



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Influence des pratiques d'alimentation traditionnelles sur l'état
nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant de 0 à 24 mois : cas du
Niger**

Présenté par

GOGE Haoua née MAMADOU M. AOUAMI

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité « Politiques Nutritionnelles »

le 19 Avril 20011

Devant le jury composé de :

Dr.Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé

Prof. Alain GONTHIER Examineur

Maître de conférences,
Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon

Prof. Morsi EL SODA Examineur

Professeur Faculté d'Agriculture,
Université d'Alexandrie

Remerciements

Je rends grâce à Dieu, le « MISERICORDIEUX », pour m'avoir accordé cette chance d'avoir fini ce travail. Ce travail scientifique, résultat des efforts de deux années d'études à l'Université Senghor d'Alexandrie, a été réalisé grâce au soutien et l'implication des personnes ci-dessous, dont le devoir me revient de présenter mes vifs remerciements :

L'ensemble du personnel de l'Université Senghor d'Alexandrie, pour les efforts en vue de faciliter notre séjour durant ces deux années de formation ;

Tous les Professeurs de l'Université Senghor d'Alexandrie, notamment ceux du département Santé, pour leurs enseignements de qualité ;

Dr. Christian MESENGE, Directeur du Département Santé, pour son encadrement pédagogique, et sa disponibilité

A Madame Alice MOUNIR, secrétaire du Département Santé pour sa disponibilité et sa gentillesse

Au personnel de la Section Nutrition de l'Unicef au Niger en particulier au Dr Eric ALAIN-ATEGBO pour l'encadrement de ce mémoire.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A toute ma famille

En guise de reconnaissance pour tout l'amour, le soutien, et l'encouragement dont vous avez fait preuve

A mon époux

Qui m'a inscrite à l'Université Senghor,

Ce travail est le fruit de ton amour et de ton soutien sans faille

A mes filles

Amina Iman et Aida

Je vous ai laissés si jeunes. Mon cœur est toujours avec vous, malgré mon absence

Ce travail est le fruit des sacrifices conjugués de tous

Que Dieu vous bénisse et que je sois une bonne fille, sœur, épouse et mère

Veillez trouver ici toute mon affection, ma tendresse et mon amour.

Haoua

Résumé

La situation nutritionnelle des enfants au Niger se caractérise depuis plusieurs années par de forts taux de malnutrition aigüe et chronique. Cette situation est la conséquence de conditions climatiques difficiles, d'un accès aux soins de santé insuffisant et de la pauvreté.

Ainsi le déséquilibre résultant de l'inadéquation entre les disponibilités et les besoins expose à la malnutrition. A cela s'ajoutent des pratiques traditionnelles d'alimentation inadéquates. La dimension culturelle dans l'alimentation est très forte au Niger. C'est dans le cadre d'une meilleure compréhension de l'influence de ces pratiques sur l'état nutritionnel des enfants que s'inscrit notre travail.

Une enquête qualitative auprès des mères a permis de faire ressortir les facteurs mis en jeu au cours de l'allaitement maternel et de l'alimentation de complément. Les résultats obtenus démontrent que ces pratiques d'alimentation traditionnelles ont un impact négatif majeur dans la nutrition infantile. Les déterminants socioculturels tels que l'éducation, la pauvreté ont un impact sur les actions, les comportements des mères dans les soins apportés aux enfants.

Aussi pour améliorer cet état nutritionnel, la mise en œuvre de programmes d'éducation nutritionnelle est essentielle. La connaissance des habitudes alimentaires d'une population est un préalable indispensable à toute campagne efficace de promotion de bonnes pratiques.

L'inversion de la tendance actuelle au Niger est possible grâce à plusieurs mesures telles que la promotion de bonnes pratiques d'ANJE, l'élévation du statut de la femme dans la société et de leur niveau d'éducation.

Mots-clés : Malnutrition, pratiques traditionnelles inadéquates, éducation nutritionnelle, promotion, Niger.

Abstract

The children nutritional situation in Niger is characterized by high rates of acute and chronic malnutrition for several years. This phenomenon is due to many factors as worst climatic conditions, insufficient of health care and poverty.

Thus the inequity due to the gap between supply and needs expose to malnutrition. Combine also with inappropriate feeding practices. The cultural dimension in feeding practice is very high in Niger. The aim of our work is to contribute for a better understanding of the impact of those traditional practices on the of children nutritional status.

A qualitative survey of mothers helped to highlight the factors involved in breastfeeding and complementary feeding. The results show that these practices of traditional diets have huge negative sway in child nutrition. Sociocultural determinants such as education and poverty have an effect on the actions, mother's behaviors in children care.

To improve the nutritional status, the implementation of nutrition education programs is essential. Knowledge of a population's food habits is a prerequisite for any effective campaign to promote good practice.

Withdrawing the current trend in Niger is possible through several measures such as promoting good practice in IYCF, raising the status of women in society and their educational level.

Key-words: Malnutrition, inadequate practices, nutrition education, promotion, Niger.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AC :	Alimentation de Complément
AGR :	Activité Génératrice de Revenu
AM :	Allaitement Maternel
AME :	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE :	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CCA :	Cellule de Crise Alimentaire
CCC :	Communication pour un Changement de Comportement
CDC:	Center for Disease Control and Prevention
CIN :	Conférence Internationale sur la Nutrition
CPN :	Consultation Périnatale
CREN :	Centre de Récupération Nutritionnelle
CRENAM :	Centre de Récupération Nutritionnelles Ambulatoire modérée
CRENAS :	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
CRENI :	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CSI :	Centre de Santé Intégré
CUD :	Coefficient d'utilisation digestive
CUN :	Communauté Urbaine de Niamey
EDS :	Enquête Démographique de Santé
FAO :	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
g :	gramme
HASA :	Haute Autorité à la Sécurité Alimentaire
IDH :	Indice de développement humain
IEC :	Information Education Communication
IHAB :	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
INS :	Institut National de la Statistique
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
j :	jour
Kcal :	Kilocalorie

Kg :	Kilogramme
mg :	milligramme
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OCHA :	Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OPS :	Organisation panaméricaine pour la santé
OPVN :	Office des Produits vivriers du Niger
PDS :	Plan de Développement Sanitaire
PED :	Pays en voie de développement
PFE :	Pratiques Familiales Essentielles
PNAN :	Plan National d'Action pour la Nutrition
PNGSA :	Programme National Global pour la Sécurité Alimentaire
PNNS :	Programme National Nutrition Santé
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
% :	pourcentage
SAP :	Système d'Alerte Précoce
SASDE :	Stratégie Accélérée de Survie et de Développement de l'Enfant
SMAM :	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SRP :	Stratégie de Réduction de la pauvreté
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Table des matières

Remerciements.....	ii
Dédicace.....	iii
Résumé.....	iv
Abstract.....	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Table des matières.....	viii
Introduction.....	1
1.1 Contexte de l'étude.....	3
1.2 Justification de la problématique.....	4
1.3 Cadre conceptuel du problème.....	6
1.3.1 Facteurs socio- culturels.....	6
1.3.2 Facteurs liés au système de santé.....	7
1.3.3 Facteurs environnementaux.....	7
1.3.4 Facteurs économiques.....	7
1.3.5 Spécification du thème.....	8
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE.....	9
2.1 Besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant.....	9
2.1.1 Besoins nutritionnels du nourrisson : de 0 à 6 mois et de 6 à 24 mois.....	9
2.1.2 Avantages de l'allaitement maternel exclusif.....	10
2.1.3 Caractéristiques de l'alimentation de complément.....	11
2.2 Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adéquates.....	12
2.3 Situation actuelle au Niger.....	14
2.3.1 Prévalence de la malnutrition.....	14
2.3.1 Pratiques culturelles.....	15
2.3.2 Utilisation des décoctions de plantes dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	16
2.3.3 Alimentation de complément (AC).....	16
2.3.4 Point sur les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément (2006-2009).....	17
2.3.5 Statut de la femme dans la société.....	18
2.4 Politiques sanitaires et alimentaires au Niger.....	18
2.4.1 Politiques et lois adoptées.....	18
2.4.2 Cadre institutionnel.....	19
CHAPITRE 3 : DEMARCHE METHODOLOGIE.....	21
3.1 Méthodes d'investigation.....	21

3.2 Outils d'investigation.....	21
3.3 Technique d'entrevue	21
3.4 Objectif de l'étude	22
3.5 Population d'étude	22
3.6 Procédure d'échantillonnage	22
3.7 Description des centres de santé	23
3.8 Durée de l'étude	24
3.9 Difficultés rencontrées	24
3.10 Résultats Attendus	24
4.1 Variables relatives au sujet.....	25
4.1.1 Niveau d'instruction	25
4.1.2 Age de la mère	25
4.1.3 Tranche d'âge des enfants	26
4.1.4 Lieu d'accouchement des femmes	26
4.1.5 Activités de la mère	27
4.2 Variables relatives à l'allaitement maternel.....	27
4.2.1 Initiation à l'allaitement maternel	27
4.2.2 Don du colostrum	28
4.2.3 Types d'allaitement courants.....	29
4.2.4 Influence sociale sur les pratiques d'AME	29
4.3 Variables relatives à l'alimentation de complément.....	31
4.3.1 Age d'introduction du 1 ^{er} aliment de complément.....	31
4.3.2 Nature du 1 ^{er} AC.....	31
4.3.3 Différents types de bouillies	32
4.3.4 Différentes recettes pour la confection des farines de bouillies.....	32
4.3.5 Relation entre l'âge d'introduction des AC et le niveau d'instruction	33
4.4 Autres aliments de complément consommés	34
4.5 Consommation du plat familial.....	34
4.6 Période de sevrage	35
4.7 Relation entre l'alimentation, la santé et le niveau d'instruction.....	36
4.8 Conseils reçus sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation au centre de santé	36
CHAPITRE 5 : PROPOSITION DE PROJET PROFESSIONNEL.....	38
5.1 Lieu de stage : Présentation et objectifs de la structure	38
5.2 Apports spécifiques du stage.....	38
5.3 Priorisation du problème : Choix des priorités	39

5.4 Proposition d'intervention nutritionnelle pour l'amélioration des pratiques d'ANJE	40
5.4.1 Approche sociale	40
5.4.2 Objectifs de l'intervention	40
5.4.3 Stratégies	41
5.4.4 Activités	41
5.4.5 Chronogramme des activités (diagramme de Gantt)	45
5.4.6 Budget du projet	45
5.4.7 Evaluation de l'intervention	45
Conclusion et recommandations	46
Références bibliographiques	48
Liste des tableaux	52
Liste des figures	53
Annexe 1 : Glossaire des termes	54
Annexe 2 : Graphiques	55
Annexe 3 : Guide d'entrevue des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (0 à 24 mois)	56
Annexe 4 : Chronogramme des activités du projet	59
Annexe 5 : Budget	60
Annexe 6 : Valeur nutritive des feuilles de <i>Moringa oleifera</i>	61
Annexe 7 : Valeur nutritive d' <i>Adansonia digitata</i>	62

Introduction

La malnutrition demeure encore aujourd'hui un des principaux fléaux du monde moderne. Les retards de croissance touchent environ 195 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement et on estime également à 129 millions le nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale. Plus d'un tiers de ces décès infantiles sont dus à la malnutrition (UNICEF, 2009).

La malnutrition sous toutes ses formes est responsable à court terme de 53% des décès des enfants moins de 5 ans. Les conséquences à long terme ont un coût humain, social et économique énorme. Elle altère le développement cognitif, augmentent la susceptibilité à l'obésité et aux maladies chroniques (César et al, 2008).

Hormis le continent asiatique qui compte à bien des égards le plus grand nombre de cas, la situation en Afrique et surtout dans les pays sahéliens reste une source d'inquiétudes et de préoccupations. La récurrence des crises alimentaires dans cette zone subsaharienne est un fait depuis plus de deux décennies.

Au Niger, la situation nutritionnelle est un grave problème de santé publique. Deux crises alimentaires en moins de 5 ans témoignent de l'ampleur de la situation. Pour 2010, les taux de malnutrition globale et chronique sont respectivement de 16.7% et de 46.9% dépassant de loin le seuil critique d'urgence de l'OMS qui est de 10% (INS, 2010).

Climat aride, sécheresse, insécurité alimentaire et pauvreté accrue ainsi qu'une démographie galopante sont les multiples facteurs et handicaps auxquels fait face le pays. L'impact de l'insécurité alimentaire sur l'état nutritionnel est une réalité : partout où règne l'insécurité alimentaire, il ya un risque de malnutrition (Sphère, 2004). A cela s'ajoute une autre cause sous-jacente de la malnutrition : les pratiques alimentaires inadéquates.

La « *Déclaration d'Innocenti de 2005* » sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) souligne que les mauvaises pratiques alimentaires demeurent la plus grande menace pour la santé et la survie de l'enfant (Sokol E., et al, 2007).

Ce travail s'inscrit dans la perspective d'une meilleure compréhension des pratiques alimentaires associées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Niger. L'objectif étant de contribuer à la lutte contre la malnutrition.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Identifier les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que les obstacles à la promotion d'une meilleure alimentation.
- Permettre une meilleure prise en compte des spécificités locales pour élaborer des stratégies adaptées au contexte nigérien.

Pour atteindre ces objectifs, une enquête qualitative a été réalisée auprès des mères afin de mieux comprendre les raisons qui sous-tendent ces pratiques d'alimentaires.

La première partie du travail retracera le contexte, la problématique et les généralités sur les pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que les recommandations et stratégies proposées au niveau international et national.

Ensuite suivra la revue bibliographique (cadre théorique) et la méthodologie appliquée pour l'enquête de terrain.

Enfin les résultats et la discussion seront présentés, suivis du projet professionnel.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'environnement socio-économique d'un pays influence considérablement les causes de la malnutrition. L'ensemble des ressources naturelles disponibles dans une région, sa situation géo-climatique, son développement économique et technologique ont une répercussion directe sur la malnutrition. La qualité des ressources humaines et le niveau d'éducation de sa population y jouent également un rôle majeur. A tous ces facteurs s'ajoute le cadre politique qui pose son empreinte sur la manière dont ces ressources potentielles sont exploitées et dans notre cas pour la sécurité alimentaire, les services de soins et l'éducation nutritionnelle des populations (Dabo *et al*, 2008).

1.1 Contexte de l'étude

Le NIGER, vaste pays sahélien d'Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1.267.000 Km² où vit une population d'au moins 15 millions d'habitants, est l'un des plus pauvres au monde étant classé parmi les derniers sur l'échelle d'indice de développement humain (IDH) : 167^{ème}/169 (PNUD, 2010). Le climat est globalement sahélien. La grande majorité de la population nigérienne est rurale et vit en dessous du seuil de pauvreté avec moins d'un dollars U\$/jour (63% de la population et 33% extrême pauvreté). Bien que l'agriculture soit la première activité économique avec 85% de la population active, les conditions climatiques très difficiles. Les pluies, très mal réparties (moins de 150 mm au Nord et 800 mm au Sud par an) ne permettent pas d'atteindre l'autosuffisance alimentaire. Les moyens mis en œuvre pour le développement du secteur agricole sont bien faibles. La démographie est galopante avec un des taux d'accroissement le plus élevé au monde 3.3% qui n'améliore pas la situation.

