



RÉPUBLIQUE DU NIGER

N°05

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR LA NUTRITION



AGADEZ - MARADI

SYNOPSIS VALIDE

DECEMBRE 2022

# NUTRITION



ENQUÊTE QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES, LES PRATIQUES ET LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS DANS LES RÉGIONS D'AGADEZ ET DE MARADI





CONNAISSANCES, PRATIQUES ET COMPORTEMENTS EN MATIERE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION DES  
ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS DANS LES REGIONS D'AGADEZ ET DE MARADI



## SIGNALETIQUE



agriculture



climatologie



commerce



conditions de vie  
des ménages



conjuncture



économie



éducation



élevage



emploi et  
revenus



énergie



environnement



habitat



industrie



justice



nutrition



population



poste et  
télécommunications



santé



services



société



territoire



tourisme



transports

## OURS

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

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

Chargé du suivi du projet : **OUMAROU Sani**, Secrétaire Général pi 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)

**THEODORE YATTA Almoustapha**, Analyste Principal  
PNIN

Coordonnateur de la Cellule Nutrition, Haut-  
Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N) : **MAHAMADOU  
Aboubacar**

Assistant Technique GIZ (AT C4N/GIZ/PNIN) :  
**HILLEBRAND Raphael**

**Photos** : Insitution / Photographe

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



## SIGLES ET ABREVIATIONS

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



## SOMMAIRE

Sigles et Abréviations .....	1
INTRODUCTION.....	6
1. L'harmonisation des représentations médicales et sociales de la malnutrition aiguë est progressive et lente selon les contextes locaux .....	8
2. Les représentations sociales et les logiques des recours thérapeutiques face à la malnutrition sont complexes avec des rationalités multiples .....	9
3. La mise au sein immédiate après l'accouchement est un défi majeur différencié selon la région et le groupe ethnique considéré .....	10
4. L'Allaitement Maternel Exclusif jusqu'à l'âge de six (6) mois, un pari loin d'être gagné particulièrement dans la région de Maradi.....	11
5. Quelques avancées enregistrées sur les connaissances des mères autour des bonnes techniques de tétées en dépit de la survivance de nombreuses barrières sociales .....	11
6. Vers une amélioration progressive des connaissances des mères en bonnes pratiques d'alimentation de complément chez les nourrissons et les jeunes enfants	12
7. La forte survivance de certaines barrières sociales à une alimentation de complément adéquate .....	13
8. Certains aspects de l'organisation et du fonctionnement des structures sociales et publiques sont des barrières additionnelles à l'amélioration de la situation nutritionnelle .....	13
8.1 Le comportement pro nataliste : « <i>Rurutsa</i> » ou les naissances rapprochées est constant.....	13
8.2 L'absence de latrines contribue fortement à l'insalubrité dans les concessions particulièrement en milieu rural	14
8.3 Le partage du Plumpy Nut (PPN) est une contrainte sociale à la guérison des enfants malnutris .....	14
8.4 La faible couverture et le dysfonctionnement des services locaux de santé affectent l'accès aux soins nutritionnels.....	14
8.5 L'insécurité, de plus en plus présente, déstabilise le cours de la vie et perturbe les approvisionnements alimentaires locaux .....	15
8.6 Quelques pratiques prometteuses d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant identifiées dans les deux régions .....	15
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS..	17
DOCUMENTS SOURCES .....	19





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Pratiques prometteuses identifiées dans les deux régions ..... 15





## INTRODUCTION

Le présent document présente la synthèse des résultats d'une recherche formative de type qualitatif de terrain conduite dans deux (2) régions du Niger au mois de Juin 2022. Il s'agit de la région de Maradi avec une prévalence élevée de la sous-nutrition et de la région d'Agadez présentant un taux intermédiaire de sous-nutrition se situant entre Maradi et Niamey, la capitale.

Cette étude, financée par l'Union Européenne, est portée par la Plateforme Nationale d'information sur la Nutrition (PNIN). Elle renseigne 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. L'objectif est de permettre, à travers l'analyse des contextes sociaux différents, d'avoir une lecture transversale explicative de la situation de la prévalence élevée de la sous-nutrition des enfants. De façon plus spécifique, l'étude permet d'identifier les pratiques prometteuses et les barrières à l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle permet également de comprendre les logiques locales et les déterminants sociaux de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.

