



**MARADI**  
**RAPPORT D'ETUDE**

DECEMBRE 2022

**RÉPUBLIQUE DU NIGER**

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR LA NUTRITION

N°20

# NUTRITION



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



**giz** Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



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



## SIGNALETIQUE



## OURS

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

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

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

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

Auteur :

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

Contributeurs :

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

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

Photos : **Insitution / Photographe**

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

**THEODORE YATTA Almoustapha**, Analyste Principal  
PNIN

**MAHAMANE Issiak Balarabé**: Statisticien  
Nutritionniste PNIN







## SIGLES ET ABREVIATIONS

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

## SOMMAIRE

<b>Sigles et Abréviations .....</b>	<b>2</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>3</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>6</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>1. APPROCHE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Choix des sites d'enquête .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Techniques et outils de collecte .....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Entretiens.....	13
1.2.2. Groupes de discussions .....	13
1.2.3. Observations .....	13
1.2.4. Etudes de cas .....	13
<b>1.3. Conditions de réalisation de la collecte des données.....</b>	<b>13</b>
1.3.1. Phase préliminaire .....	13
1.3.2. Déroulement de la collecte des données sur le terrain .....	14
1.3.3. Difficultés rencontrées .....	14
<b>1.4. Traitement et analyse des données ....</b>	<b>14</b>
<b>2. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE .15</b>	
<b>2.1. Situation socioéconomique .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Les principales activités des populations.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. Calendrier de disponibilité alimentaire, gestion de stock et stratégies des ménages pour subvenir aux besoins des familles.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Offre des services de santé .....</b>	<b>17</b>
2.4.1. Les consultations curatives .....	18
2.4.2. Assistance aux accouchements.....	18
2.4.3. Les consultations prénatales recentrées (CPNR) .....	18
2.4.4. La planification familiale (PF) .....	18
2.4.5. Les vaccinations de routine.....	18
2.4.6. Consultations des nourrissons (CN) et la prise en charge de la malnutrition infantile .19	
2.4.7. Sensibilisations pour le changement de comportements .....	19
<b>3. REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION INFANTILE EN MILIEU HAOUSSA DE MARADI.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. La malnutrition infantile vue par les acteurs de développement .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Représentations médicales et sociales de la malnutrition infantile .....</b>	<b>21</b>
3.2.1. Causes médicales de la malnutrition infantile .....	21
3.2.2. Représentations sociales de la malnutrition infantile .....	22
<b>3.3. Diagnostic de la malnutrition : connaissances et attitudes des populations .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4. Malnutrition infantile et recours thérapeutique .....</b>	<b>24</b>
<b>4. ALLAITEMENT MATERNEL : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS ....</b>	<b>26</b>
<b>4.1. La mise immédiate au sein du nouveau-né constatée chez certaines femmes ...</b>	<b>26</b>
<b>4.2. L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) jusqu'à l'âge de six (6) mois et l'allaitement maternel mixte.....</b>	<b>29</b>
4.2.1. Administration précoce de l'eau à l'enfant	29
4.2.2. Administration des décoctions et protection du corps de l'enfant.....	30
4.2.3. Initiation précoce à d'autres types d'aliments.....	31
<b>4.3. Les connaissances et comportements des femmes sur les techniques et la fréquence de tétées.....</b>	<b>32</b>
4.3.1. Comportement et pratiques autour de la fréquence de tétées .....	32
<b>5. ALIMENTATION DE COMPLEMENT .....</b>	<b>34</b>
<b>5.1. Connaissances des mères sur l'alimentation de complément .....</b>	<b>34</b>
<b>5.2. Alimentation quotidienne des ménages.....</b>	<b>35</b>
<b>5.3. Aliments fortifiants et construction sociale du corps du jeune enfant .....</b>	<b>36</b>
<b>6. FACTEURS DETERMINANTS DE LA PREVALENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA REGION DE MARADI. 38</b>	
<b>6.1. Facteurs structurels .....</b>	<b>38</b>
6.1.1. Comportements pronatalistes et nuptiaux	38
6.1.2. L'hygiène de l'alimentation.....	39
6.1.3. Autour de la « négligence » des mères et des pères.....	40
6.1.4. Sevrage brusque : écarts aux normes sociales et médicales .....	41
6.1.5. Usages détournés des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) .....	42



6.1.5.1. La vente du PPN.....	43		
6.1.5.2. Le partage de PPN .....	43		
6.1.6. Restrictions alimentaires.....	44		
6.2. Facteurs conjoncturels .....	44		
6.3. Facteurs institutionnels .....	45		
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>46</b>		
<b>7. Quelques pratiques prometteuses de lutte contre la malnutrition dans la région de Maradi .....</b>	<b>46</b>		
• Allaitement maternel .....	47		
• Alimentation complémentaire .....	47		
<b>8. Quelques pratiques dopant la lutte contre la malnutrition dans la région de Maradi .....</b>	<b>48</b>		
• Représentations de la malnutrition infantile : véritables freins pour un changement de comportements .....	48		
		• Allaitement maternel : un match qui n'est pas encore gagné .....	48
		• Alimentation de complément pour les enfants.....	49
		• Conditions de vie des femmes : un épuisement permanent .....	50
		• Le cadre de vie : un environnement peu favorable.....	50
		<b>Recommandations : capitaliser les expériences et améliorer les stratégies pour un meilleur changement de comportement .....</b>	<b>52</b>
		<b>Bibliographie .....</b>	<b>54</b>
		<b>Remerciements .....</b>	<b>55</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des sites visités .....	12
---	----

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation médicale de la malnutrition infantile .....	21
Figure 2 : Représentations sociales de la malnutrition infantile .....	23



## SUMMARY

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

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

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

The survey took place in the districts of Madarounfa (Madarounfa, N'yelwa, Gangaré, Safo, Dan Hadjara, Dan Issa, Garin liman, Many Uku), Mayahi (Mayahi, Kanen Bakashe, Issawane, Maireyrey, Tchaké, Attantané, Guidan Amoumoune, N'Wala and Sarkin Hausa) and Guidan Roundji (Guidan Roundji, Tsouloulou, Dan Daji Makao and Guidan Gobro).

Interview and focus groups were the main techniques used for data collection. The data from these two techniques were complemented with field observations and case studies.

The results of this study highlight that the representations linked to malnutrition, the use of alternative therapies in the health system, the perceptions and social considerations associated with "a child", with food and the quality of breast milk, living conditions of the populations are the bottlenecks for the improvement of knowledge and the adoption of adequate infant and young child practices.

Despite the persistence of many social and contextual barriers, some progresses have been made. Indeed, an improvement in knowledge of malnutrition and its detection has been observed. Similarly, positive developments are recorded on breastfeeding including the gradual yet timid acceptance of colostrum. The immediate breastfeeding after delivery is relatively accepted even if it is still subject to the ritual assessment of the quality of the breastmilk. In rural areas, women have good knowledge of the correct breastfeeding positions and technics. Furthermore, the improvement observed in mothers' knowledge of culinary recipes for children is not yet systematically applied in daily complementary feeding practices. The knowledge gains and the commitment of mothers alone are not enough for massive changes following the nutrition messages disseminated through local health services since decisions on child matters are more collective than individual. There is an urgent need to act by developing social and behavioral change communication plans specific to local contexts. Specific recommendations have been made in this report to better fight against malnutrition by taking into account the specificities of the Maradi region.

## RESUME

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

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

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

L'enquête s'est déroulée dans les départements de Madarounfa (Madarounfa, N'yelwa, Gangaré, Safo, Dan Hadjara, Dan Issa, Garin liman, Many Uku), de Mayahi (Mayahi, Kanen Bakashe, Issawane, Maireyrey, Tchaké, Attantané, Guidan Amoumoune, N'Wala et Sarkin Hausa) et de Guidan Roudji (Guidan Roudji, Tsouloulou, Dan Daji Makao et Guidan Gobro).

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

Les résultats de cette étude révèlent que les représentations liées à la malnutrition, le recours aux thérapies alternatives au système de santé, les perceptions et considérations sociales associées à « l'enfant », à l'alimentation et à la qualité du lait maternel, les conditions d'existence des populations constituent des goulots d'étranglement pour les avancées tant souhaitées en faveur de l'amélioration des connaissances et des pratiques pour le changement des comportements des populations en matière de l'alimentation et de la nutrition.

Malgré la survivance de nombreuses barrières sociales et contextuelles, quelques avancées sont enregistrées. En effet, une amélioration des connaissances de la malnutrition et de son dépistage est observée. De même, des évolutions positives sont enregistrées au niveau de l'allaitement maternel : l'acceptation progressive du colostrum s'observe timidement, la mise au sein immédiate est relativement acceptée même si elle est sujette encore à l'appréciation de la qualité du lait en milieu rural, les femmes ont de bonnes connaissances sur les bonnes positions de tétées. Par ailleurs, l'amélioration observée dans les connaissances des mères en matière de recettes culinaires destinées aux enfants ne sont encore systématiquement appliquées dans les pratiques quotidiennes d'alimentation de complément. Des recommandations ont été formulées dans le présent rapport pour mieux lutter contre la malnutrition en prenant en compte les spécificités de la région de Maradi.



## INTRODUCTION

### APERÇU

Cette monographie est le résultat d'une étude qualitative réalisée dans la région de Maradi sur les connaissances, les pratiques et les comportements des populations en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans.

Depuis plus d'une décennie, plusieurs programmes et projets de Communication pour un Changement de Comportement (CCC) ont été mis en œuvre à travers le pays afin d'améliorer la santé du couple mère-enfant. Cependant, il existe très peu d'études pour mesurer leur impact sur l'évolution des connaissances, des pratiques et des comportements des populations cibles en matière d'alimentation et de nutrition des enfants. Cette étude a été réalisée par la PNIN/Niger dans la région de Maradi en Juin 2022. Elle questionne les effets de la mise en œuvre des messages et conseils véhiculés par les professionnels de santé et les relais communautaires pour assurer un développement optimal aux jeunes enfants.

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

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

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La situation de la malnutrition au Niger est complexe. Elle est affectée par des inégalités sociales et structurelles ainsi que par des crises écologiques et humanitaires. En 2020, le Niger a été classé au dernier rang du monde en matière d'Indice du Développement Humain (IDH), avec un IDH de 0,377<sup>1</sup>. La population, estimée à 23 millions d'habitants en 2019, connaît l'un des taux d'accroissement les plus rapides du monde (3,9 %). Cette situation précaire est exacerbée par des capacités de production et des rendements agricoles faibles, des chocs saisonniers (crise pastorale, inondations, période de soudure, pic du paludisme) et des perturbations climatiques (faibles précipitations, sécheresse, désertification), qui ont réduit la quantité de terres arables et exacerbé l'insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique.

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

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

stratégies à travers des séances de sensibilisation qui sont organisées soit au niveau des structures sanitaires, soit au niveau communautaire pour sensibiliser régulièrement les populations sur le changement des comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants.

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

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

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

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

Suite aux rapports d'analyse réalisés par la PNIN sur les tendances de la malnutrition chronique

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

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

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



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

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

### OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'améliorer la compréhension des phénomènes/facteurs qui expliquent les tendances élevées de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans la région de Maradi.

De façon spécifique, elle vise à :

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

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





## 1. APPROCHE METHODOLOGIQUE

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

### 1.1. Choix des sites d'enquête

L'enquête s'est déroulée dans les départements de Madarounfa (Madarounfa, N'yelwa, Gangaré, Safo, Dan Hadjara, Dan Issa, Garin liman, Many Uku), de Mayahi (Mayahi, Kanen Bakashe, Issawane, Maireyrey, Tchaké, Attantané, Guidan Amoumoune, N'Wala et Sarkin Hausa) et de Guidan Roudji (Guidan Roudji, Tsouloulou, Dan Daji Makao et Guidan Gobro).

Le choix des sites s'est effectué de façon graduelle et par choix raisonné. D'abord, les discussions avec les personnes ressources et les autorités sanitaires (DRSP/P/AS) de la région de Maradi ont permis de choisir les trois (3) départements pertinents pour la réalisation d'une telle étude. Ensuite, les échanges avec les responsables sanitaires locaux, notamment au niveau des districts, ont abouti au choix des villages et quartiers qui sont pertinents pour l'étude. D'autres sites ont été identifiés et ajoutés à la liste en fonction des pistes de recherche.

**Tableau 1 : Récapitulatif des sites visités**

DEPARTEMENTS	CHEF-LIEU DE DEPARTEMENT /VILLAGE/QUARTIER
Maradi	Quartier Bourja Quartier Bouzou Dan Zambadi
Madarounfa	Madarounfa N'yelwa Gangaré Safo Dan Hadjara Dan Issa Garin liman Many Uku
Mayahi	Mayahi Kanen Bakashe Issawane Maireyrey Tchaké Attantané Guidan Amoumoune N'Wala Sarkin Hausa
Guidan Roudji	Guidan Roudji Tsouloulou Dan Daji Makao Guidan Gobro

## 1.2. Techniques et outils de collecte

### 1.2.1. Entretiens

L'entretien a été la principale technique de collecte des données. Six (6) guides d'entretien ont été élaborés pour la collecte des données auprès des acteurs stratégiques à différents niveaux. Il s'agit des autorités sanitaires (Directions régionales de la santé publique et de la population et de l'action sociale, Hôpitaux de districts), des professionnels de santé, des relais communautaires, des bénéficiaires, des leaders communautaires et des acteurs alternatifs des soins au niveau communautaire. Plus de deux cents (200) entretiens formels et informels ont été réalisés dans le cadre de l'étude.

### 1.2.2. Groupes de discussions

Le groupe de discussion a servi de technique de collecte des données dans les villes et villages visités. Un (1) guide de groupe de discussion a été élaboré et adressé aux bénéficiaires. Cet outil a été adressé distinctement aux femmes et hommes. L'objectif de cette technique a été de créer une dynamique de discussion de groupe au sein de chaque groupe d'acteurs autour des thématiques clés de l'étude. Plus de vingt groupes de discussion ont été réalisés au cours de la collecte des données. Les participants sont les femmes en âge de procréation rencontrées dans les CSI, dans les CREN et dans les villages. Des groupes d'hommes (à la Fada) et de femmes en ménopause ont également été constitués en groupes distincts pour des causeries de groupe.

### 1.2.3. Observations

Des observations ont été réalisées sur le terrain et ont permis de compléter les données issues des entretiens et des groupes de discussion. Une grille d'observation a été élaborée pour susciter la curiosité des enquêteurs afin de recueillir des données sur des thématiques qui se prêtent à l'observation sur le terrain.

Les observations ont porté sur les pratiques et les comportements des populations, les relations entre mère-enfant, les relations entre acteurs sociaux, les relations de classes, le cadre de vie, les occupations des mères/pères, les séances de sensibilisation, hygiène, etc.

### 1.2.4. Etudes de cas

Les études de cas identifiées lors des débriefings sur le terrain ont été réalisées pour alimenter le rapport de l'étude, illustrer les analyses mais aussi éclairer certaines dynamiques et les enjeux pour la compréhension du contexte, des pratiques et comportements observables dans les localités concernées par l'étude. Ces études de cas ont porté sur les facteurs qui ont un impact sur la santé et la nutrition des groupes vulnérables.

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

### 1.3.1. Phase préliminaire

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

Une formation des assistants de recherche sélectionnés pour la collecte des données sur le terrain, d'une durée de cinq (5) jours, a été dispensée par le consultant avec l'appui du personnel de la PNIN/Niger. Cette formation a été d'abord axée sur le contexte et les objectifs de l'étude. Ensuite, elle a porté sur les résultats attendus et le cadre méthodologique de l'étude. Enfin, les outils de



collectes ont été partagés, amendés et traduits en langues locales (haoussa, peul et tamasheq) avec l'ensemble des participants.

Un pré-test a été réalisé dans le village de Abda Gungu dans la commune de N'dunga, situé à la périphérie de Niamey. Par la suite, une réunion de débriefing a été organisée avec l'ensemble des participants pour évaluer les outils à travers des discussions sur les données recueillies. Les discussions ont permis de corriger les erreurs méthodologiques, d'apprécier les performances des enquêteurs et d'affiner les outils de collecte des données.

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

Cette étude a été coordonnée par un consultant socio-anthropologue de la PNIN. Deux (2) assistants de recherche, agissant en qualité de chefs d'équipe (un homme et une femme), ont dirigé les opérations de collecte sur les différents sites retenus. Chaque chef d'équipe avait sous sa responsabilité trois (3) enquêteurs, dont deux (2) hommes et une (1) femme. La collecte des données s'est déroulée du 28 mai 2022 au 13 juin 2022 (17 jours au total).

Des réunions de débriefing ont été organisées en fin de journées pour partager et discuter de l'ensemble des données collectées par les différents enquêteurs. Ces réunions de synthèse ont permis de faire l'état sur les données collectées, de dégager des pistes de recherche et d'identifier de nouveaux acteurs pertinents pour l'étude. Une mission de supervision de dix (10) jours a été conduite dans certains villages et quartiers retenus.

### 1.3.3. Difficultés rencontrées

La situation sécuritaire dans certaines régions du pays reste encore préoccupante. Les régions de Maradi et d'Agadez ne sont pas épargnées. A Madarounfa, ville frontalière du Nigeria, les enlèvements sporadiques sont encore fréquents notamment dans la commune de Sarkin Yamma, de Gabi, et N'yelwa et Dan Issa. Cette situation a empêché les équipes de collecte de se rendre dans certains villages identifiés comme pertinents pour la collecte des données. Les solutions suivantes ont été apportées pour faire face à la situation :

- Réaliser des entretiens individuels et/ou des focus group avec des mères accompagnantes rencontrées au hasard au niveau du centre de santé ;
- Faire des entretiens téléphoniques avec des acteurs clés de certains villages ;
- Rencontrer les herboristes et tradipraticiens dans les marchés hebdomadaires, à défaut de les rencontrer dans leurs villages.

## 1.4. Traitement et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données se sont faites de façon progressive. D'abord sur le terrain, des débriefings quotidiens (comme expliqué ci-haut) étaient animés par le consultant pendant que les assistants procédaient à la saisie en continu des données partagées dans une trame organisée (qui pouvait évoluer au fil du terrain). Des pistes de recherches ont été rajoutées à la trame au regard de leur pertinence par rapport à l'étude. Cette trame a servi de support aux discussions et aux réunions de synthèse qui ont été tenues avec l'équipe de la PNIN à la fin des activités de collecte des données sur le terrain. Ensuite, l'ensemble de ces données, avec leur début d'analyse élaborées lors des débriefings, a constitué une base de données, articulant les données de terrain, les verbatims et les données issues de la littérature. Elles ont été traitées, triées et classifiées manuellement en fonction des thématiques phares de l'étude pour une analyse plus fine et une triangulation (simple et/ou complexe) des différentes informations disponibles.