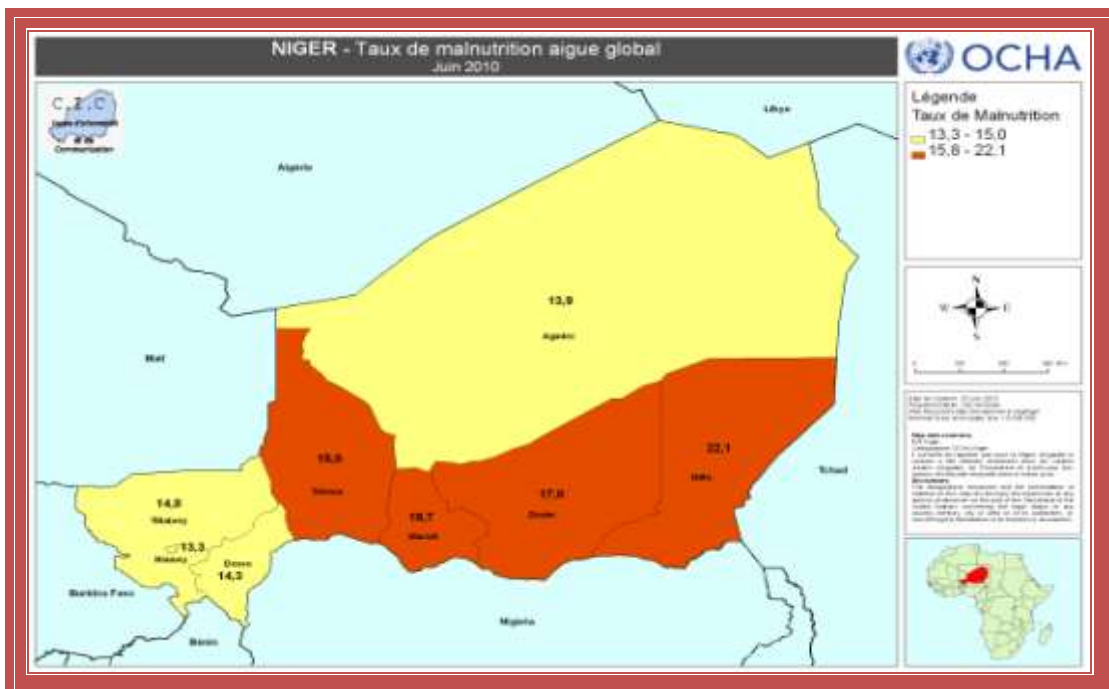


Figure 1 La carte du Niger, sa localisation en Afrique et le taux de malnutrition aiguë globale par région

Source : OCHA, 2010

Aussi, ayant un des sous-sols le plus riche d'Afrique Subsaharienne avec d'importantes réserves d'uranium (6^{ème} producteur mondial) de charbon (50 millions de tonnes), de phosphates mais aussi de pétrole (en voie d'exploitation), le Niger est un cas typique du « *syndrome hollandais* », où malgré l'exploitation des ressources minières la paupérisation de la population ne fait que croître avec un taux de pauvreté d'au moins 60%. Les ressources naturelles sont très inégalement réparties et ne sont pas utilisées pour le développement du pays (MSP, 2006).

L'accès aux soins de santé est très faible ce qui fait que les indicateurs de santé sont alarmants au Niger. Selon l'INS et l'UNICEF-Niger (2010), les principaux indicateurs nutritionnels et sanitaires en rapport avec la santé de l'enfant sont les suivants :

- taux de mortalité maternelle : (pour 100.000 naissances) : 648
- taux de mortalité infanto-juvénile : (pour 100.000 naissances vivantes) : 198
- taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances) : 81
- pourcentage de femmes accouchant sans la présence d'une personne qualifiée : 70
- pourcentage de jeunes enfants vaccinés contre les 6 maladies infantiles : 29
- pourcentage d'enfants ayant un petits poids de naissance: 27%
- carences en vitamine A : 40%
- enfants souffrants d'anémie : 9 /10
- enfants souffrants de malnutrition globale : 16.7%
- enfants souffrants de malnutrition aigüe sévère : 3.2%
- enfants souffrants de malnutrition chronique : 46.9%
- espérance de vie à la naissance : 52.5
- population ayant accès à l'eau potable : 46%.

Source : INS, UNICEF-Niger, 2010

Cette faible couverture sanitaire est liée à une insuffisance d'infrastructures et de personnel qualifié. Ces facteurs associés à l'insécurité alimentaire sont les causes de base qui contribuent à la malnutrition. Un autre facteur de base est le niveau d'éducation qui est l'un des plus bas de la sous-région avec un taux de scolarisation brut de 62.6% et une durée moyenne de scolarisation de 1.4 années. (PNUD, 2010). Le taux de scolarisation des jeunes filles est de 53.5%. En effet, il existe une relation directe entre le niveau d'éducation des femmes et l'état nutritionnel des enfants. En 2010, l'indice de la faim dans le monde fait ressortir que le faible statut social des femmes ainsi que leur accès limité à une nourriture suffisante et à l'éducation constituent les principaux facteurs responsables de la forte prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans (Von Grebmer et al, 2010).

1.2 Justification de la problématique

Au Niger, la malnutrition constitue un véritable problème de Santé Publique. La situation est caractérisée par une prédominance des carences nutritionnelles dont les conséquences agissent négativement sur la santé, l'éducation, la productivité surtout chez les groupes les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants.

Outre une disponibilité et une diversité des aliments très faibles, ce phénomène est surtout lié à la qualité des aliments consommés en nutriments essentielles. A cela s'ajoutent des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui ne permettent pas une bonne croissance des enfants et suivent une tradition ancrée. Ces pratiques sont loin des recommandations internationales de l'OMS relatives aux pratiques adéquates pour la nutrition et l'alimentation des enfants. Au Niger comme ailleurs l'interaction entre nutrition, habitudes alimentaires, mode de vie et appartenances culturelles et sociales est un fait. Ainsi, la dimension culturelle dans l'alimentation est très forte au Niger d'où l'intérêt de prendre en compte ces pratiques culturelles en vue d'élaborer des stratégies favorisant de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

C'est dans ce cadre que nous avons réalisé une enquête de terrain auprès des mères pour évaluer la situation, les modes d'alimentation ainsi que les pratiques culturelles en cours dans deux zones périphériques de Niamey la capitale du Niger.

Pour ce faire, nous avons élaboré un guide d'entrevue pour collecter les informations. Pour réaliser ce guide nous nous sommes posés quelques questions pour orienter notre recherche :

- Quelles sont les pratiques d'alimentations en cours auprès de la population d'étude ?
- Qu'est ce qui sous-tend la perpétuation de ces pratiques ?
- A quel moment débute l'alimentation de complément ?
- De qui dépend le choix de l'alimentation ?
- De quel ordre est l'influence des membres de la famille et du milieu social ?
- Quels conseils et recommandations ces mères reçoivent-elles pour les guider dans leurs pratiques ?

Nous formulons l'hypothèse que les pratiques traditionnelles d'alimentation en cours influencent l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant de 0 à 24 mois au Niger.

Les résultats obtenus permettront d'élaborer des suggestions en vue de l'amélioration de ces pratiques où la culture joue un rôle prépondérant.

1.3 Cadre conceptuel du problème

Le cadre conceptuel des pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément nous permet de mieux comprendre le problème auquel nous sommes confrontés.

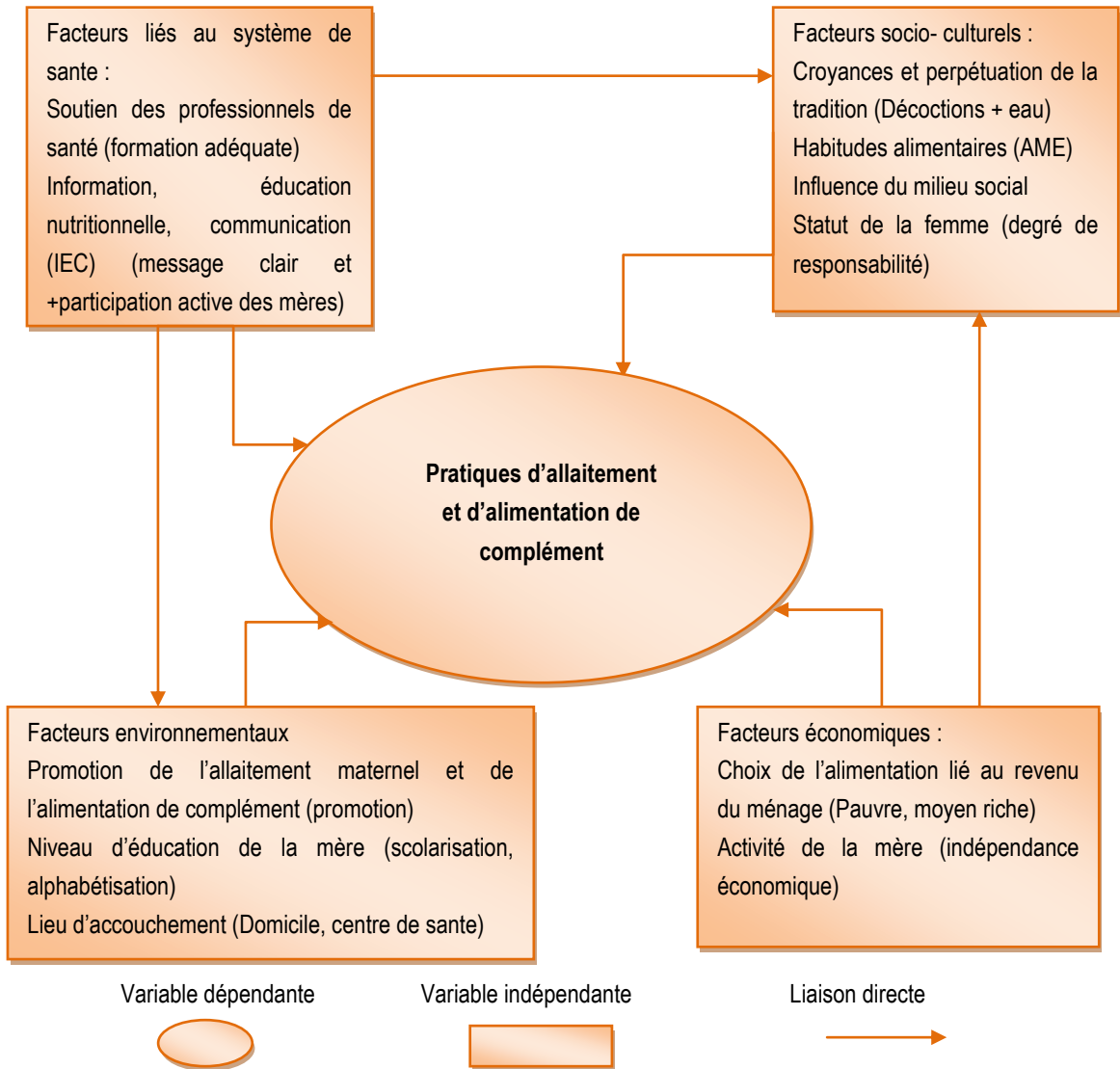


Figure 2 Déterminants sociaux des pratiques d'allaitement et d'AC

1.3.1 Facteurs socio-culturels

Les facteurs socioculturels qui relèvent directement des croyances et habitudes alimentaires influent énormément sur le mode d'alimentation des enfants. Dans le milieu social nigérien comme dans beaucoup d'autres sociétés africaines et même dans les sociétés occidentales, l'avis des mères, belles mères et aussi celui des aînés comptent beaucoup. Ainsi lors de la grossesse, de l'accouchement et de l'alimentation d'un enfant, la femme est assistée et conseillée. Cependant, cette influence est beaucoup plus marquée en Afrique où la femme est en quelque sorte obligée de s'y plier par peur d'être

réprimandée ou écartée de la vie sociale. Sans oublier le statut de la femme qui est faible, où la prise de décision est conditionnée par l'accord de son époux.

1.3.2 Facteurs liés au système de santé

Le soutien des professionnels de santé : les agents de santé eux-mêmes ne sont pas convaincus de la pratique de l'AME. La pratique de l'AME est faible au sein même de ce corps médical. Comment alors faire passer un message clair et compréhensif aux futures mères ?

Le message d'IEC nutritionnel n'est pas adapté car il ne prend pas en compte les connaissances des mères.

1.3.3 Facteurs environnementaux

La promotion de l'allaitement maternel par des campagnes de sensibilisation audio-visuels et des affiches est à un niveau très bas. Cet état de fait est normal car les facteurs environnementaux sont fortement liés à la politique de sanitaire.

Le niveau de scolarisation des filles et l'alphabétisation des femmes sont très faibles. Plusieurs études ont montré la corrélation entre le niveau d'éducation et l'état nutritionnel des enfants et des mères (Pridmore et Carr-Hill, 2010 ; Litte-Ngounde, 2004).

Le lieu d'accouchement a également une influence sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La probabilité qu'un enfant reçoive du colostrum qui est d'une importance capitale pour la santé de l'enfant est plus élevée lorsqu'il naît dans un centre de santé par rapport à un accouchement à domicile.

1.3.4 Facteurs économiques

Le choix de l'alimentation est aussi fortement lié au revenu du ménage. Le niveau économique lorsqu'il est moyen permet une alimentation plus variée et donc un équilibre alimentaire bien qu'il soit influencé par les traditions alimentaires. L'absence d'une activité économique de la mère n'améliore pas l'état nutritionnel de la famille.

La question qui se pose alors est : « comment aider les mères à améliorer les pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants en tenant compte de l'impact des facteurs socioculturels, environnementaux, économiques et sanitaires ? ».

1.3.5 Spécification du thème

Nous donnons la spécification du sujet de l'étude dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Spécification du thème de recherche

Domaine d'étude :	La nutrition
Thème :	L'état nutritionnel des enfants de 0 à 24 mois
Problème général :	Lié aux pratiques culturelles et traditionnelles d'ANJE
Question générale :	Comment les pratiques traditionnelles et culturelles influencent l'état nutritionnel des enfants ?
Questions spécifiques :	<p>Quelles sont ces pratiques ?</p> <p>Qu'est ce qui sous-tend la perpétuation de ces pratiques ?</p> <p>Comment les mères perçoivent elles l'allaitement maternel exclusif ?</p> <p>De qui dépend le choix de l'alimentation ? L'influence des membres de la famille et du milieu social est de quel ordre ?</p> <p>Quels conseils et recommandations ces mères reçoivent-elles pour les guider dans leurs pratiques</p>

Source : Adapté de (Gauthier, 1990)

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

C'est au cours des deux premières années de la vie que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu tout au long de sa vie (Wilkinson & Marmot, 2004). Or, à ce stade de la vie, ce sont les pratiques sociales et celles de la mère qui sont d'une grande importance car l'alimentation du nourrisson et de l'enfant dépendent de cette culture sociale et des connaissances maternelles. Des pratiques d'alimentation inadéquates lors de la période post-natale augmentent le risque de décès, de maladies et de malnutrition (Quinn et al, 2006).