La méthodologie de cette étude qualitative repose sur les outils habituellement utilisés dans les études socio-anthropologiques adaptés aux contextes des deux régions. La phase de collecte des données a été coordonnée simultanément dans les deux régions par un consultant socio-anthropologue recruté par la PNIN. Au total 400 entretiens formels et informels, 20 observations et plusieurs études de cas ont été réalisés. Les données qualitatives ont été traitées et validées par triangulation et saturation. Les analyses ont été faites par triangulation par site, thème, sources et catégories d'acteurs pour chaque région. Elles ont été doublées d'une attention accordée au contenu informationnel observé, de la revue de la littérature et sur les éléments discursifs prenant en compte les contextes locaux.

Dans le cadre de la PNIN, ces résultats seront utilisés pour mettre à jour les rapports déjà disponibles sur les déterminants de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans. Ils permettront également d'amorcer la communication stratégique dans les deux régions en organisant des ateliers de restitution de ces résultats. Ils peuvent également servir à toutes les parties prenantes travaillant dans la communication pour le développement au Niger en particulier dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action 2021-2025 de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN).

Le présent synopsis est la synthèse de deux rapports détaillant les résultats de chacune des deux régions d'étude<sup>1,2</sup>.

---

<sup>1</sup> Plateforme Nationale d'Information sur la Nutrition (PNIN), Institut National de la Statistique (INS) du Niger et Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N). Rapport de l'enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans dans la région d'Agadez, Décembre 2022.

<sup>2</sup> Plateforme Nationale d'Information sur la Nutrition (PNIN), Institut National de la Statistique (INS) du Niger et Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N). Rapport de l'enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans dans la région de Maradi, Décembre 2022.





## 1. L'HARMONISATION DES REPRESENTATIONS MEDICALES ET SOCIALES DE LA MALNUTRITION AIGUË EST PROGRESSIVE ET LENTE SELON LES CONTEXTES LOCAUX

La lecture biomédicale de la malnutrition aiguë chez l'enfant d'âge préscolaire est en autres liée à une carence alimentaire qui entraîne l'amaigrissement, parfois la survenue des œdèmes et l'altération de l'état général. La prise en charge de ses formes sévères se fait par la fourniture des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour la prise du poids en plus du traitement des pathologies associées. Un focus sur l'atteinte du poids cible de chaque enfant est mis en avant. Il est déterminé en fonction d'une grille standard qui s'appuie sur des critères anthropométriques (taille, poids, périmètre brachial) tels que définis dans le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Il y a également la malnutrition chronique qui se manifeste par la petite taille par rapport à l'âge. Cette dernière forme de malnutrition bien que très répandue n'est pas perceptible et peu connue y compris dans le milieu médical local. C'est pourquoi par la suite dans cette note synthèse la « malnutrition » est associée essentiellement à la « malnutrition aiguë. »

Cette perception médicale de la malnutrition est partagée par les populations à Maradi comme à Agadez. En effet, elles associent la malnutrition, communément appelée « *tamowa* » ou « *kwamaso* », ou la faim, à une alimentation inadéquate pour les enfants. 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 discussions de groupe comme des entretiens individuels dans les ménages, les femmes (mères/grands-mères) sont en mesure d'expliquer que l'insuffisance de l'alimentation quotidienne chez un enfant conduit à la malnutrition. D'autres aussi parlent d'une alimentation inadéquate chez une mère allaitante comme une des sources de sous-alimentation de l'enfant. Plusieurs recettes traditionnelles et celles recommandées par les acteurs de la santé sont intériorisées par les populations afin de donner une alimentation adéquate aux enfants. On peut ainsi dire que les connaissances des populations évoluent positivement car cette explication étiologique véhiculée par les soignants intègre de façon approximative de plus en plus les référents sociaux lorsqu'il s'agit de parler des causes de la malnutrition chez l'enfant.

