré ? Remplir en mois		_____mois
2.14	Pour quelle raison est-ce que vous l'avez sevré ?	J'étais enceinte	1
		Mon lait n'était pas bon	2
		Il l'a fait lui-même	3
		J'étais malade	4
		autre	77
		Ne sais pas	99
2.15	Est-ce qu'il y avait un moment quand vous vous sentiez que le lait ne suffisait pas ?	Oui	
		Non	
2.16	Il avait quel âge quand le lait a commencé à diminuer ?		_____mois
2.17	Qu'est-ce que vous avez fait pour résoudre ce problème ? Spécifier	J'ai mangé de plus pour augmenter lait maternel.	
		Donné du lait animal	
		Allaité plus fréquemment	
		Commencé a donné de la nourriture	
		Sevré	
		Rien	
2.18	Selon vous qu'est-ce qui fait augmenter le lait maternel ?	la mère mange de plus (mil, niébé)	
		allaiter plus fréquemment	
		autre	
		ne sais pas	
2.19	Est-ce que vous laissez l'enfant vider un sein avant de changer à l'autre sein ?	Oui	[2.21]
		Non	
2.20	Pourquoi ?	cela fait vomir l'enfant	1
		autre	2
		je ne sais pas	99
2.21	Pendant les deux (2) dernières semaines, est-ce que l'enfant a été malade ?	Oui	
		Non	[2.24]
2.22	Qu'est-ce qu'il avait ?	Diarrhée	
		Il tousse	
		La fièvre	
		Le palu	

		Autre	
		Ne sait pas (99)	
2.23	s'il était déjà malade, Quand il était malade comment avez-vous faites en ce qui concerne l'allaitement ?	Rien de différent	
		Têtes plus fréquentes	
		Il ne voulait pas boire ; j'ai donné de moins	
		Autre	
		Ne sait pas (99)	
2.24	Selon vous, qu'est-ce qu'il faut faire pendant et après la maladie, en ce qui concerne l'allaitement ?	Allaiter plus fréquemment	1
		Donner de la nourriture	2
		N'allaiter pas	3
		autre	77
		Ne sais pas	99
2.25	Est-ce que vous avez commencé à lui donner à manger en dehors de lait maternel ?	Oui	
		Non	
2.26	Si oui, à quel âge ? Spécifier en mois		___mois
2.27	Selon vous, à quel âge est-ce qu'il faut commencer à donner à manger en dehors du lait maternel ? Spécifier en mois		___mois

### SECTION III : RAPPEL DE CONSOMMATION DE 24 HEURES

#### Rappel du travail de 24 heures

3.1	Numéro de dossier	[ [ [ [ [ [ ] ] ] ] ] ]	[ [ [ [ [ [ ] ] ] ] ] ]
3.2	Village/Ville Site	----- --	[ [ ] ] [ ]
3.3	Enquêteur :	Nom :	
		Prénom :	
3.4	Nom de l'enfant cible	Nom :	
3.5	L'enfant tête	Oui	1
		Non	2
3.6	l'âge de l'enfant		___mois

Administrer ce rappel pour l'enfant cible. Demandez à la mère de rappeler d'abord tout le travail et activités qu'elle a fait depuis hier à ce moment. Puis demandez à la mère de citer tout ce que l'enfant a consommé ou bu, depuis cette heure hier. Assurez que vous avez noté chaque téter, chaque boisson d'eau, fura, et tous les goûters, aussi que les repas.

L'heure	Toutes les Taches faisaient par la femme	Tout boisson, eau, téter, aliment, goûter que l'enfant a consommé	Ingrédients/préparation (* lait entier, ou lait écrémé, surtout si c'est le fura. * l'huile ?)	Qui a donné/aider l'enfant a mangé ?
---------	---	---	---	---


## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR LES FEMMES ENCEINTES

Date : /\_\_/\_/ 2007      Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

SECTION I Identification, Socioéconomique, Ménage			Code
1.1	Numéro de dossier	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]
1.3	Village/Ville site	-----	[ ][ ] [ ]
1.4	Enquêteur :	Nom :	
		Prénom :	
1.5	Quelles sont vos principales activités ? Spécifier	Ménagère <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçante <input type="checkbox"/> Artisane <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
1.6	Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.8 2 → Q 1.8 3 → Q 1.8 4
1.7	Quel est le plus haut niveau d'étude que votre conjoint a atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.8	Vous personnellement, quel est votre niveau d'instruction ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.10 2 → Q 1.10 3 → Q 1.10 4
1.9	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.10	Quelles sont les principales activités de votre	agriculteur <input type="checkbox"/>	1

	conjoint -spécifier	Fonctionnaire <input type="checkbox"/>	2
		Commerçant <input type="checkbox"/>	3
		Artisan <input type="checkbox"/>	4
		ouvrier <input type="checkbox"/>	5
		Autre.....	99
		.	
1.11	Votre conjoint est-il actuellement présent ?	Oui	1
		Non	2
1.12	Si non, depuis combien de temps est-il absent du foyer conjugal ?	1 à 3 mois	1
		4 à 7 mois	2
		8 à 12 mois	3
		Plus 1 ans	4
1.13	Quel âge avez-vous ? Question ouverte – ne pas lire les options	10-14 ans <input type="checkbox"/>	1
		15-19 ans <input type="checkbox"/>	2
		20-29 ans <input type="checkbox"/>	3
		30-39 ans <input type="checkbox"/>	4
		40-49 ans <input type="checkbox"/>	5
		Ne sait pas <input type="checkbox"/>	99
1.14	Etes-vous mariée ?	Oui	
		Non	
1.15	Si oui, notez le type d'union	Marié monogame	1 →
		<b>Marié polygame</b>	<b>2</b>
1.16	Combien de co-épouses avez-vous ? Question ouverte – ne pas lire les options	1	
		2	
		3	
		Plus de 3	
1.17	Combien de grossesses avez-vous eu ?	[__][__]	
1.18	Parmi ces grossesses, combien de naissances vivantes avez-vous ?	[__][__]	
1.19	Pouvez-vous nous indiquer le nombre total des personnes qui compose votre ménage ?	[__][__]	
1.20	Quel type de produit alimentaire votre ménage produit-il ?	Mil	1
		Sorgho	2
		Niébé	3
		Arachide	4
		Suchet	5