## 2. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

### 2.1. Situation socioéconomique

L'étude s'est déroulée dans trois (3) départements de la région de Maradi (Madarounfa, Guidan Roudji et Mayahi). Les Haoussas constitue l'ethnie dominante dans ces zones, suivis des Peuls et des Touaregs. Le brassage ethnique par les liens du mariage est très fort dans la région faisant de la zone une communauté ethnolinguistique. Les populations sont en majorité sédentaires, mais il existe des populations nomades et semi-nomades dans le Nord de Mayahi, frontalière avec le département de Dakoro.

Les femmes, qui constituent plus de la moitié de la population, ont un accès limité à l'éducation, au pouvoir de décision et aux biens à cause des normes sociales, culturelles et religieuses. Les populations présentent un faible niveau d'éducation aussi bien chez les femmes que chez les hommes, un taux élevé de mariages précoces et un taux de fécondité qui est le plus élevé au monde (environ 6 enfants par femme).

Le déplacement de personnes lié à l'insécurité due aux menaces des groupes djihadistes et les mesures prises par le Gouvernement pour y faire face limitent l'accès des populations à l'agriculture et aux services sociaux de base dans de nombreux départements du pays. A Maradi dans les zones frontalières avec le Nigeria (Madarounfa et Guidan Roudji), les risques d'enlèvements de personnes suivis de demandes de rançons, les vols des biens et de bétails par les terroristes, impactent les productions agricoles et pastorales des populations. Une portion importante des terres n'est plus cultivée à cause de la peur d'être enlevé ou à cause des mesures du Gouvernement visant à laisser un terrain dégagé permettant aux Forces de Défense et de Sécurité (FDS) d'apercevoir les éventuelles menaces sur les frontières avec le pays voisin.

Deux sources d'eau sont disponibles dans les villages. Il s'agit des mini adductions d'eau installées dans certains villages (généralement dans les chefs-lieux des communes) et des puits. La majeure partie des populations n'a pas accès à l'eau potable. Elles consomment l'eau des puits cimentés dont la recherche est une corvée pour les femmes et les filles. Ce qui fait de l'eau une denrée rare à utiliser avec modération.

La pauvreté généralisée surtout en milieu rural, la forte fécondité et la surcharge de travail chez les femmes notamment les tâches ménagères, les travaux champêtres, les corvées d'eau sont le quotidien des femmes paysannes.

### 2.2. Les principales activités des populations

Les principales acti. vités économiques sont, par ordre d'importance, l'agriculture, l'élevage, le commerce et le maraichage (cultures d'oignon, de tomates et de carottes). L'agriculture pluviale est principalement vivrière.

Les principales ressources des ménages sont issues de l'agriculture. Il s'agit des produits vivriers qui constituent la base de l'alimentation des ménages. Le mil et le sorgho sont les céréales les plus cultivées par les populations. Ils sont parfois associés aux cultures de rente tels que l'arachide, le niébé, le souchet, le sésame, etc. Il y a aussi les cultures de contre saison, les cultures maraichères : carottes, courge, salade, oignons, chou, pomme de terre, etc.

L'élevage constitue la principale activité des nomades (Touaregs et Peuls). Ils élèvent des gros et petits ruminants. Les femmes pratiquent également l'élevage domestique de petits ruminants (chèvres, brebis ou moutons) et de poules qui constitue l'une des principales sources de revenus des foyers. Ces ressources sont utilisées pour l'achat de médicaments, et pour financer les événements sociaux tels que les mariages et les naissances. Lorsqu'on demande aux femmes si



elles font de l'élevage, certaines répondent en substance « Ko dan ciwo, ai ka yi kiyo » : « Tu devrais faire l'élevage ne serait-ce que pour payer les frais médicaux en cas de besoin ». (TI, 31/05/2022).

Le petit commerce constitue l'une des occupations des femmes au foyer. Elles font des Activités Génératrices de Revenus (AGR) comme la vente de bouillie, de beignets, de galettes, etc. Certaines femmes n'exercent aucune activité commerciale. Elles appuient leurs maris dans leurs activités de cultures maraichères. Sur les marchés on trouve des produits alimentaires tels que les fruits et les légumes qui sont recommandés aux enfants. Certains hommes vivent du commerce du bétail. Ce sont soit des vendeurs, soit des intermédiaires de ventes qui sillonnent des marchés hebdomadaires.

L'exode est pratiqué par les jeunes qui constituent les bras valides des villages. Après la campagne des récoltes, ils partent dans les pays d'accueil où ils exercent des activités pour gagner de l'argent (on les appelle les « yan ci raani<sup>5</sup> »). Les jeunes de Madarounfa et de Guidan Roundji partent majoritairement vers le Nigéria et le Ghana, alors que les principaux pays d'accueil des jeunes de Mayahi sont la Libye et le Nigeria.

### 2.3. Calendrier de disponibilité alimentaire, gestion de stock et stratégies des ménages pour subvenir aux besoins des familles

Afin de mieux comprendre la situation alimentaire des ménages enquêtés, il importe de mesurer la disponibilité des produits vivriers et des aliments recommandés aux enfants de moins de cinq (5) ans dans les messages de sensibilisation. La disponibilité alimentaire dans les ménages tourne autour de 6 à 8 mois. Pour la plupart, le stock est géré par le mari qui donne la ration en fonction des besoins de la famille. La période de soudure dure quatre (4) à cinq (5) mois pendant lesquels les greniers des paysans sont vides ou presque vides, impliquant une austérité dans la gestion des bottes restantes. Chaque année, elle s'avère particulièrement difficile pour beaucoup de familles. Pendant cette période, les populations se débrouillent au jour le jour pour subvenir aux besoins de leurs familles. La contribution de tout le monde est souhaitable. Les hommes en exode envoient de l'argent (à travers les services de transfert d'argent) pour soutenir leurs familles, leurs parents en leur donnant de quoi acheter le mil lors des ventes à prix modérés qui constituent une solution palliative pour les ménages. Le flux des transactions financières augmente considérablement pendant cette période. Les femmes contribuent à la prise en charge des besoins des ménages avec les maigres ressources provenant de leurs petits commerces.

« Je fais des beignets pour vendre. Mon mari lui il est vieux, il ne fait rien, c'est les enfants qui occupent ses champs qui nous trouvent à manger. De mon côté, je pars aux champs en même temps, je vends du beignet. Ma coépouse elle est enseignante de jardin d'enfants. Les enfants nous apportent beaucoup aussi d'autres sont partis chercher de l'argent et nous envoient à chaque besoin. Sinon les récoltes ne donnent plus, ça ne peut pas nous nourrir, heureusement que nos enfants ne nous ont pas tourné le dos. Les récoltes ne nous font même pas la moitié de l'année, c'est à dire 6 mois, le stock est géré par notre mari qui s'en charge de nous donner chaque matin la provision du jour » (F A, femme mariée à un homme polygame et mère de 8 enfants village de N'Wala).

<sup>5</sup> Expression pour désigner les personnes qui, après la saison hivernale et les récoltes, quittent leurs villages pour gagner leur vie ailleurs soit au niveau des chefs-lieux de la région ou dans les autres pays.

D'autres familles s'endettent pour acheter des vivres. Il existe un système d'endettement communément appelé « *a ci ba dadi* » (manger, ce n'est pas bon). Ce système consiste à avancer de l'argent ou des céréales (en considérant leur valeur au moment du prêt) aux paysans pour survivre pendant la période de soudure. L'acquittement de la dette intervient au moment des récoltes, soit en espèce ou en nature. Les créanciers, évaluent la valeur des vivres que le débiteur va donner en fonction du prix de vente au moment de la récolte. Cette situation impacte le calendrier de disponibilité alimentaire du ménage et le maintient dans un cercle vicieux d'endettement et de remboursement.

## 2.4. Offre des services de santé

L'offre de services de santé est assurée par les Districts Sanitaires (DS) avec comme démembrement les Centres de Santé Intégré (CSI) et les Cases de Santé (CS) répartis sur les différentes aires de santé des départements étudiés. Chaque CSI abrite un Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la malnutrition Sévère (CRENAS) et un Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la malnutrition Modérée (CRENAM) pour la prise en charge nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition. Ces enfants sont pris en charge en ambulatoire avec une visite toutes les semaines pour les enfants ayant une Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) et toutes les deux semaines pour les enfants souffrant de Malnutrition Aigüe Modérée (MAM).

L'offre de santé, dans la zone, est assurée par les Districts Sanitaires (DS) de Madarounfa, Guidan Roundji et Mayahi, avec leurs démembrements que sont les Hôpitaux de District (HD), les Centres de Santé Intégré (CSI) et les Cases de Santé (CS). Les HD sont les premiers niveaux de référence des CSI. Ils reçoivent tous les cas référés des CSI qui sont dans leurs aires de santé. A ce niveau, le Médecin Chef de District (MCD) et son adjoint, en plus des tâches administratives liées à la gestion des FS, font de la clinique en l'occurrence la prise en charge des cas nécessitant une intervention chirurgicale. Chaque CSI a sous sa responsabilité directe toutes les cases de santé de son aire de santé. Ces CS sont, pour la plupart, gérées par des agents non qualifiés notamment des Agents de Santé Communautaires (ASC) et rarement par des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) ou des Agents de Santé de Base (ASB). Chacun de ces DS est dirigé par une Équipe Cadre de District (ECD) composée de quatre membres. Il s'agit d'un médecin chef, d'un médecin chef adjoint, d'un communicateur et d'un épidémiologiste. Cette équipe a, à sa charge, la gestion administrative et clinique des institutions sanitaires placées sous sa responsabilité. Les bureaux du DS de Dakoro et de Mirriah sont situés dans les hôpitaux des districts respectifs au niveau des chefs-lieux desdits départements.

L'aire de santé de Madarounfa couvre trente-sept (37) CSI et vingt-six (26) CS. Celle de Guidan Roundji dispose de vingt-sept (27) CSI et quatre-vingt-huit (88) CS. Enfin celle de Mayahi compte quarante-deux (42) CSI et soixante-deux (62) CS.

Les services de santé offerts par l'ensemble de ces formations sanitaires sont présentés ci après. Il s'agit des consultations curatives, de l'assistance aux accouchements, des consultations des nourrissons, des consultations pré-natales, de la planification familiale, des vaccinations et de la prise en charge nutritionnelle.



### 2.4.1. Les consultations curatives

Ces consultations mettent en relation l'agent de santé et le patient dans le but précis de traiter sa maladie. Elles se font le plus souvent au niveau du triage par les infirmiers. Chaque malade est consulté avant de recevoir les soins appropriés. Elles concernent toutes les pathologies non obstétricales. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires. Ces consultations se font de manière continue grâce au système de garde et de permanence.

### 2.4.2. Assistance aux accouchements

Tous les accouchements qui ne nécessitent pas une intervention chirurgicale se font au niveau des CSI que nous avons visités. Toute parturiente admise dans ces institutions doit être normalement prise en charge du début du travail jusqu'à la mise en observation, en passant par l'accouchement. Il s'agit donc d'accouchements assistés. Les sages-femmes sont chargées de suivre de manière méticuleuse l'évolution de la grossesse jusqu'à son terme en remplissant le partogramme. Les accouchements dystociques sont référés au niveau de l'HD qui, à son tour, peut référer au niveau du Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) lorsque le plateau technique n'est pas à niveau.

### 2.4.3. Les consultations prénatales recentrées (CPNR)

Elles se font tous les matins, du lundi au vendredi, de huit heures à treize heures, par les sages-femmes. Les CPNR consistent à faire le suivi régulier des femmes enceintes, pour prévenir ou d'éviter les complications qui pourront avoir un impact sur la santé de la mère et de l'enfant. La Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) est intégrée dans cette activité afin de réserver un suivi particulier aux femmes dépistées séropositives.

### 2.4.4. La planification familiale (PF)

Comme les CPNR, la PF se fait chaque matin de huit heures à treize heures. Elle concerne l'ensemble des méthodes et conseils prodigués à l'endroit des femmes pour l'espacement des naissances, au moyen des contraceptifs modernes. Un agent est chargé d'expliquer les bénéfices de la PF et de présenter les différentes méthodes aux femmes qui sont intéressées. Les femmes ont le choix entre plusieurs méthodes, dont celles qui permettent d'arrêter provisoirement le cycle reproductif féminin pendant une période allant de trois (3) à cinq (5) ans, selon le choix de la femme. Les femmes peuvent choisir de prendre la pilule contraceptive ou de se faire injecter un implanon dans le bras. Dans ce dernier cas, l'implanon reste dans le bras jusqu'à ce que la femme décide de l'enlever afin de contracter une nouvelle grossesse. La femme doit revenir au CSI pour se faire retirer l'implanon.

### 2.4.5. Les vaccinations de routine

En matière de la prévention, les CSI offrent divers types de vaccinations. Elles se font tous les jours ouvrables de huit à treize heures pour des femmes en âge de procréer et les enfants. Pour les femmes, c'est généralement la vaccination contre le tétanos qui est offerte afin de prévenir les risques de contracter cette maladie, dans la mesure où les conditions d'accouchement, surtout en milieu rural, laissent à désirer. Les vaccinations des enfants de 0 à 11 mois ont une visée protectrice pour assurer aux enfants un développement optimal.

### 2.4.6. Consultations des nourrissons (CN) et la prise en charge de la malnutrition infantile

Dans tous les CSI explorés, une structure humanitaire (MSF ou ACF) intervient dans le cadre de la prise en charge des enfants malnutris. Dans certains CSI, il existe un circuit unique pour les consultations des enfants de 0 à 5 ans pour réduire la charge de travail. Ce circuit est géré par les agents de l'ONG et/ou ceux du CSI. Ces agents sont chargés de diagnostiquer tous les enfants qui y sont admis. Si l'enfant est malnutri, alors il rentre automatiquement dans le circuit de la prise en charge nutritionnelle. Et dans le cas contraire, il sera pris en charge par les prestataires délégués par le CSI.

Dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle, les CRENAS et CRENAM assurent le suivi ambulatoire chaque semaine pour les enfants malnutris aigus sévères sans complication et toutes les deux semaines pour les enfants malnutris modérés. Lorsque les enfants MAS présentent des complications, notamment les pathologies associées, ils sont référés aux CRENI (situés au niveau de l'HD) pour une prise en charge hospitalière assurée par du personnel et des matériels médicaux appropriés.

### 2.4.7. Sensibilisations pour le changement de comportements

Des programmes pour le changement de comportements des populations, notamment les femmes, sont mise en œuvre par les acteurs du système de santé avec appui des ONG qui interviennent dans les localités visitées. Les messages sont véhiculés au niveau des formations sanitaires par les sages-femmes mais aussi au niveau communautaire par les relais des villages concernés. Ces programmes concernent, la Planification Familiale (PF), l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), l'accouchement assisté, l'hygiène et l'assainissement, les consultations prénatales et des nourrissons, la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère, etc.





### 3. REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION INFANTILE EN MILIEU HAOUSSA DE MARADI

Ce chapitre traite des représentations médicales et sociales de la malnutrition infantile. Il vise à apprécier les connaissances et perceptions des populations suite à la diffusion des messages de sensibilisation pour le changement des conceptions préjudiciables à la santé, l'alimentation et la nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans. Il s'agit d'apprécier les connaissances, référentiels et logiques qui gouvernent les pratiques et comportements des populations dans les conceptions qu'ils ont de la malnutrition infantile.

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

Selon Jean Pierre Olivier de Sardan, (1995), les actions de développement sont largement influencées par ce que les partenaires extérieures souhaitent faire des sociétés dans lesquelles ils interviennent et par la manière dont ils les trouvent à leur arrivée. En effet, les représentations qu'ils ont de leur terrain d'opération ont un impact sérieux sur la conception et la mise en œuvre de leurs projets et programmes d'intervention (Stratigos, J.-M., 2015). Dans les pays en développement, la malnutrition infantile est perçue comme la conséquence de la faillite des fonctions médico-sociales des parents et de la société (dans une large mesure) auxquelles des solutions doivent être apportées pour assurer un développement optimal des jeunes enfants dans un environnement adéquat. Leur vulnérabilité est exacerbée par les conditions d'existence mais aussi par des pratiques, attitudes et comportements néfastes des différents acteurs sociaux qui sont détenteurs des responsabilités et rôles sociaux dans leur prise en charge sanitaire, alimentaire et nutritionnelle.

Des travaux socio-anthropologiques sur la nutrition infantile analysent l'alimentation de l'enfant sous l'angle de l'approche socioculturelle (Dettwyler, 1992 ; Desclaux, 1996 ; Peltó, 2008 ; Nancy et Koné, 2007 ; Koné 2008). Ces études, réalisées dans différents pays africains, mettent en évidence des pratiques et comportements sociaux comme étant des facteurs explicatifs de l'alimentation des enfants. En effet, les pratiques et représentations sociales et culturelles autour de l'allaitement, du sevrage, du régime alimentaire du jeune enfant, le délaissement des enfants confiés aux personnes âgées lors des corvées (travaux de champs, abatage et pilage du mil), et les mauvaises conditions d'hygiène dans les sociétés (Taverne, 1996 ; Jaffré, 1996 ; Koné, 2008) sont susceptibles de provoquer des maladies conduisant à la malnutrition chez les enfants.

Dans ses travaux, Desclaux, A., 1996, fait cas des comportements des mères qui les rendent, du point de vue du discours biomédical, « responsables » ou « coupables » de la malnutrition de l'enfant. Ainsi se développe alors un discours négatif, accusatoire pour incriminer les mères. « Ce discours déborde largement les aspects techniques de la santé et alimentation maternelle pour envisager différents domaines de l'activité des mères : pratiques alimentaires, hygiène, sexualité, fécondité, statut dans le couple, gestion des ressources, rapport avec les générations antérieures et rapport avec les professionnels du soin » (Desclaux, 1996a :245). Dans un autre article, l'auteure élargit son analyse sur la responsabilité maternelle en incluant, cette fois, la responsabilité des pères dans l'alimentation des jeunes enfants (Desclaux, 1996b). Elle parle de « négligence parentale » constatée dans les sociétés Dioula du Burkina Faso. Elle décrit que la part de responsabilité du père dans l'alimentation, très importante pour la santé de l'enfant, fait défaut pour diverses raisons : « l'accaparement des ressources par un père dépensier, l'émiettement des ressources par un père polygame, l'absence de contribution d'un père absent ou refusant de reconnaître son enfant sont, pour les soignants, des facteurs explicatifs de la malnutrition infantile par insuffisance de l'apport protéino-énergétique, observé au quotidien dans les centres de

*rénutrition* » (Desclaux, A., 1996b :79).