De même, en matière du dépistage de la malnutrition aiguë sévère (MAS), les connaissances des mères évoluent positivement à Maradi grâce aux stratégies du transfert de compétences aux mères (PB/Mère, PB/famille) déployées par la communauté et l'action humanitaire. Tout comme les relais communautaires, les mères acquièrent progressivement des connaissances et des compétences pour le dépistage de la malnutrition infantile avec l'usage du Périmètre Brachial. Certaines sont capables d'expliquer aux autres femmes de leur entourage l'usage de l'outil et sa lecture. Par contre dans la région d'Agadez, l'acquisition des connaissances et des compétences des mères en dépistage de la malnutrition n'a pas été observée. Cela s'expliquerait par l'absence de programmes et projets soutenant cette approche associée à une faible couverture en relais communautaires et d'autres barrières liées à l'adaptation des programmes et projets au mode de vie nomade.

## 2. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET LES LOGIQUES DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES FACE À LA MALNUTRITION SONT COMPLEXES AVEC DES RATIONALITÉS MULTIPLES

Selon les représentations sociales et les discours des populations, les causes de la malnutrition ne sont pas uniquement liées à l'alimentation (faim, « mauvais lait » et une carence en éléments nutritifs). Les explications populaires de la malnutrition renvoient à un continuum des causes largement partagées qui apparaissent dans la construction de la quête de soins. Les causes de la malnutrition d'un enfant peuvent également être associées aux forces invisibles (sorcellerie, génie, mauvais sort, jalousie), à la rupture d'interdit social (interdits alimentaires ou comportementaux), aux maladies saisonnières (dont le paludisme, la diarrhée et la pneumonie) et les maladies de passage auxquelles l'enfant est soumis dans le cadre de son développement (épisodes liés à la dentition par exemple). Les causes peuvent également être liées à l'hygiène alimentaire, aux travaux pénibles effectués par les femmes enceintes, au changement de climat, aux mouvements incessants des populations, au mode de vie nomade et au développement normal de l'enfant.

La quête des soins d'un enfant malnutri est fortement influencée par les représentations que les parents et/ou l'entourage immédiat et parfois lointain (tradipraticiens, agents de santé et responsables religieux) associent à l'état pathologique considéré. Les logiques des recours à la médecine traditionnelle et mystique renvoient à la fréquentation des tradipraticiens, des herboristes, des « boca », des *wanzam*, etc. et orientent le recours à tel ou tel acteur de soins considéré comme pertinent pour le traitement de la pathologie considérée.

Les recours thérapeutiques peuvent être syncrétiques par association de deux registres de soins (médical et traditionnel). Les explications fréquentes de l'amaigrissement de l'enfant par la 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 Centre de Santé Intégrée (CSI), aux traitements traditionnels et/ou maraboutiques par la suite. Dans les Centres de Réhabilitation Nutritionnelle (CREN,) pendant que les soignants traitent la malnutrition qui est la « *conséquence originelle d'une attaque maléfique selon les enquêtés* », les mères accompagnantes se livrent cumulativement au traitement de la cause originelle de la maladie pour la complétude du traitement. Elles utilisent, à l'insu des soignants, des produits thérapeutiques qu'offrent les marabouts, les herboristes, les boka, etc. Les recours peuvent être influencés par la composition de la famille, la proximité des structures de santé, la maîtrise des codes de conduite par l'entourage de l'enfant, mais aussi par des logiques sociales qui conduisent à associer ces registres de soins pour plus « *d'efficacité thérapeutique* ».



### 3. LA MISE AU SEIN IMMEDIATE APRES L'ACCOUCHEMENT EST UN DEFI MAJEUR DIFFERENCIE SELON LA REGION ET LE GROUPE ETHNIQUE CONSIDERE

L'un des effets recherchés par les recommandations du système de santé local en matière d'allaitement est de sensibiliser les populations sur l'utilité du colostrum. La mise au sein immédiate après l'accouchement et l'acceptation du colostrum sont des comportements largement répandus dans les sociétés à mode de vie nomade particulièrement chez les Touaregs à Agadez. En effet, pour eux « *le premier lait a un effet purgatoire qui permet d'évacuer les « saletés » que l'enfant aurait avalé dans le ventre de sa mère* ». De même, le premier lait constitue pour eux un aliment énergisant, gage de fortification du corps de l'enfant. Il y a donc une plus forte propension chez les femmes dans les sociétés à mode de vie nomade à adopter la mise au sein immédiate après l'accouchement comparativement aux femmes sédentaires.