		Produits maraîchers	6
		Courges	7
		Feuilles vertes	8
		Aucun (pas agriculteurs)	
1.21	Votre stock alimentaire t-il couvre l'année dernière ?	Oui	1 [3.6]
		Non	2
1.22	Si non, Jusqu'à combien de mois ?		_____mois
1.23	Est-ce que la famille a une moustiquaire ?	Oui	1
		Non	2
1.24	Combien en avez-vous ?	nombre de moustiquaires	[ ]
1.25	Est-ce qu'elle est traitée ?	Oui	1
		Non	2
1.26	Qui dort sous une moustiquaire ? Plusieurs réponses possibles	Moi	1
		Mes petits enfants	2
		Mon conjoint	3
		Nous tous	4
		Ne sait pas	99
1.27	A votre avis, quel est l'avantage de dormir sous une moustiquaire ?	Eviter le palu	1
		Ne sait pas	2
		Autre : spécifier	99
1.28	Est-ce que vous avez commencé à utiliser une méthode moderne pour l'espacement de naissances ?	Oui	1
		Non	2 →
		Ne sait pas	99
1.29	Si oui, Qui a décidé ?	Moi	1
		Mon conjoint	2
		Autre	3
		Ne sais pas	99
1.30	Si Oui, Pour quelle raison ?	Pour me reposer	1
		Pour mieux grandir l'enfant	2
		Autre	3
		Ne sait pas	99
1.32	Si non, Pourquoi ?	Conjoint refuse	1
		Grande mère refuse	2
		marabout	3

		C'est dangereux/ entraîne les maladies	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99
1.33	Où est-ce que vous vous procurez votre eau à boire ?	Puits	1
		Lac	2
		fleuve	3
		forage	4
		Marigot	5
		Eau de source	6
		Autre	7
		Ne sait pas	99
1.34	Est-ce que votre récipient d'eau à boire est actuellement couvert ?	Oui	1
		Non	2
1.35	A quel moment lavez-vous la vaisselle ?	après les repas	1
		avant le repas	2
1.36	Où est-ce que vous faites (la mère et les autres membres du ménage) les selles ?	latrines	1
		En brousse	2
		Autre	3
1.37	Où est-ce que cet enfant fait les selles	Dans le pagne	1
		Par terre	2
		Dans un pot ou vase	3
		Autre	4
1.38	La dernière fois que vous avez géré les excréments de ce petit enfant, est-ce que vous avez lavé les mains ?	Oui	1
		Non	2 →
1.39	Si, oui,  Avec quoi ?	savon beauté	1
		sable	2
		savon traditionnel	3
		Omo	4
		rien sauf de l'eau	5
1.40	Selon vous, quand est-ce qu'il faut se laver les mains ?  plusieurs réponses possibles	Avant de manger	1
		Après avoir géré les selles de l'enfant	2
		Avant de préparer le repas	3
		Après avoir fait les besoins	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99

SECTION III - La Grossesse			
2.1	Vous étés dans quel mois de votre grossesse ? Remplir en mois		___mois
2.2	A quel moment de la grossesse est-ce que vous l'avez dit aux autres membres de la famille ? Remplir en mois		_____mois
2.3	A qui ?	Mon mari	
		Ma mère	
		Ma belle mère	
		Ma co-épouse	
		Autre	77
		Ne sait pas (99)	99
2.4	Avez vous déjà été en consultation prénatale ?	Oui Non	
2.5	Si non, Pourquoi ?	Je ne veux pas	1
		Mon mari refuse	2
		Pas de transport/ trop loin	3
		Mauvaise accueil	4
		On ne me l'a pas suggéré	5
		Autre	77
		Ne sait pas (99)	99
2.6	Si oui, pourquoi ? Voir le carnet de l'enfant	Pour la santé de l'enfant	
		Pour ma santé	
		Acte de naissance	
		C'est ma première	
		Autre	77
Ne sait pas (99)	99		
2.7	Si oui, votre première visite était à quel moment de la grossesse ? Remplir en mois		_____mois
2.8	Selon vous, combien de fois est-ce qu'il faut y assister pendant la grossesse ?  Mettez le nombre total de visites qu'elle a déjà fait	1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		autre	77
		Ne sais pas	99
2.9	Pouvez vous me dire : Quelles sont les prestations de service	Pesée	1
		Immunisation	2

	qu'on offre aux femmes en grossesse ?  Question ouverte – ne pas lire les options- Cocher toute option qu'elle mentionne	Prise de la Tension	3
		Vitamines	4
		Supplément-fer	5
		Traitement palu	6
		Planification pour la naissance	7
		Bilan prénatal	8
		Autre	77
		Ne sais pas	99
2.10	Quels sont les conseils qu'ils vous ont donnés ?  Question ouverte – ne lit pas les options plusieurs réponses possibles	Manger de plus	1
		Manger mieux	2
		Travailler de moins	3
		Planification allaitement	4
		Préparation à l'accouchement	5
		Autre : spécifier	77
		Ne sait pas (99)	99
2.11	Est-ce que vous avez eu des problèmes au cours de cette grossesse ?	Oui	
		Non	
2.12	Si oui, lesquelles ? (Possibilité de citer plusieurs modalités de réponses)	Faiblesse/ Manque de sang	1
		Dundumi (cécité nocturne)	2
		Palu	3
		Oedèmes	4
		hyper tension	5
		Le saignement, l'hémorragie	6
		Maux de têtes	7
		Autre	77
Ne sait pas (99)	99		
2.13	Où avez vous cherché les soins ?  plusieurs réponses possible	Case/centre de santé	1
		hôpital	2
		Femme âgée	3
		Autre	77
		Ne sait pas (99)	99
2.14	Pourquoi ?	Plus efficace	1
		C'est gratuit/moins cher	2
		Plus proche	3
		Quelqu'un m'a dit	4
		Autre	77
		Ne sait pas (99)	99
2.15	Qu'est-ce qu'il faut manger pour éviter ou améliorer le dundumi (cécité nocturne) ?	Du foie	1
		Des fruits/ légumes jaunes (manque, kubewa, oranges)	2
		Les feuilles vertes fraîches	3
		De la viande	4
		autre	77
		Ne sait pas	99
2.16	Hier soir, est-ce que vous avez dormi sous	Oui	