Face à cette situation des programmes d'intervention et des messages de sensibilisation sont développés et promus, sous l'impulsion des organisations supra-nationales (OMS, UNICEF, PAM etc.), afin d'inciter un changement des pratiques, attitudes et comportements qui nuisent à l'alimentation et à la nutrition des enfants. Dans la région de Maradi, les domaines concernés par ces sensibilisations portent inclusivement sur la santé maternelle et infantile et visent, de façon intégrée, l'amélioration de la santé du couple mère-enfant comme l'avère et le revers d'une même médaille.

Les messages de sensibilisation sont véhiculés par les acteurs suivants :

- **Des professionnels de santé** ayant la charge d'assurer la santé dans une perspective de santé communautaire ;
- **Les relais communautaires/Mamans lumières** : qui sont recrutés localement par les ONG pour la mise en œuvre des projets de développement. Ils sont le prolongement du système de santé au niveau communautaire. Leurs activités consistent à faire des mobilisations et des sensibilisations communautaires à travers les assemblées villageoises, les visites à domicile, les causeries de groupes et parfois des entretiens individuels. Les relais profitent également des événements sociaux qui rassemblent les femmes pour passer des messages de sensibilisation ;
- Les matrones, les crieurs publics, les chefs de villages, les imams, la mairie, les acteurs de la radio communautaire sont sporadiquement impliqués pour faciliter la diffusion des messages lorsque cela est nécessaire.

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

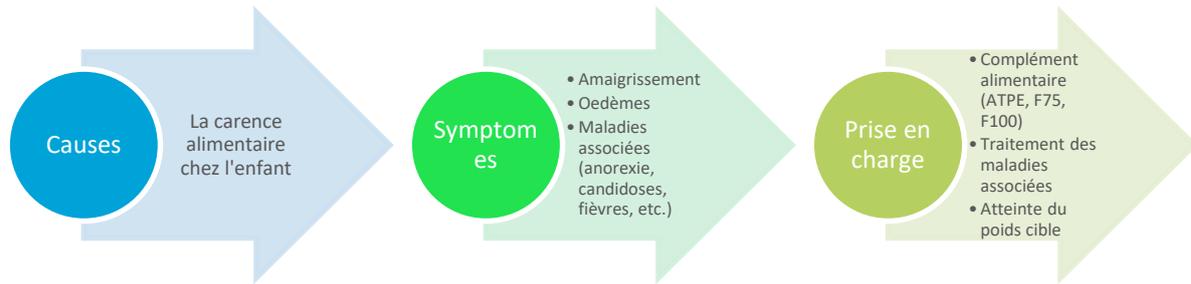
Les messages transmis aux mères concernent l'étiologie médicale de la malnutrition infantile et son diagnostic par les femmes pour le référencement vers les centres de santé. Cela vise essentiellement à agir sur les représentations populaires de la malnutrition infantile et subséquemment à influencer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

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

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



Figure 1 : Représentation médicale de la malnutrition infantile

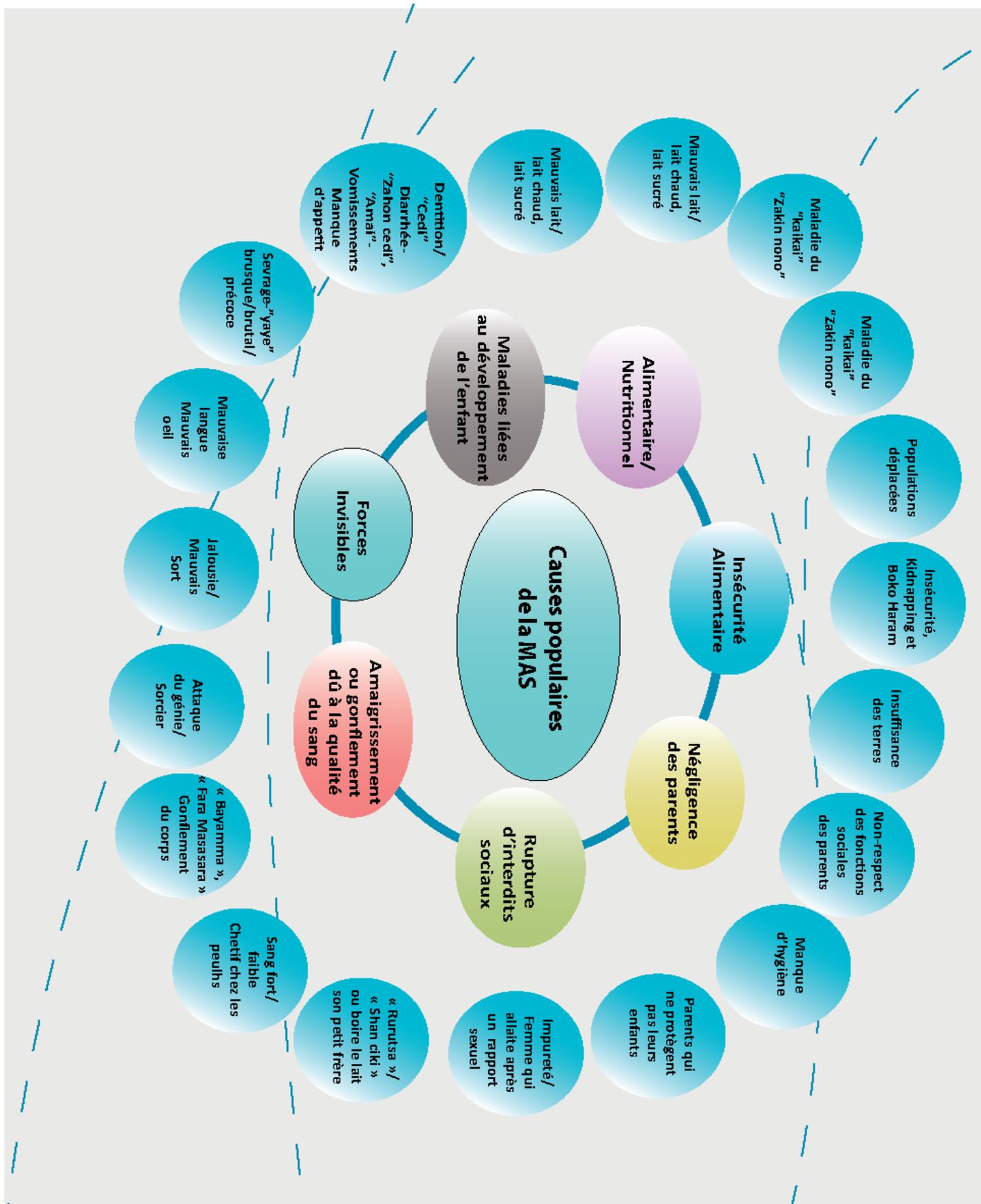


Cette perception médicale de la malnutrition est largement partagée par les populations Haoussas de Maradi. Pour elles, la malnutrition, communément appelée « *tamowa* » ou « *kwamaso* » est aussi associée à la carence en alimentation adéquate pour les enfants. En effet, la quasi-totalité des acteurs communautaires rencontrés dans le cadre de cette étude font le lien entre la qualité de l'alimentation et la malnutrition. Lors des focus groupe comme des entretiens individuels dans les ménages, les femmes (mères/grands-mères) sont en mesure d'expliquer que le manque de micronutriments dans l'alimentation quotidienne d'un enfant conduit à la malnutrition. D'autres aussi parlent d'une carence alimentaire chez une mère allaitante qui est la source d'alimentation de l'enfant. Plusieurs recettes traditionnelles et celles recommandées par les acteurs de la santé sont intériorisées par les populations afin de pouvoir fournir une alimentation adéquate aux enfants (nous y reviendront dans la partie consacrée à l'alimentation de complément pour l'enfant).

### 3.2.2. Représentations sociales de la malnutrition infantile

Dans les discours des populations, la malnutrition est une pathologie aux multiples causes sociales. En effet, son étiologie n'est pas réductible à la faim, à une carence en micronutriments dans l'alimentation chez l'enfant. Du point de vue populaire, elle est un état pathologique qui conduit à l'amaigrissement et au gonflement du corps de l'enfant. Ces deux principaux symptômes ressortent dans les discours au fil des entretiens avec les mères et d'autres acteurs sociaux. La quête de sens de ces symptômes permet d'explorer des causes multiples et variées qui sont, dans la lecture populaire, à l'origine de l'état pathologique de l'enfant. Les explications populaires de la malnutrition renvoient à un continuum des causes qui sont largement partagées et influencent la quête de soins. La cause de la malnutrition d'un enfant peut être associée aux forces invisibles (sorcellerie, génie, mauvais sort, jalousie), à l'alimentation (la faim, « mauvais lait ») à la rupture d'interdits sociaux (interdits alimentaires et comportementaux), aux maladies saisonnières (dont le paludisme et la pneumonie) et aux maladies infantiles (telles que la poussée dentaire qui peut coïncider avec des épisodes de diarrhée), etc. Les causes peuvent également être liées à l'hygiène alimentaire, aux travaux pénibles effectués par les femmes enceintes, au changement de climat, au développement normal de l'enfant. Le schéma ci-dessous présente les différents pôles explicatifs de la malnutrition infantile du point de vue populaire.

Figure 2 : Représentations sociales de la malnutrition infantile





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

Selon la biomédecine, il existe plusieurs formes de malnutrition infantile à savoir la sous-nutrition (malnutrition associée à la maigreur de l'enfant, celle associée aux œdèmes et la petite taille), les carences en micronutriments et le surpoids/obésité. Les mères sont régulièrement sensibilisées aux deux formes de sous-nutrition tant dans les CREN qu'au niveau communautaire. Elles ont progressivement intériorisé les savoirs au fil des années de sensibilisation. Elles sont aujourd'hui, capables de dépister la malnutrition chez leurs enfants. Beaucoup connaissent l'usage du Périmètre Brachial (PB), instrument dont elles sont dotées grâce aux programmes de PB/mères et PB/famille mis en œuvre avec l'appui de l'Unicef et de l'OMS. Elles ont acquis des connaissances pour déterminer l'état nutritionnel de l'enfant à travers la mesure et la lecture du tour du bras de l'enfant en fonction des couleurs (rouge, vert et jaune). Certaines sont encore en possession de leur PB et affirment qu'elles s'en servent pour monitorer régulièrement l'état de santé de leurs enfants.

« On met le PB sur le bras gauche de l'enfant. Lorsque l'enfant est dans le rouge, il est dans la malnutrition sévère ("tamowa mai tsanani"), lorsqu'il est dans le jaune, il est dans la malnutrition modérée ("tamowa yar sati biyu") et lorsqu'il est dans le vert, il est bien portant » (femme allaitante ayant bénéficié de la formation sur l'usage du PB, rencontrée à Madarounfa).

A Mayahi, comme à Madarounfa, il ressort que certaines femmes, en possession du PB, dépistent leurs enfants pour mesurer leur état nutritionnel ou vérifier leur croissance. Lorsque la situation est inquiétante, elles agissent à travers l'alimentation pour une prise en charge adéquate avec des aliments nutritifs disponibles. Certains enfants peuvent ainsi voir leur état nutritionnel s'améliorer sans être admis au programme de prise en charge nutritionnelle. On peut donc observer une appropriation progressive de l'outil PB et une intériorisation des compétences et des messages de sensibilisation dans les pratiques et les comportements des populations.

Concernant les œdèmes, on note une évolution chez les populations. En effet, avant ils n'étaient pas perçus comme un signe de malnutrition infantile. De l'avis des professionnels de santé, les populations ne savent pas que la carence alimentaire ou la malnutrition peut provoquer des œdèmes chez les enfants. C'est ce que le système médical appelle « *cas kwash* » (kwashiorkor) ; c'est-à-dire des enfants présentant des œdèmes, un ventre ballonné et/ou des cheveux roux et cassants. Dès que les mères constatent ces signes, elles considèrent que l'enfant est atteint de « *bayama* » et recourent au traitement traditionnel car cette maladie n'est pas considérée comme une maladie biomédicale. Cette perception oriente par conséquent le recours thérapeutique vers les tradipraticiens ou herboristes. Cela retarde le recours au centre de santé qui n'intervient que lorsque l'état pathologique de l'enfant inquiète la mère ou les proches parents.

Aujourd'hui, les mères sont capables d'identifier la malnutrition chez un enfant qui développe des œdèmes : « quand ton enfant a œdèmes ("kumbrin jiki"), on applique une pression des pouces sur ses membres inférieurs, si la pression des doigts laisse des godets, on comprend que l'enfant est tombé dans tamowa et qu'il faut l'emmener au centre de santé » nous explique A R, mère accompagnante rencontrée à Safo Ubandawaki.

En matière du diagnostic de la MAS, les connaissances des mères évoluent positivement. Tout comme les relais communautaires, celles-ci acquièrent progressivement des compétences pour le dépistage de la malnutrition infantile et l'usage du PB. Certaines sont capables d'expliquer à d'autres femmes de leur entourage l'usage de l'outil et sa lecture. Les femmes sont de plus en plus capables de dépister la malnutrition dans leurs foyers et à renforcer le dépistage communautaire.

### 3.4. Malnutrition infantile et recours thérapeutique

Les professionnels de santé recommandent de recourir aux centres de santé lorsque l'enfant présente un amaigrissement et des œdèmes, des selles liquides et répétitives (plusieurs fois par jour), un état apathique ou tout autre signe susceptible de conduire l'enfant dans la malnutrition aiguë. Selon les responsables des formations sanitaires, les indicateurs concernant la fréquentation des centres de santé par les enfants sont à la hausse. Cela témoigne, selon eux, de l'efficacité des sensibilisations et de l'intériorisation des messages par les populations cibles. La plupart des enfants sont à jour par rapport aux vaccinations de routine.

Les comportements des mères dans la quête des soins sont fonction de leurs perceptions des causes de la malnutrition et des logiques sociales qui orientent leur recours à tel ou tel système de soins. En effet, les conceptions que les populations ont de la maladie et des signes qui l'accompagnent déterminent la nature du recours thérapeutique à effectuer. Quand la maladie est perçue comme liée au génie qui provoque le mal être de l'enfant, les populations ont tendance à recourir à un « *boca* » ou marabout qui donnerait du « *rubutu*<sup>6</sup> » et/ou ferait des incantations pour le soigner. Lorsque la maladie est attribuée au pouvoir de la mauvaise langue (« *kandun baka* ») ou au pouvoir du sorcier (attaque d'un sorcier mangeur de l'âme), les populations recourent à la médecine traditionnelle (par la fréquentation des herboristes, des « chefs sorciers ») maraboutique et/ou mystique afin de traiter le mal.

Lorsque la maladie est perçue comme une « maladie de passage » (Yannick J., Olivier de Sardan J.P., 2003), notamment la diarrhée liée à la dentition ou la maladie de la fontanelle, le recours thérapeutique est plus syncrétique, associant les deux registres de soins : médical et populaire. Les explications fréquentes de l'amaigrissement de l'enfant par une contamination du sein de la mère par un génie peuvent donc conduire, selon les cas, à un syncrétisme thérapeutique comme à des recours en amont du CSI, des traitements traditionnels et maraboutiques. Dans les CREN, pendant que les soignants traitent la malnutrition, considérée comme la conséquence d'une attaque maléfique, les mères accompagnantes ont aussi recours cumulativement à la médecine traditionnelle. Elles utilisent à l'insu des soignants des produits thérapeutiques qu'offrent les marabouts, les herboristes, les « *boka* », etc., avec des herbes et des décoctions données parfois par les grand-mères, qui sont largement sollicitées pour le traitement. Ces recours thérapeutiques sont rationnels pour les populations. Elles y croient et dépensent leur argent dans la quête des soins auprès des acteurs alternatifs au système biomédical.

Ces recours peuvent être différents en fonction de la composition de la famille (la présence d'un personnel soignant est un gage d'accès aux soins médicaux), de la proximité des structures de santé, mais aussi des logiques sociales qui conduisent à associer ces registres de soins pour la quête de l'efficacité thérapeutique.

---

<sup>6</sup> Eau sacrée de couloir noirâtre recueillie suite au lavage d'une ardoise en bois sur laquelle le marabout écrit des versets coraniques avec de l'encre noire.



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

La mise au sein immédiatement après la naissance sans laver l'enfant, la pratique de l'AME jusqu'à l'âge de six mois, les techniques et consignes de tétée (avec support en image), la fréquence de l'allaitement sont des domaines couverts par les sensibilisations axées sur l'allaitement maternel. Les soignants, comme les relais communautaires, insistent sur l'utilité des messages et consignes en matière de l'allaitement jusqu'au sevrage. Les enseignements véhiculés sont compris par les populations. Certains sont intériorisés et intégrés dans les pratiques de ces dernières. D'autres par contre, restent pour la plupart théoriques car incompatibles avec les croyances, attitudes et pratiques des populations concernant l'alimentation et les considérations sociales qui l'accompagnent, surtout en milieu rural.

### 4.1. La mise immédiate au sein du nouveau-né constatée chez certaines femmes

L'un des effets recherchés par les recommandations en matière de l'allaitement est de sensibiliser les populations sur l'utilité du colostrum afin de les inciter à administrer le produit à l'enfant juste après la naissance. Les résultats de cette étude, montrent qu'un nombre non négligeable de femmes affirment avoir mis directement leurs enfants au sein juste après la naissance. Cette recommandation est ainsi de plus en plus appliquée par les populations. On assiste de ce fait à l'abandon progressif des pratiques liées au test de la qualité du lait surtout en milieu urbain. En milieu rural également, les messages de sensibilisation produisent des résultats quoique la progression soit plus lente. En effet, dans les villages visités, le test du lait qui est cité comme le premier obstacle à la mise au sein immédiate, est en train d'être abandonné grâce aux sensibilisations délivrées aux populations sur les vertus du colostrum. A ce sujet, l'expérience de Nana est frappante.