Certaines femmes de la région de Maradi affirment également avoir mis directement leurs enfants au sein depuis la maternité. Cette recommandation est de plus en plus appliquée dans les zones étudiées de Maradi. On assiste de ce fait à l'abandon progressif mais lent des pratiques liées au test de la qualité du lait surtout en milieu urbain. En milieu rural également, les impacts des messages de sensibilisations sont ressentis quoiqu'il existe encore des survivances d'anciennes pratiques. En effet, dans certains des villages visités, le test du lait qui en tant que premier obstacle à la mise au sein immédiate, est en train d'être abandonné grâce aux sensibilisations sur les vertus du colostrum. Néanmoins, le refus de donner le colostrum existe encore dans d'autres villages visités de la région de Maradi à dominante haussa. La non-administration du premier lait est une pratique encore répandue particulièrement dans le département de Mayahi. Dans les perceptions et les représentations locales « *le premier lait est impur surtout chez les primipares, provoque des constipations et diarrhées qui peuvent causer la mort du nourrisson* ». C'est pourquoi la mise immédiate au sein n'est pas systématique chez des femmes « conservatrices » même pour celles qui accouchent au centre de santé. L'allaitement maternel confère symboliquement à la mère « *le pouvoir de contribuer à la survie de l'enfant* ». En effet, une mère dont le lait est « *impropre/impur* » peut provoquer la maladie chez son enfant. C'est pourquoi pour accroître les chances de survie et de bien-être de l'enfant, les mères remplacent temporairement le premier lait maternel par le lait de chèvre ou de chamelle.



#### 4. L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF JUSQU'À L'ÂGE DE SIX (6) MOIS, UN PARI LOIN D'ÊTRE GAGNÉ PARTICULIÈREMENT DANS LA RÉGION DE MARADI

Dans la région de Maradi comme dans celle d'Agadez, la recommandation de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) est connue. Les populations reconnaissent l'apport inestimable du lait maternel dans la nutrition de l'enfant. Cependant, l'allaitement maternel est exceptionnellement exclusif. En effet, pour la plupart des personnes interrogées, l'allaitement maternel est mixte. L'eau et d'autres boissons sont administrées de la naissance jusqu'à un certain âge de l'enfant. L'allaitement mixte est stimulé par des pratiques et rites sociaux de « construction » de l'enfant.

L'AME coïncide avec le moment de pratiques intenses de socialisation et fabrication sociale de l'enfant. A Maradi beaucoup plus qu'Agadez, 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. Celle-ci est supposée avoir des attributs susceptibles de rendre l'enfant plus intelligent. « *Rutbutu* » est aussi donné 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 sociale de son identité.

Le fait de donner du citron et du sucre ou du miel au nouveau-né dès la naissance est une pratique perpétuée dans les localités visitées, et de façon plus prononcée à Maradi. Elle consiste à sensibiliser l'enfant par le goût à affronter la vie. « *Le goût sucré (sucre/ miel) transmet à l'enfant l'information qu'il atterrit 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* ». La plupart des enfants sont précocement alimentés et mis sous le régime du plat familial. Cette pratique s'explique aussi par le besoin d'apporter des compléments alimentaires (lait de chamelle, de chèvre, lait industriel, plat familial) lorsque la mère et ses différents « cercles d'influences » trouvent qu'elle ne produit suffisamment de lait.





qu'au niveau des centres de santé. Cependant de nombreuses barrières sociales à l'application des connaissances acquises existent. Quelques exemples illustratifs ont été identifiés.