2.1 Besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant

Une des particularités des mammifères est de produire un lait spécifiquement adapté à tous les besoins de leurs petits. La lactation est une caractéristique qui confère un avantage particulier en ce qui concerne la survie du petit de l'espèce. Ce qui est exacte pour les autres mammifères l'est aussi pour l'homme (La Lèche League, 2009).

2.1.1 Besoins nutritionnels du nourrisson : de 0 à 6 mois et de 6 à 24 mois

Les besoins nutritionnels du nourrisson doivent lui assurer un état de santé normal. Les apports nutritionnels conseillés sont destinés à couvrir la dépense énergétique de repos, la thermorégulation, la transformation des nutriments en source d'énergie et l'activité physique. (Apefelbaum et al, 2004).

Le lait est l'aliment essentiel et unique du bébé. Il suffit à couvrir tous ses besoins. Les besoins en énergie du nourrisson représentent la somme des besoins de maintenance et de croissance. Le lait maternel permet une croissance et un développement normal de l'enfant au moins jusqu'au 6^{ème} mois

Le tableau 2 indique la progression des besoins caloriques avec l'âge ainsi que les quantités journalières recommandées en protéines, en fer, et en Vitamine A.

Tableau 2 : Apports nutritionnels recommandés pour les jeunes enfants

Age	Nouveau né	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	1 à 2 ans	2 à 3 ans
Poids (Kg)	3 à 4	7	8.5	9.5	11	13.5
Energie (Kcal/j)	110	700	810	950	1150	1350
Protéine (g/j)	*	17	20	20	23	23
Vitamine A (*	*	300	300	250	250
Fer (mg/j)	*	*	7	7	7	7

Source : Adapté de Jacotot B. et Campillot B., 2003 ; Dillon, 2000)

* : Les besoins en protéines, vitamines A et en Fer sont apportés à l'enfant par l'allaitement maternel

Pour pouvoir bien croître le nourrisson a donc besoin d'apports adéquats en protéines, en lipides, en glucides, en acides gras essentiels, en minéraux et vitamines. Le lait maternel est le meilleur aliment qu'un jeune enfant puisse recevoir. Il fournit presque tous les nutriments essentiels nécessaires, des facteurs de croissance et des composants immunologiques uniques (Leung et Sauve, 2005).

Mais ces besoins diffèrent selon l'âge de l'enfant. Plus l'enfant croît, plus la quantité de lait dont il a besoin augmente. Cependant la production de lait maternel est suffisante pour maintenir la croissance des nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois. La fréquence de l'allaitement maternel stimule la sécrétion de lait. Pratiquement toutes les mères peuvent allaiter leurs bébés. La mère aura davantage de lait si elle ne donne que le lait maternel et qu'elle allaite plus souvent (Unicef, 2002). Contrairement à ce que l'on croit habituellement, pratiquement toutes les mères, à moins qu'elles ne soient gravement mal nourries, peuvent produire une quantité suffisante de lait maternel. C'est la fréquence des tétées et une bonne position au sein qui sont les facteurs qui influencent le plus la production de lait et non pas l'état nutritionnel de la mère (Quinn et al, 2006). Cependant n'oublions pas que l'état de santé et l'état nutritionnel de la mère sont intimement liés à celui de son enfant. La mère et son enfant forment une unité biologique et sociale ; ils partagent les mêmes problèmes de malnutrition et de santé. (OMS, 2003). Donc pour qu'un allaitement soit optimal les besoins nutritionnels de la mère doivent être assurés.

2.1.2 Avantages de l'allaitement maternel exclusif

- *Avantages pour l'enfant*

L'allaitement maternel exclusif (AME) constitue le mode d'alimentation le plus adéquat pour le nourrisson durant les premiers mois de sa vie. La mise au sein immédiate de l'enfant après la naissance lui permet d'avoir son premier aliment qui est le colostrum dont les propriétés anti-infectieuses constituent le premier vaccin de l'enfant. Le lait maternel protège des maladies et favorise le développement du système immunitaire infantile (OMS, 2003). Le rôle le plus important de l'allaitement maternel est l'effet protecteur contre les infections gastro-intestinales, qui est observé non seulement dans les pays en développement mais également dans les pays industrialisés (Kramer et al, 2001).

De part sa composition, le lait maternel est très digeste et le mieux adapté aux besoins du nourrisson. Le lait maternel est constitué de 88% d'eau et répond aux besoins en eau d'un nourrisson même dans les climats chauds et secs. Il permet une croissance optimale du bébé en lui apportant des acides gras essentiels pour le développement de son cerveau et des anticorps le protégeant des infections que nul autre lait ne peut apporter. Sa composition varie au cours de la tétée, en s'enrichissant en graisses au fur et à mesure que le sein se vide ou lorsque les tétées se rapprochent, mais aussi au cours de la journée et au fil des mois pour s'adapter aux besoins du bébé qui grandit (PNNS, 2009).

L'AME protège les nouveau-nés contre les grandes causes de décès, telles que la septicémie, les infections respiratoires aiguës (IRA), la méningite et la diarrhée (Haider et al, 1997). Une supplémentation en eau augmente les risques de malnutrition (Linkages, 2004). Les nourrissons allaités exclusivement au sein pendant six mois ou plus présentent une diminution statistiquement significative du risque d'infections gastro-intestinales, comparativement aux nourrissons allaités exclusivement au sein pendant trois mois (Kramer et al, 2001).

L'allaitement maternel répond aux besoins affectifs du tout petit et renforce ses liens avec sa mère (Burby B., 2005). Dans les pays en voie de développement (PED) où les conditions économiques et d'hygiène sont précaires, l'AME est la meilleure façon de protéger les nourrissons des maladies liées à l'hygiène. L'allaitement est associé à une réduction considérable de la mortalité infantile, d'autant plus marquée que les enfants sont plus jeunes. En l'absence d'allaitement, le risque de décès est respectivement 5,8 fois et 2,6 fois plus élevé chez les enfants âgés de 2 à 3 mois et ceux âgés de 6 à 8 mois (Turck D., 2010). En cas de maladies et lorsque la perte d'appétit pour les autres aliments est considérable, l'allaitement maternel fournit les calories et les protéines nécessaires à l'enfant.

- *Avantages pour la mère*

La santé de la mère est nettement améliorée vu que l'allaitement réduit le risque d'hémorragies du post-partum d'où la prévention de l'anémie, du risque de cancer du sein et des ovaires chez les femmes pré-ménopausées et celui de fracture de la hanche chez les femmes de plus de 65 ans (Burby, 2005). L'AME favorise la perte de poids liée à la grossesse grâce à une dépense calorique importante. Il réduit également le risque de tomber enceinte, c'est une méthode naturelle d'espacement des naissances lorsqu'il est bien pratiqué (Noirhomme et al, 2006)

Sur le plan économique, cet allaitement allie trois qualités idéalement recherchées : le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante (Beaufrere et al, 2000,)

L'allaitement maternel est moins onéreux, toujours prêt à l'emploi à une température idéale et livré dans un emballage agréable au bébé. L'allaitement maternel exclusif offre donc les meilleurs avantages aussi bien pour l'enfant que pour la mère car il améliore significativement leur état de santé. La poursuite de l'allaitement au sein au-delà de la première année de vie permet d'assurer une contribution nutritionnelle importante à l'enfant (OPS, 2003).

2.1.3 Caractéristiques de l'alimentation de complément

L'alimentation de complément est définie comme le processus qui débute lorsque le lait maternel seul ne suffit plus pour satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons (Linkages, 2004). Dans de nombreux PED, ce processus constitue en revanche un événement d'une portée très négative sur le plan nutritionnel par la difficulté d'accès aux aliments de bonne qualité nutritionnelle (indisponibles ou trop chers), des services de santé peu efficaces, des conditions d'hygiène inadéquates et une éducation maternelle insuffisante. Ces problèmes peuvent entraîner l'enfant dans un cycle d'infections et de malnutrition (Moursi, 2009).

Les pratiques complémentaires appropriées dépendent de plusieurs critères telles que : la quantité, la qualité, la consistance, la variété et la fréquence des aliments. Ces critères garantissent les apports nutritionnels adéquats. Aussi, une recherche locale est nécessaire pour déterminer la meilleure combinaison d'aliments pour arriver à ces niveaux d'apports indispensables pour la croissance de l'enfant.

Cependant, deux facteurs cruciaux, la contamination bactériologique et la valeur nutritive médiocre de l'aliment de complément expliquent que la malnutrition soit si fréquente entre 6 mois et 2 ans. Aussi, une importance particulière doit être accordée aux pratiques d'hygiène et de conservation des aliments qui sont les premières causes de diarrhée (OPS, 2003). En effet, une alimentation complémentaire appropriée encourage la croissance et empêche la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 24 mois (OPS, 2003).

Dans la plupart des PED, les aliments de complément sont traditionnellement introduits assez tôt, typiquement au cours des premiers mois de la vie de l'enfant (King J et Ashworth A., 1991). Au Niger par exemple, 40% des mères pensent qu'une alimentation de complément doit être donnée au cours des 3 premiers mois et 33% des enfants de ce groupe d'âge ont déjà reçu des aliments solides (INS, 2007). Les premiers aliments de complément traditionnellement donnés à l'enfant sont des bouillies préparées le plus souvent à partir de farines de céréales. Des racines de tubercules, ou des légumineuses ou un mélange des trois sont aussi utilisées pour la confection des farines (Trèche et al, 1995). Aussi, les carences en micronutriments particulièrement ceux considérés d'une importance capitale tels que la vitamine A, le fer et le zinc découlent de ces farines.

2.2 Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adéquates

L'AME jusqu'à 6 mois et une alimentation de complément sont l'un des moyens les plus efficaces pour préserver la santé et assurer la survie de l'enfant. Le fait que les enfants ne soient pas toujours allaités exclusivement au sein durant les 6 premiers mois de leur vie entraîne plus d'un million de décès par an (UNICEF, 2009). A partir de 6 mois le lait maternel est à ce stade insuffisant pour subvenir aux besoins nutritionnels et énergétiques de l'enfant. C'est pour cela qu'une diversification alimentaire progressive est préconisée.

C'est pour cette raison que l'OMS et l'UNICEF ont conjointement adopté en 2003 *la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* dont l'une des priorités est l'atteinte d'un des objectifs du millénaire pour le développement : la réduction de la mortalité infantile de moitié d'ici 2015 (OMD 4). Cette stratégie vise l'amélioration de l'état nutritionnel c'est-à-dire le développement, la croissance et la santé des enfants.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie est reconnue comme la stratégie la plus importante pour que la région atteigne l'Objectif du Millénaire pour le Développement en rapport avec la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Cependant, le taux de l'allaitement maternel exclusif dans la région (moins de 20%) reste parmi le plus bas au monde (Sokol A. et al, 2007).

- *Récapitulatifs des pratiques et régimes alimentaires recommandées par la Stratégie mondiale*

Les recommandations internationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont résumées dans les tableaux 3 et 4 ci-dessous.

Tableau 3 : Alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois

Etape 1	Mise au sein dans l'heure qui suit la naissance
Etape 2	Adopter de bonnes techniques d'allaitement (Bon positionnement
Etape 3	Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
Etape 4	Fréquences des tétées sur demande, même de nuit (8 à 12 tétées/24h toutes les 2 à 3h)

Source : Linkages, 1999

Tableau 4: Alimentation de l'enfant de 6 à 24 mois

Etape 1	Continuer à allaiter sur demande, jusqu'à 24 mois et au-delà
Etape 2	Introduire des aliments complémentaires aux alentours de 6 mois
Etape 3	Accroître la quantité d'aliments au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant un allaitement fréquent
Etape 4	Accroître la fréquence de l'alimentation complémentaire que l'enfant grandit, en utilisant une combinaison de repas et de goûters.
Etape 5	Augmenter progressivement la consistance de la nourriture et la variété de l'alimentation en adaptant le régime aux besoins et aux capacités de l'enfant
Etape 6	Diversifier le régime alimentaire de la mère allaitante et de l'enfant en incluant des fruits, des légumes et des aliments fortifiés et/ou autres produits pour animaux pour améliorer la qualité
Etape 7	Pratiquer l'alimentation active
Etape 8	Pratiquer l'alimentation fréquente et active pendant et après la maladie
Etape 9	Adopter les bonnes mesures et pratiques d'hygiène et de bonnes pratiques de préparation des aliments.

Source : Linkages, 1999

Notons qu'une supplémentation en vitamine A pour les mères dans les zones à risques est nécessaire pour apporter la quantité de vitamine A qu'il faut pour l'enfant.

L'allaitement maternel est une source irremplaçable de matière grasse et de vitamine A lorsque les aliments complémentaires n'apportent pas les quantités nécessaires d'éléments nutritifs clés en raison soit d'un apport insuffisant, soit d'une mauvaise disponibilité (Onyango et al. 2002). Il est donc indispensable de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans.

A la lumière des bénéfices scientifiquement démontrés pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère, l'AME et l'AC adéquates représentent à court, moyen et long terme une question de santé publique (Ndongo J-P, 2010).

2.3 Situation actuelle au Niger

Nous présentons l'état de prévalence des différents types malnutrition au Niger dans la sous section suivante.

2.3.1 Prévalence de la malnutrition

Les taux de prévalence de sous nutrition globale et chronique sont alarmants et constants au Niger. Le droit à l'alimentation qui est un droit universel reconnu n'est pas respecté car les objectifs du millénaire pour le développement (OMD 1 et 4) sont loin d'être atteints. La situation nutritionnelle de l'enfant est préoccupante.