#### Étude de cas : Le test de lait dans la vie procréative de Nana

Aja est une vieille femme d'une soixantaine d'année. Elle pratique le métier de tradipraticien, qu'elle a appris avec une vieille, depuis 30 ans. Elle est réputée et très reconnue pour son savoir-faire par les habitants de la ville d'Iférouane et ceux des villages environnants et même lointains. Aja reçoit des patients (homme, femme), des enfants, des femmes enceintes et des femmes en travail, dans son jardin tout près de son domicile qui sert de lieu de consultation des malades et de traitement. Elle prend en charge des pathologies comme « *Toukse*<sup>7</sup> », (littéralement chaud en tamasheq et *Zahi en haoussa*), « *Tasmat* » (littéralement froid en tamasheq et *Sanhi en haoussa*) et « *Alafass* », (littéralement des « problèmes digestifs »). Pour diagnostiquer ces pathologies, elle pose sa main sur le ventre de ses patients. Le même diagnostic est aussi appliqué aux femmes enceintes et celles qui sont en travail.

Nana est une femme âgée de 45 ans habitante du village de Guidan Gobro (Madarounfa). Pendant sa période de procréation, Nana a eu neuf (9) accouchements. A chaque accouchement, le test de lait est fait pour apprécier la qualité de son lait sauf à l'accouchement de son cadet. A chaque fois que son lait est testé, il se colle automatiquement au métal chaud, ce qui suppose que son lait est atteint du « *kaikai*<sup>8</sup> ». Il est par conséquent mauvais pour le nourrisson. A cause de la mauvaise

<sup>7</sup> Toukse renvoie à zahi (hausa) et à weyno (en Zarma)

<sup>8</sup> Littéralement, ce terme veut dire démangeaison. C'est l'appellation d'une entité nosologique populaire en milieu haoussa qui renvoie à une maladie qui affecte le lait maternel et le rend impropre à la consommation par l'enfant.

qualité du lait, ses huit (8) premiers enfants n'ont pas bénéficié du colostrum. Ils ont tous été alimentés avec le lait de chèvre en attendant que son lait soit traité et purifié aux moyens des décoctions et remèdes traditionnels. Elle affirme que tous ses enfants ont été malades et ont développé des signes de « *tamowa* » à leurs bas âges. Grâce aux sensibilisations que font inlassablement, les soignants (aidés au niveau communautaire par les relais) en faveur de l'administration du colostrum (« *dakashi* »), Nana a été réceptive au message et a décidé de mettre directement son fils cadet au sein sans faire le test de lait. Elle rapporte que le fait qu'il ait consommé le colostrum n'a pas eu d'effet néfaste sur sa santé : « *rien ne lui est arrivé, il était bien portant dans son enfance* ». Depuis lors, Nana a cessé de croire à des considérations sociales liées au « *kaikai* » et milite pour encourager les femmes plus jeunes de son entourage à donner « *dakashi* » à leurs enfants.

Le cas de Nana prouve, de façon empirique, que les populations commencent à être sensibles aux messages véhiculés. Le premier lait (colostrum) communément appelé « *dakashi* » est de plus en plus administré aux enfants sans tester sa qualité. On peut ainsi en déduire que la pratique de la mise au sein immédiate, comme l'ont souligné déjà Keith Nancy et Mariétou Koné (2007), est bien connue des populations (les femmes comme les hommes) des villes comme des villages de Maradi et intégrée progressivement dans les habitudes et pratiques sociales.

Cependant, il reste beaucoup à faire pour un changement plus conséquent des pratiques et considérations sociales associées au premier lait (colostrum) qui existent encore chez les personnes plus conservatrices et les personnes influentes dans les communautés. Le refus de donner le colostrum existe encore chez certaines personnes dans les villages visités de Mayahi, Madarounfa et Guidan Roudji. Par exemple, dans le département de Mayahi, surtout dans les villages, la non-administration du premier lait est une pratique qui persiste encore chez certaines personnes. Dans leurs perceptions et les représentations locales, le premier lait est impur surtout chez les primipares (première gestation).

« Le colostrum n'est pas donné à l'enfant, il faut trois jours après la naissance pour lui donner du lait maternel, car ce lait n'est pas bon pour l'enfant. Quand il consomme ce lait il fera la diarrhée » (B A, âgée de 19 ans et mère de deux enfants, rencontrée au CRENI de Madarounfa).

L'administration du premier lait provoquerait des constipations et diarrhées qui peuvent causer la mort du nourrisson. Le colostrum n'est donc pas donné au nouveau-né et il faut attendre trois jours voire une semaine après la naissance pour lui donner du lait maternel. C'est pourquoi la mise immédiate au sein n'est pas systématique chez certaines femmes conservatrices même pour celles qui accouchent au centre de santé.

Qu'est-ce qui explique la persistance des réticences des populations en matière de la mise au sein immédiate ? Dans les discours de nos enquêtés, le souci de la qualité du lait maternel se pose encore. En effet, le lait maternel en tant que base de l'alimentation de tout nourrisson, est perçu comme conférant à la mère un pouvoir sur la survie de l'enfant. Par exemple, une femme sorcière peut transmettre ses pouvoirs de sorcier à son enfant via le lait. De même, une femme dont le lait est impropre/impur, peut provoquer la maladie de son enfant à travers le lait. Ce lait est supposé avoir des qualités néfastes qui souillent le corps de l'enfant et provoquent sa mort. Ainsi, pour la survie et le bien-être de l'enfant, les femmes évitent de donner le lait maternel et privilégie le lait de chèvre au grand dam des recommandations des agents de santé. Dans ce cas, les enfants sont alimentés avec le lait de chèvre pendant toute la durée de purification du lait maternel qui dure quelques jours à une semaine. Deux types de mauvais lait sont ressortis dans les discours de nos enquêtés :

- **Lait atteint du « *Kaikai* »** : Dans les représentations populaires, le colostrum peut coïncider avec la maladie du « *Kaika* » qui veut dire démangeaison dans sa traduction littérale. Il s'agit d'une maladie qui attaque le sein des femmes. On dit que le lait est atteint du « *Kaikai* ».



L'explication la plus récurrente de ce type de « mauvais lait » est l'exposition de la poitrine à l'air libre par les femmes. Le sein ainsi exposé peut-être touché par les Iska/génies qui « gâtent le sein » ou qui « gâtent le lait ». Ceci se manifeste par des selles vertes et malodorantes de l'enfant qui débouchent sur la diarrhée et l'amaigrissement. Contrairement aux prescriptions biomédicales et aux messages de sensibilisation véhiculés dans les institutions sanitaires et les médias, avant de mettre l'enfant au sein, ce lait (qui contient de colostrum) est donc testé afin d'évaluer sa qualité et la possibilité de l'administrer à l'enfant. Deux méthodes sont ressorties dans les entretiens. La première consiste à faire chauffer un métal (généralement un couteau) au feu et d'y verser quelques gouttes du lait. Si le lait se colle au métal, alors le lait est mauvais. Par contre, si le lait passe instantanément, sans se coller, il est considéré comme un bon lait. Il peut donc être administré à l'enfant. La deuxième méthode consiste, quant à elle, à verser une petite quantité du lait prélevé à côté d'une fourmilière. Si les fourmis le boivent, alors il est considéré comme un bon lait. Dans le cas contraire le lait est mauvais. Par conséquent il doit être traité avant sa consommation par l'enfant. Il existe probablement d'autres méthodes de diagnostic de la qualité du lait. Mais dans tous les cas lorsque le lait est considéré comme mauvais, il est remplacé par du lait de chèvre en attendant qu'il soit traité à base d'herbes aux vertus médicinales.

- **Le lait « sucré »** : Ce lait provoque des maux de ventre chez l'enfant et conduit à des diarrhées qui génèrent son amaigrissement /rétrécissement de l'enfant. Les causes de cette forme de « mauvais lait » sont essentiellement alimentaires et sont associées à la consommation abusive par les femmes enceintes et/ou allaitantes des produits ou aliments sucrés. Par le lait, la mère transmet des qualités nuisibles qui peuvent conduire l'enfant dans la malnutrition.
- « Il est déconseillé aux femmes enceintes et qui ont des enfants qui tètent de trop consommer des aliments trop sucrés. Si l'enfant le boit à travers le lait maternel, il risque de faire des diarrhées et des vomissements et de maigrir » (matrone, au CSI de Gabi).

A Madarounfa, il ressort qu'un autre type de recette multifonctionnelle est préparée pour préparer le corps de la femme à alimenter l'enfant. Il s'agit de la préparation de la bouillie de l'accouchée. Elle est faite à base des plantes aux multiples vertus (sabara, damaigui, kanbolin shaho, gwadda) dont les feuilles cueillies sont rincées à l'eau froide, puis séchées à l'ombre afin de conserver leurs substances actives. Ces plantes ne doivent pas être exposées au soleil ou à une température élevée. C'est un mélange multi-nutritionnel qui permet la fortification du corps de la femme après l'accouchement et qui facilite aussi la lactation et protège le nourrisson contre diverses formes de maladies et des éléments négatifs transmissibles via le lait maternel.

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

La pratique de l'AME communément appelée « *ban nono tsantsa* » en haoussa est connue de tous. Les femmes soulignent que les agents de santé recommandent de donner uniquement le lait maternel à l'enfant jusqu'à l'âge de six (6) mois. Les populations reconnaissent l'apport inestimable du lait maternel dans la nutrition de l'enfant. Cependant, l'allaitement maternel est exceptionnellement exclusif. L'AME est remise en cause par des pratiques et rites sociaux de construction et de protection de l'enfant. En effet, pour la plupart, l'allaitement maternel est mixte : l'eau et d'autres boissons doivent être données aux enfants de la naissance jusqu'à un certain âge.

Dès la naissance et en guise du premier repas de l'enfant, des dattes sont mâchées par le père ou un proche parent et le jus qui en est issu est donné à l'enfant. De même l'eau sacrée de *Zamzam* est donnée à l'enfant. Elle est supposée avoir des attributs susceptibles de rendre l'enfant plus intelligent. D'autres femmes affirment avoir donné du miel ou « *rutbutu* » au nouveau-né. Ces pratiques constituent des rites à faire tout comme « l'appel à la prière » qui se fait dans l'oreille droite et *Ikhama* dans l'oreille gauche de l'enfant aux premières heures de sa naissance et le premier bain avec de l'eau chaude pour enlever toutes les saletés. Ces aliments sont perçus comme étant purs et leur administration à l'enfant participe à la construction de son identité. Le fait de donner du citron, du sucre ou du miel au nouveau-né dès la naissance est une pratique perpétuée dans les localités de Madarounfa et de Mayahi, dans le but de préparer l'enfant par le goût à affronter les difficultés et à jouir de la vie. Le goût du sucre (aliments à base du sucre, des dattes ou miel) est sensé transmettre à l'enfant l'information qu'il arrive dans un monde de bonheur dans lequel il doit profiter de la vie. Par contre par le goût aigre du citron, il est sensibilisé sur le caractère dangereux de la vie et sur la nécessité de se battre pour survivre.

Malgré les sensibilisations menées par les acteurs en charge de la santé, les populations, en dehors de quelques exceptions, ne pratiquent pas l'AME recommandée par l'OMS. La période de l'AME coïncide avec le début de la préparation de l'enfant à affronter la vie. Ainsi, le ventre des nourrissons se remplit non seulement du lait maternel mais aussi de l'eau, des décoctions, de « *rubutu*<sup>9</sup> » et d'autres aliments utilisés en fonction des convenances et des logiques sociales des familles.

### 4.2.1. Administration précoce de l'eau à l'enfant

Pour les populations, donner de l'eau à l'enfant est une pratique normale, allant de soi au cours du développement de l'enfant. En milieu rural comme en milieu urbain, les femmes donnent de l'eau aux enfants concomitamment à l'allaitement maternel, nonobstant les prescriptions médicales véhiculées par les soignants et les relais communautaires. En milieu urbain, certaines mères soucieuses de l'hygiène et de la qualité de l'eau gardent toujours avec elles de l'eau minérale qu'elles donnent à leurs enfants lorsqu'elles jugent qu'ils ont soif. Au village, les enfants consomment l'eau d'usage quotidien dans des conditions d'hygiène très problématiques. Selon la majeure partie des mères, pères et grands-parents rencontrés dans les localités visitées, le lait maternel ne dispense pas de donner de l'eau à l'enfant. Ils partent du principe que, puisque toute

---

<sup>9</sup> Il s'agit de versets du Coran écrits en arabe avec de l'encre noire par les marabouts sur de petites tablettes en bois (*allo*), qui sont lavées à l'eau afin de récupérer l'eau encrée sacrée qui est donnée à boire aux enfants conformément aux conseils et prescriptions du marabout consulté.



vie à besoin d'eau pour survivre, ne pas donner de l'eau à l'enfant constitue alors une atteinte à sa vie. Le refus de « ne pas donner de l'eau jusqu'à l'âge de six mois » qui est l'une des recommandations phare de l'AME s'explique par la peur des parents de voir leur enfant mourir de soif.

« Comment un enfant peut rester sans boire de l'eau jusqu'à six (6) mois. Cela n'est pas concevable. Même un adulte a besoin de boire de l'eau à plus forte raison un bébé. Ici, il fait chaud, c'est insupportable pour l'enfant » (A H, marié, polygame, Maradi).

Les expériences de certains enquêtés suffisamment sensibilisés sur la pratique de l'AME renseignent qu'il est difficile de suivre cette recommandation dans un environnement où l'influence des aînés, des parents et des grands-parents est très prégnante. Le cas de S G, diplômé de l'Université de Niamey, résidant dans le quartier Zaria est assez parlant :

« Lorsque mon premier enfant est né, j'ai demandé à ma femme de faire l'allaitement maternel exclusif. Mais quand ma mère est venue voir son petit-fils à mon absence, elle remarque que l'enfant a besoin de l'eau et a demandé de lui en donner. L'accouchée a dit que son père a dit de ne pas lui donner de l'eau jusqu'à six mois. Sans accorder de l'importance à ses propos, la grand-mère donne elle-même de l'eau potable à l'enfant et rétorque-en ces termes : quand ton mari revient dis-lui que c'est moi qui ai dit de lui donner de l'eau et s'il a quelque chose à dire il n'a qu'à venir me voir » (Notes de discussions informelles avec M G à la Fada).

Le refus de suivre les injonctions sociales est interprété par les aînés comme un signe du rejet des pratiques traditionnelles par les cadets. Ces derniers sont accusés d'abandonner les traditions et les bonnes pratiques au travers desquelles ils ont été façonnés. Cela se traduit assez souvent par un conflit de génération plus ou moins latent et des jugements normatifs des aînés. En effet, lorsqu'une femme n'est pas déterminée à administrer régulièrement des décoctions à son enfant, elle est accusée d'être une mauvaise mère « *lalar uwa* » parce qu'elle est en train de faillir à une de ses responsabilités que la société lui assigne.

#### 4.2.2. Administration des décoctions et protection du corps de l'enfant

La période de l'AME coïncide avec le début de certaines pratiques alimentaires à visée protectrice. Dans les conceptions populaires des zones visitées dans la région de Maradi, l'enfant est perçu comme un être fragile qu'il faut protéger contre les agressions extérieures et les maladies. A l'instar des soins de beauté et du processus de socialisation (Charrier, P. et Clavandier, G., 2013), les enfants font l'objet de divers soins domestiques dans l'entourage immédiat. Certains soins sont préventifs et consistent à préparer leurs corps par le renforcement de leur « énergie vitale » (Bonnet, D., 1988). Il s'agit pour les populations de les rendre aptes à faire face aux multiples menaces extérieures susceptibles de porter préjudice à leur santé physique et mentale. Selon les enquêtés, le cadre de vie est émaillé d'attaques de génies, de sorciers « mangeurs d'âme », de mauvaises langues, du mauvais œil etc. contre lesquels les enfants, étant des proies faciles, doivent être protégés. C'est dans ce souci que, dès les premiers mois de naissance, les populations leur donnent à boire des solutions préparées avec des plantes et des herbes aux vertus protectrices afin de les rendre invincibles contre les éventuelles forces du mal.

La logique de protéger les enfants par voie alimentaire rend difficile la pratique de l'AME telle que recommandée par les professionnels de santé. De même, les femmes (mères et grands-mères) leur donnent aussi des décoctions deux ou trois fois par jour avec une cuillère à café.

L'administration de « *dawri* » ou le « *bawri*<sup>10</sup> » durant tout le processus de l'évolution de l'enfant est une pratique répandue dans la zone. Selon les perceptions et les représentations locales, ces infusions renforcent la santé de l'enfant et l'immunise contre les petites maladies. Cette pratique consiste à soit fortifier l'enfant pour lui donner une apparence forte, soit à le protéger contre les forces extérieures.

Plusieurs remèdes et infusions sont également donnés aux enfants. Leur consommation régulière est supposée protéger l'âme contre toutes attaques de sorciers :

- « **Badda kurwa** » : c'est une herbe « qui cache l'âme » de l'enfant aux sorciers. La consommation habituelle de cette herbe rend invisible l'âme de l'enfant. Elle se consomme avec le lait dans l'obscurité.
- « **Danyin rakumi** » : herbe à piler et à consommer soit dans la bouillie, soit dans la sauce. La poudre de cette herbe est généralement mise dans la sauce pour la consommation de tous les membres de la famille, dont les enfants. Pour les nourrissons, on leur fait avaler régulièrement une petite quantité de la sauce afin de les protéger contre les forces extérieures.
- « **Jema** » : herbe protectrice contre les sorciers. Elle est habituellement plongée dans le canari d'eau pour la consommation de toute la famille. On la laisse macérer jusqu'à ce que les substances actives disparaissent avant de l'enlever et d'y plonger une autre. Le goût de la plante est détesté par les sorciers. Un sorcier ne peut pas boire l'eau issue du canari dans lequel l'herbe de « *jema* » est trempée.
- « **Hwara a douddouba** » : une espèce de criquet qui se distingue des autres types par sa corpulence. Cet insecte est supposé manger des plantes et arbres aux vertus efficaces pour chasser les sorciers et les génies. Sa consommation est vivement recommandée en raison de ses apports à la fois alimentaires/nutritionnels et la protection qu'elle confère contre les forces invisibles.