- **Le refus d'allaiter l'enfant en public** impacte négativement 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 de cérémonies de mariages ou baptêmes, des lieux d'événements funéraires sont considérés comme des espaces potentiellement à risque. Ainsi, afin d'éviter de l'exposer au « mauvais œil », un enfant peut rester jusqu'au retour à la maison, lorsque la mère ne trouve pas d'endroit isolé convenable, pour l'allaiter. Chez les peuls et dans une moindre mesure chez les haussa, lorsqu'il s'agit du premier enfant la « honte » est évoquée comme cause du refus de l'allaitement de l'enfant en public chez les primipares.
- **Le changement rapide de sein lors des tétées est une pratique néfaste pour l'enfant.** 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 à l'enfant. Ce changement prive l'enfant du « lait de fin de tétée » qui contient plus de matières grasses susceptibles d'assouvir la faim du nourrisson.
- **Les perceptions et rapport avec le premier enfant existent** chez les peulhs et dans une moindre mesure chez les Hausas. Le rapport entre la femme et son premier enfant est particulièrement distant. Chez les Peulhs, 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 récupérations nutritionnelles. Généralement l'enfant est donné à la mère que pour l'allaiter. Ces pratiques constituent des freins dans la création du lien affectif entre la maman et son bébé et impactent l'alimentation de celui-ci.
- **La garde des enfants par les personnes âgées lors des absences quotidiennes des mères prive les enfants des soins appropriés.** Dans les villages et dans une moindre mesure dans les campements, les femmes constituent une main d'œuvre importante lors des travaux champêtres, du décorticage des céréales, de la recherche de pâturage et des longues marches à la recherche de l'eau et du bois (source principale d'énergie) pour la préparation des repas. Pour ne pas exposer leurs enfants à la chaleur ou aux risques d'être « échangés » par les génies, les femmes allaitantes confient leurs enfants aux grand-mères en leur laissant de la bouillie pour les nourrir.

## 6. VERS UNE AMELIORATION PROGRESSIVE DES CONNAISSANCES DES MERES EN BONNES PRATIQUES D'ALIMENTATION DE COMPLEMENT CHEZ LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS

Dans les localités sédentaires de Maradi et d'Agadez, les mères sont assez sensibilisées sur l'alimentation de complément. Il est régulièrement évoqué comme un des aspects dans lequel, il y a eu des avancées dans le changement de connaissances des populations bénéficiaires. Selon les agents de santé, les mères intériorisent les enseignements promus dans le cadre la mise en œuvre des directives nationales de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Beaucoup des femmes interviewées sont conscientes qu'à partir de 6<sup>ème</sup> mois, l'enfant a besoin d'autres types d'aliments pour compléter son alimentation car le lait maternel ne suffit plus à le maintenir en bonne santé. En fonction de leurs ressources, elles préparent des recettes alimentaires destinées aux enfants. Les recettes régulièrement citées sont la purée de haricot, la purée de légumes, la purée de la courge et les différentes formes et compositions de bouillies enrichies. Ces

recettes sont du point de vue des mères, « *adaptées aux contextes locaux car les ingrédients de base sont disponibles localement en fonction des saisons* ». Les femmes, sous le leadership des mères lumières ou des relais communautaires, organisent des séances de recettes culinaires en communauté. Elles se procurent elles-mêmes les produits nécessaires pour faire la recette choisie.

## 7. LA FORTE SURVIVANCE DE CERTAINES BARRIERES SOCIALES A UNE ALIMENTATION DE COMPLEMENT ADEQUATE

Certains comportements constituent des défis à relever pour une meilleure assimilation des messages véhiculés par les professionnels de santé et les relais communautaires. Quelques exemples illustratifs sont cités ci-dessous.

- **La monotonie du plat familial est courante pendant tout le temps et dans les deux régions.** Les plats familiaux restent pour la plupart les mêmes tous les jours de la semaine. Les populations consomment habituellement des aliments de base (pâtes, *hura, kunu etc.*) composés des céréales (tels que le mil, le sorgho) à Maradi et en plus les pâtes alimentaires et la farine de blé à Agadez. Chez les populations à mode de vie nomade majoritaires à Agadez, le lait est présent dans presque tous les plats familiaux. Chez les Touaregues et les Peuls des zones enquêtées, le lait est l'aliment le plus consommé. Avec l'absence ou la diminution du lait lorsque le fourrage devient de plus en plus rare pour permettre au bétail de produire assez du lait, les Peuls par exemple consomment des plats à base de mil avec peu ou pas de lait.
- **Les restrictions alimentaires chez les enfants sont persistantes partout.** A Maradi, les restrictions alimentaires se limitent à l'œuf et à la viande (particulièrement chez la fille). La société touaregue d'Agadez observe des restrictions alimentaires plus nombreuses essentiellement des produits d'origine animale autres que le lait (œuf, viande, volaille et poisson).
- **L'espacement volontaire des prises de repas est courant pour préparer l'enfant à l'endurance.** Cette pratique consiste à espacer volontairement les prises de nourriture chez garçons au-delà des heures habituelles des repas pour l'habituer à la résistance liée au manque de nourriture. Le garçon est ainsi préparé à surmonter les difficultés et les souffrances et à être plus résistant que la fille par exemple. Cette pratique est très répandue dans la société touaregue.