Tableau 5 : Indicateurs nutritionnels

Années	Prévalence Sous-nutrition aigue globale	Prévalence Sous-nutrition chronique globale	Taux de mortalité infantile
2005	15.3	50	Pas de données
2006	10.3	48.8	1.08
2007	12.3	43.4	1.81
2008	11.6	47.2	1.53
2009	12.3	46.3	-
2010	16.7	48.1	1.22

Source : Enquêtes nutrition et survie de l'enfant de 6 à 59 mois (2005-2010)

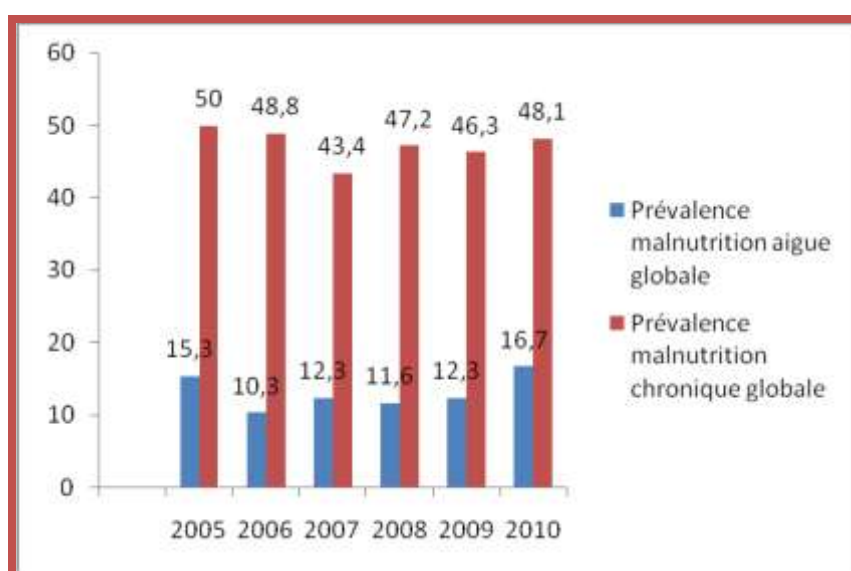


Figure 3 Tendence de la malnutrition aigue globale et chronique de 2005 à 2010

La prévalence de la malnutrition évolue malheureusement en s'aggravant. Le tableau 5 relate l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois des 6 dernières années. Le taux de malnutrition chronique est généralement de 50 % ce qui veut dire que 1 enfant sur 2 au Niger souffre d'un retard de croissance.

Les taux de malnutrition aigüe caractérisée par une insuffisance pondérale sont les signes de la détérioration de la situation nutritionnelle. D'après les résultats observés, la prévalence de la malnutrition aigüe globale était 15.3% en 2005 (CDC, 2005) et on remarque qu'elle a baissé jusqu'à atteindre un taux de 10.3% en 2006 (INS, 2006). En 2007, ce taux est de 12.3% (INS, 2007) pour atteindre 11.6% en 2008 (INS, 2008) et remonté à 12.3% en 2009 (INS, 2009).

Déjà supérieur aux seuils d'alerte en 2009, la malnutrition aigüe au Niger a encore franchi en juin 2010 les seuils d'urgence avec près de 16.7% d'enfants touchés. Cette détérioration de la situation peut s'expliquer sans doute par la mauvaise campagne agricole, étroitement liée à la mauvaise pluviométrie enregistrée. Malheureusement, ces taux élevés de malnutrition enregistrés cette année font que le Niger subit encore une crise alimentaire qui selon les estimations toucheraient plus de 1.2 million d'enfants (UNICEF- Niger, 2010).

En général, la prévalence de la malnutrition globale au Niger est restée critique ces dernières années. Ce chiffre se situe au dessus du seuil de 10% qui est considéré comme seuil d'alerte par l'OMS.

Ainsi les résultats de ces enquêtes successives ont permis de donner des précisions sur la situation nutritionnelle en vue d'une meilleure orientation des interventions auprès des populations à risque.

Quant au taux de mortalité des moins de 5 ans, il reste toujours très élevé en 2010 avec plus de 1 décès pour 10000 naissances par jour (INS, 2010).

La situation nutritionnelle de l'enfant est catastrophique : « *Au Niger, un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre son cinquième anniversaire* » selon le représentant actuel de l'UNICEF au Niger, Guido Cornale.

2.3.1 Pratiques culturelles

Dans toutes sociétés, l'alimentation suit les us et coutumes en vigueur. Les rites et pratiques sont transmis aux jeunes mères inexpérimentées, par leurs aînées que sont les mères, les belles mères, et les voisines. Ce savoir faire transmis est encore respecté aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines. L'utilisation des décoctions de plantes données sous forme de tisanes dès la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans est fortement répandue pour traiter l'évacuation du méconium, les douleurs abdominales, les diarrhées. La consommation d'eau est aussi très courante dans les contrées chaudes. Ces pratiques ancrées dans nos cultures et traditions sont souvent difficiles à changer ; la nouvelle mère est sous l'emprise de la communauté (Dao, 2007).

Les facteurs socioculturels sont à l'origine d'une mauvaise nutrition et de problèmes de santé. Une information incorrecte, glanée auprès de la famille, des voisins et des amis, ainsi que les mythes locaux peuvent conduire à des pratiques nutritionnelles qui ne présentent pas tous les avantages requis pour

les mères et les nouveau-nés (Quinn et al, 2006). L'attachement des individus à leur culture les conduit des fois à adopter des comportements par rapport à ces normes et valeurs, même si celles-ci peuvent compromettre leur santé ou celle de leurs enfants (Litte-Ngounde, 2004).

2.3.2 Utilisation des décoctions de plantes dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Les décoctions de plantes occupent une place importante dans les pratiques d'alimentation au Niger. La pharmacopée traditionnelle fait partie du paysage local. Ces plantes sont utilisées pour leurs propriétés médicinales. Leur utilisation sous forme de tisanes dès la naissance jusqu'à 2 ans est fortement répandue pour traiter l'évacuation du méconium, les douleurs abdominales, les diarrhées, la dentition. Appelées communément « Guitti » ou « Bowri », ces feuilles, écorces ou racines sont disponibles et accessibles sur les marchés. Leur utilisation remonte à fort longtemps. Les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF pour l'AME sur ce point sont loin d'être suivies.

Quelques plantes couramment utilisées pour les soins apportés aux nourrissons et aux jeunes enfants sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 6 : quelques espèces de plantes utilisées pour la préparation des décoctions.

Nom scientifique
Tephrosia obcordata
Bauhinia rufescens
Blepharis linariifolia
Tacazzea Apiculata

Source : (Blench et Mallam, 2007)

2.3.3 Alimentation de complément (AC)

Au Niger une grande catégorie des jeunes enfants souffre de malnutrition et cela s'observe dès le début de la diversification alimentaire. Les enfants reçoivent les AC soit trop tôt ou trop tard. L'implication de la femme dans les travaux champêtres constitue une raison (INS, 2007). Les enfants séparés de leur mère plusieurs heures par jour, sont laissés sous la garde d'une autre personne, souvent la grand-mère ou la grande sœur, avec une provision d'aliments autre que le lait maternel. L'expression du lait maternel n'est pas connue et donc elle n'est pas considérée comme une solution envisageable (INS, 2007).

Cette alimentation de complément commence par des bouillies traditionnelles ou par le plat familial. Ces deux types d'alimentation présentent des inconvénients, l'une par l'insuffisance des besoins nutritionnels, l'autre par l'inadéquation de l'alimentation adulte au tube digestif de l'enfant.

Plusieurs campagnes d'éducation nutritionnelle ont été menées pour inciter les mères à améliorer leurs bouillies par l'ajout à la farine de produits locaux disponibles et accessibles ayant une qualité nutritionnelle avérée tels que le niébé et l'arachide. Les résultats escomptés visant l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation infantile n'ont pas été observés et cela pour plusieurs raisons :

- les mères ne perçoivent pas l'intérêt de ces farines ;
- elles ne savent pas les préparer ;
- l'indisponibilité et l'inaccessibilité des produits tout au long de l'année ;
- l'insuffisance de temps, de moyen financier, et parfois même de combustible pour la préparation de la bouillie (INS, 2007).

2.3.4 Point sur les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément (2006-2009)

L'allaitement maternel des enfants est une pratique courante au Niger au moins 80% des enfants nigériens sont allaités (8 enfants sur 10), mais c'est l'allaitement maternel exclusif qui fait défaut avec un taux très faible avoisinant les 10% pour l'année 2009. Il était de 4.4% en Juin 2007 et 2008 mais de 2.4% en 2006. Malgré un taux encore faible, on observe ici une amélioration de la pratique.

Tableau 7 : pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément.

Taux	Années	2006	2007	2008	2009
AME		2.4	4.4	4.4	9.9
Don de colostrum		81.9	87.2	94.9	86.1
AM + eau		48.6	49.2	54.1	51
AM + autres liquides		17.9	17.6	20.1	18.0
AM+ aliments de complément (0à6mois) et (6 à 9mois)		20.6	15.6	16.7	15.1
		73.7	72.7	66.0	52.1

Source : Adapté des rapports de l'INS de 2006 à 2009

Notons que la grande majorité des enfants reçoivent le colostrum qui les protège contre de nombreuses maladies. Ce taux se situe à 81.9% en 2006, 87.2% en 2007, 94.9% en 2008 et 86.1% en 2009. Dans la majorité des cas, le lait maternel est donné aux enfants soit avec de l'eau ou avec des décoctions de plantes traditionnelles ou parfois avec d'autres laits. Cette pratique reste le type d'allaitement prédominant au Niger. Ce sont ces pratiques inadéquates qui entraînent des conséquences néfastes pour l'enfant telles que les diarrhées et les IRA qui sont une des causes de mortalité infantile.

Quant à l'alimentation de complément bien qu'elle soit habituellement pratiquée pour les enfants de 6 à 9 mois plus de 50% des enfants (73.7% en 2006, 72.7% en 2007, 66% en 2008 et 52.1% en 2009), il est tout de même assez mal pratiqué. On remarque aussi un recul de cette pratique. La qualité de l'alimentation est trop faible et la quantité n'est pas suffisante. A cela s'ajoute les tabous alimentaires qui limitent la diversification des aliments. On remarque aussi que l'alimentation de complément débute précocement chez certains enfants. Un quart d'entre eux, en général ceux âgés de 0 à 6 mois 20.6% (2006), 15.6 % (2007), 16.7% (2008), 15.1% (2009) sont initiés très tôt à d'autres aliments inadaptées à leur âge. Les enfants sont essentiellement nourris de bouillies à base de mil et de décoctions. Ceci montre l'apport inadéquat des nutriments qu'ils reçoivent qui est le précurseur de la malnutrition.

D'après l'étude profils du Niger, la mortalité due aux pratiques inadéquates de l'allaitement maternel était estimée à 15%. Ce taux correspond à 9 626 décès d'enfants chaque année. Les pertes économiques liées aux mauvaises pratiques d'allaitement maternel sont estimées à 100 milliards FCFA chaque année, plus de deux fois le budget actuel du Ministère de la Santé Publique (MSP, 2006).

2.3.5 Statut de la femme dans la société

La prise de décision au sein des ménages est aussi une caractéristique culturelle qui influence l'état nutritionnel des enfants. Les décisions sont prises par les autres membres de la société (époux, belles-mères, mères et grand-mères) alors que l'alimentation et la santé sont des fonctions qui concernent les mères. N'ayant aucun pouvoir décisionnel, elles assistent souvent impuissantes à la détérioration de l'état nutritionnel et sanitaire de leur progéniture.

Mariées jeunes, sans éducation transmise sur les questions de maternité et de sexualité, nombres de jeunes mères apparaissent être peu sûres d'elles et incapables de prendre des décisions concernant leurs bébés. En effet leur entrée dans le mariage ne change pas leur statut. Leur manque de confiance et leur inexpérience font que les décisions sont prises à leur place soit par leurs époux, leurs belles-mères ou leurs grands-mères (Poirson, 2008).

Le revenu du ménage provient principalement des activités économiques des hommes, les femmes en général s'occupent principalement des travaux ménagers et des enfants. Elles dépendent entièrement de ces ressources. Quand la mère a peu de contrôle sur les finances du ménage, les combinaisons alimentaires peuvent devenir hasardeuses, voire même dangereuses (Latham, 2001).

2.4 Politiques sanitaires et alimentaires au Niger

2.4.1 Politiques et lois adoptées

Le gouvernement nigérien, depuis son indépendance en 1960 fait face à des problèmes d'insécurité alimentaire et de malnutrition pour sa population.

Suite à la conférence internationale sur la nutrition tenue en 1992, le Niger a pris des engagements pour la mise en œuvre d'une véritable politique nutritionnelle basée sur des stratégies de prévention et de contrôle de l'ensemble des problèmes. En 1994, un plan national d'action pour la nutrition (PNAN) fut élaborée mais il ne fut pas adopté officiellement. En 2002, ce plan fut révisé et intégré à la SRP (stratégie de réduction de pauvreté)(Delsol et Martin-Prevel, 2005).

Suite à la crise alimentaire de 2005, et sous l'égide de l'UNICEF, un protocole national de prise en charge de la malnutrition fut amendé et validé. C'est le document de référence actuellement utilisé par les différents acteurs nationaux et internationaux intervenant dans le cadre de la nutrition.

Un plan d'action pour la nutrition élaboré pour la période 2007 à 2015 est resté sous forme de projet. En 2009, le protocole national de prise en charge de la nutrition est révisé pour intégrer les nouvelles courbes de l'OMS (MSP, 2009).

Il n'existe pas au Niger, une structure unifiée en charge de l'alimentation et de la nutrition mais plusieurs organismes sont rattachés au cabinet du premier ministre. D'après le site internet officiel du Secrétariat Général gouvernement il s'agit de Il s'agit de :

- OPVN : Office des produits vivriers du Niger a vu le jour avec la loi N° 70 – 17 DU 27 AOÛT 1970 portant création d'un Etablissement public de l'Etat chargé de la commercialisation des Produits vivriers ;
- SAP : Système d'Alerte Précoce créé par arrêté N°089/003 du 23 Octobre 1989 dont l'objectif est de contribuer à la prévention des catastrophes et l'apparition des crises alimentaires ;
- SNIS : Système National d'Information Sanitaire créé par arrêté N° 00100/MSP/CAB du 29 Août 1994 qui est un instrument d'évaluation de la situation sanitaire du pays ;
- CCA : Cellule de Crise Alimentaire créé par arrêté N° 0069/PM du 03 Septembre 2009 dont le rôle primaire est la gestion des crises alimentaires ;
- HASA : Haute Autorité à la Sécurité Alimentaire dont le projet de création a été adopté le 20 Mai 2010 par arrêté N° 10-185 en pleine crise alimentaire et dont les missions sont d'orienter de coordonner, et d'assurer le suivi-évaluation des actions de la sécurité alimentaire.

Depuis plusieurs décennies l'insécurité alimentaire et la malnutrition tendent à devenir une situation récurrente familière pour les populations nigériennes. Mais l'implication politique pendant les années 80 pour une autosuffisance alimentaire a élaboré des projets de développement d'envergure nationale tels que :

- la multiplication dans toutes les régions des cultures maraichères ;
- la mise en place de campagnes de sensibilisation et d'éducation nutritionnelles audiovisuelles.