	un moustiquaire traite ?	Non	
2.17	Selon vous qu'est-ce qui peut arriver à la femme enceinte est atteinte du palu ?	Un bébé à petits pois	1
			2
		autre	3
		Ne sais pas	4
		Oui	
		Non	
2.19	Est-ce qu'il tète toujours ?	Oui	
		Non	
2.20	Si oui, Pourquoi ?	Il n'est pas prêt à être sevré (trop jeune)	1
		Je ne suis pas prête à sevrer	2
		On n'a pas assez de quoi manger	3
		Pour sa santé	4
		Autre	77
		Ne sait pas	99
2.21	Si non, à quel âge est-ce que vous l'avez sevré ? Mettez l'âge de l'enfant en mois		_____mois
2.22	Pourquoi ?  Plusieurs réponses possibles	Il était prêt- il mange de la nourriture	
		Il était prêt – il refuse la nourriture	
		Le lait avait un mauvais goût	
		J'étais prête	
		J'avais le mauvais lait à cause de la grossesse	
		J'ai vu qu'il maigrissait	
		Moi-même je maigrissais	
		J'ai voyagé /j'étais absente/lait a tourne	
		J'ai travaillé trop/ lait chaud	
		Il m'a mordu	
		J'étais malade-	
		Autre	77
		Ne sait pas	99
2.22	Qui vous a donné les conseils de le sevrer ?	Personne	
		Ma mère	
		La belle mère	
		Mari	
		Agent de santé	
		Marabout	
		Guérisseur	
		Autre	
Ne sait pas			
2.23	Comment vous l'avez sevré ?	Cache mes seins	1

		Mis du produit aux seins	2
		Envoie aux grands-parents	3
		Prépare un bon plat pour lui	4
		Offert plus de nourriture	5
		Diversifier le goûter	6
		Autre	77
		Ne sait pas (99)	99
2.24	Comment va l'enfant sevré maintenant ?	Il est content	
		triste	
		Il maigrit	
		Il pleure tout le temps	
		Il mange bien d'autres aliments (lesquels)	



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL MERES D'ENFANT ÂGE DE :

6-8 mois [\_\_\_\_]

9-11 mois [\_\_\_\_]

12 -24 mois [\_\_\_\_]

2 ans à 5 ans [\_\_\_\_]

Date : /\_\_/\_/ 2006 Heure du Début: ..... Heure de la Fin.....

SECTION I Identification, Socioéconomique, Ménage			Code
1.1	Numéro de dossier	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]
1.3	Village/Ville site	-----	[ ][ ] [ ]
1.4	Enquêteur :	Nom :	
		Prénom :	
1.5	Quelles sont vos principales activités ? Spécifier	Ménagère <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisane <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/> .	1 2 3 4 5
1.6	Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.8 2 → Q 1.8 3 → Q 1.8 4
1.7	Quel est le plus haut niveau d'étude que votre conjoint a atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.8	Vous personnellement, quel est votre niveau d'instruction ?	Analphabète Ecole coranique Alphabétisation Ecole moderne	1 → Q 1.10 2 → Q 1.10 3 → Q 1.10 4
1.9	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Non réponse	1 2 3 4 99
1.10	Quelles sont les principales activités de votre conjoint -spécifier	agriculteur <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/>	1 2 3 4

		ouvrier <input type="checkbox"/>	5
		Autre.....	99
1.11	Votre conjoint est-il actuellement présent ?	Oui	1
		Non	2
1.12	Si non, depuis combien de temps est-il absent du foyer conjugal ?	1 à 3 mois	1
		4 à 7 mois	2
		8 à 12 mois	3
		Plus 1 ans	4
1.13	Quel âge avez-vous ?	10-14 ans <input type="checkbox"/>	1
		15-19 ans <input type="checkbox"/>	2
		20-29 ans <input type="checkbox"/>	3
		30-39 ans <input type="checkbox"/>	4
		40-49 ans <input type="checkbox"/>	5
	Question ouverte – ne pas lire les options	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	99
1.14	Etes-vous mariée ?	Oui	
		Non	
1.15	Si oui, notez le type d'union	Marié monogame	1 →
		Marié polygame	2
1.16	Combien de co-épouses avez-vous ?	1	
		2	
		3	
	Question ouverte – ne pas lire les options	Plus de 3	
1.17	Combien de grossesses avez-vous eu ?	[ ][ ]	
1.18	Parmi ces grossesses, combien de naissances vivantes avez-vous ?	[ ][ ]	
1.19	Pouvez-vous nous indiquer le nombre total des personnes qui compose votre ménage ?	[ ][ ]	
1.20	Quel type de produit alimentaire votre ménage produit-il ?	Mil	1
		Sorgho	2
		Niébé	3
		Arachide	4
		Suchet	5
		Produits maraîchers	6
		Courges	7
		Feuilles vertes	8
		Aucun (pas agriculteurs)	