## 8. CERTAINS ASPECTS DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES SOCIALES ET PUBLIQUES SONT DES BARRIERES ADDITIONNELLES A L'AMELIORATION DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE

### 8.1 LE COMPORTEMENT PRO NATALISTE : « RURUTSA » OU LES NAISSANCES RAPPROCHEES EST CONSTANT

Dans la région de Maradi et dans une moindre mesure chez les sédentaires d'Agadez, le comportement pro nataliste est répandu. L'adhésion à la contraception moderne par certaines femmes reste limitée du fait de l'opposition de leurs maris. Les arguments du rejet de l'utilisation des méthodes modernes de contraception sont « d'ordres religieux ». Pour certains, son utilisation est « *haram* » ou illicite car elle est destinée à limiter les naissances voire à tuer les fœtus. De même, leurs effets secondaires comme la perturbation des règles entraînent des réticences des populations à accepter la contraception. Cela conduit certains maris qui ont accepté au début les méthodes contraceptives à changer d'avis en obligeant leur arrêt immédiat à leurs épouses.



## 8.2 L'ABSENCE DE LATRINES CONTRIBUE FORTEMENT A L'INSALUBRITE DANS LES CONCESSIONS PARTICULIEREMENT EN MILIEU RURAL

Les latrines sont rares dans les domiciles visités dans tous les villages. La défécation en plein air est répandue en milieu rural. Cela constitue un risque pour la santé des habitants surtout pendant la saison des pluies dans un contexte où l'eau de boisson n'est pas traitée. Les mauvaises conditions d'hygiène dans certains ménages peuvent favoriser le développement des microbes comme le soutient un agent de santé « *une personne qui ne respecte pas l'hygiène cohabite avec les microbes, elle est donc vulnérable à toutes sortes de maladie (la malnutrition incluse).* » (Un agent de santé, 9/06/2022). Les populations ont tendance à considérer comme « propre » tout objet lavé avec ou sans savon. Dans les pratiques et attitudes des populations, l'hygiène est comprise dans ses acceptions relatives à la propreté/saleté visible à l'œil nu. L'appréhension des dimensions et conditions d'asepsie ne sont pas intériorisées et incorporées dans les pratiques et attitudes des populations. Le lavage des mains avec du savon à chaque repas et après l'usage des toilettes reste une connaissance théorique non utilisée.

## 8.3 LE PARTAGE DU PLUMPY NUT (PPN) EST UNE CONTRAINTE SOCIALE A LA GUERISON DES ENFANTS MALNUTRIS

Le partage du PPN au sein de la famille constitue un facteur de non-respect de doses de PPN prescrites aux enfants inscrits dans le programme de prise en charge nutritionnelle. A Maradi et Agadez, le PPN donné à l'enfant atteint de malnutrition est rarement consommé selon les prescriptions des soignants. On se retrouve dans ce qu'on pourrait qualifier de « solidarité nuisible<sup>3</sup> ». Tout comme la vente courante du PPN, cet usage détourné a peut être un impact négatif sur la récupération nutritionnelle des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère.

## 8.4 LA FAIBLE COUVERTURE ET LE DYSFONCTIONNEMENT DES SERVICES LOCAUX DE SANTE AFFECTENT L'ACCES AUX SOINS NUTRITIONNELS

Selon l'INS en 2020, la couverture sanitaire (population située à moins de cinq Km d'un centre de santé) est estimée à 52,7 %<sup>4</sup> au niveau national, 67,7 % à Agadez et 46,7 % à Maradi. Ces moyennes masquent des disparités importantes de couverture selon le mode de vie et le lieu de résidence. La disponibilité des intrants nutritionnels et des produits de santé est loin d'être satisfaisante en raison de nombreuses ruptures de ces produits dans les deux régions, d'après les populations.