Ces projets ont donnés des résultats significatifs d'amélioration. Cependant l'instabilité et le manque d'engagement politique de ces dernières années pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle ne font qu'aggraver la situation. Cela montre à quel point l'implication politique a une influence directe sur les indicateurs de la malnutrition.

Actuellement, l'absence d'un engagement de l'Etat du Niger pour l'adoption d'une politique nationale de nutrition qui prendra compte de tous les facteurs en cause et pour une coordination effective et opérationnelle de tous les organismes est indispensable.

2.4.2 Cadre institutionnel

Le Niger a adopté en 1991 la politique de district pour son système de santé. On compte actuellement 42 districts sanitaires sur le territoire. Niamey, la zone d'étude choisie en compte trois. Chaque district gère 4 types de structures de santé :

- Centre de santé intégré de type I (CSI I) ;
- Centre de santé intégrée de type II : CSI I + Maternité ;
- Hôpital de district ;
- Hôpital national de référence ;
- Centre de santé privé.

Les centres de santé intégrés assurent plusieurs types de service :

- les consultations curatives ;
- les consultations des nourrissons (vaccination, prise de poids, récupération nutritionnelle) ;
- les consultations prénatales ;
- les activités de planning familial.

Les cas de malnutrition sont pris en charge dans les centres de santé intégrés et au niveau des hôpitaux. Cependant vu l'ampleur de la situation nutritionnelle, les ONG et organismes internationaux mettent en place à travers tout le territoire des centres de récupération nutritionnelle (CREN).

On dénombre pour l'année 2010 plus de 800 centres (UNICEF- Niger, 2010). Cela a permis d'améliorer la prise en charge de la malnutrition et de réduire le taux de mortalité grâce à un dispositif nutritionnel à trois étages :

- les CRENI : pour les cas graves de malnutrition liés à des maladies ;
- les CRENAS : pour les cas de malnutrition sévère sans complications médicales;
- les CRENAM : pour les cas de malnutrition modérée.



Figure 4 Dispositif nutritionnel à trois étages ; Source : UNICEF-Niger, 2010

Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS (1981), ne fut adopté qu'en 1998 au Niger (Sokol E., 2007). Vu la situation nutritionnelle des enfants préoccupante, l'« Initiative Hôpitaux Amis des Bébés » (IHAB), a été mise en œuvre dès 1992. Ce qui a abouti à l'octroi du label *Hôpital Ami des Bébés* à 36 hôpitaux entre 1995 et 2005 (Bansimba T., 2007).

La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) est également célébrée chaque année sous le leadership de la première dame. Cependant la mise en œuvre effective de ces législations au niveau national requiert des dispositions et une capacité à faire appliquer le cadre législatif. Au Niger, où presque toutes les mères allaitent, la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel ne sont pas toujours considérés comme un problème qui requière l'attention du gouvernement (Sokol E., 2007).

CHAPITRE 3 : DEMARCHE METHODOLOGIE

3.1 Méthodes d'investigation

La présente étude s'appuie sur une démarche de terrain avec un outil d'entrevue semi-dirigée. Cette étude a concerné des acteurs impliqués dans l'éducation des enfants du moins ceux que nous avons rencontrés. Pour la revue de la littérature, il s'agissait pour nous d'analyser, des articles scientifiques et des recherches produits en milieu académique (thèses, mémoires, etc.). Les rapports issus des organisations internationales (OMS, UNICEF, etc.), des films documentaires, ainsi que tout autre document pouvant contribuer aux connaissances de la malnutrition. Le recours au témoignage a été d'une grande utilité.

3.2 Outils d'investigation

L'outil d'investigation principal utilisé pour obtenir les informations sur les pratiques d'ANJE est le guide d'entretien. Cette méthode se base sur un processus de communication verbale entre deux personnes de manière à recueillir des données. La technique fournit un cadre dans lequel la personne interviewée peut exprimer dans ses propres termes sa compréhension, ses opinions, ses sentiments, sur un sujet donné (Lefèvre, P., et De Suremain, C. H., 2002).

3.3 Technique d'entrevue

L'entretien semi-dirigé fait recours à la technique « *d'entonnoir* » qui permet de débiter l'entretien par des questions générales pour prendre fin par des questions spécifiques ou sensibles (Keita, 2007). Cette approche est un processus d'interaction sociale ayant pour but de mettre l'interlocuteur en confiance qui suit cependant des règles bien définies telles que : le contact préliminaire, la présentation des thèmes du sujet, le but de l'entretien, les conditions déontologiques etc. (Lefèvre, P., & De Suremain, C. H., 2002). L'entretien semi-dirigé relève la cohérence interne des comportements, la logique de l'action, son principe de fonctionnement (Sineux D., 2003).

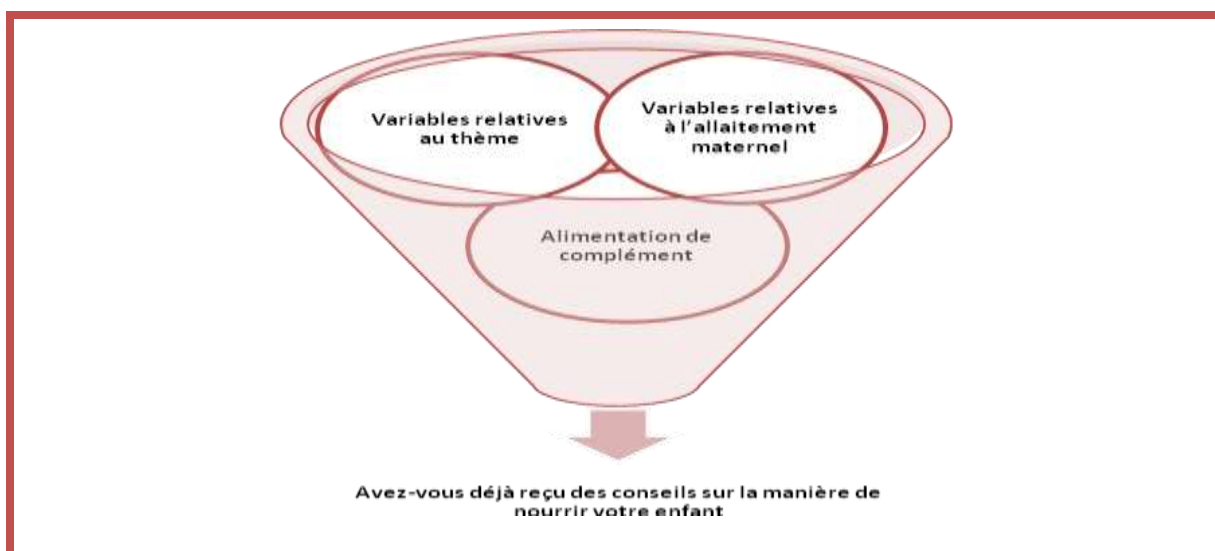


Figure 5 Schéma de la technique de l'entonnoir

3.4 Objectif de l'étude

L'alimentation inadéquate pendant les premières années de la vie est synonyme de mauvaise santé et de malnutrition. La promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) est essentielle pour améliorer l'état nutritionnel des enfants. Cependant pour obtenir des résultats concrets il faudrait alors comprendre les pratiques en cours pour élaborer des projets à court et moyens terme. Cette étude exploratoire permettra de recenser et d'identifier les facteurs causaux influant l'état nutritionnel des enfants. L'objectif général de l'enquête qualitative réalisée dans la zone périurbaine de Niamey visait à recueillir des informations sur les facteurs sociaux et traditionnels qui entravent les pratiques d'ANJE en vue de contribuer à leur amélioration.

3.5 Population d'étude

Afin de pouvoir recueillir les données sur les pratiques d'ANJE, il a fallu cibler la population d'étude.

Les critères d'inclusion sont :

- les mères ayant des enfants dont l'âge est compris entre 0 à 24 mois ;
- les mères qui se sont rendues aux centres de santé pour diverses raisons : soins, pesée, contrôle de routine etc.

La motivation du choix des 2 centres de santé pour l'enquête est justifiée pour 2 raisons :

- la diversité ethnique de la population ;
- le niveau socio-économique plus ou moins bas de ces populations.

3.6 Procédure d'échantillonnage

L'étude ne pouvant couvrir toute la zone périphérique de Niamey, un choix raisonné avec un ciblage des mères au niveau des deux centres de santé a été réalisé. Pour ce faire une explication succincte et

claire de l'étude a été faite aux mères dans la salle d'attente du centre de santé. Après l'obtention de leur approbation, un entretien est réalisé au niveau des ménages respectifs pour une collecte de données plus fiable. Cette démarche bien que lente a été choisie pour permettre d'obtenir des informations de qualité et réduire les biais car n'oublions pas que les mères sont venues au centre de santé dans un but précis. A cet effet un guide d'entrevue a été réalisé pour faciliter la prise de note (Annexe n°2).

3.7 Description des centres de santé

- *Centre de santé de Koira Tegui*

Le centre de santé intégré (CSI) est situé dans la commune III de Niamey, dans le quartier périphérique de Kouara Tegui auquel il doit son nom et qui est la limite Nord de la ville de Niamey. Ce centre de santé créé en 1986 dessert des populations pauvres économiquement et qui vivent dans un environnement marginal sans lotissement formel, sans réseau d'adduction d'eau potable ni même d'électricité. Cependant il existe des bornes fontaines payantes pour s'approvisionner en eau potable.

Le personnel de santé est insuffisant car on dénombre un infirmier pour au moins 13 000 habitants et une sage-femme pour plus de 6 000 femmes en âge de procréer. Depuis la mise en place de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et pour les CPN (consultations prénatales) le personnel est débordé et n'arrive plus à offrir des soins adéquats malgré les dispositions prises.

Tableau 8 : Données démographiques et logistiques du CSI de KoiraTegui

Statut du personnel	5 infirmiers, 2 sages-femmes, 1 assistante sociale, 2 bénévoles, 1 chauffeur 1 manœuvre, 1 gardien
Logistique	1 ambulance, 1 moto
Données démographiques	Population totale : 65 932 Enfants de 0 à 59 mois : 9 590 Femmes en âge de procréer : 13 556

- *Centre de santé intégré de Goudel*

Le centre de santé intégré est situé dans le village de Goudel au bord du fleuve Niger sur la rive gauche à une dizaine de kilomètres de Niamey. Il est rattaché à la commune II de Niamey, c'est un village de pêcheurs et d'agriculteurs. Le centre de santé a vu le jour en 1981. C'est un CSI de type II et dessert aussi bien le village de Goudel que les villages environnants. Là aussi le réseau d'adduction d'eau potable et d'électricité est faible avec un manque crucial de système d'assainissement des eaux usées et donc une endémicité des maladies contagieuses (paludisme, diarrhées). Le personnel médical est aussi insuffisant mais on note une amélioration significative des agents de santé par rapport au premier centre. Le ratio est de 1 infirmier pour 3 500 habitants et une sage-femme pour au moins 550 femmes. Les ressources disponibles en consommables sont également insuffisantes pour la bonne marche des activités du centre.

Tableau 9 : Données démographiques et logistiques du CSI de Goudel

Statut du personnel	7 infirmiers, 9 sages-femmes, 1 assistante sociale, 4 filles de salle, 1 perceuteur, 1 chauffeur, 1 manoeuvre, 1 gardien, 2 agents d'état civil
Logistique	1 ambulance, 1 moto
Données démographiques	Population totale : 24 259 Enfants de 0 à 59 mois : 3 748 Femmes en âge de procréer : 4 988

3.8 Durée de l'étude

La collecte des données a été effectuée pendant une durée de trois semaines. Elle a débuté d'abord au centre de santé intégré de Kouara Tegui avant de se poursuivre centre de santé du village de Goudel.

3.9 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont de deux types : lors de la conception du guide d'entrevue et pendant l'enquête.

Difficultés de conception du guide :

- l'absence de pré-requis dans l'élaboration du guide utilisé comme support lors des entrevues ;
- le choix des questions permettant de diriger et de cadrer l'entrevue sans pour autant être un questionnaire fermé.

Difficultés au cours de l'enquête :

- l'adaptation du message lors de la présentation de l'étude en vue d'obtenir l'approbation des mères ;
- le sentiment de méfiance éprouvé par les mères ce qui n'a pas facilité l'approbation des mères pour l'entrevue.

Les inconvénients de l'entrevue qualitative est la collecte d'un flot d'informations détaillés qui rend difficile l'analyse des données.

3.10 Résultats Attendus

Les données recueillies permettront de :

- faire le constat des pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément des mères ;
- recenser les modes de préparations des recettes des bouillies de sevrage.
- analyser les informations obtenues en vue de permettre de proposer des solutions d'amélioration des pratiques.

CHAPITRE 4 : RESULTATS ET DISCUSSION

L'enquête qualitative a permis de collecter les données auprès de 52 mères. Les résultats issus de cette enquête donnent des informations sur les pratiques d'ANJE. Une analyse descriptive et qualitative des différentes pratiques et de certaines variables relatives au thème est réalisée dans cette partie.

Les témoignages des mères seront également rapportés sous forme d'encadrés. Les noms utilisés sont fictifs et les conditions éthiques requises pour les procédures d'enquêtes qualitatives ont été respectées.

4.1 Variables relatives au sujet

Nous expliquons dans la sous section suivante la variabilité des instructions qui est relativement bas.

4.1.1 Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est relativement bas. La plupart des mères 34.6% d'entre-elles n'ont aucun niveau d'instruction, 28.8% ont fréquenté l'école primaire, 26.9% ont atteint le secondaire et 9.6% ont fait l'école coranique.

Tableau 10 : Répartition des mères selon leur niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Nombre de mères	%
Pas d'instruction	18	34.6%
Primaire	15	28.8%
Secondaire	14	26.9%
Ecole coranique	5	9.7%
Total	52	100

4.1.2 Age de la mère

Les mères de notre échantillon sont réparties selon 5 tranches :

- les plus jeunes mères représentent 38.5% ;
- les mères âgées de 26 à 35 ans sont aussi nombreuses 36.5% ;
- les mères d'âge mûr représentent 11.5% de l'échantillon ;
- les mères âgées de plus de 40 ans elles représentent 3.8%.

On a également 9.6% d'entre elles qui ne connaissent pas leur âge réel.

Tableau 11: Répartition des mères selon leur âge

Age de la mère	Nombre de mères	Pourcentage
15 à 25 ans	20	38,5
26 à 35 ans	19	36,5
36 à 40 ans	6	11,5
+ de 40 ans	2	3,8
NSP	5	9,6
Total	52	100

4.1.3 Tranche d'âge des enfants

Le tableau 12 ci-dessous donne la répartition des enfants enquêtés, 25% des enfants sont âgés de 0 à 5 mois, 42.3% âgés de 6 à 11 mois et 32.7% de 12 à 24 mois. (3 enfants sur 4 ont plus de 5 mois).