### 4.2.3. Initiation précoce à d'autres types d'aliments

En plus de la consommation des recettes protectrices les enfants commencent à être initiés aux aliments, pendant leurs six (6) premiers mois de vie. Selon les explications recueillies, cette initiation alimentaire, jugée précoce par le système médical, s'explique par deux raisons. D'abord, lorsque la mère a des problèmes de lactation (insuffisance de lait) ou lorsque son lait est de mauvaise qualité, l'enfant est automatiquement mis sous un autre régime alimentaire que celui du lait maternel exclusif. Cela intervient pour soit compléter le lait maternel lorsqu'il n'est pas suffisant soit pour le substituer avec un autre type de lait ou aliment : lait de chèvre, lait vendu dans les pharmacies (pour les citadins) ou de la bouillie lisse. Pendant ce temps, la femme consomme des herbes tel que « *shuwaka* » mélangé avec de la bouillie pour générer la lactation. Ensuite, l'initiation d'un enfant à d'autres types d'aliment s'inscrit dans la logique de la préparation au sevrage. Pour les mères, commencer à faire goûter à l'enfant en bas âge de la bouillie ou de la sauce s'inscrit dans le processus du sevrage. Ainsi, progressivement l'enfant s'habitue au « goût » du plat familial.

Malgré les messages et consignes donnés par les professionnels de santé et les relais communautaires, les connaissances des populations restent théoriques et largement influencées par les considérations sociales associées au lait et à l'enfant mais aussi par les pratiques et

---

<sup>10</sup> Ce sont les deux appellations génériques des décoctions qui sont données aux enfants.



attitudes des sociétés en matière de la fabrication de l'enfant. Dans les représentations sociales, la qualité supposée du lait influence encore la pratique de l'AME. Beaucoup d'enfants ne sont pas nourris exclusivement au lait maternel jusqu'à six (6) mois. Ils sont initiés précocement aux aliments liquides, semi-liquides et parfois solides (le plat familial écrasé aux doigts). Souvent, ces aliments sont préparés dans de mauvaises conditions d'hygiène, certains aliments pouvant être « pourris » ou « fermentés », notamment la boule faite à base du mil consommée souvent sans lait et sans sucre.

### 4.3. Les connaissances et comportements des femmes sur les techniques et la fréquence de tétées

Pour assurer une bonne croissance de leurs enfants, les mères sont sensibilisées sur les bonnes techniques des tétées. Selon les relais communautaires, les mères ont intériorisé les messages à travers les sensibilisations et les démonstrations qui sont régulièrement faites au niveau des centres de santé et au niveau communautaire. La bonne prise du sein sans étouffer l'enfant et les signes de bonne succion jusqu'à la satisfaction de l'enfant sont intégrées progressivement dans les habitudes des mères. Cela se constate par les observations lors des entretiens individuels avec les femmes, les visites dans les ménages, comme lors des focus group avec les femmes. Les observations et les témoignages des femmes rendent compte de l'amélioration de la posture de tétée constatée chez les mères. Elles prennent soin de bien tenir leurs seins, de bien positionner l'enfant afin de lui faciliter la succion. De même, ces enseignements intègrent aussi les attitudes et rôles sociaux des aînés tant qu'il est assez fréquent de voir une femme expérimentée interpellé et enseigner la bonne posture de succion à une jeune mère lorsque celle-ci ne maîtrise pas les techniques de tétée et étouffe inconsciemment son enfant. Ces formes de sensibilisation par les pairs se constatent aussi bien en communauté qu'au niveau des centres de santé (CRENI, CRENAS).

Cependant, il ressort de cette étude des comportements et attitudes des mères allaitantes qui empêchent la qualité des tétées. Ces comportements sont présentés ci-après.

#### 4.3.1. Comportement et pratiques autour de la fréquence de tétées

La fréquence de l'allaitement est un critère phare de la qualité de l'allaitement de l'enfant. Dans les communautés Haoussas de Maradi, la fréquence de l'allaitement est altérée par des comportements et des considérations sociales qui nuisent au développement de l'enfant. D'abord, il ressort des focus groupe et des entretiens avec les femmes que des comportements constatés chez certaines mères impactent la fréquence et la qualité de l'allaitement. En effet, elles soulignent que cette catégorie de mères jugées « négligentes » n'allaitent pas leurs enfants tant que le lait ne commence à couler de lui-même à travers les mamelons. Pour d'autres la fréquence de tétées est régulée par les pleurs ou le réveil de l'enfant quand celui-ci dort.

« Quand un bébé pleure ou qu'il se réveille de son sommeil, le plus souvent il a faim, il faut donc lui donner le lait maternel » (Notes de focus groupe avec les femmes/village Saho).

**Refus d'allaiter l'enfant lorsque le lait est chaud :** il est socialement proscrit de mettre l'enfant au sein après que la mère ait pratiqué des activités qui ont fait monter sa température corporelle par l'exposition au soleil lors des corvées (travaux champêtres) ou après de longues marches pour se rendre au centre santé (par exemple). La consommation de ce type de lait provoque l'amaigrissement de l'enfant et le risque de tomber dans « *tamowa* » (la malnutrition aigüe). Socialement, avant de mettre l'enfant au sein, une mère dont la température dépasse la normale, est censée prendre le temps de se reposer, de refroidir ses seins en les passant sous l'eau ou en reportant la tétée le temps de se reposer et que sa température corporelle baisse.

**Refus d'allaiter en public :** ce comportement a un impact sur la fréquence des tétées. Pour des

raisons de protection des enfants contre le mauvais œil, certaines femmes refusent de les allaiter en public car les lieux des cérémonies de mariages et de baptême sont considérés comme des espaces potentiellement à risque. Ainsi, afin d'éviter de l'exposer au mauvais œil, un enfant peut rester affamé jusqu'au retour à la maison lorsque la mère ne trouve pas d'endroit convenable pour l'allaiter. De même, chez les Haoussas, la honte est évoquée comme cause du refus de l'allaitement de l'enfant en public chez les primipares. Devenues mères pour la première fois, celles-ci manifestent des réticences à sortir leurs seins et à allaiter leurs enfants en public. Elles le font assez souvent sous l'injonction des aînées qui constateraient que l'enfant a passé un long moment sans être allaité. A cause de l'inexpérience des jeunes femmes surtout les primipares, une femme âgée accompagne l'accouchée pour les suites de couche qui durent 40 jours après l'accouchement, communément appelé « *biki* ». Communément appelée « *ungozoma*<sup>11</sup> », cette femme a pour rôle de veiller à l'observance des soins et des rites relatifs aux suites de couche pour « *mai biki* » (l'accouchée) mais aussi des soins, remèdes et alimentation dont le nouveau-né a besoin. Elle administre le « *dauri* » et autres remèdes traditionnels en plus des soins de puériculture qu'elle est sensée offrir à l'enfant.

**Changement rapide de sein lors des tétées :** une bonne tétée consiste à laisser l'enfant vider le sein jusqu'à ce qu'il soit souple car les substances plus nutritives du lait maternel viennent à la fin de la tétée. Or les mères changent rapidement de sein. Ce changement prive l'enfant du « lait de fin de tétée » qui contient plus de graisse et qui est plus susceptible d'assouvir sa faim. Le petit ventre de l'enfant est le plus souvent rempli du « lait du début de tétée » qui contient majoritairement de l'eau qui permet uniquement d'étancher la soif du nourrisson. Cette attitude du changement rapide constaté chez les femmes impacte considérablement la qualité des tétées qu'un enfant devrait avoir pour assurer une bonne croissance.

**Perceptions et rapport avec le premier enfant :** chez les Peuls et dans une certaine mesure chez les Haoussas, le rapport entre la femme et son premier enfant est particulièrement distant. Chez les Peuls, il est socialement mal vu, qu'une femme manifeste ouvertement son amour et son attachement à son premier enfant, ce serait un manque de pudeur, une entorse à la tradition. Dès la naissance, une femme âgée est chargée de s'occuper de l'enfant pour ses soins domestiques mais aussi pour son alimentation. Le couple mère-enfant est donc élargi pour donner place à une tierce personne faisant office de gardienne de l'enfant. On assiste alors à un triplet « Mère-Gardienne-Enfant » comme on le voit dans les centres de récupération nutritionnelle. L'enfant est généralement donné à la mère que pour l'allaiter. Ces considérations constituent des freins dans la création du lien affectif entre la maman et son bébé, mais aussi, elles impactent l'alimentation de celui-ci. La mère manifeste la honte d'allaiter convenablement son enfant conformément aux recommandations des professionnels de santé.

**Garde des enfants assurée par des personnes âgées lors des travaux hors domicile :** dans les villages, les femmes constituent une main d'œuvre importante lors des travaux champêtres comme le décorticage des céréales. Lorsqu'elles partent au champ, la majeure partie des femmes allaitantes, confient leurs enfants aux femmes âgées tout en leur laissant de la bouillie pour les nourrir. Pendant une demi-journée de travail des mères dans les champs, les enfants sont privés de tétées jusqu'au retour de celles-ci. Il devient alors difficile aux enfants de bénéficier des huit (8) tétées journalières recommandées lors des messages de sensibilisation adressés aux mères. Ces multiples occupations des femmes et leurs conditions d'existence expliquent les irrégularités constatées dans l'allaitement.

---

<sup>11</sup> Femme expérimentée sur les soins post partum et des soins au nouveau-né



## 5. ALIMENTATION DE COMPLEMENT

Ce chapitre traite de l'évolution des connaissances des populations en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de 0 à 5 ans. Il s'agit d'apprécier les connaissances théoriques acquises à travers les multiples programmes de développement visant à sensibiliser les populations pour le changement de comportements et les pratiques des mères dans les représentations et conceptions de la prise en charge de la malnutrition infantile.

### 5.1. Connaissances des mères sur l'alimentation de complément

En mettant en œuvre le protocole Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant (ANJE), les professionnels de santé recommandent d'initier l'enfant à d'autres aliments à partir de six (6) mois pour assurer son développement optimal. Cette introduction d'aliments doit se faire de façon graduelle et permettre de compléter les besoins alimentaires de l'enfant.

La quasi-totalité des femmes interviewées dans le cadre de cette étude affirme avoir été sensibilisées sur l'alimentation de complément au niveau des centres de santé comme au niveau communautaire par les relais communautaires et les mamans lumières<sup>12</sup>. Les connaissances des femmes en matière d'alimentation et de nutrition des enfants se sont améliorées grâce aux multiples séances de démonstrations culinaires dont elles ont bénéficié. En effet, les mères savent qu'à partir de six (6) mois après la naissance, le lait maternel doit être accompagné d'autres aliments afin de compléter l'alimentation des enfants. Dans le discours des enquêtés, il ressort des notions tels que la fréquence, la variété, l'épaisseur et la quantité des aliments en fonction de l'âge de l'enfant et de l'hygiène alimentaire.

Les mères connaissent également diverses recettes culinaires qu'elles ont apprises avec les professionnels de santé et les relais communautaires. Il ressort des discours des femmes trois types de recettes comme décrites dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Récapitulatif des principales recettes apprises par les mères**

RECETTE	INGREDIENTS UTILISES PAR LES FEMMES	MODE DE PREPARATION
<b>Purée de légumes</b>	Eau + courge + oignon + huile + tomates fraîches + viande (à défaut haricot) + sel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre dans une marmite</li> <li>2. Cuire à point</li> </ol>
<b>Purée de haricot (Lulaye)</b>	Haricot + huile + sel + oignon + tomates fraîches (au besoin) + eau	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enlever le son du haricot</li> <li>2. Bien laver les graines</li> <li>3. Cuire à point</li> </ol>
<b>Bouillie enrichie</b>	Farine de mil + farine de tourteau + lait/jaune d'œuf/viande	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mélanger les ingrédients</li> <li>2. Mettre dans une marmite</li> <li>3. Cuire en remuant avec une louche jusqu'à obtenir une bouillie épaisse</li> </ol>

Ces recettes sont appréciées par les mères. Non seulement les enfants en sont friands, mais aussi,

<sup>12</sup> Ce sont des femmes généralement âgées qui font office de femmes modèles dans les communautés. Avec l'appui des ONG qui interviennent, elles organisent de petites assemblées des femmes et exercent des activités de sensibilisations et/ou de recettes culinaires pour améliorer le bien-être des enfants et des femmes enceintes et allaitantes. Elles ciblent les femmes qui ont besoin d'accompagnement et les rassemblent pour les sensibiliser pendant quelques jours.

elles sont du point de vue des mères, adaptées aux contextes locaux : les ingrédients de base sont disponibles localement. Les femmes s'arrangent sous le leadership des mamans lumières ou des relais communautaires pour organiser des séances de recettes culinaires en communauté. Elles se procurent, elles-mêmes, les céréales et les autres ingrédients nécessaires pour préparer la recette choisie.

En fonction de la période de l'année, les tubercules (manioc, pomme de terre, igname, patate douce) et les légumes et fruits (carotte, mangue, tomate fraîche, choux etc.) qui sont à la portée des ménages, leur sont également donnés aux enfants. De même, le moringa cultivé dans les périmètres irrigués de Madarounfa comme dans les champs à Mayahi et Guidan Roudji, fait partie intégrante de l'alimentation des ménages. Il se prépare avec du tourteau ou de la pâte d'arachide, des tomates fraîches, des oignons et du sel. Il est aussi utilisé comme assaisonnement pour la préparation de la farine de manioc. Les enfants mangent également des aliments vendus par les femmes tels que les galettes, les beignets faits à base de niébé ou de farine de blé. Le souchet salé ou sucré, les arachides cuites, les bonbons et les biscuits vendus par les petits tabliers sont des en-cas occasionnellement offerts aux enfants. Les fruits localement produits tels que la pastèque, la mangue, la goyave, la pomme du sahel, la banane sont également occasionnellement donnés aux enfants à partir de six (6) à sept (7) mois.

« A l'âge de 6 à 7 mois on lui donne la bouillie et le plat familial jusqu'à 9 mois, car lorsqu'il mange le repas familial ou les fruits et les légumes il défèque beaucoup » (A A, femme âgée de 25 ans, Saho Nassaraoua).

## 5.2. Alimentation quotidienne des ménages

Dans les villages de la région de Maradi, l'alimentation quotidienne des enfants s'inscrit d'abord dans celle des ménages dans lesquels ils vivent. Dans les villages visités, les populations ont un régime alimentaire monotone et essentiellement constitué à base de céréales (mil, sorgho et maïs) préparés sous diverses formes : « *tuwo* », « *kunu* », « *hura* » et « *koko* ». Le riz et les pâtes alimentaires importés de l'extérieur ne sont pas accessibles à la majeure partie de la population en milieu rural à cause de leur cherté et de la taille de la famille. Le niébé, l'arachide et le souchet cultivés par les chefs de famille sont destinés à la commercialisation. Seule une petite quantité est réservée, dans les meilleurs des cas, à la consommation familiale. Précocement, les enfants sont initiés au plat familial (« *tuwo* ») fait à base du mil, du sorgho ou du maïs. A cause de sa teneur, les mères l'écrasent dans la sauce avec les doigts pour le réduire en purée facilement ingérable et digeste pour les enfants. La sauce qui l'accompagne est, dans les meilleurs des cas, enrichie avec de la viande ou du poisson. La quantité de l'huile utilisée est moindre surtout en milieu rural. Les ingrédients habituellement utilisés dans cette sauce sont pour la plupart constitués d'eau, d'une poignée de niébé, du sel/bouillon, des feuilles du baobab (« *kuka* »), du gombo, du « *soumbala* » et de la tomate séchée.

Un autre type d'aliment que consomment régulièrement les enfants est le « *hura* » fait à base de mil et/ou de sorgho. Il se boit, dans les meilleurs des cas, avec du lait de chèvre et du sucre pour relever le goût pour les enfants. Il fait également partie de l'alimentation quotidienne des femmes surtout en milieu rural. Les enfants se remplissent le ventre avec cette boisson (parfois légèrement fermentée) dont l'apport en termes de calorie est probablement faible. La consommation répétitive des mêmes aliments (*hura*, *kunu* et *tuwo*) très souvent préparés et conservés dans des conditions de température et d'hygiène douteuses pourrait impacter leur santé et leur état nutritionnel. Le ballonnement du ventre, le retard de croissance des enfants comme constaté dans les villages et dans les CREN est révélateur entre autres de la monotonie de leur alimentation de base dont l'apport nutritif est faible pour les enfants en bas âges. Les populations sont conscientes de cela. Il est de tradition de préparer des mets énergisants en guise de compléments alimentaires.



### 5.3. Aliments fortifiants et construction sociale du corps du jeune enfant

Dans les conceptions populaires, l'enfant est une catégorie sociale très fragile qu'il faut nécessairement protéger et rendre invincible face aux forces extérieures susceptibles de le faire tomber dans la malnutrition. En plus de l'usage des objets aux vertus protectrices (les amulettes, *karhu*, etc.), l'alimentation est aussi un pilier important pour la construction du corps de l'enfant. Des préparations fortifiantes sont faites à l'endroit des jeunes enfants, à base d'herbes, de plantes et de céréales afin de leur fournir des « aliments forts » (Rougeon, M., 2018) essentiellement nutritifs et énergisants. Ces aliments sont supposés renforcer les corps des enfants et assurer leur bonne croissance.

« *Tumu* » est une préparation fortifiante d'usage fréquent dans les villages en début des récoltes. C'est une farine fortifiée à base du mil, céréale la plus cultivée dans les localités. Quelques assaisonnements, tels que le sucre, le sel, l'arachide et des épices, sont utilisés dans cette préparation en fonction du goût que l'on souhaite donner. Les enfants et même les mères en sont friands. Il est assez fréquent de voir les enfants consommer la poudre (surtout en début des récoltes) dans un sachet plastique troué pour laisser passer la substance. En raison de ses vertus, cette farine fortifiée est aussi fortement recommandée aux femmes allaitantes pour générer plus de lactation et aux femmes en suite de couches afin d'aider à la récupération de l'énergie perdue suite à l'accouchement.

« *Maye* » est aussi une recette alimentaire fortifiante essentiellement destinée aux enfants qui sont au stade de la dentition communément appelé « *cedi* ». Il s'agit d'un stade normal, un passage obligé du développement de l'enfant mais qui inquiète les mères en raison des symptômes tels que « *zawon matamna* » (diarrhée de la dentition), vomissements (« *amaye* »), par l'amaigrissement (« *rama* »), une forte fièvre constante (« *zazzabi* ») et la perte d'appétit. Ce qui inquiète les mères, ce n'est pas la dentition en soi, mais les symptômes que l'enfant développe. Les mères reconnaissent la survenue de la dentition à travers le gonflement de la gencive en fonction de l'âge de l'enfant. A ce stade l'enfant a besoin du « *maye* » en guise de supplément alimentaire fortifiant. Il se fait à base de mil associés aux feuilles du « *gao* » (*acacia albida*), de « *adoua* » (balanite) ou du moringa. Ces feuilles sont supposées avoir des principes actifs et des nutriments susceptibles de renforcer la résistance du corps. La préparation consiste à faire du « *gumba* » sans enlever le son (« *dusa* »), c'est à dire le sous-produit, habituellement séparé des graines lors des préparations des repas. Les mères y ajoutent un peu de sucre pour booster la friandise des enfants. D'autres types de préparations fortifiantes et énergisantes sont saisonniers. Par exemple, « *hansari* », un aliment fait à base de haricot vert ou de chou ou de concombre assaisonné avec de l'huile d'arachide, des tomates fraîches, de l'oignon, de la farine du tourteau et du sel/bouillon, est apprécié par les enfants et les adultes.