1.21	Votre stock alimentaire t-il couvre l'année dernière ?	Oui	1 [3.6]
		Non	2
1.22	Si non, Jusqu'à combien de mois ?		_____mois
1.23	Est-ce que la famille a une moustiquaire ?	Oui	1
		Non	2
1.24	Combien en avez-vous ?	nombre de moustiquaires	[ ]
1.25	Est-ce qu'elle est traitée ?	Oui	1
		Non	2
1.26	Qui dort sous une moustiquaire ? Plusieurs réponses possibles	Moi	1
		Mes petits enfants	2
		Mon conjoint	3
		Nous tous	4
		Ne sait pas	99
1.27	A votre avis, quel est l'avantage de dormir sous une moustiquaire ?	Eviter le palu	1
		Ne sait pas	2
		Autre : spécifier	99
1.28	Est-ce que vous avez commencé à utiliser une méthode moderne pour l'espacement de naissances ?	Oui	1
		Non	2 →
		Ne sait pas	99
1.29	Si oui, Qui a décidé ?	Moi	1
		Mon conjoint	2
		Autre	3
		Ne sais pas	99
1.30	Si Oui, Pour quelle raison ?	Pour me reposer	1
		Pour mieux grandir l'enfant	2
		Autre	3
		Ne sait pas	99
1.32	Si non, Pourquoi ?	Conjoint refuse	1
		Grande mère refuse	2
		marabout	3
		C'est dangereux/ entraîne les maladies	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99
1.33	Où est-ce que vous vous procurez votre eau à boire ?	Puits	1

		Lac	2
		fleuve	3
		forage	4
		Marigot	5
		Eau de source	6
		Autre	7
		Ne sait pas	99
1.34	Est-ce que votre récipient d'eau à boire est actuellement couvert ?	Oui	1
		Non	2
1.35	A quel moment lavez-vous la vaisselle ?	après les repas	1
		avant le repas	2
1.36	Où est-ce que vous faites (la mère et les autres membres du ménage) les selles ?	latrines	1
		En brousse	2
		Autre	3
1.37	Où est-ce que cet enfant fait les selles	Dans le pagne	1
		Par terre	2
		Dans un pot ou vase	3
		Autre	4
1.38	La dernière fois que vous avez géré les excréments de ce petit enfant, est-ce que vous avez lavé les mains ?	Oui	1
		Non	2 →
1.39	Si, oui,  Avec quoi ?	savon beauté	1
		sable	2
		savon traditionnel	3
		Omo	4
		rien sauf de l'eau	5
1.40	Selon vous, quand est-ce qu'il faut se laver les mains ?  plusieurs réponses possibles	Avant de manger	1
		Après avoir géré les selles de l'enfant	2
		Avant de préparer le repas	3
		Après avoir fait les besoins	4
		Autre	5
		Ne sait pas	99

**SECTION II : Renseignement Sur La Nutrition, La Santé De L'enfant Et Les Attitudes/Comportements De La Mère**

L'enquêtrice doit faire en sorte de voir l'enfant de la mère interviewée, avant de continuer l'entretien

2.1	Quel âge a cet enfant ? (le plus petit) Remplir en mois	_____ mois	
2.2	Est-ce que l'enfant _____ tête ?	Oui <input type="checkbox"/>	1
		Non <input type="checkbox"/>	2 →
2.3	Si non, pourquoi l'avez-vous sevré?  Préciser	J'ai tombé enceinte	
		Il a refusé le sein	
		J'étais malade	
		Mon lait était mauvais	

		Je n'avais plus de lait	
		Autre	
		Ne sais pas	99
2.4	A quel age est-ce que vous l'avez sevré ?	_____mois	
2.5	Comment l'avez-vous sevré ?	Je l'ai refusé dans un jour brutalement	
		Je l'ai envoyé chez ma mère	
		Il s'est sevré lui même	
		Autre	
		ne sais pas	99
2.6	A votre avis, est-ce qu'il était prêt à être sevré ?	oui	
		non	
		ne sais pas	99
2.7	Est-ce qu'il a commencé à manger en dehors du lait maternel ?	Oui	
		Non	[__]
2.8	A quel age est-ce qu'il a commencé à manger la nourriture en dehors du lait maternel ?	_____mois	
2.9	Si oui,  Qu'est-ce que vous lui avez donné comme premier aliment ?  Spécifier	Bouillie légère avec beaucoup d'eau	1
		bouillie épaisse	2
		koko	3
		Fura	4
		Tuwo	5
		Sauce	6
		autre	7
		Ne sait pas	99
2.10	A votre avis, à quel age est-ce qu'il est recommandé de donner à manger en dehors du lait maternel ?	_____mois	
2.11	Quand vous lui donner à manger, c'est avec quel récipient?	La main à moi	1
		Une cuillère	2
		Un bol, une tasse	3
		Autre	4
		Ne sait pas	99
2.12	Comment savez-vous qu'il est rassasié ?	Il abandonne le plat	1
		Il arrête de manger	2
		Il ne la réclame plus	3
		Perceptible à travers son ventre	4
		Il commence à jouer	5
		Ne sait pas	99
		Autre	
2.13	A votre avis combien de mangés par jour est-ce qu'il faut donner à un enfant de 6-8 mois ?	__ à __ mangés par jour	