Ces observations de terrain viennent confirmer les conclusions du rapport de diagnostic stratégique réalisé dans le cadre de la formulation du Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2022-2026. Selon ce rapport, le taux de rupture des intrants et des médicaments est passé au niveau national de 2,2 % en 2017 à 13,7 % en 2020 au niveau des cases de santé et de 2,6 % en 2017 à 9,0 % en 2020 au niveau des centres de santé intégrée (CSI)<sup>5</sup>. Dans les zones visitées, les ruptures d'intrants et des médicaments des CSI et des cases de santé fonctionnelles entraînent une faible fréquentation des services de soins. Tous ces dysfonctionnements sont liés entre autres au financement du secteur de la santé. Les allocations budgétaires oscillent entre 6,29 % et 6,58 % de 2015 à 2020 comparativement à l'engagement des Chefs d'Etat Africain à

<sup>3</sup> Laouali Ibrahim Hamissou, 2017, mémoire de Master, département de sociologie, UAM de Niamey.

<sup>4</sup> INS. Tableau de bord Social 2021. Rapport INS N° 01, Niamey.

<sup>5</sup> Ministère du Plan. Diagnostic stratégique du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2022-2026). Rapport, Niamey, mai 2022.

Abuja en 2001<sup>6</sup> qui est de 15 %. Toutefois, le financement ne constitue pas l'unique barrière. Même les communes d'Agadez qui bénéficient en plus des redevances minières ne semblent pas avoir une qualité meilleure de soins préventifs et curatifs destinés aux enfants. Ces derniers bénéficient officiellement de la gratuité des soins au Niger.

L'autre défi majeur est la réduction des inégalités d'accès aux services et soins de santé. Ces inégalités sont fonction du mode de vie et du lieu de résidence. Les populations à mode de vie nomade ont un accès aux soins plus faible que les sédentaires. Le milieu rural est aussi, en général, plus défavorisé que le milieu urbain. La qualité de l'accueil parfois non rassurant et les consultations « expéditives » dans les centres de santé sans aucune communication avec les patients sont des barrières à l'augmentation de la demande de soins nutritionnels. La fermeture des cases de santé de la commune d'Iferouane illustre bien cette situation. Selon un responsable du District Sanitaire, sur 22 cases de santé que compte le CSI d'Iferouane, seulement 11 sont fonctionnelles (50 %).

## 8.5 L'INSECURITE, DE PLUS EN PLUS PRESENTE, DESTABILISE LE COURS DE LA VIE ET PERTURBE LES APPROVISIONNEMENTS ALIMENTAIRES LOCAUX

Certaines zones sont affectées par l'insécurité et ses conséquences comme la mise à feu des greniers villageois et le vol du bétail engendrant parfois des déplacements des populations touchées. Le village de Dan Abdallah dans la région de Maradi par exemple accueille actuellement des réfugiés des villages frontaliers du Nigeria victimes d'attaques par des hommes armés. Ils sont accueillis à l'arrivée sans leurs biens. Plusieurs autres villages sont dans une situation similaire. Par solidarité, les populations d'accueil partagent avec eux leurs maisons et leurs maigres ressources vivrières. Inoussa, un mari monogame, père de 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 villageois déplacés ne travaillent plus 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 ».

## 8.6 QUELQUES PRATIQUES PROMETTEUSES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT IDENTIFIEES DANS LES DEUX REGIONES

Les pratiques prometteuses d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui pourraient être renforcées sont consignées dans le tableau ci-après.

**Tableau 1 : Pratiques prometteuses identifiées dans les deux régions**

REGION D'AGADEZ	REGION DE MARADI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise au sein immédiatement après l'accouchement et l'acceptation du colostrum est une pratique qui a toujours existé dans les sociétés à mode de vie nomade.</li> <li>• Le lait constitue la base de l'alimentation des familles (éleveurs/nomades) et un solide aliment de complément pour les enfants car</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les connaissances et les pratiques des mères en matière de dépistage de la malnutrition aiguë ont considérablement augmenté grâce à la vulgarisation des approches PB/mère et PB/ famille et le transfert de compétences aux mères.</li> <li>• Le travail des professionnels de santé et</li> </ul>

<sup>6</sup> Union Africaine. Déclaration d'Abuja. [https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja\\_report\\_aug\\_2011.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1)