Tableau 12 : Répartition des enfants selon les tranches d'âge

Tranche d'âge en mois	Nombre d'enfants	%
0 à 5	13	25.0
6 à 11	22	42.3
12 à 24	17	32.7
Total	52	100.0

4.1.4 Lieu d'accouchement des femmes

La majorité des mères (84.6%) ont accouché dans un centre de santé néanmoins 15.4% d'entre elles ont accouché à domicile. Lorsqu'on compare ces résultats avec ceux de l'enquête Nutrition 2009 pour la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) on observe une similitude alors qu'on remarque une différence significative avec d'autres milieux urbains.

Tableau 13 : Lieu d'accouchement des femmes

Lieu	Nombre	%	% Enquête Nutrition 2009 Résultat CUN	% Enquête Nutrition 2009 Résultat du milieu urbain
Structure sanitaire	44	84.6	84.7	61.9
Domicile	8	15.4	15.3	38.1
Total	52	100.0	100	100

4.1.5 Activités de la mère

Il ressort que 69,2% des mères sont des ménagères et s'occupent de leurs foyers, avec seulement 26.9% qui pratiquent une activité génératrice de revenus. Ce qui veut dire que la majorité des mères n'ont pas de revenu (7/10).

Tableau 14 : Répartition des mères selon leurs activités

Activités	Nombre de femmes	%
Ménagère	36	69.2
AGR*	14	26.9
Etudiante	1	1.9
Fonctionnaire	1	1.9
Total	52	100.0

AGR* : activité génératrice de revenu,

4.2 Variables relatives à l'allaitement maternel

Cette section fait cas des différents types de variabilité relative au niveau d'initiation de l'allaitement maternel.

4.2.1 Initiation à l'allaitement maternel

Comme l'indique le tableau 15 ci-dessous, 53.8% des mères disent avoir allaité leurs enfants dans l'heure qui suit l'accouchement. Cela est dû au fait que l'accouchement a lieu à la maternité. Ceci montre que l'accouchement dans un centre de santé permet d'améliorer la mise au sein dans l'heure qui suit la naissance comme le recommande l'OMS.

Tableau 15 : Initiation à l'allaitement maternel

Temps en heure	Nombre de femmes	%	Enquête Nutrition 2009(CUN)	Enquête Nutrition 2009(Autres urbains)
< 1 h	28	53.8	66.0	54.7
1h à 24h	23	44,2	33.4	44.9
NSP	1	1,9	0.6	0.4
Total	52	100	100	100

Le tableau ci-dessus, révèle que 44.2% des mères enquêtées pensent avoir donné le sein à leurs bébés 1h à 24h après l'accouchement soit parce qu'elles ont pris du temps pour récupérer des suites

de couches, soit pour avoir administré de l'eau sucrée, du jus d'orange ou un mélange d'eau et de dattes ou de miel.

Ces pratiques découlent de la tradition car beaucoup pensent que l'enfant a soif et qu'il est naturel de lui donner de l'eau avant la montée laiteuse. Celles qui donnent le mélange d'eau et de dattes ou miel le font par prescription et convictions religieuses. La mise au sein n'a eu lieu que beaucoup plus tard pour certaines (3h à 24h) à cause des complications de l'état de santé de la mère.

En observant les taux de la mise au sein obtenus, on remarque que le taux au cours de l'enquête est faible par rapport à celui de la CUN (66%), mais comparable au taux obtenu au niveau des autres milieux urbains (54.7%). Ce taux qui découle de l'enquête pourrait s'expliquer par le faible effectif de notre échantillon.

4.2.2 Don du colostrum

La figure 6, illustre la prise du colostrum et la connaissance de son importance par les mères. Bien que 88.5% des mères ait donné le colostrum, la majorité d'entre elles (89.1%) n'a aucune notion sur les avantages et les bienfaits de ce geste combien important. Cette variable a été insérée pour permettre de ressortir que les mères ne font pas de lien direct entre la mise au sein et le don de colostrum.

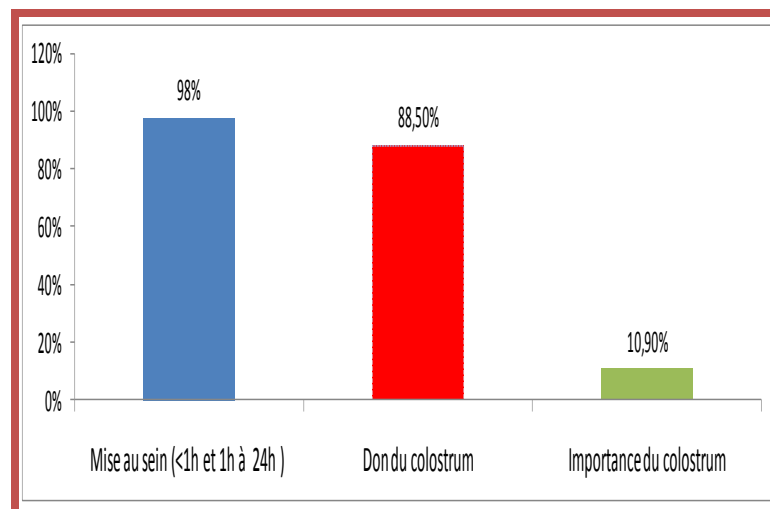


Figure 6 Don du colostrum

Nombreuses sont celles qui ont donné le colostrum pour calmer les pleurs de l'enfant. Comme l'indique la figure ci-dessus, seules 10,9% des mères enquêtées connaissent l'importance de ce précieux liquide qui est très nutritif et contribue à protéger l'enfant contre les infections.

Le don du colostrum est une pratique courante chez les femmes même si 89.1% d'entre elles ignorent son importance, elles le donnent naturellement aux enfants pour calmer les cris du nourrisson. Ainsi en le faisant téter ils consomment le colostrum. D'où la nécessité de transmettre aux mères un message d'éducation nutritionnelle simple et clair avant la naissance et lors de l'accouchement.

Encadré 1 : Don du colostrum

Bouli, 39 ans mère au foyer dit que le 1^{er} liquide jaune qui s'écoule du sein après l'accouchement est très riche en vitamines et protège l'enfant. J'ai reçu ces informations lors de mes passages au centre de santé pendant ma grossesse. Avant, bien que je ne connaisse pas ses qualités je donnais quand même ce liquide au bébé en attendant d'avoir du lait.

4.2.3 Types d'allaitement courants

Le lait maternel est le meilleur aliment qu'un jeune enfant puisse recevoir, l'OMS recommande d'allaiter exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de la vie. D'après les résultats du tableau ci-après la pratique de l'allaitement maternel exclusif est faible. Seuls 21.2% des enfants de notre population d'étude sont allaités de cette manière. Les nourrissons sont soumis à plusieurs types d'allaitement selon les pratiques traditionnelles des mères. En plus du lait maternel plusieurs mères (78.8%) donnent de l'eau aux nourrissons pour diverses raisons. La majorité des mères ont la perception que l'enfant a soif et a besoin d'eau comme l'adulte. Pour d'autres la raison évoquée est que le lait maternel est très chaud et brûle le cœur du bébé, il faut donc impérativement donner de l'eau. Certaines aussi ne peuvent concevoir la croissance d'une vie sans eau. Pour d'autres aussi, il fait si chaud que pour vivre, tout être humain a besoin d'eau. Ce sont toutes ces raisons qui freinent la pratique de l'AME.

Tableau 16 : Types d'allaitement courants

Types d'allaitement	%	Enquête nutrition 2009 Niveau national	Enquête Nutrition 2009 CUN
AME*	21.2	9.9	7.0
AM* + eau	21.2	51.0	47.2
AM + eau + autres liquides*	48.1	18.0	17.6
AM + eau + autres laits	9.6	2.4	0.7
Non allaités	0.0	3.6	4.8

AME* : allaitement maternel exclusif, AM : allaitement maternel

Autres liquides* : les autres liquides peuvent être une association de plusieurs mélanges complétant l'alimentation du nourrisson. On a :

- eau bouillie + dattes ;
- jus d'orange ;
- eau + décoctions de plantes (pharmacopée traditionnelle).

4.2.4 Influence sociale sur les pratiques d'AME

La figure 7 illustre l'influence sociale sur les pratiques d'allaitement. Cette influence sociale des mères, des belles mères ainsi que des vieilles voisines âgées est un frein pour permettre la réalisation de

l'AME. La majorité des mères (78.8%) respecte les traditions et coutumes sur l'allaitement sans le ressentir comme une contrainte. Elles considèrent ces pratiques comme normales. Plus de la moitié des femmes confirment donner des décoctions. L'administration de ces décoctions dans la majorité des cas relève de la tradition. Ces décoctions auraient des vertus médicinales qui protègent contre les maladies. Certaines mères commencent à les donner souvent dès la naissance, pour d'autres cette prise de décoctions débute 40 jours plus tard. Certaines commencent cette pratique lorsque le bébé a 2 à 3 mois. Selon les connaissances des unes et des autres, les décoctions administrées permettent d'éliminer les déchets présents dans le tube digestif, de soigner les diarrhées et les coliques. Cependant certaines de ces mères n'ont pas pu pratiquer l'AME bien qu'elles étaient disposées à l'essayer à cause de l'influence sociale très forte.

Encadré 2 : Influence sociale

Amina, mère de la petite Aicha âgée de 5 mois et instruite jusqu'au niveau secondaire raconte qu'elle aurait voulu pratiquer l'AME car ayant eu des conseils et a vu des bébés nourris exclusivement au sein jusqu'à 6 mois bien portants. Ce ne fut possible guère possible pour elle car vivant dans la même concession que sa belle-mère qui souvent garde l'enfant et donne de l'eau à sa petite fille, la mère ne pouvant rien dire car dans le milieu social où elle vit explique t-elle- on ne peut contredire sa belle-mère sans s'attirer des remontrances lourdes de conséquences pouvant aller jusqu'à la répudiation».

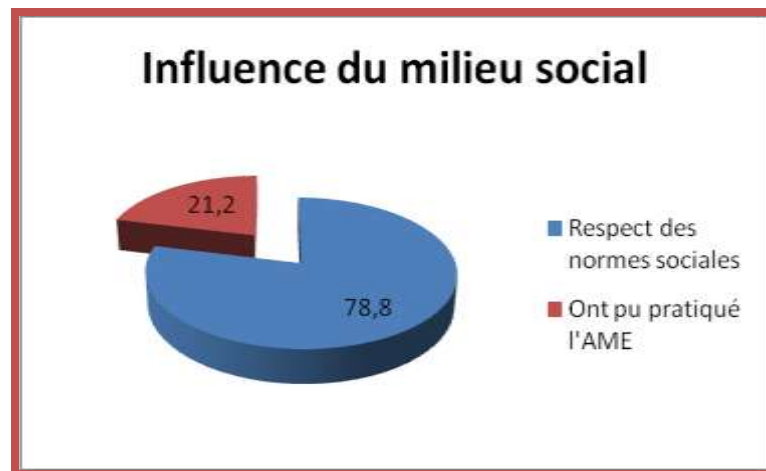


Figure 7 Répartition selon l'influence sociale

Parmi les mères enquêtées, 21.2% n'ont pas eu de contraintes pour la pratique de l'AME. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- le fait que ces mères ne vivent pas dans un environnement social influent pouvant empêcher cette pratique. La majorité de ces mères vivent seules dans leurs concessions loin souvent des personnes pouvant influencer négativement sur cette pratique (mères, belles-mères) ;
- la prise en compte des conseils qui leurs ont été prodigués par un agent de santé convaincu ou encore à cause de leur niveau de d'éducation qui leur a permis de faire ce choix grâce à l'appui d'un agent de santé.

Certaines invoquent que les décoctions ne font pas partie de leurs pratiques traditionnelles de soins des enfants. Par contre d'autres ont banni la prise de décoctions suite à des conséquences douloureuses : convulsions, coma et souvent décès. Quelques unes connaissent les conséquences néfastes des décoctions pour avoir assisté à des scènes où des enfants ont malheureusement subi des complications graves avec évacuation ou perte de vie. Certaines ont reçus des conseils au niveau des centres de santé.

Encadré 3 : Prise de décoctions

Biba âgée 31 ans a commencé à donner les décoctions à son bébé dès 40 jours : je lui donne cette potion car elle lui permet de prendre du poids, et d'être plus solide et l'empêche de tomber malade.

Pour d'autres mères comme Kaltoumi en plus des impuretés du tube digestif que les décoctions éliminent, et l'apparition de « waino » qu'elles préviennent, elles diminuent aussi la fréquence de selles et ainsi les mères ont moins de linge sale à nettoyer puisque l'enfant ne fait plus de selles pour au moins 3 à 4 jours.

4.3 Variables relatives à l'alimentation de complément

Pour l'alimentation de complément, nous la présentons dans la sous section ci-dessous selon les catégories d'âge.

4.3.1 Age d'introduction du 1^{er} aliment de complément

Le tableau ci-dessous représente les différents moments d'introduction du 1^{er} aliment de complément. Les enfants reçoivent souvent cette alimentation de complément avant l'âge de 3 mois (au moins 2%) et d'autres entre 3 et 5 mois (34.6%). Mais 53.8% reçoivent l'alimentation de complément à partir de 6 mois. On observe aussi que d'autres enfants ne reçoivent cette alimentation de complément que très tard à 9 mois et plus.

Tableau 17 : Répartition des enfants selon l'âge d'introduction du 1^{er} AC et sa nature

Mois d'introduction du 1 ^{er} AC	Nombre d'enfants	Nature du 1 ^{er} AC	%
< à 3 mois	1	Bouillie liquide	1.9
3 à 5 mois	18	Bouillie liquide	34.6
6 à 8 mois	28	Bouillie liquide	53.8
9 à 11 mois	2	Bouillie liquide	3.8
12 à 24 mois	2	Bouillie liquide	3.8
NSP	1	Bouillie liquide	1.9
Total	52	100%	100.0

4.3.2 Nature du 1^{er} AC

Le tableau 17 ci-dessus montre aussi que 100% des enfants reçoivent comme 1^{er} aliment de complément une bouillie liquide mais cette bouillie est confectionnée partir de plusieurs recettes.

4.3.3 Différents types de bouillies

Selon les données de la figure 8, 46.15 % des enfants consomment une bouillie achetée par les mères. C'est une bouillie préparée à base de farine de mil fermentée. Du point de vue nutritionnel cette bouillie est pauvre en micronutriments et en énergie indispensable pour la croissance des enfants. Les mères préfèrent acheter cette bouillie commerciale à cause de son coût et de sa disponibilité. Pour d'autres c'est par paresse car la préparation de la farine prend et du temps, bien qu'elles ne sachent pas les conditions dans lesquelles cette bouillie communément appelée « Koko » est préparée. Certaines de ces femmes préparent elles-mêmes la bouillie qu'elle donne à leurs bébés selon 3 types de recettes bien différentes :

- la bouillie confectionnée à partir de farine de mil;
- la bouillie confectionnée à partir de farine de mil enrichie à la pâte d'arachide (15.4%) ;
- la bouillie à base de plusieurs céréales (11.5%) ;

Quelques unes des mères (7.69%) achètent des céréales infantiles importées prêtes à l'emploi.