2.14	A votre avis combien de mangés par jour est-ce qu'il faut donner à un enfant de 9-11 mois ?	__ à __ mangés par jour	
2.15	A votre avis combien de mangés par jour est-ce qu'il faut donner à un enfant de 12-24 mois ?	__ à __ mangés par jour	
2.16	A votre avis qu'est-ce qu'il faut ajouter à la bouillie pour assurer la santé de l'enfant ?  plusieurs réponses possibles	toujours l'huile /beurre	
		les fruits /légumes	
		produits animaux ou arachides/niébé	
		autres	
		ne sais pas	99
2.17	Est-ce que vous l'amenez en consultation de pesée de bébés ?	Oui <input type="checkbox"/>	1
		Non <input type="checkbox"/>	2
2.18	Pourquoi vous ne l'emmenez pas à la consultation ?	Mon conjoint refuse	1
		Absentéisme du Personnel	2
		Pas de transport	3
		Mauvais accueil	4
		Personne ne me l'a suggéré	5
		Mon enfant est bien portant	6
		Je n'ai pas les ressources	8
		J'attends un autre bébé	9
		Autre	10
Ne sait pas	99		
2.19	A votre avis, quels sont les avantages de l'amener l'enfant à la pesée?  Plusieurs réponses possibles	Pour veiller la croissance de l'enfant	
		Pour veiller la sante de l'enfant	
		Pour identifier les enfants qui ne gagnent pas de poids	
		Pour identifier les enfants malades	
		Pour aider les meres a ameliorer l'alimentation de l'enfant	
		Autre	
		Ne sais pas	
2.20	Est-ce que l'enfant a été malade durant les deux (2) dernières semaines?	Oui <input type="checkbox"/>	1
		<input type="checkbox"/>	2
		Non	Q. 3.19
2.21	Qu'est-ce qu'il avait ?	Diarrhée	1
		Il toux	2
		Fièvre	3
		Palu	4
		Autre	77
		Ne sait pas	99
2.22	S'il était dernièrement malade,  Quand il était dernièrement malade, comment	Rien de différent	1
		Les petits manges plus fréquents	2
		Têtes plus fréquentes	3

	avez-vous fait, concernant son allaitement ?	Il ne voulait pas boire/il a bu de moins	4
		Autre	77
		Ne sait pas	99
2.23	S'il était dernièrement malade, Quand il était malade, comment avez-vous fait concernant son alimentation ?	Rien de différent	1
		Il ne voulait pas manger ; j'ai donne de moins	2
		Autre	77
		Ne sais pas	99
2.24	A votre avis, jusqu'à quel age est-ce qu'il faut allaiter ?	Jusqu'à l'age de 2 ans et plus	
		Autre	
		je ne sais pas	
2.25	A votre avis combien de fois par jour et nuit est-ce qu'il faut allaiter après l'age de six mois pour assurer la santé de l'enfant ?	au moins 8 fois par jour, dont une fois la nuit	
		autre	
		je ne sais pas	



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR LES FILLES 10-15 ANS

SECTION I IDENTIFICATION			Code
1.1	Numéro de dossier	[[[[[[[	[[[[[[[
1.2	Village/Ville suivi par site 1 ou 2	-----	[[[ ] [ ]
1.3	Enquêteur :	Nom :	
		Prénom :	
1.4	Quel est votre lieu d'habitation ?	J'habite avec mes parents	1 → 1.10
		J'habite avec mon mari	2 → 1.6
		J'habite avec mon copain	3 → 1.15
		J'habite toute seule	4 → 1.10
		J'habite avec mes grands-parents	5 → 1.10
		Autre préciser	
1.5	Quel est votre statut matrimonial ?	financée	1
		mariée	2 → 1.6
		divorcée	3 → 1.7
		Célibataire	4 → 1.10
		Veuve	5
		Autre : préciser	
1.6	Combien de co-épouses avez-vous ? Question ouverte – ne pas lire les options	0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
1.7	Combien de grossesses avez-vous eu ?	0	0 → 3.1
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
1.8	Votre conjoint/mari est-il actuellement présent ?	Oui <input type="checkbox"/>	1
		Non <input type="checkbox"/>	2
		Décède <input type="checkbox"/>	3
1.9	Si non, depuis combien de temps est-il absent?	1 à 3 mois	1
		4 à 7 mois	2
		8 à 12 mois	3
		Plus 1 ans	4
1.10	Quelles sont vos principales activités – spécifier	ménagère	1
		élève/étudiante	2
		commerçante	3

		Agri culturiste	4
		autre	
		Pas de réponse	99

SECTION II INFORMATION GENERAL SUR LA FILLE			
No de question	La question		X
2.1	Quel age avez-vous ? Préciser	[_]_	[_]_
2.2	Avez-vous été à l'une des écoles suivantes ?	Ecole expérimentale	1 → 2.6
		Ecole coranique	2 → 2.6
		Alphabétisation	3 → 2.6
		Aucun	4 → 2.6
		Ne sait pas	5 → 2.6
		Ecole franco-arabe	6
		Ecole française	7
2.3	Est-ce que vous fréquentez l'école actuellement ?	Oui	1 → 2.6
		non	2
		Pas de réponse	99
2.4	Si non, Pourquoi ?	Je ne l'aime pas	1
		Mon père refuse	2
		Ma mère a besoin de moi à la maison	3
		Le coût	4
		J'ai tombe enceinte	5
		Je ne l'aime pas	6
		J'ai été renvoyée	7
		Autre préciser	
2.5	A quel niveau est-ce que vous étés ? où A quel niveau vous vous étés arrête ?	0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6
	7	7	
2.6	Votre père a-t-il été à l'une des écoles suivantes ?	Ecole expérimentale	1
		Ecole coranique	2
		Alphabétisation	3
		Aucun	4
		Ne sait pas	5
		Ecole franco-arabe	6
		Ecole française	7

2.7	Quel est le plus haut niveau d'étude que votre père a atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Ne sait pas Non réponse	1 2 3 4 5 99
2.9	Quelles sont les principales activités de votre père -préciser	Agriculteur <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> Autre .. préciser	1 2 3 4 5
2.10	vous mère a-t-elle été à l'une des écoles suivantes ?	Ecole expérimentale Ecole coranique Alphabétisation Aucun Ne sait pas Ecole franco-arabe Ecole française	1 2 3 4 5 6 7
2.11	Quel est le plus haut niveau d'étude que votre mère a atteint ?	Primaire Secondaire 1er Secondaire 2ème Supérieur Ne sait pas Non réponse	1 2 3 4 5 99
2.12	Quelles sont les principales activités de votre mère -préciser	Ménagère <input type="checkbox"/> Agricultrice <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisane <input type="checkbox"/> ouvrière <input type="checkbox"/> Autre..... .....	1 2 3 4 5 6