Ces savoirs des mères sont utilisés dans la préparation des recettes culinaires destinées aux enfants qu'elles ont apprises avec les relais communautaires et les agents de santé. Les messages et conseils nutritionnels déployés sont adaptés au contexte local dans la mesure où plusieurs femmes, groupes de femmes et associations se procurent, elles-mêmes, les céréales et aliments nécessaires pour faire à domicile la farine infantile enrichie. Dans les villages visités, de Madarounfa, Mayahi et à Guidan Roundji, les femmes financent elles-mêmes (en espèces ou en nature) les séances de recettes culinaires qui sont organisées au niveau communautaire après le départ des partenaires qui assuraient leur financement. De l'avis des mamans lumières et des bénéficiaires, les séances rassemblent en moyenne une dizaine de femmes qui viennent avec leurs enfants pour préparer des recettes qu'elles donnent sur place aux enfants.





## 6. FACTEURS DETERMINANTS DE LA PREVALENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA REGION DE MARADI

Ce chapitre traite des facteurs de la prévalence de la malnutrition infantile dans la région de Maradi. Il est ici question de comprendre les raisons qui expliquent les tendances élevées de malnutrition dans la région malgré les multiples efforts consentis par l'Etat et ses partenaires. L'analyse des données collectées a permis de distinguer plusieurs types de facteurs. Il s'agit des facteurs liés aux considérations sociales de la malnutrition de l'enfant, et des facteurs institutionnels et conjoncturels.

### 6.1. Facteurs structurels

La malnutrition infantile est associée aux facteurs liés aux structures sociales. Parmi ces facteurs, on peut citer la pauvreté, l'insuffisance des terres arables, le manque de jachère qui appauvrit les terres, le morcellement des terres suite au partage de l'héritage, la démographie galopante, les cultures fluviales insuffisantes, etc. Ces facteurs pèsent encore sur la production agricole et expliquent les maigres rendements des récoltes ainsi que les difficultés des paysans à couvrir les besoins alimentaires des familles pendant toute l'année, faisant de la malnutrition infantile un phénomène structurel. Ils sont dépendant du fonctionnement de la société, de ses considérations et des référentiels mentaux qui se télescopent avec certains messages de sensibilisation.

Les populations se trouvent dans un cercle vicieux d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Chaque année, pendant la période de soudure, les populations rurales, éprouvent des difficultés à se nourrir faute de disponibilité des céréales dans les greniers. Pour atténuer les souffrances des familles particulièrement pauvres, l'Etat a mis en place la vente à prix modéré des céréales et des distributions gratuites ciblées de vivres avec l'appui des partenaires techniques et financiers dont le PAM, la FAO et l'UNICEF.

A Maradi, le phénomène de la prévalence élevée de la malnutrition infantile s'explique par plusieurs raisons qui sont présentées ci-après.

#### 6.1.1. Comportements pronatalistes et nuptiaux

La pratique de la polygamie n'est pas conditionnée par la capacité des hommes à subvenir aux besoins alimentaires de leurs propres familles, la plupart des hommes sont mariés à plus d'une femme malgré les conditions de vie délétères. Après les récoltes (surtout lorsqu'elles sont bonnes), s'annonce la période des mariages dans les villages. Derrière ce comportement nuptial, prévaut l'envie d'avoir beaucoup d'enfants, gage de prestige et de sécurité sociale. Ce qui augmente les bouches à nourrir et qui impacte considérablement les couches vulnérables dont les femmes et les enfants du fait de l'incapacité des maris à garantir une alimentation en quantité et en qualité de façon permanente.

Concernant la PF, certes, la demande d'utilisation des méthodes de contraceptions modernes est à la hausse, mais il existe encore des réticences chez beaucoup de femmes et d'hommes. Certains invoquent les perturbations du cycle menstruel et les risques d'infertilité. Haoua, nous rapporte le cas d'une femme de sa famille :

« Ma nièce après son premier accouchement, décida de mettre de l'implanon et après un an, elle veut l'enlever alors l'implanon n'a pas été retrouvé à l'endroit placé et jusqu'à présent elle n'arrive pas à contracter une grossesse. » (Haoua Adamou, herboriste, femme âgée de 65 ans, avec 40 ans d'activité).

D'autres évoquent l'argument religieux. Le point de vue d'un chef de village est assez illustratif. Il estime que la PF est contraire aux recommandations religieuses en matière de la multiplication de

l'espèce humaine et de son épanouissement. Il déclare ce qui suit : « *(Dieu dit :) faites assez d'enfants, je vous ferai riches. Faites assez d'enfants, je me porte garant de leur vie et de leur jouissance. Or dans le fonds, le sens de la planification familiale, c'est pour réduire les naissances* ». Ce point de vue de ce chef de village est largement partagé par beaucoup d'hommes et de femmes dans les villages et la ville de Maradi.

### 6.1.2. L'hygiène de l'alimentation

L'hygiène de l'alimentation des enfants occupe une place centrale dans les messages de sensibilisation. C'est ainsi qu'il est recommandé aux populations de nourrir les enfants dans de bonnes conditions d'hygiène : le lavage de mains avec du savon, garder la nourriture hors de portée des mouches, bien laver les ustensiles pour la préparation des repas sont, entre autres, des comportements relatifs à l'hygiène recommandés en vue de préserver la santé des familles et des enfants. Dans les villages visités, le cadre de vie est très peu favorable au respect des règles d'hygiène qui reste très précaire malgré les multiples séances de sensibilisation.

L'environnement est caractérisé par l'insalubrité dans les maisons qui sont pour la plupart composés de plusieurs ménages. La cohabitation avec les animaux (gros et petits ruminants, les poules etc.) est une pratique répandue. Dans la quasi-totalité des ménages visités, les habitants élèvent des animaux dont les excréments débordent l'espace dédié à l'élevage. Les chèvres (comme les poules) qui broutent aussi dans les micro-dépotoirs existants dans les maisons comme dans les rues, circulent également dans les concessions à la recherche des restes d'aliments dans les ustensiles de cuisine. Aussi, du fait de l'absence de latrines dans la plupart des maisons malgré les efforts déployés dans le cadre du programme Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL), la défécation à l'air libre constitue la règle. Les femmes et les hommes se rendent (nuitamment ou de bonne heure) dans la brousse pour leurs besoins. D'autres font leurs besoins dans des sachets plastiques qu'ils jettent dans les dépotoirs. Les selles des enfants sont le plus souvent déposées à l'endroit où est amassé la litière et les excréments des animaux pour servir d'engrais pour les champs. Les poules et les mouches qui s'alimentent sur ces espaces constituent des agents qui transportent des germes pathogènes et les déposent sur les aliments destinés aux enfants et les ustensiles à usage quotidien des ménages.

L'hygiène corporelle déficiente et la qualité de l'eau (eau de puits ou de marre) constituent également des facteurs explicatifs des cas de gastro-entérites et des maladies diarrhéiques. Le cadre de vie se présente alors comme un espace déterminant de l'état nutritionnel des populations, en particulier celui des enfants.

Deux grands problèmes se posent. Le premier, est relatif à la perception de l'hygiène. Les populations ont tendance à considérer comme propre tout objet lavé au savon ou avec de l'eau. Or comme l'explique une femme, H. A., habitante de Manyu Uku, mère de 6 enfants (dont un seul a fait la malnutrition) : « *ce n'est pas toute tasse lavée qui est propre, une tasse lavée peut avoir des microbes quand elle n'est pas protégée. Le microbe peut être déposé là par une mouche ou une poule etc.* ». Dans les pratiques et attitudes des populations, l'hygiène reste donc comprise dans ses acceptions banales relatives à la propreté/saleté visible à l'œil nu. Les dimensions et bonnes conditions d'asepsie ne sont pas intériorisées et incorporées dans les attitudes des populations. La nourriture comme les ustensiles des travaux ménagers ne sont pas pour la plupart protégés des vecteurs de transmission des germes pathogènes.

Le deuxième problème renvoie au sentiment d'humiliation que ressentent les mères lors des séances de sensibilisation. Elles ont le sentiment « d'être traitées de sales et responsables de la maladie de leurs enfants » par les soignants et dans une certaine mesure par les relais communautaires. A ce sujet Rakia affirme : « *ils nous considèrent comme des femmes sales. Ils pensent qu'ils sont plus propres que nous* ». Certains des enquêtés invoquent aussi le fait qu'ils



sont des musulmans et de fait, ils se lavent les mains cinq (5) fois par jour pour le besoin des ablutions sacrées des cinq (5) prières quotidiennes. Le lavage des mains au savon avant chaque repas et après l'usage des toilettes reste une connaissance théorique et ne constitue pas un comportement systématique et intériorisé par les mères.

La mauvaise hygiène alimentaire, les conditions environnementales et la mauvaise qualité de l'eau constituent des facteurs de détérioration de la santé des enfants, provoquant ainsi des maladies diarrhéiques et des vomissements qui peuvent par ricochet conduire à la malnutrition infantile.

### 6.1.3. Autour de la « négligence » des mères et des pères

Le terme de « négligence » renvoie à la faillite des parents vis-à-vis des fonctions et responsabilités sociales et médicales que la société et le système de santé leur assignent. Selon les propos des soignants comme des acteurs sociaux (« *lalar uwa* »), certains comportements et attitudes des populations constituent de la négligence. Par exemple, le fait de donner aux enfants des aliments lourds, difficiles à digérer, les laisser manger eux-mêmes alors qu'ils traînent leurs mains dans le sable tout en mangeant, portent des risques sur leur état nutritionnel. Le manque de patience pour alimenter un enfant constitue un comportement néfaste. En effet, certaines femmes ne supportent pas les caprices des enfants pendant qu'elles les nourrissent. Celles-ci se lassent très rapidement lorsque ceux-ci sont attirés par autre chose et ne veulent pas manger. Elles les laissent partir sous prétexte qu'ils reviendront quand ils auront faim. Cela témoigne également du manque d'attention par exemple chez certaines mères qui laissent leur enfant sans manger ou téter jusqu'à ce qu'ils pleurent. Ces comportements réduisent la fréquence des tétées des nourrissons et des repas des jeunes enfants. Par ailleurs, lorsqu'elles partent aux champs le matin, les femmes laissent les enfants aux côtés de leurs frères ou grands-parents, avec la bouillie qui leur est réservée. A leur retour le soir, elles les mettent aux seins sans se laver ou laver leurs seins.

Les attitudes et comportements observables chez les chefs de ménages se manifestent par un faible investissement dans l'alimentation de leurs familles. En effet, selon la division sexuée du travail, le père a la responsabilité de fournir régulièrement à sa famille les aliments nécessaires pour préparer les repas familiaux. Or l'apport des maris ne couvre pas tous les besoins alimentaires de l'année. « *Le père a la charge de nourrir la famille. Mais ici, il y a un problème. On te donne un stock après la récolte et on te donne le reste qu'après l'arrivée de la pluie. Ils (maris) ont un temps de prise en charge (plus ou moins complète) de (leurs) femmes (et enfants)* ». A G, le 2/06/2022 à N'yelwa.

Certains maris donnent uniquement les céréales brutes sans donner les frais de condiments. Les femmes se chargent de leur transformation en farine ou denrée comestibles et se débrouillent pour trouver les moyens pour s'offrir les condiments. Pour ce faire, les femmes s'activent dans des AGR pour participer financièrement à la gestion du foyer. Il appartient donc à la mère de combler compléter les apports du mari. En effet, les maris partent pour la plupart en exode au Nigeria, et certains d'entre eux donnent rarement des nouvelles à leurs familles. Les femmes sont abandonnées dans des conditions d'existences pénibles qui leurs laissent très peu de temps à accorder aux enfants. En effet, elles sont pleinement occupées par les travaux champêtres, les tâches ménagères, la garde des enfants, la recherche de l'eau, mais aussi par la préparation des repas pour l'ensemble de la famille. Lorsqu'elle a une coépouse, la femme trouve du répit les jours où elle ne reçoit pas le mari. Le manque de repos nécessaire pourrait affecter leur santé surtout celle des femmes enceintes. Les grossesses rapprochées (un nombre important de femmes tombe enceintes alors qu'elles ont des enfants de moins d'un an), les marches à longueur de journées sous le soleil ardent et très souvent avec des bébés au dos sont des facteurs déterminants de la santé des femmes enceintes et allaitantes. Il faut ajouter à toute cette liste la non fréquentation régulière des formations sanitaires pour les consultations CPNR, de la PF, des CN et des

vaccinations de routines.

L'importance de la diversification alimentaire de la famille et de l'enfant reste moindre chez les chefs de familles. L'achat régulier de viande, des fruits et des légumes relève de l'exception dans les villages. Les comportements nuptiaux (polygamie) et de fécondité qui augmentent la taille de la famille à nourrir, l'avarice, le gaspillage des céréales au lendemain des récoltes (les festivités, les mariages ou « *modi*<sup>13</sup> ») par certains maris dépensiers, l'exode rural sont des comportements observables.

#### 6.1.4. Sevrage brusque : écarts aux normes sociales et médicales

Traditionnellement, l'allaitement dure 1 an 7 mois, voire 1 an 9 mois pour les filles. Mais souvent il y a des mères qui sevrant l'enfant à 1 an 4 mois quand elles tombent de nouveau enceinte. C'est dire que toute nouvelle grossesse entraîne automatiquement un sevrage brusque de l'enfant qui est ensuite confié aux grands-parents, ou à un proche parent (tantes par exemple) le temps qu'il oublie les tétées. Cette période est critique pour l'enfant non seulement sur le plan alimentaire mais aussi sur le plan psychoaffectif (Cf. le cas d'Achirou ci-dessous).

Pour les populations, lorsqu'une femme allaitante tombe enceinte, le lait maternel n'appartient plus à l'enfant qui est au sein. Avec le début de la grossesse, le corps de la femme enclenche un métabolisme qui fait que le lait devient mauvais pour l'enfant. Le lait appartient désormais à l'enfant à naître. Sa consommation entraîne chez l'enfant amaigrissement, diarrhée fréquente et maux de ventre. L'enfant devient « pâle », « timide », « ne joue pas avec les autres enfants ». Il commence à avoir des « cheveux qui se cassent » ou « développe des œdèmes » (*kunbri*) sur le corps. Dans ce cas on dit « *ya sha cikin kanen shi* » (littéralement : « il a bu la grossesse de son frère »). Afin d'éviter cette situation, l'enfant est automatiquement sevré du lait maternel même s'il n'a pas atteint l'âge recommandé.

##### Étude de cas : le sevrage d'Achirou

Il est 11 heures et 36 minutes, nous sommes dans une maison au quartier Bourja de Maradi. Notre attention est attirée par un enfant qui pleure de toutes ses forces. C'est Achirou, un enfant âgé de 13 mois confié temporairement à Gambo pour le sevrage. Cette femme quinquagénaire est la tante (par le lien du mariage) de la mère de l'enfant qui se trouve dans un autre quartier de la ville. Le choix de la gardienne de l'enfant est fait sur la base de deux raisons. Premièrement, sa disponibilité et son affection avérée à l'égard des enfants. Deuxièmement, l'enfant la connaît bien et est un habitué de sa maison au regard des visites que sa maman a eu à lui rendre. L'enfant est à son 4ème jour chez sa gardienne. Il est séparé brusquement de sa mère parce que celle-ci a contracté une nouvelle grossesse alors que Achirou n'a pas atteint l'âge pour être sevré. Dès que la mère a constaté qu'elle est tombée enceinte, elle a décidé automatiquement de le tenir loin d'elle afin qu'il oublie le lait maternel qu'il ne cesse de réclamer.

Selon sa gardienne, l'enfant pleure parce qu'il réclame sa mère. Il veut rentrer chez lui c'est pourquoi il ne cesse de dire « maman » dans ses pleurs. Gambo, le met au dos en faisant des petits va et vient dans la cours de la concession en tentant de le calmer. Quelques minutes après, Achirou s'est endormi sur son dos. Elle dit : « *yayi anaggon uwarchi* ». En langue haoussa « *anaggo* » se dit pour exprimer la peine liée l'accoutumance à une chose dont on est privé.

<sup>13</sup> Jeux d'échec ou jeux de hasard que font les paysans le plus souvent après les récoltes. Les participants s'adonnent aux gaspillages en faisant des paris en espèce ou en nature se rassemblent.



En effet, l'enfant devient malheureux et pleure assez souvent parce que non seulement il est privé de l'affection de sa maman mais aussi, il est privé d'une source importante de son alimentation : le lait maternel. Cette double privation le rend malheureux et affecte son alimentation et sa nutrition. Achirou présente un faible appétit, sa gardienne affirme qu'il ne mange pas bien et commence à faire de la diarrhée qu'elle a stoppé en lui administrant un médicament acheté chez un kemess<sup>14</sup>. Elle a dû concocter du *dauri* « *appétissant* » avec les herbes qu'elle a achetées chez les herboristes pour booster son appétit. Maintenant, il commence à manger tout ce qu'on lui donne. Le *dauri* commence à fonctionner dit-elle.

Le sevrage consiste à réduire la fréquence et le nombre de tétées par jour en mettant progressivement l'enfant sous régime du plat familial. Or les écarts aux normes sociales en matière de l'espacement des naissances désorganisent ce processus. En effet, les grossesses sont rapprochées. Les observations réalisées dans les centres de récupération nutritionnelle permettent d'observer qu'une grande proportion des enfants tombe dans la malnutrition suite au sevrage brusque. On voit bien à travers le cas d'Achirou, que le sevrage brusque constitue un moment de forte vulnérabilité des enfants.