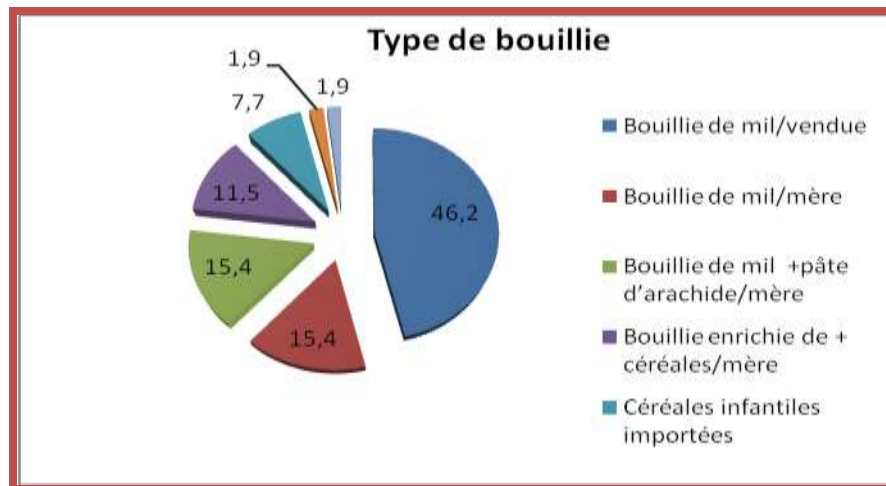


Figure 8 Répartition des types de bouillies

4.3.4 Différentes recettes pour la confection des farines de bouillies

Les encadrés suivants résument les recettes de bouillies qui sont préparées par les mères.

Encadré 4 : Recette de Bouillie à base de mil

Ramatou prend une certaine quantité de mil qu'elle amène au moulin pour enlever le son. Après avoir nettoyé et lavé ces grains elle les ramène au moulin pour les transformer en une farine qu'elle va faire sécher et conserver dans une tasse ou un bocal propre. Chaque matin elle fait bouillir de l'eau dans une marmite et prélève une petite quantité qu'elle mélange avec un peu d'eau dans un récipient ; lorsque l'eau commence à bouillir elle y ajoute le mélange et remue jusqu'à cuisson. La bouillie est enfin prête. Ramatou y ajoute un peu de sucre et laisse refroidir avant de la donner au bébé.

Encadré 5 : Recette à base de farine de mil et de pâte ou tourteaux d'arachide

C'est une recette qui nous a été apprise lors des séances de pratiques culinaires au centre de santé explique Hassana une jeune mère de 23 ans. On utilise soit du mil ou du maïs que l'on transforme en farine. Cette farine est tamisée et puis séchée ensuite cuite et conservée dans un bocal ou un récipient propre. Au moment de préparer la bouillie on incorpore un peu d'eau à la farine tout en y ajoutant une petite quantité de pâte ou de tourteaux d'arachide et un peu de sucre. Ce mélange est ensuite versé dans la marmite où l'eau est entrain de bouillir. On remue jusqu'à obtention d'une bouillie épaisse on laisse cuire 4 à 5 minutes. Après refroidissement la bouillie est prête. Je la donnerai en trois prises au cours de la journée à mon enfant.

Encadré 6 : recette à base de farines de plusieurs céréales

La mère d'Abdoukarim un jeune enfant de 18 mois lui prépare une bouillie préparée à partir de plusieurs céréales mil, maïs, riz, sorgho, niébé, et arachides grillées. Ces céréales sont d'abord grillées dans une marmite sans être décortiquées en vue de conserver le son riche en nutriments et vitamines. Elles seront alors transformées en farine puis tamisées. Elle confectionne une certaine quantité qu'elle conservera au moins une semaine dans un récipient propre. Une petite quantité sera prélevée chaque jour pour la préparation de la bouillie. Fati affirme avoir appris cette technique au près d'une de ces tantes. A un an, l'enfant a refusé de boire cette bouillie et elle lui achète à présent la bouillie de mil vendue dans le quartier.

Remarque : Notons que plusieurs mères ont essayé la bouillie enrichie à la pâte d'arachide et celle constituée de plusieurs céréales. Elles ont abandonné la préparation de cette bouillie et se sont rabattues sur celle vendue dans le quartier à cause de la diarrhée provoquée par la bouillie ou le refus d'absorption par les enfants. Pour d'autres, c'est assurément un manque de moyen financier il leur revient moins cher d'acheter que de préparer elle-même la bouillie.

4.3.5 Relation entre l'âge d'introduction des AC et le niveau d'instruction

Après analyse du tableau 18, 30.76% des enfants ont reçu les AC très tôt avant le 6^{ème} mois, 46.15% d'entre eux le reçoivent aux moments propices c'est-à-dire à 6 mois et 23.07% l'ont reçu plus tard entre 7 et 12 mois, mais on remarque qu'un nombre élevé d'enfants 46.15% reçoivent cet AC à partir de 6 mois, cela peut s'expliquer par deux paramètres :

- les conseils reçus au niveau des CSI par les agents de santé ;
- l'expérience personnelle de la mère.

Tableau 18 : Relation entre l'âge d'introduction des aliments de compléments(AC) et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Age d'introduction du premier aliment de complément			Total
	Avant 6 mois	A 6mois	Après 6 mois	
Pas d'instruction	27,8	33,3	38,9	100
Primaire	46,7	33,3	20,0	100,0
Secondaire	21,4	71,4	7,1	100,0
Ecole coran	20,0	60,0	20,0	100,0
Total	30,8	46,2	23,1	100,0

D'après la relation observée dans le tableau précédent, le niveau d'instruction de la mère n'influe pas sur l'âge d'introduction du 1^{er} aliment de complément ; la répartition des enfants selon l'âge d'introduction du premier AC est disparate. Les mères commencent à introduire un aliment de complément lorsque selon leur perception, elles constatent que le lait maternel ne suffit à nourrir l'enfant.

4.4 Autres aliments de complément consommés

Les autres aliments de complément qui sont introduits ne sont pas trop variés. Le tableau suivant résume les divers aliments que les mères donnent à leurs enfants.

Tableau 19 : Les différents aliments locaux entrant dans la diversification alimentaire

Autres aliments introduits	Nombre d'enfants recevant ces aliments	Pourcentage
Purée de haricots	24	46.15%
Œufs	20	38.46%
Fruits	20	38.46%
Feuilles vertes	5	9.61%
Pomme de terre	28	53.84%
Courges	18	15.38%
Carottes	4	7.69%
Galettes (beignets)	32	61.53%
Poisson	14	26.92%
Foie	3	5.76%

Les autres aliments de complément que reçoivent les enfants ne sont pas très variés. 46.15% consomment de la purée de haricots, 38.46% mangent des œufs et des fruits.

Pour les légumes 53.84% reçoivent de la pomme de terre, 15.38% des courges mais à peine 10% consomment des feuilles vertes. Cette faible consommation s'explique par le manque de connaissance de l'apport nutritif apporté par les feuilles car ce sont des produits disponibles sur le marché qui ne coûtent pas chers et sont à la portée des mères. Quant à la consommation d'aliments d'origine protéique comme le poisson et le foie, elle est faible (26.92 pour le poisson et juste 5.76% pour le foie). Cela est dû à la cherté de ces aliments sur le marché. La consommation des beignets à base de mil ou de haricot est assez fréquente car plus de 60% des enfants en consomment.

4.5 Consommation du plat familial

La figure 9 montre que 67.3% des enfants mangent le plat familial entre 6 et 11 mois, selon la perception des mères le lait maternel et la bouillie ne suffisent plus au bébé elles complètent cette alimentation avec le plat familial.

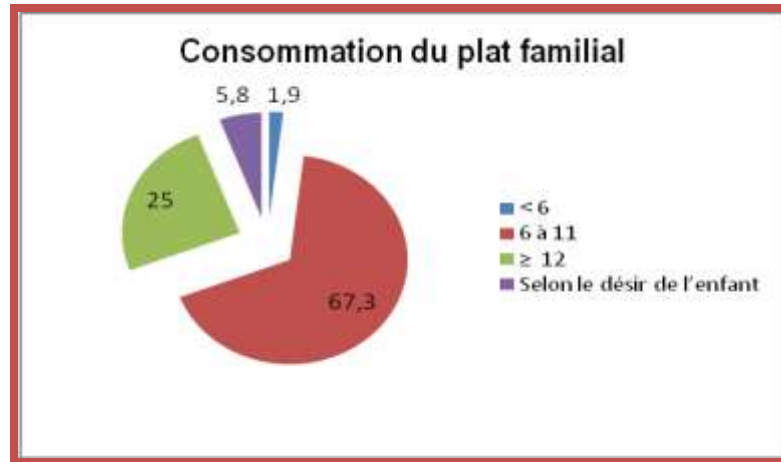


Figure 9 Répartition de la consommation du plat familial en fonction de l'âge

D'autres pensent qu'il est temps d'initier l'enfant au plat familial, ce qui facilitera plus tard son sevrage. Certaines mères introduisent le plat familial à 12 mois (25%). Certaines mères interdisent à leurs enfants le plat familial car il fait partie des aliments lourds qui retarderaient les premiers pas de l'enfant. Notons que 5.8% des enfants consommeront le plat familial plus tard en exprimant eux-mêmes le besoin.

4.6 Période de sevrage

Au moins 60% des enfants sont allaités jusqu'à 2 ans selon les mères. Cette pratique est assez courante et découle des habitudes traditionnelles des mères. L'allaitement maternel et sa durée jusqu'à l'âge de 2 ans ne sont pas une gêne pour les mères, elles le font naturellement.



Figure 10 Période de sevrage

Ce sont les pratiques inappropriées telles que l'utilisation de l'eau, des tisanes et des décoctions qui sont les obstacles majeurs contre lesquels il faut lutter par la sensibilisation et une explication plus poussée des bienfaits de L'AME sur la santé des enfants. 25% des mères (une sur 4) débutent le

sevrage avant l'âge de 2 ans, cela est en général du à une nouvelle grossesse qui entraîne un sevrage brusque de l'enfant lorsque la mère découvre son état.

4.7 Relation entre l'alimentation, la santé et le niveau d'instruction

Presque toutes les mères savent qu'une alimentation insuffisante a des conséquences sur la santé des enfants. La figure 11 nous montre la relation entre l'alimentation, la santé et le niveau des mères.

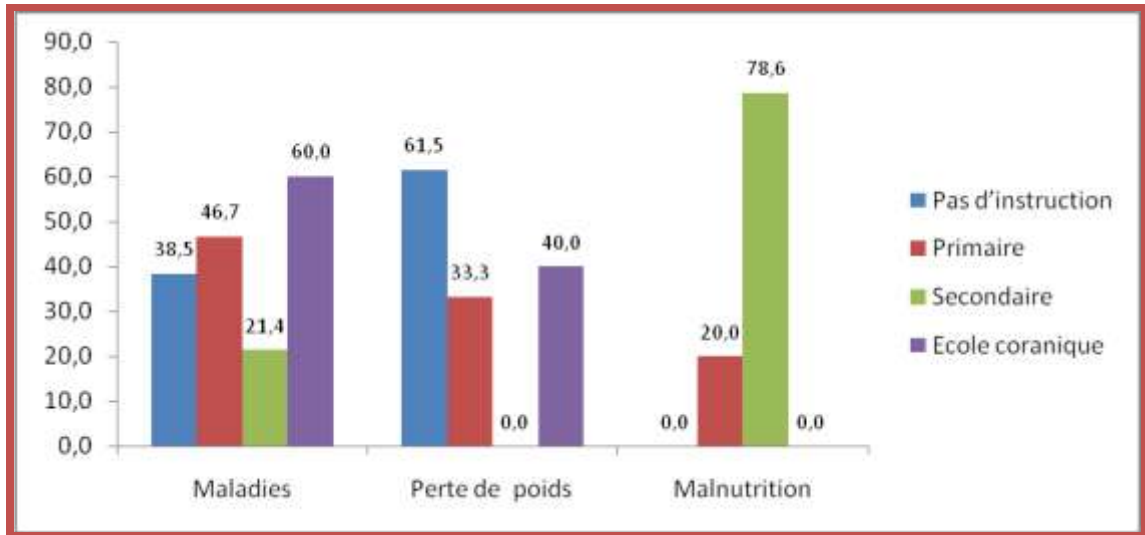


Figure 11 Relation entre l'alimentation, la santé et le niveau d'instruction des mères

On observe donc que :

- 43.7 % des mères savent qu'une mauvaise alimentation entraîne des maladies ;
- 28.84% parlent d'une perte de poids ;
- 26.92% savent qu'une mauvaise alimentation provoque la malnutrition et on remarque que 78.57% sont instruites jusqu'au secondaire.

Cela nous montre l'importance du niveau d'éducation de la mère sur le suivi de l'état nutritionnel de l'enfant.

4.8 Conseils reçus sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation au centre de santé

La majorité des femmes fréquente les centres de santé. Au cours des différents passages, plus de 76% des mères disent avoir reçu des conseils sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation. Par contre 23% des mères affirment n'avoir pas assisté aux séances de sensibilisation effectuées par les agents de santé. Malgré le fait d'avoir reçu des messages de sensibilisation, la plupart des enquêtées ont des pratiques inappropriées. Suite à ce constat, il faudrait approfondir le sujet et définir le type et la cible du message de sensibilisation.



Figure 12 Conseils reçus sur les pratiques d’allaitement et d’alimentation au centre de santé

Encadré 7 : Commentaire d’une mère sur les conseils reçus au centre de santé

Oui lors de mes passages au centre de santé, j’ai assisté plusieurs fois à la sensibilisation sur les pratiques d’hygiène et d’alimentation surtout pour l’allaitement maternel exclusif mais je n’ai jamais essayé de le pratiquer car ce sont des idées de blancs que les agents de santé nous racontent. Comment pourrai- je ne pas donner de l’eau et les décoctions c’est impossible ! Ainsi parlait Ramatou une mère du quartier Goudel. Nous nous avons notre culture et c’est comme ça que l’on continuera à prendre soin de nos enfants c’est ainsi qu’on nous a élevé et nous poursuivront nos traditions.

L’analyse des résultats obtenus au cours de l’enquête font ressortir les facteurs liés à la mise au sein, à la durée de l’allaitement maternel, à la diversification alimentaire au sevrage.

Ces facteurs dépendent de la mère, de l’entourage et du système de santé.