**SECTION III - La Fille 10 – 15**

3.1	Est-ce qu'il vous arrive de gagner de l'argent ?	Oui	
		Non	→ 3.5
3.2	Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous gagner de l'argent ?	Je fais le petit commerce pour moi	1
		Je fais le petit commerce pour	2

		quelqu'un	
		Je travail a une maison et on me paie	3
		Un homme me le donne	4
		Mon père me le donne	5
		Autre : préciser	
		Ne sait pas/pas de réponse	99
3.3	Combien est-ce que vous pouvez gagner par semaine par exemple ?	Moins de 200 f	1
		Moins de 500f	2
		Moins de 1000f	3
		Entre 1000 – 5000f	4
		Plus que 5000 f	5
		Ne sait pas/pas de réponse	99
3.4	Que faites vous avec cet argent ?	Je le donne à ma mère	1
		Je donne à mon père	2
		J'achète de la nourriture de la famille	3
		J'achète de la nourriture pour moi	4
		J'achète des bijoux et des choses qui me plaisent	5
		Des obligations sociales-preciser (mariages etc.)	6
		Autre : préciser	
		Ne sait pas ; pas de réponse	99
3.5	Est-ce que vous fréquentez le centre de santé ?	oui	
		Non	→ 3.8
3.6	Dans quelles circonstances ?	Malade	1
		Palu	2
		Diarrhée	3
		Pour se déparasiter	4
		Pour le planning familial	5
		VIH SIDA	6
		L'école nous envoie pour immunisation ou quand nous sommes malades	7
		Autre : préciser	
		Pas de réponse	99

3.7	Comment trouvez-vous les services du centre pour les filles de votre age ?	Mauvais accueil	1
		Bon accueil	2
		Il y a un endroit spécial pour les jeunes filles	3
		Tout le monde le sait si j'y suis allée/pas de confidentialité	4
		Autre : préciser	
		Ne sait pas /pas de réponse	99
3.8	Si vous n'allez pas au centre de santé, ou allez-vous quand vous étés malade ?	Nul part	1
		chez guérisseur	2
		chez marabout	3
		chez l'agent de santé de village	4
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/ne sait pas	99
3.9	Est-ce que vous avez été malade dans les dernières deux semaines ?	Oui	1
		Non	2 → 3.13
3.10	Avec quoi ?	Palu/fièvre	1
		Diarrhée/vomissements	2
		Maladie respiratoire	3
		Des vers	4
		Maladie de femme	5
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/ne sait pas	99
3.11	Qu'est-ce que vous avez fait en premier lieu ? deuxième ? etc. l'enchaînement	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
3.12	Qu'est-ce que vous avez fait pour résoudre le problème ?	J'ai pris des médicaments du centre de usante	1
		J'ai pris des médicaments de la pharmacie	2
		J'ai pris de médicaments du guérisseur	3
		J'ai pris des médicaments du marabout	4
		Je fais auto-accusation en achetant des médicaments du	5

		vendeur ambulant	
		Rien – Cela a disparu	6
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/Ne sait pas	99
3.13	Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir la cécité nocturne ?	Oui	1
		Non	2 → 3.15
3.14	Quand ?	Maintenant	1
		L'année passée	2
		Autre : préciser	
		Ne sait pas /ne répond pas	99
3.15	Quelle est la cause, selon vous ?	Manque de bonne nourriture	1
		Manque de feuilles	2
		Saison sèche	3
		C'est normal	4
		Autre préciser	
		Ne sait pas/pas de réponse	99
3.16	Qu'est-ce qu'il faut faire pour y remédier ?	Mettre un morceau de foie sur l'oeil	1
		Manger du foie	2
		Manger des carottes	3
		Manger des manques	4
		Prendre de la vitamine A	5
		Autre : préciser	
	Si elle n'a jamais eu la cécité nocturne → 3.19	Ne sait pas /ne répond pas	99
3.17	Vous l'avez fait ?	oui	1
		non	2
3.18	Est-ce que vous avez toujours la cécité nocturne ?	Oui	1
		non	2
3.19	Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir le manque de sang ?	Oui	1
		non	2 → 3.21
3.20	Quand l'avez-vous eu ?	Maintenant	1
		L'année passée	2
		Autre : préciser	
		Ne sait pas /ne répond pas	99
3.21	Quelle est la cause, selon vous ?	Trop de travail	1
		Allah	2
		La grossesse	3
		Ne mange pas assez	4
		Autre : préciser	

		Ne sait pas /ne répond pas	99
3.22	Qu'est-ce qu'il faut faire pour le remède ?	Prendre du fer	1
		Manger beaucoup de viande	2
		Manger beaucoup d'haricots	3
		Prendre des médicaments du centre de santé	4
		Prendre des médicaments de la pharmacie	5
		Prendre de médicaments du guérisseur	6
		prendre des médicaments du marabout	7
		Faire auto-accusation en achetant des médicaments du vendeur ambulancier	8
		Autre : préciser	
		Ne sait pas /ne répond pas	99
3.23	Vous l'avez fait ?	Oui	1
		Non	2
3.24	Est-ce que vous avez toujours le manque de sang ?	NON	1
		Cela a disparu	
		Autre : préciser	2
		Pas de réponse/Ne sait pas	3
		Presque jamais	4
		Quelque fois	5
		Autre : préciser	
Pas de réponse/ne sait pas	99		
3.25	Qui assure votre nourriture ?	Mon père	1
		Mes grands-parents	2
		Mon mari/fiancée	3
		Moi même	4
		Ma belle famille	5
		Autre : préciser	
		Ne sait pas /ne répond pas	99
3.26	Combien de repas prenez-vous par jour ?	_____No.	
3.27	Est-ce qu'il vous arrive de manger des goûters ?	Oui	1
		Non	2