Pour éviter ce sevrage brusque, la femme pratique une méthode contraceptive traditionnelle. Il s'agit de la prise d'une potion qui procure une protection à la femme contre une grossesse pendant qu'elle allaite son enfant. Cette préparation, qui se fait dans les premiers jours après l'accouchement, est composée des premières petites feuilles de « *runhu* » réservées à la femme pour son bain. Ces feuilles sont prises et séchées dans la chambre. Le lendemain on prépare le « *maye* » avec ces feuilles séchées. Il s'agit des toutes premières nouvelles feuilles de la plante mélangées avec une seule poignée de main pleine de mil. De même, grâce aux sensibilisations continues faites par des agents de santé et des relais communautaires, certaines femmes choisissent l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes. L'ensemble des chefs CSI affirment que leurs indicateurs en matière de la PF sont en hausse.

Ces comportements traduisent une prise de conscience progressive des populations en faveur de l'espacement des naissances. On note également l'implication progressive des agents de santé par les communautés dans le processus de sevrage des enfants. L'exemple du village de N'yelwa est frappant. En effet, les femmes consultent l'agent de santé pour les aider dans le sevrage de leurs enfants. « *On leur donne de l'Albendazole pour déparasiter leurs enfants et de la vitamine pour aider les enfants à manger* » affirme une des relais du village.

### 6.1.5. Usages détournés des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE)

Le PPN est un aliment thérapeutique prêt à l'emploi donné aux mères accompagnantes pour servir de ration alimentaire aux enfants admis au CRENAS. Le nombre de PPN donné pour chaque enfant varie selon son poids. Cet aliment composé contient les nutriments nécessaires pour permettre à l'enfant MAS de récupérer son poids cible. Or dans la région de Maradi, les ATPE font l'objet de multiples usages détournés au détriment de la prise en charge nutritionnelle des enfants admis dans les CREN, dont la vente et le partage de PPN par les mères accompagnantes.

<sup>14</sup> Point de vente informelle de médicaments pharmaceutiques

### 6.1.5.1. La vente du PPN

Plusieurs logiques sont à la base de la vente du PPN :

- **Nourrir l'ensemble de la famille** : Aminata est habitante du village de Dan Hadjara. Son enfant est tombé dans la malnutrition au moment où le grenier du ménage est vide. La durée moyenne du stock est de 5 mois. Son mari est cultivateur et réparateur de moto (bricoleur en mécanique moto). Elle affirme qu'elle ne peut pas nourrir uniquement son enfant MAS avec le PPN alors que les autres enfants ont faim. C'est pour cette raison qu'elle justifie le fait de vendre le PPN : « *moi je vends des PPN pour payer des céréales à ma famille* ». Pendant la période de soudure (Juin à Novembre), la vente du PPN par les mères accompagnantes devient fréquente malgré les stratégies des polices sanitaires instituées dans les CREN (retour obligatoire des sachets plastiques, confiscations occasionnelles des PPN chez les vendeurs à la demande de la DRSP, P/AS). Les activités de revente de PPN s'observent à l'entrée même du CSI de Dan Issa.
- **Reprendre le petit commerce** : pour certaines femmes, la vente du PPN s'inscrit dans la logique de reconstitution du fonds de leur petit commerce. En raison de leur participation active dans la gestion financière de leurs ménages, les femmes ont besoin de faire des AGR. Elles sont souvent engagées dans les travaux de champs (« *barema* ») ou autres activités (décorticage des céréales par exemple) pour gagner de l'argent. Le PPN offre aux femmes l'opportunité de refinancer leur petit commerce dont le capital s'est progressivement effrité à cause de la prise en charge des besoins non satisfaits de la famille. Les tontines<sup>15</sup> de PPN par les femmes, qui constituent une forme de mutualisation du PPN, entrent aussi dans le cadre de la vente du produit.

### 6.1.5.2. Le partage de PPN

L'alimentation d'un enfant s'inscrit dans un environnement social plus large incluant, au-delà des seuls parents biologiques, les membres de l'entourage immédiat (Dettwyler, C. A., 1992 ; Suremain, (de) C.-E., 2007). Au village, une mère ne peut pas nourrir ses enfants seuls sans partager la nourriture avec les autres enfants de l'entourage. La notion de « *hakkin ido* » (droit de l'œil) est ici mobilisée. Le PPN, étant considéré plus comme un aliment qu'un produit thérapeutique et qui est adoré par les tous enfants, fait l'objet d'un partage avec les autres enfants de l'entourage. En effet, la ration individuelle pour un enfant malnutri devient un en-cas collectif. Si un enfant malnutri le consomme seul comme un traitement prescrit sans le partager avec les autres, sa mère sera traitée d'égoïste. Le PPN se retrouve au centre des logiques d'une coutume de don et de contre don dans les sociétés dites archaïques décrites par Marcel Mauss (1929), mais encore d'actualité dans les sociétés contemporaines. Le respect de la posologie du PPN reste alors difficile tant l'organisation sociale des familles fonctionne sur le partage de l'alimentation pour entretenir les liens sociaux. Le partage du PPN est d'une prégnance si incontestable que le dispositif médical tente parfois de le prendre en compte en doublant la ration pour les jumeaux. En plus de celle de l'enfant MAS, une ration supplémentaire (selon le cas) est donnée au frère jumeau sain pour permettre à l'enfant malnutri de pouvoir bénéficier de sa ration complète sans avoir à la partager. Le partage du produit a pour conséquence de prolonger le séjour de l'enfant dans le programme de prise en charge en le maintenant dans la malnutrition de façon chronique.

---

<sup>15</sup> Tontine renvoie à une association des personnes qui s'organisent pour la mise en commun d'un bien ou de l'argent pendant une période déterminée, qu'on donne à tour de rôle aux individus impliqués jusqu'à ce que tout le monde soit servi à part égale.



### 6.1.6. Restrictions alimentaires

Il est formellement recommandé aux parents de fournir des aliments aux enfants de 6 à 59 mois afin de couvrir leurs besoins alimentaires et nutritionnels nécessaires pour leur développement. Les aliments tels que la viande et l'œuf par exemple sont fortement conseillés aux enfants en bas âges en vertu de leurs apports nutritionnels, en particulier les protéines et certains micronutriments qu'ils contiennent. Toutefois, les messages de sensibilisation en faveur de la consommation du jaune d'œuf et de la viande par les enfants se heurtent aux considérations et représentations sociales qui y sont associés. Selon les autorités sanitaires départementales (Mayahi, Madarounfa et Guidan Roumdji), la prégnance des croyances et représentations en rapport avec certains aliments recommandés aux femmes et aux enfants, limite considérablement l'action en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants. Certains aliments sont socialement supposés avoir des qualités néfastes susceptibles de provoquer une maladie ou un comportement « déshonorant » chez l'enfant.

**L'œuf** : il est socialement interdit de donner de l'œuf à l'enfant car l'œuf provoque chez lui l'envie de voler et le risque de devenir un voleur. Il est également proscrit aux femmes enceintes de consommer cet aliment nutritif à cause du même souci.

« Les croyances et coutumes entretenues limitent la consommation des femmes surtout celles qui sont enceintes. Les femmes enceintes ne doivent pas consommer des œufs, si elles en mangent, elles enfanteront des voleurs » (Entretien réalisé le 02-06-2022 à Mayahi avec la point focale nutrition de HD/Mayahi).

**La viande** : il est socialement proscrit d'habituer les filles à consommer régulièrement de la viande car cela les conduirait à la chercher auprès de personnes étrangères souvent mal intentionnées. Ce qui pourrait les conduire à mendier de la viande et les exposer à la prédation des garçons qui peuvent les piéger aux moyens de cet aliment.

D'autres aliments, tels que : « *goruba* », « *cabeji* », oseille, mangue et amarante, sont interdits à la femme allaitante parce qu'ils provoquent la diarrhée. De même, elle ne doit pas consommer le souchet, le maïs frais, le « *kanya* », « *yalo* » au risque d'avoir la maladie du « *kaikai* ».

## 6.2. Facteurs conjoncturels

Des facteurs d'ordre conjoncturel sont non négligeables, en raison de leur cristallisation dans l'explication de la prévalence de la malnutrition infantile. D'abord, la situation est exacerbée par l'insécurité due au terrorisme avec Boko Haram et les djihadistes qui ont pour mode opératoire le kidnapping des populations, la mise à feu des villages et le vol du bétail. Dans les communes de Madarounfa, Sarkin Yamma et Gabi les populations sont fortement menacées par les attaques des djihadistes. Par exemple, le village de Dan Abdallah accueille des réfugiés des villages frontaliers du Nigeria qui sont attaqués et obligés de fuir leurs villages et leurs biens. Cette situation s'observe également dans différents villages où on assiste à un retour de plus en plus grandissant des populations nigériennes vivant dans les Etats de Katsina, de Zanzara et de Kaduna. Les populations autochtones sont obligées de partager leurs maisons et leurs maigres ressources vivrières avec les étrangers. Inoussa, père de huit (8) enfants et résidant du village de Dan Abdallah explique :

« A Dan Abdallah nous avons les réfugiés de 4 villages frontaliers (Kwari, Gurbin magaria, Tatogué et Dan Gari). Chez moi j'ai accueilli cinq familles, les femmes et les enfants sont dans ma maison et partagent mes deux chambres ; les hommes passent leurs nuits dans les mosquées ou à l'air libre. Tous ces villages ne travaillent pas leurs champs car ils les ont abandonnés. Nos champs ne peuvent pas nous nourrir tous. Et même nous, les autorités ont empêché de cultiver du mil ou du sorgho dans une partie de nos champs pour permettre à nos militaires de bien surveiller nos frontières » (Notes d'entretiens avec Inoussa).

D'autres facteurs liés aux circonstances tels que le décès maternel, les conflits ou l'instabilité dans les couples (divorces, répudiations) sont fréquents. C'est par exemple la situation d'un enfant communément appelé « *talle* ». Cette appellation désigne chez les Haoussas de Maradi, tout enfant dont la mère est décédée pendant ou après l'accouchement. Il s'agit d'un enfant qui n'a pas bénéficié de la chaleur, de l'affection mais surtout du lait maternel. On les rencontre au niveau des CREN accompagnés généralement de leurs grands-mères maternelles. Etant en situation de ménopause, celles-ci n'ont pas de lait maternel pour les allaiter. Une femme accompagnante d'un orphelin (« *talle* ») malnutri âgé de 11 mois, explique ses difficultés à nourrir son petit-fils admis pour la deuxième fois au CRENI de Madarounfa : « *j'essaie de l'allaiter mais il n'y a pas suffisamment du lait malgré que je consomme du shuwaka pour favoriser la lactation. Et puis je n'ai pas de chèvre pour avoir tous les jours du lait frais à lui donner. S'il est malade, c'est parce qu'il ne bénéficie pas du lait nécessaire pour son alimentation* ».

De même, un enfant dont la mère est absente de la maison suite à des troubles familiaux tel qu'un divorce peut se trouver dans un état nutritionnel alarmant faute d'attention de « l'entourage nourricier » (De Suremain, 2007). Cette situation révèle à quel point l'anomie sociale ou l'absence d'organisation sociale par la disparition progressive des normes communément acceptées, explique la prégnance des situations de malnutrition évitables que l'on rencontre dans les CREN.

### 6.3. Facteurs institutionnels

Malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires techniques et financiers dans la création des formations sanitaires (CSI et case de santé), l'accès aux services de santé reste problématique. En effet, l'accessibilité aux services du CRENAS est influencée par la distance et/ou son fonctionnement réel. Dans tous les CSI visités dans le cadre de cette étude, les CRENAS ne fonctionnent que les matinées (soit une demi-journée) des jours ouvrables, alors que les femmes des villages enclavés très éloignés du CSI sont obligées de marcher pendant des heures pour s'y rendre. Elles sont par conséquent obligées de quitter leurs foyers de bonne heure (à l'aube pour certaines) dans l'espoir de trouver le service du CRENAS ouvert. Lorsqu'elles arrivent en retard, vers 13 heures ou 14 heures, et qu'elles trouvent que les agents ont rangé les matériels de travail, elles sont obligées de rentrer sans consultations et sans rations alimentaires ou aliments thérapeutiques.

La plupart des mères rencontrées dans les CSI sont munies d'un récipient contenant de la bouillie pour servir de nourriture (pour elle et l'enfant malnutri) afin de tenir la demi-journée. Elles marchent sous le soleil pendant des heures avec les enfants au dos pour arriver au CSI. Pour atténuer l'effet de la chaleur pour les enfants, les mères mentionnent qu'elles s'arrêtent de temps en temps à l'ombre pour que l'enfant puisse respirer mais aussi lui donner de la bouillie et l'allaiter avant de reprendre la route, et cela malgré le risque d'arriver en retard au CSI. Louer un taximan moto pour s'y rendre est compliqué à cause des risques d'être victime de contravention par la police ou la gendarmerie car la quasi-totalité des motos ne disposent pas des documents administratifs nécessaires. Si dans certains CSI, les agents comprennent les souffrances des femmes et des enfants et acceptent de prendre en charge les retardataires, dans d'autres, elles sont renvoyées chez elles et donc obligées de revenir le lendemain pour bénéficier de la prise en charge. Cette situation décourage les bénéficiaires et conduit parfois à l'abandon du traitement, ce qui peut occasionner la dégradation de l'état nutritionnel de l'enfant.

D'autres facteurs institutionnels observés sont les ruptures répétitives des ATPE, le manque de suivi des activités des relais en communauté, leur faible motivation financière dans l'exercice de leurs activités quotidiennes, l'absence de matériel de travail (boîtes à image, les gilets) et la mauvaise qualité de l'accueil et des soins.



## CONCLUSIONS

### 7. Quelques pratiques prometteuses de lutte contre la malnutrition dans la région de Maradi

Les connaissances de la malnutrition ont positivement évolué grâce à l'effort des agents locaux des services de santé gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires. Toutefois, les populations associent, de façon persistante selon les cas, les causes de la malnutrition à l'attaque des génies, à la mauvaise langue, à la sorcellerie et aux maladies de passage par exemple. Elles font également le lien entre la nutrition de la mère et celle de l'enfant. Lorsque l'état de santé de la mère est délétère, celle-ci ne pourra pas garantir (via le lait maternel) des nutriments nécessaires pour le développement de l'enfant. De même, les populations intériorisent que lorsque l'apport en aliment de complément est qualitativement et quantitativement réduit, cela expose l'enfant à la malnutrition.

- Grace aux sensibilisations, les connaissances des femmes ont considérablement évolué. Elles connaissent l'existence de certaines formes de la malnutrition. Il s'agit de la :
  - Malnutrition associée à l'amaigrissement de l'enfant qui se manifeste par la pâleur et le manque d'appétit ;
  - Malnutrition associée aux œdèmes (kwashiorkor) qui se manifeste par le gonflement des membres inférieurs de l'enfant. Aujourd'hui, grâce aux sensibilisations dont bénéficient les mères, les populations ont compris que cette forme de malnutrition ne doit pas être automatiquement associée à une entité nosologique populaire appelée « *Bayamma* », une maladie incurable par le système biomédical dont le recours le plus sollicité est la médecine traditionnelle.
- Les connaissances des mères en matière de dépistage ont permis de réduire considérablement le retard du recours au Centre de Récupération Nutritionnelle (CREN). Les femmes, ayant acquis des compétences grâce aux sensibilisations, s'auto-référent au CREN. Ce qui réduit considérablement, lorsque la prise en charge est adéquatement assurée, les risques de complications et de décès. Cela a été rendu possible grâce aux démonstrations dans le cadre des approches PB/mère et PB/famille réalisées dans les localités visitées. Beaucoup de femmes connaissent comment faire le dépistage de la malnutrition infantile au moyen du Périmètre Brachial. Par ce transfert de compétences, les femmes deviennent de plus en plus des relais de proximité des enfants en ce sens qu'elles sont capables de s'auto-référent au CREN lorsque le tour du bras de l'enfant exprime la couleur jaune ou rouge. De même, elles savent détecter les œdèmes dues à la malnutrition par la recherche des godets.
- Selon les études de Nancy, K. et Koné, M., 2007 et Koné, M., 2008, les mères accompagnantes de Maradi s'adonnaient aux pratiques d'instrumentalisation de la malnutrition de leurs enfants pour bénéficier de l'aide alimentaire. Il s'agissait par exemple de, l'administration de l'oseille pour provoquer la diarrhée et la déshydratation de l'enfant. 15 ans après, ces pratiques sont de plus en plus rares car elles semblaient motivées par la gravité de la crise alimentaire de 2005 et par la fourniture des rations de sorties du programme de récupération nutritionnelle fournies par les organisations humanitaires.

## Allaitement maternel

Les populations sont conscientes que l'allaitement maternel est gage du développement optimal de l'enfant. Grâce aux messages de sensibilisation véhiculés par les professionnels de santé et les relais communautaires, on constate des évolutions positives par rapport aux principaux comportements recommandés par l'OMS. Le travail des professionnels de santé et des relais communautaires ont fortement contribué aux changements que l'on constate aujourd'hui :

- L'acceptation progressive du colostrum s'observe timidement. Elle est plus intériorisée en ville que dans les campagnes. Cela s'explique par le fait que l'influence des personnes âgées et du deuxième cercle est moins prégnante et l'exposition à l'information nutritionnelle plus régulière en milieu urbain.
- La mise au sein immédiate est relativement acceptée même si elle est sujette à l'appréciation de la qualité du lait en milieu rural. Cependant, le changement reste timide au regard de la survivance des discours et représentations sociales, non conformes aux messages des professionnels de la santé, sur la qualité du lait.
- Les connaissances des femmes sur les bonnes positions de tétés ont considérablement évolué grâce aux sensibilisations et les images affichées dans les centres de santé qui rappellent les bonnes conduites d'allaitement. Les femmes ont des bonnes connaissances théoriques (même si le contexte de vie constitue parfois un obstacle) par rapport à la fréquence des tétées pour l'enfant et l'allaitement maternel exclusifs jusqu'à l'âge de six mois.