REGION D'AGADEZ	REGION DE MARADI
<p>donné prioritairement aux enfants pour ses vertus de fortification du corps admises socialement.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La disponibilité plus diversifiée sur les marchés des aliments riches en micronutriments comme les fruits et légumes a été observée grâce à la production maraichère locale.</li><li>• L'importance des échanges alimentaires transfrontaliers entre Agadez et l'Algérie d'une part et d'autre part la Libye permet de diversifier les disponibilités alimentaires sur les marchés locaux à des prix relativement bas par rapport aux autres régions du pays.</li><li>• L'engagement des ONG (Croix Rouge par exemple) et d'autres dans le développement de réseaux de volontaires communautaires offrant les premiers soins est observé.</li></ul>	<p>des relais communautaires ont fortement contribué à une meilleure connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif, des bonnes techniques des tétées et de recettes culinaires d'aliments de complément.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'intégration systématique de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les systèmes locaux de santé et communautaires grâce au dynamisme de la communauté humanitaire travaillant dans la région.</li></ul>





## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude qualitative conduite dans les régions d'Agadez et de Maradi ont permis d'identifier les pratiques prometteuses locales à renforcer et les nombreuses barrières et rationalités sociales qui interagissent dans l'alimentation et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Ces différentes pratiques prometteuses et les barrières à l'adoption d'une alimentation sûre et diversifiée sont différenciées selon la région, le mode de vie et le groupe ethnique.

Les pratiques prometteuses qui sont communes quelle que soit la région considérée sont : (i) l'augmentation des connaissances des mères sur la malnutrition aiguë et ses modes de prise en charge par les services locaux de santé et (ii) l'amélioration des connaissances des agents de santé et des mères sur les bonnes pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire du nourrisson et du jeune enfant.

Cette étude a révélé que le processus de décision dans l'alimentation et les soins donnés aux enfants est **complexe et plus collectif qu'individuel** avec la coexistence de plusieurs cercles d'influence autour de la mère de l'enfant. La complexité du processus semble plus accentuée dans la région de Maradi. Les interférences qui en découlent sont donc nombreuses et la survivance des pratiques et rites sociaux spécifiques à chaque groupe ethnique au-delà de la région administrative sont fortes. Elles retardent les transformations positives attendues dans les soins et l'alimentation de l'enfant.

C'est pourquoi l'acquisition des connaissances et la volonté des mères seules ne suffisent pas pour un changement massif en faveur de l'adoption des messages de nutrition véhiculés par les services locaux de santé et les ONGs. D'autres facteurs liés aux comportements et pratiques locales des différents cercles d'influence autour de la mère, à l'organisation et au fonctionnement des structures sociales et publiques sont également des freins additionnels à l'amélioration de l'alimentation et des soins des enfants dans les deux régions.

Il y a encore plusieurs marches à franchir pour une harmonisation totale entre les directives publiques d'alimentation des enfants et les pratiques et comportements réels observés chez les groupes vulnérables étudiés. Les stratégies nationales de communication généralement mises en œuvre sans prendre en compte les spécificités locales auront un impact limité dans le temps et dans l'espace sur la réduction de nombreuses barrières à l'adoption de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et de traitement de la malnutrition.

Il est urgent d'agir en renforçant et en portant à une plus grande échelle les acquis et les pratiques prometteuses dans chacune des deux régions et en développant des plans/stratégies de communication pour le changement de comportements spécifiques aux contextes locaux et aux modes de vie dominants. L'amélioration du fonctionnement et la couverture des services publics et communautaires destinés aux groupes vulnérables est une urgence. L'efficacité de la formulation des programmes décentralisés de nutrition peut être améliorée si leurs processus d'élaboration et de mise en œuvre sont davantage basés à la fois sur des données quantitatives probantes et contextuelles qualitatives.

## DOCUMENTS SOURCES

- Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition, Institut National de la Statistique (INS) du Niger et Haut-commissariat à l'initiative 3N (HC3N). Rapport de l'enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans dans la région d'Agadez, N°19, Décembre 2022.
- Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition, Institut National de la Statistique (INS) du Niger et Haut-commissariat à l'initiative 3N (HC3N). Rapport de l'enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition des enfants de moins de cinq (5) ans dans la région de Maradi, N°20, Décembre 2022.







**PNiN**

---

Institut National de la Statistique du Niger

&

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