3.28	Avec quelle fréquence ?	1 fois par jour	1
		2 fois par jour	2
		Moins que 2 fois par semaine	3
		Presque jamais	4
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/ne sait pas	99
3.29	Qu'est-ce que vous manger comme goûters ?	Copto	1
		Beignets/galettes	2
		Fruits	3
		Cacahuètes	4
		Aya	5
		Solani	6
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/Ne sait pas	99
3.30	Qui paie d'habitude ?	Ma mère	1
		Mon père	2
		Mes copines	3
		Mon mari/ Mon copain	4
		Un homme	5
		La belle famille	6
		Moi même	7
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/ne sait pas	99
3.31	Est-ce qu'il vous arrive d'avoir a peu de temps a loisir ?	oui	1
		non	2
3.32	Que faites vous avec ce temps loisirs	Parler avec mes copines	1
		Voir mon copain	2
		Le petit commerce	3
		Lire	4
		Ecouter la musique	5
		Autre : préciser	
		Pas de réponse/ne sait pas	99
3.33	Où est-ce que les jeunes de votre age se réunissent ?	_____	
3.34	Qu'est-ce que vous faites en ce moment la ?	_____	
3.35	Est-ce que c'est avec des filles ou avec des garçons aussi ?	oui	1
		non	2
3.36	Est-ce que vous écoutez la radio ?	oui	1
		non	2
3.37	Quelle fréquence ?		

3.38	Quelle émission ?		
3.39	Quel jour quelle heure ?	_____ jour _____ heure	
3.40	Est-ce que vous vous intéresserez à apprendre des pratiques qui peuvent améliorer la santé ?	oui	1
		non	2
3.41	Est-ce que vous voudrez être formée pour éduquer vos amis ?	oui	1
		non	2
3.42	Quel est la meilleure façon de donner de l'information aux jeunes comme vous ? Préciser _____		

#### SECTION IV : INFORMATIONS GENERALES SUR LES MENAGES

4.1	Pouvez-vous nous indiquer le nombre total des personnes qui compose votre ménage ?	[_[_]	
4.2	Quel type de produit alimentaire votre ménage produit-il ?	Niébé	1
		Mil	2
		Sorgho	3
		Mais	4
		Riz	5
		Produits maraîchers	6
		Arachide	7
		Suchet	8
		Voandzou	9
		Manioc	10
		Patate douce	11
		Courges	12
		Tomates	13
		Feuilles vertes	14
		Moringa	15
		Gombo	16
	Autres à préciser		
	Aucun (pas agriculteurs)	17 → Q 4.6	
	Ne sait pas		
4.3	Quelle quantité de produits agricoles avez-vous produit ces trois (3) dernières années ?	Sac----- Bot----- T----	

	(En insistant sur la production la plus dominante) Remplir en bottes ou sacs ou tias	-- Sac----- Bot----- T---- -- Sac----- Bot----- T---- --  Rien Ne sait pas	
4.4	Votre stock alimentaire couvre t-il l'année dernière ?	Oui	1
		Non	2
4.5	Jusqu'à combien de mois	-----	
4.6	Est-ce que la famille a une moustiquaire ?	Oui	1
		Non	2 → Q 4.12
4.7	Combien en avez-vous ?	_____Nbre. de moustiquaires	
4.8	Où vous en êtes-vous procurez ce/ces moustiquaires	Au marché	1
		Au centre de santé	2
		Au cours de distribution gratuite	3
		Ne sait pas	99
		Autre : spécifier	
4.9	Est-ce qu'elle est traitée ?	Oui	1
		Non	2
4.10	Qui dort sous une moustiquaire ?	Moi	1
		Mes petits enfants	2
		Mon conjoint ou partenaire seulement	3
		Nous tous	4
		Personne	5
		Ne sait pas	99
		Autre : Spécifier	
4.11	Pourquoi ?	Eviter le palu	1
		Ne sait pas	99
		Autre : spécifier	
4.12	Pourquoi vous n'utilisez pas la moustiquaire ?	Pas de moyens	
		Cher	
		Peur de ça (pourquoi)	
		N'aime pas	
		Autre à préciser	
4.13	Est-ce que vous avez commencé à utiliser une méthode moderne pour l'espacement ou la limitation de naissances ?	Oui	1
		Non	2 → 4.14
		Ne sait pas	99
4.14	Si, oui, pourquoi ?	Je le veux	1

		Mon conjoint ou partenaire le veut	2
		Conseils de la santé	3
		Conseils de la grande mère	4
		Pour me reposer	5
		Pour mieux grandir l'enfant	6
		Ne sait pas	99
		Autre : Spécifier	
4.15	Si non, pourquoi ?	Conjoint/partenaire refuse	1
		Grande mère refuse	2
		marabout	3
		guérisseur	4
		Je ne veux pas	5
		C'est dangereux/ entraîne les maladies	6
		Ne sait pas	99
		Autre : Spécifier	
4.16	Selon vous, quelle est la cause la plus fréquente de la diarrhée chez les enfants ?	La dentition	1
		Mauvais lait	2
		Les esprits	3
		Changement de nourriture	4
		La saleté qui porte des microbes	5
		Ne sait pas	99
		Autre : spécifier)	
4.17	Est-ce que vous vous lavez les mains ?	Oui	1
		Non	2 → Q 4.19
4.18	Si oui à quel moment ?	Avant de manger	1
		Après avoir géré les selles de l'enfant	2
		Avant de préparer le repas	3
		Après avoir fait les besoins	4
		Ne sait pas	99
		Autre : Spécifier	
4.19	Avec quoi ?	Eau simple	1
		Eau et savon	2
		Citron	3
		Sable	4
		Autre à préciser	
4.20	Si non, qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?	Manque de moyens	1
		Barrières culturelles (préciser)	2