## Alimentation complémentaire

- Les femmes savent qu'à partir de 6<sup>ème</sup> mois de naissance, le lait maternel ne suffit pas pour nourrir adéquatement l'enfant. Son alimentation doit être complétée par des aliments dont il a besoin. Elles citent volontiers des aliments recommandés en guise de complément alimentaire pour les enfants.
- Socialement, il existe aussi des préparations fortifiantes traditionnelles qui sont faites pour les jeunes enfants, à base des herbes, plantes, légumineuses et des céréales afin de pourvoir aux enfants des aliments nutritifs et énergisants. Il s'agit par exemple des plats spéciaux à base du haricot vert (*hansari*) ou du chou ou du concombre assaisonné avec de l'huile d'arachide, des tomates fraîches, de l'oignon, de la farine du tourteau (pâte cuite dans l'huile) et du sel/bouillon cube. Ces plats spéciaux sont appréciés par les enfants et les adultes.
- Les savoirs expérientiels des mères et les pratiques de fortification du corps de l'enfant se sont incorporés avec les recettes culinaires destinées aux enfants qu'elles ont apprises avec les relais communautaires ou les agents de santé.
- Les messages et conseils nutritionnels déployés sont adaptés au contexte local dans la mesure où les aliments utilisés sont produits localement. De même les recettes sont appréciées par les femmes. Les fruits, les légumes, les produits d'origine animale sont disponibles en fonction de la saison sur les marchés hebdomadaires au niveau des villages. Les femmes s'organisent pour poursuivre les activités de démonstrations culinaires après l'arrêt du financement des ONG. Sous le leadership des mamans lumières ou des relais communautaires, les mères des jeunes enfants intègrent des petits groupes pour fournir elles-mêmes les céréales et autres aliments nécessaires à la préparation de la farine infantile enrichie ou d'autres recettes culinaires apprises dans les villages visités de Madarounfa, Mayahi et dans une moindre mesure à Guidan-Roundji.



## 8. Quelques pratiques dopant la lutte contre la malnutrition dans la région de Maradi

### ◆ Représentations de la malnutrition infantile : véritables freins pour un changement de comportements

- Les populations font volontiers le lien entre malnutrition et l'alimentation chez un enfant. Mais la malnutrition est un état pathologique dont l'étiologie renvoie à un continuum de causes multidimensionnelles. Parmi elles, les causes sociales peuvent être associées :
  - Aux forces maléfiques (attaque du génie, le pouvoir sorcier, « *kanbun baka*<sup>16</sup>», jalousie etc.) ;
  - Aux maladies de passage liées au développement de l'enfant (sevrage, dentition, etc.) ;
  - Aux maladies saisonnières (paludisme, infections respiratoires aiguës) ;
  - A l'alimentation (mauvais lait, consommation des aliments sucrés ou pimentés, interdits alimentaires, etc.) ;
  - Aux ruptures d'interdits sociaux.
- « Négligence » des parents (écarts aux normes de l'enfancement).
- Le recours thérapeutique est déterminé par des représentations que les populations se font des causes de la malnutrition de l'enfant.
- Le retard de fréquentation des centres de santé s'explique par le recours à la thérapie traditionnelle en amont. Les femmes ont recours aux acteurs alternatifs au système médical (les tradipraticiens, herboristes, boka, marabout, guérisseurs etc.) pour des affections infantiles (diarrhée, convulsions, gonflement ou éclaircissement de l'enfant, maux de ventre, vomissement, rhume, manque d'appétit etc.).
- Des parents ont recours aux guérisseurs traditionnels pour chercher des amulettes pour prévenir la malnutrition et les grossesses rapprochées.
- Les femmes cherchent des remèdes au moment de la dentition et du sevrage mais aussi contre les forces maléfiques.

### ◆ Allaitement maternel : un match qui n'est pas encore gagné

- La recommandation de la mise au sein immédiate commence à être acceptée surtout en milieu urbain. Mais il reste beaucoup à faire pour changer les représentations sociales et les traditions autour du colostrum et la peur de la maladie de « *kaikai* »
- L'AME n'est pas pratiqué par les femmes surtout en milieu rural. Cela est dû à la prégnance des pratiques et rites de passages auxquels les enfants sont soumis dès la naissance. Les populations donnent aux enfants de l'eau et d'autres boissons (décoctions, infusions) en fonction de logiques sociales qu'elles assignent à ces pratiques. L'influence des grands-parents et des aînés est encore présente.
- Certains enfants sont initiés précocement à l'alimentation avant leurs six (6) premiers mois de naissance.

<sup>16</sup> Pouvoir de la mauvaise langue.

- Vider le sein avant de mettre l'enfant sur l'autre n'est pas encore intériorisé dans les pratiques des femmes. Les femmes ne comprennent pas que les enfants se remplissent le ventre avec de l'eau au détriment des substances plus nutritives qui arrivent au fur et à mesure que le sein se vide.
- Les perceptions liées à la qualité du lait sont encore en vigueur dans les discours et pratiques des populations. Au cours du développement de l'enfant, à plusieurs moments cruciaux, le lait est considéré comme mauvais pour l'enfant (lait atteint du *kaikai*, lait chaud, lait sucré, lait impropre, etc.). A causes de ces considérations sociales, l'enfant est privé, temporairement, de sa principale source d'alimentation.
- Le sevrage brusque reste encore l'un des facteurs déterminants de la persistance de la malnutrition infantile. Cette situation intervient dans le cas des grossesses rapprochées traduisant un cycle inter génésique particulièrement fatal et traumatisant pour l'enfant au sein. Le retour précoce en grossesse de la femme allaitante conduit automatiquement au sevrage de l'enfant.
- Les femmes consomment des recettes locales faites à base du mil et des herbes pour générer ou augmenter la lactation lorsque le lait est insuffisant. Les femmes ne comprennent toujours pas que le fait de téter favorise la montée du lait. Pour elles, cette insuffisance est plutôt liée à la qualité des repas des mères.
- Certaines femmes n'allaitent pas leurs enfants en public dans le souci de protéger l'enfant contre le regard des autres, le mauvais œil ou la mauvaise langue. Ce qui les prive du nombre de tétées qu'ils devraient avoir dans la journée.
- Certaines mères n'allaitent les enfants qu'à la demande de ceux-ci : lorsqu'ils pleurent ou qu'ils se réveillent de leur sommeil.
- Allaiter un enfant jusqu'à l'âge de deux ans est une exception même lorsque la mère n'est pas retombée enceinte.

### Alimentation de complément pour les enfants

- On enregistre une amélioration dans les connaissances des mères en matière de recettes culinaires pour les enfants.
- A partir de 6 mois, le nombre de tétées est réduit de moitié. Les enfants en bénéficient seulement 6 fois par jour. Ils consomment des aliments liquides tels que la bouillie (*kunu, koko*) dont l'apport nutritif est moindre dans beaucoup de cas. L'absence de chèvres dans certains ménages limite la fourniture de lait aux enfants et l'enrichissement du « *hura* ».
- Les enfants sont toujours précocement initiés au plat familial. Parfois ce sont des aliments lourds non adaptés à leur âge. En milieu rural, la qualité de l'alimentation quotidienne des ménages laisse à désirer et ne permet pas à l'enfant d'avoir les nutriments nécessaires à sa croissance.
- La diversification alimentaire est fonction du pouvoir d'achat des parents. Du fait de la pauvreté, elle n'est pas la priorité de beaucoup de chefs de ménages tant le combat quotidien est d'assurer le plat consistant. L'essentiel de l'alimentation des familles est fait à base des céréales (mil, sorgho, maïs et haricot). Acheter des fruits, de la viande ou du poisson pour les enfants reste pour la plupart occasionnel.
- Certes on enregistre des avancées dans l'amélioration des connaissances des mères, mais il existe encore des résistances sur la consommation de certains aliments recommandés aux enfants en raison des considérations sociales. Le jaune d'œuf n'est pas donné aux enfants et il est socialement proscrit de donner régulièrement de la viande aux filles. Certains fruits et



aliments sont également proscrits pour les femmes enceintes et allaitantes.

- L'alimentation de l'enfant s'inscrit dans un environnement plus large que celui de la famille nucléaire.
- Le PPN est plus perçu comme un aliment que comme un produit thérapeutique par les populations. Il est communément désigné par « *madara* » (lait) ou « *biskit* » (biscuit).
- Le PPN est un aliment très apprécié des enfants. Afin de se conformer aux normes sociales, les mères accompagnantes partagent la ration de leurs enfants MAS avec les autres enfants de l'entourage.

### Conditions de vie des femmes : un épuisement permanent

- Les multiples occupations des femmes les empêchent de consacrer suffisamment du temps aux enfants. Elles passent beaucoup de temps à faire des travaux domestiques, à nourrir l'ensemble de la famille, à soigner les enfants en les amenant en consultation, à prendre soin du mari, à décortiquer et à transformer les céréales en aliments (farine de mil, de sorgho), à faire les AGR pour participer à la satisfaction des besoins du foyer.
- Les naissances sont rapprochées chez la plupart des femmes. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste encore limitée dans beaucoup de cas à cause des considérations religieuses, la peur des effets secondaires (exemple : infertilité secondaire). Certains maris empêchent leurs femmes d'utiliser ces méthodes pour les mêmes soucis.
- La PF est considérée comme « satanique » donc contraire à la religion, un complot pour réduire les musulmans sur terre. Les femmes préfèrent les méthodes contraceptives traditionnelles.
- Les femmes sont aussi confrontées au stress causé par l'absence des maris qui sont en exode au Nigéria (pour les jeunes de Madarounfa et Guidan Rounmdji) ou en Libye (pour les jeunes de Mayahi).

### Le cadre de vie : un environnement peu favorable

- Avec l'absence d'eau potable en milieu rural, les populations consomment de l'eau des puits ou des mares. Cette eau est également donnée aux enfants malgré les risques de gastro-entérites et de diarrhées dont sont conscients les paysans.
- La plupart des ménages ne disposent pas de latrines, les défécations se font alors à l'air libre. Les selles des enfants ne sont pas évacuées loin des concessions. Les poules, les chèvres peuvent déposer des germes pathogènes sur les ustensiles des cuisines.
- L'éloignement des centres de santé pour certaines mères a un impact sur leur fréquentation. Les femmes reportent parfois le recours au centre de santé à cause de la distance.
- Les femmes sont pour la plupart épuisées à cause de leurs fonctions sociales (reproduction, production des ressources, prise en charge de la famille etc.). Ce qui tarie leurs réserves et expose les enfants à la malnutrition.





## RECOMMANDATIONS : CAPITALISER LES EXPERIENCES ET AMELIORER LES STRATEGIES POUR UN MEILLEUR CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les résultats de cette étude révèlent que les représentations liées à la malnutrition, le recours aux thérapies alternatives au système de santé, les perceptions et considérations sociales associées à « l'enfant », à l'alimentation et à la qualité du lait maternel, les conditions d'existence des populations constituent des goulots d'étranglement pour les avancées tant souhaitées en faveur de l'amélioration des connaissances pour le changement des comportements des populations en matière de l'alimentation et de la nutrition. Pour ce faire, il convient :

- De considérer la malnutrition/nutrition/alimentation comme un « objet-frontière » (Leigh Star, 1986), c'est-à-dire comme un carrefour autour duquel interviennent plusieurs acteurs avec des référentiels et des logiques différentes.
- De capitaliser les expériences empiriques des programmes mis en œuvre afin d'élaborer une stratégie de communication qui devra permettre le dialogue fructueux entre les deux systèmes de pensées.
- D'adopter une stratégie de communication contextualisée qui s'inscrit dans le cadre d'un dialogue participatif en donnant la parole aux cibles pour parler de leurs savoirs expérimentiels. Il s'agira de sortir l'asymétrie dans les relations entre les acteurs cibles.
- D'améliorer la communication en s'appuyant sur les points de convergences et de divergences afin de trouver des solutions au phénomène grandissant de la prévalence de la malnutrition infantile dans la région de Maradi. Ainsi, la stratégie de Communication pour un Changement de Comportements (CCC) doit :
  - Toucher divers types d'acteurs cibles : les femmes enceintes et allaitantes, les hommes, les personnes influentes (les grands-parents et les aînés), les acteurs alternatifs aux soins de santé, les leaders communautaires religieux, les professionnels de santé, les relais communautaires et matrones.
  - Conscientiser les populations sur l'utilité de l'administration du colostrum à l'enfant. On pourrait partir de l'exemple de « dakashi » chez les animaux que généralement les populations traitent pendant deux (2) à trois (3) jours pour préparer une recette très appréciée du fait de son goût et de ces propriétés nutritives.
  - Conscientiser les femmes sur le fait que la succion par l'enfant augmente la montée du lait. Expliquer, par exemple, aux femmes, comme « shuwaka » et les autres produits utilisés pour générer la lactation, la succion régulière participe aussi au même processus.
- D'élaborer une stratégie de communication en faveur de l'AME. On peut expliquer par exemple aux populations que ce n'est pas le fait de donner de l'eau qui en soi est un problème mais plutôt les risques liés à la consommation d'une eau non potable par un être fragile (nourrisson). Faire en sorte qu'elles prennent conscience que le lait maternel contient lui de l'eau très bien filtrée par l'organisme de la mère qu'il convient de les laisser vider les seins pour étancher leur soif surtout en période de chaleur, et bénéficier des **substances plus nutritives qui viennent à la fin de la tétée.**
- D'agir sur les perceptions sociales du lait maternel afin de déclipser les nœuds critiques qui limitent l'administration du lait maternel à l'enfant malgré sa disponibilité.
- De conscientiser les parents sur l'importance des vaccinations de routine pour les enfants. Expliquer par exemple, tout comme les « *dauri* » et autres infusions, les vaccins sont tout

autant destinés (à des différents stades du développement) à renforcer le corps des enfants et à les protéger face aux maladies.

- De conscientiser les populations pour enrichir l'alimentation des enfants, par exemple en mettant du lait dans « *hura* ».
- De concevoir un programme d'appui des femmes aux AGR.
- Sensibiliser, encourager et aider les populations à la construction des latrines dans les ménages.
- D'encourager les cultures maraichères et le jardinage.
- De faire des plaidoyers pour l'installation de la mini adduction d'eau dans les villages pour améliorer l'accessibilité à l'eau potable.
- De renforcer les activités de dépistage communautaire par les relais communautaires.
- De consolider les stratégies de PB/mères ou PB/familles pour sensibiliser les mères sur l'importance de monitorer régulièrement l'état nutritionnel de leurs enfants à domicile.
- De concevoir une stratégie pour l'accès aux soins pour les populations éloignées des formations sanitaires par la mise en œuvre des stratégies ICCM (**Integrated Community Case Management**) conformément à la PCIME communautaire : deux expériences s'offrent à cet effet :
  - Expérience d'ACF à Mayahi : s'inspirer de l'expérience pilote de Mayahi conduite par ACF dans les communes de Maireyrey (site témoin) et de Guidan Amoumoune (site d'intervention). Cette stratégie à consister à décentraliser la prise en charge de la malnutrition infantile en formant les Agents de Santé de Base (ASB) pour prendre en charge précocement les cas d'enfants MAS dans les aires de santé.
  - Expérience de MSF à Magaria : elle a consisté à recruter, former puis doter d'un kit de travail des relais communautaires (des anciens élèves ayant un niveau acceptable) sur la prise en charge des pathologies simples (paludisme simple, diarrhée simple et pneumonie simple). Cette stratégie a pour but de prendre en charge précocement ces maladies pouvant conduire les enfants dans la malnutrition.
- Promouvoir une éducation sur la nutrition dans les écoles et les « makaranta ». Encourager les marabouts à jouer leur rôle dans l'éducation des populations.
- Impliquer et conscientiser les acteurs alternatifs aux soins (qui sont déjà légitimes aux yeux des populations) sur la nutrition pour en faire des relais afin d'influencer le recours thérapeutique.
- Mettre en concurrence les aires de santé des CSI au niveau des DS en mettant en place un prix de Nutrition pour les meilleurs CSI de chaque district.



## BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet, D., 1988, Corps biologique corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pats mossi, IRD Orstom.
- Bonnet et Jaffré Y., (dir), 2003, Les maladie de passage. Transmission, prévention et hygiènes en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala.
- Charrier, P. et Clavandier, G., 2013, Sociologie de la naissance, Amand Colin, Coll. « U sociologie ».
- Desclaux, A., 1996, « Le traitement biomédical de la malnutrition au temps de Sida », *Sciences sociales et santé*, 14, 1.
- Dettwyler, C. A., 1992, The biological approach in nutritional anthropology : case studies of Malnutrition in Mali, *Médical Anthropoloy*, 15, 1, pp. (17-39).
- Delville, L. P., 2012, « pour une anthropologie symétrique entre développeur et développés », in Copans, J. et Freud, C., *Le développement aujourd'hui : chemin de croix ou croisé des chemins*, Cahiers d'études Africaines, n°202-203, pp. (491-509).
- INS, 2021, Rapport de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger, Niamey.
- INS, 2020, Enquête Nationale de Nutrition au Niger selon la méthodologie SMART, Niamey.
- Jaffré, Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service pédiatrique de Niamey », *sciences sociales et santé*, Vol 14, n°1, pp. (44-61).
- Koné, M., 2008, « Stratégies des familles et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa », *Afrique contemporaine*, n°225, pp. (161-197).
- Marcel Mauss (1923-1924), *Essai sur le don. Frome et raison de l'échange dans les sociétés primitives*, les classiques des sciences sociales.
- Nancy, K. et Koné, M., 2007, *Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune enfant dans la région de Maradi au Niger*, Unicef.
- Olivier de Sardan, J-P., 1995, *Anthropologie et développement*, Paris : Karthala.
- Pelto, G. H., 2008, « taking care of chlidren applying anthropology in materna an child nutrition and health », *human organization*, 63, 3, pp. (237-243).
- Querre, M. 2003, « Quand le lait devient un enjeu social : le cas de la société peule dans le Séno (Burkina Faso) », *Anthropology of Food*, 2, pp. (1-11).
- Rougeon, M., 2018, « Prendre soin des enfants au quotidien. Dynamiques relationnelles et spatiales des pratiques de soins caseiros au Brésil », *Anthropologie & Santé*, 17, pp. (1-22).
- SOULEY, A., 2003, « Une maladie infantile hausa : tamowa », *Etudes et travaux du Lasdel*, n°17, pp. (47-53).
- Suremain, (de) C.-E., 2007, « l'entourage nourricier de l'enfant. A partir d'exemples en Bolivie et au Congo », *L'Autre/3*, 8 pp. (37-54).
- Sivignon, F., 2015, « Repenser l'implication des usagers. L'implication dans les programmes de santé des ONG internationales », *Revue internationale et stratégique*, pp. (167-174).
- Yannick, J., Olivier de Sardan J.P., 1999, *Construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris presse universitaire de France.

## REMERCIEMENTS

A tous les membres du comité technique de la politique nationale de sécurité nutritionnel qui ont contribué à la validation de cette étude.





**PNiN**

**Décembre 2022**

**Institut National de la Statistique du Niger**

**&**

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