		Je ne vois pas le bénéfice	3
		Autre à préciser	
4.21	Où est-ce que vous vous procurez votre eau à boire	Puits (préciser si ouvert ou fermé)	1
		Lac	2
		fleuve	3
		forage	4
		Marigot	5
		Eau de source	6
		Autre à préciser	
		Ne sait pas	99
4.22	Où est-ce que vous conservez l'eau à boire ?	Canari ouvert	1
		Canari fermé	2
		Seau	3
		Fût	4
		bouteille	5
		Ne sait pas	99
		Autre à préciser	
4.23	Combien de fois vous lavez le récipient ? (noter le nombre)	/Jour	1
		/Semaine	2
		/Mois	3
		/Année	4
4.24	Où est-ce que vous faites (la mère et les autres membres du ménage) les selles ?	latrines	1
		En brousse	2
		Autre à préciser	
4.25	Où est-ce que cet enfant fait les selles	Dans le pagne	1
		Par terre	2
		Dans un pot ou vase	3
		Autre à préciser	
4.26	Comment gérez-vous les excréments des enfants ?	Laver le pagne	1
		Jeter en brousse	2
		Jeter dans latrine	3
		Autre à préciser	
4.27	Où jetez-vous les ordures ?		
4.28	Où jetez-vous les eaux usées ?		

Maintenant je voudrais savoir ce que vous avez mangé depuis hier à ce moment là



*Les autres outils*

**Calendrier de la production et de la disponibilité**

*Nom de village*

*Enqueteur*

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
<b>Saisons En Hausa</b>			<b>Rani</b>				<b>Damana</b>			<b>Kaka</b>		
<b>Des cultures</b> (mil, sorgho, contre-saison, niebe)												
<b>Argent de poche</b>												
<b>A l i m e n t s R i c h e s e n P r o t é i n e , F e r , Z i n c</b>												
<b>Viande (animal)</b>												
<b>Lait (animal)</b>												
<b>Œufs (animal)</b>												
<b>Niébé (plante)</b>												
<b>Arachides (plante)</b>												
<b>A l i m e n t s R i c h e s e n V i t a m i n e s</b>												
<b>Mangues (A)</b>												
<b>Courges (A)</b>												
<b>Feuilles vertes (A)</b>												
<b>Carottes (A)</b>												
<b>Oranges (C)</b>												
<b>Bananes</b>												
<b>Papaye (A)</b>												

**Des aliments clés disponibles au niveau de la communauté**

**Qu'est-ce qu'on peut acheter comme aliment dans les rues tous les jours (en saison)?**

<b>Aliments riches en protéine</b>	<b>Oui</b>	<b>Pendant quels mois ?</b>	<b>Légumes /Fruits</b>	<b>Oui</b>	<b>Pendant quels mois ?</b>
Lait fraîch non écrème			<b>Feuilles fraîches</b>		
Viande fraîche crue vache			<b>Citrouille kubewa</b>		
Autre viande crue			<b>Carotte</b>		
Poisson			<b>Gombo</b>		
Du foie crue à part			<b>Tomates fraîches</b>		
brochettes de foie			<b>Chou</b>		
Viande en brochettes			Papaye		
<b>Niébé</b>			Orange		
<b>Niébé prépare</b>			Manque		
<b>Arachides crue</b>			Ananas		
<b>Arachides prépare</b>			Goyave		
<b>Aya</b>			Melon		
<b>Autres haricots secs</b>					
<b>Autres noix secs</b>					

## GUIDE POUR LA MONOGRAPHIE

Nom du village (de la ville) \_\_\_\_\_

Enquêteur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom de la personne (des personnes) interviewer \_\_\_\_\_

Son titre \_\_\_\_\_

1. Combien de personnes résident dans ce village (cette ville) ? [\_\_\_\_\_]

2. Quelle est la distribution par ethnie ?

Hausa \_\_\_\_\_

Peul \_\_\_\_\_

Touareg \_\_\_\_\_

Zarma \_\_\_\_\_

Songrai \_\_\_\_\_

Arabe \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

3. Est-ce que cette communauté a les éléments suivants ? Précisez le nombre

4. Marché	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Combien de jours de marché y en-a-t'il par semaine ?	[_____]
jours	

Ecole primaire	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Collège	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Case de santé	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

CSI	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Un hôpital	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Maternité	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Mosquées	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Eglises	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
[_____]		

Route goudronnée	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
------------------	--------------------------------	--

[\_\_\_\_\_]

Abattoir cher	Oui [_____] Non [_____] Nombre	
---------------	--------------------------------	--

[\_\_\_\_\_]

	<b>Jardins maraîchers ?</b>	Oui [_____] Non [_____]	
	<b>Moulins a grains</b>	Oui [_____] Non [_____]	<b>Nombre</b>
[_____]	<b>Puits</b>	Oui [_____] Non [_____]	<b>Nombre</b>
	[_____]		
	<b>Forages</b>	Oui [_____] Non [_____]	<b>Nombre</b>
	[_____]		
	<b>Robinets</b>	Oui [_____] Non [_____]	<b>Nombre</b>
	[_____]		
	<b>ONG</b>	Oui [_____] Non [_____]	<b>Nombre</b>

[\_\_\_\_\_]

Lesquelles : \_\_\_\_\_

5. **Quelles sont les trois principales activités professionnelles par ordre d importance?**
- 
6. **Quels sont les matériaux de construction les plus utilisés pour la construction des maisons ?**