Tableau 20 : Facteurs associés aux pratiques d’ANJE

Facteurs liés à la mère :	Facteurs liés à l’accouchement	Facteurs liés au système de santé	Facteurs liés à l’entourage
les facteurs sociodémographiques (âge, statut marital, éducation, emploi) Facteurs liés aux convictions et connaissances culturelles.	Lieu (accouchement à domicile ou dans un service sanitaire) Mode (accouchement en présence d’un personnel qualifié)	Pratiques hospitalières (contact, mise au sein, perception du colostrum et de l’AME) Soutien du personnel de santé (information et disponibilité du personnel)	Soutien de la famille et Influence de la famille (connaissances, perceptions, croyances, lois sociales)

CHAPITRE 5 : PROPOSITION DE PROJET PROFESSIONNEL

5.1 Lieu de stage : Présentation et objectifs de la structure

La représentation de l'Unicef au Niger est l'institution au sein de laquelle s'est déroulé le stage de mise en situation professionnelle qui fait partie du programme de formation de l'Université Senghor. Le choix de ce lieu de stage n'est pas fortuit. Cet organisme des Nations Unies œuvre à travers le monde pour la promotion et la protection des enfants à travers des programmes axés dans le domaine de la nutrition, de la santé, de l'éducation et de la protection des droits de l'enfant.

En effet, chaque année le Ministère de la Santé Publique du Niger et l'Unicef élaborent un plan d'action annuel au sein duquel la survie de l'enfant est un point-clé. Depuis 2002, la stratégie de survie et de développement de l'enfant (SASDE) a été mise en place au Niger par l'Unicef. Celle-ci met en œuvre des interventions efficaces et peu onéreuses pour réduire la mortalité infanto-juvénile et améliorer la survie de l'enfant. Ces interventions sont connues sous l'appellation « Pratiques Familiales Essentielles : PFE ». Ainsi l'un des points importants de cette stratégie est fondé sur la responsabilisation et la participation communautaire à tous les niveaux par une sensibilisation et une éducation nutritionnelle des populations. Cette approche se base sur le changement de comportement des pratiques et soins traditionnels donnés aux jeunes enfants par les mères entre autres les tabous alimentaires, les croyances et les superstitions mais aussi pour l'hygiène. En 2007, L'Unicef en collaboration avec le ministère en charge de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant a démarré un projet pilote de promotion des bonnes pratiques en matière de nutrition et de survie de l'enfant à travers la stratégie des mères éducatrices. Ce projet est basé sur la dynamique des groupements féminins existants. Il existe plus de 10 000 groupements (Bansimba, 2007).

5.2 Apports spécifiques du stage

Le stage effectué au sein de l'Unicef fut une expérience riche ayant permis d'avoir des pré-requis indispensables dans la compréhension de la nutrition grâce à la participation et à l'exécution de plusieurs activités dont :

- la planification et l'exécution d'une enquête. Nous avons eu à mener une enquête de l'élaboration du guide d'entretien jusqu'à l'analyse et l'interprétation des résultats en passant par l'administration du guide auprès de deux centres de santé intégrés (CSI). Nous avons grâce à cette activité, appréhendées les réalités du terrain qui nous ont permis de surmonter certaines difficultés. Cela a permis l'amélioration de notre aptitude relationnelle ; au cours de l'enquête, nous avons dû aborder les mères au sein du CSI, les sensibiliser aux objectifs de notre enquête, et obtenir d'elles une parfaite collaboration par l'emploi d'un langage compréhensible de tous ;
- la connaissance des techniques de collecte de données anthropométriques ; nous avons appris à mesurer et à peser les enfants conformément aux standards OMS en vigueur ;

- la familiarisation aux techniques de supervision et coordination des équipes d'enquêteurs et des difficultés matérielles les plus fréquentes ;
- la compréhension des méthodes d'analyse adoptées pour l'élaboration d'une enquête Nutrition ;
- l'exploitation et l'analyse des rapports d'enquêtes nutritionnelles de l'INS pour la période de 2006 à 2009 a amélioré notre compréhension de la situation de crise dans laquelle se trouve le pays ainsi que l'importance données nutritionnelles car leur fiabilité et leur pertinence conditionnent le succès de la programmation de l'aide des bailleurs, des organismes et de l'Etat.

Notre passage à l'UNICEF nous a permis de mieux appréhender les aspects pratiques du métier de nutritionniste.

5.3 Priorisation du problème : Choix des priorités

- *Education nutritionnelle*

Il faudrait que l'éducation des filles et l'alphabétisation des mères soient une priorité pour pouvoir à long terme obtenir un bon état nutritionnel des enfants. A court terme, des pistes de réflexions nous amèneraient à revenir à une éducation nutritionnelle plus efficace en proposant des alternatives adaptées aux moyens dont disposent les mères, vues leur pauvreté et leur absence de prise de décision même lorsqu'il s'agit d'elles mêmes.

- *Changement de comportement*

S'attaquer aux pratiques d'alimentation n'est pas facile. Cela est le plus souvent interprété de façon négative par les mères dès lors que leur rôle de nourricière est remis en question. Le changement de comportement est difficile et nécessite de mettre en place des stratégies tout en tenant compte des déterminants du comportement alimentaire. Une approche participative avec une implication directe des populations en respectant leurs points de vue est indispensable. Le changement ne sera possible que qu'il est construit avec la population (FAO, 2002). La mise en œuvre de ces stratégies requiert des moyens et du temps. Des conditions préalables sont alors nécessaires pour qu'un plan d'action soit opérationnel.

Le changement de comportement vise aussi le personnel de santé qui joue un rôle important dans la sensibilisation des mères. Le soutien offert par des professionnels de la santé a un impact sur l'allaitement maternel. Des attitudes ambiguës, ou des réticences au niveau du personnel de santé ont un impact négatif sur la durée de l'allaitement maternel (Thulier et Mercer, 2009). Par contre, un soutien positif est associé à une plus longue durée d'allaitement maternel exclusif. L'étude PROBIT a démontré l'importance que les professionnels de la santé s'inspirent des pratiques recommandées dans l'Initiative hôpitaux amis des bébés de l'UNICEF pour encourager les mères à allaiter au sein (Kramer et al., 2001).

Ainsi, l'Unicef en a fait son cheval de bataille. Lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternelle, le Dr CHOPPRA Mickey, chef des programmes de santé à l'Unicef déclare : « les professionnels de santé ont une influence profonde et très importante sur ce que décident les mères quant à la façon de nourrir leurs enfants et par conséquent informer et modifier les attitudes des professionnels de santé revêt une importance capitale » (UNICEF, 2010).

5.4 Proposition d'intervention nutritionnelle pour l'amélioration des pratiques d'ANJE

Le but principal de l'intervention sera de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants grâce à la mise en place d'un projet pilote axé sur l'éducation nutritionnelle dont les stratégies seront une synergie d'action de promotion, d'éducation et de communication visant à changer de manière positive les pratiques d'ANJE des mères. Ce projet se base sur la prévention des risques de malnutrition infantile en tenant compte de plusieurs facteurs qui vise la pérennité de l'intervention tels que : la mobilisation sociale, l'appropriation du problème par la communauté, l'organisation locale, le transfert actif des compétences et le niveau économique des bénéficiaires.

5.4.1 Approche sociale

La réussite d'un projet exige une collaboration et une communication étroites entre la communauté et les responsables du projet (FAO, 1998). Aussi, un plaidoyer auprès des leaders locaux (conseiller municipal, chef traditionnel, marabout) est nécessaire pour expliquer et montrer le changement que le projet va apporter. Cette démarche sociale s'appuie sur l'influence des leaders locaux qui pourront facilement avoir l'adhésion et la mobilisation de la communauté.

5.4.2 Objectifs de l'intervention

L'objectif général est de contribuer à améliorer l'état nutritionnel des enfants de 0 à 2 ans dans le quartier de Kouara Tegui de 2012 à 2013 en réduisant de moitié le taux de malnutrition des enfants.

Les Objectifs spécifiques sont:

- Développer et renforcer des groupes de femmes pour le soutien de l'AME, l'alimentation de complément, et l'hygiène (60% des femmes du quartier ont adhéré aux groupes) ;
- augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois à 50% d'ici 2013;
- augmenter le nombre de femmes ayant adopté les nouvelles techniques de fabrication de farines infantiles pour l'alimentation de complément de 35% d'ici fin 2012 et de 70% d'ici fin 2013 ;
- diminuer les carences en micronutriments chez les enfants de 0 à 2 ans d'au moins 25% d'ici fin 2012 et de 50% d'ici fin 2013 ;
- diminuer la prévalence des maladies dues au manque d'hygiène de 25% d'ici fin 2012 et de 40% d'ici fin 2013

5.4.3 Stratégies

Les stratégies se basent sur le renforcement des capacités des agents de santé, et sur l'action communautaire en aidant les communautés à comprendre et prendre en charge leurs problèmes tout en se mobilisant ensemble. Ces stratégies mises en place pour amener le changement de comportement aussi bien pour les agents de santé que pour la population cible :

- Formation du personnel de santé
- L'éducation pour la santé (promotion de l'AME, promotion de farines infantiles, sensibilisation à l'utilisation des décoctions par dosage, sensibilisation à l'hygiène);
- L'éducation nutritionnelle participative (mise en place des groupes de soutien dont le but est de permettre aux femmes de se soutenir dans l'amélioration de leurs pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants).

5.4.4 Activités

- *Formation du personnel de santé et des pairs éducateurs*

Le but de cette activité est de renforcer les compétences du personnel de santé en vue de leur permettre de transmettre un message compréhensif et clair aux mères comme :

- l'apport nutritionnel adéquat du colostrum pour nourrir l'enfant avant la montée laiteuse tout en mettant l'accent sur les qualités de ce précieux liquide. Apprendre aux mères les techniques pour allaiter et entretenir la lactation ;
- lors des CPN, moment crucial pour sensibiliser les femmes enceintes sur les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif et les risques encourus par l'utilisation de l'eau lorsque sa qualité n'est pas sûre mais aussi de l'utilisation des décoctions ;
- lors de la naissance où débute l'utilisation de l'eau, de décoctions ou de tisanes, une prise en compte et une valorisation des pratiques des mères est nécessaire et indispensable pour obtenir avec le temps une modification du changement des pratiques.

Tableau 21 : Présentation de l'activité 1

Quoi :	Renforcement des compétences en éducation nutritionnelle et en apprentissage par l'expérience interactive.
Par qui :	Pédiatre, nutritionniste
Comment :	ateliers de formation, mise en niveau
Moyens :	outils pédagogiques, ressources financières
Partenariat :	MSP, organismes internationaux, ONG
Pourquoi :	Acquisition des connaissances et pratiques permettant un accompagnement optimal de l'AME, de l'AC pour assurer la transmission d'un message adapté et clair.

- *Sensibilisation des personnes impliquées dans la transmission du savoir aux mères*

Cette activité sera réalisée pour réduire l'influence sociale des personnes impliquées dans la transmission du savoir aux mères pour l'ANJE en créant un réseau de dialogue basé sur le réseau social en place (associations des femmes ou les personnes relais).

Tableau 22 : Présentation de l'activité 2

Quoi ?	Associer et sensibiliser toutes les personnes (mères, belles-mères, voisines) impliquées dans le transfert des connaissances et d'aide aux mères.
Qui ?	Les pairs éducateurs, les nutritionnistes, les animatrices
Quand ?	Diagramme de Gantt (Annexe n°3)
Comment ?	Séances de sensibilisation au sein des quartiers, animations et sketches
Moyens mis en œuvre	Outils pédagogiques, ressources financières
Partenariat	MSP, centres de santé

- *Campagne de promotion des pratiques d'ANJE*

Elle doit être faite en utilisant les moyens du marketing social avec des slogans forts et clairs. Dans notre cas où le niveau d'éducation est faible les affiches et panneaux seront essentiellement plus efficaces.

Tableau 23 : Présentation de l'activité 3

Marketing social pour la promotion de l'AME et de l'AC	
Affiches au centre de santé : images et photos où les mères peuvent se reconnaître	
Quoi ?	Apposer des affiches représentant des mères allaitant leurs enfants : différentes positions d'allaitements, la mise au sein, la position de la main pour soutenir le sein et celle pour soutenir la tête du bébé en fonction des âges, procédés de fabrication de farines infantiles et de préparation de bouillies
Panneaux publicitaires dans le quartier	
Quoi :	idem que pour les affiches
Messages télévisés et audio-visuels	
Quoi :	spot et chants et sketches de promotion et de sensibilisation
Qui :	animateurs des radios, acteurs et chanteurs populaires
Comment :	informations relatives sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif, l'hygiène les farines infantiles
Quand :	au début du programme (Annexe n°3)
Moyens mis en œuvre :	Financement
Partenariat :	radios communautaires, télévision, acteurs et chanteurs, sociétés de conception de panneaux et affiches publicitaires.

- *Transmission du procédé de fabrication des farines infantiles de sevrage aux mères*

Les farines infantiles peuvent être enrichies avec des produits locaux tels que le « Moringa oleifera », les fruits du baobab (*Adansonia digitata*) et les graines d'arachides qui ont des valeurs nutritives indispensables pour la croissance (protéines essentielles, vitamines et minéraux cf. Annexe n°6 et 7). Ces plantes sont connues et utilisées par les populations. Ces aliments sont disponibles et accessibles sur les marchés à moindre coût. L'utilisation des espèces sous-utilisées se présentent comme une alternative pour les communautés rurales ou urbaines en proie à la pauvreté pour résoudre leurs problèmes de carences nutritionnelles.

Cette farine infantile devrait pouvoir répondre aux critères exigés pour la détermination de la qualité d'un aliment. Ces critères d'évaluation sont :

- la valeur nutritive de cette farine ;
- le coefficient d'utilisation digestive (CUD) dans l'organisme ;
- l'apparence et la saveur (caractéristiques organoleptiques) ;
- la facilité de production, de préparation de conservation ;
- l'accessibilité et la disponibilité des ingrédients à un prix modique.

Tableau 24 : Présentation de l'activité 4

Quoi :	Mise au point d'une la farine infantile à partir des produits locaux dont la qualité nutritive et microbiologique sera assurée.
Qui :	Nutritionnistes, diététiciens
Comment :	Activité interactive pour la transmission du procédé de fabrication de farine infantile connue
Quand :	diagramme de Gantt (Annexe n°3)
Moyens mis en œuvre :,	matériels, ingrédients
Partenariat :	MSP, agents de santé du centre, membres du projet

Cette nouvelle farine infantile nécessitera qu'on réalise des essais culinaires préliminaires suivis de test de dégustation à petite échelle avant de le proposer aux mères.

- *Mise en place de groupe de soutien*

Le regroupement des mères par affinité pour qu'elles se soutiennent et exposent leur difficultés et trouvent des solutions communes. Le recours à une mère qui a adopté des bonnes pratiques comme « personne ressource » est important.

Tableau 25 : Présentation de l'activité 5

Quoi :	Mise en place de groupes de soutien (ou des groupes existants) pour l'AME, proposer des tontines pour l'élaboration des bouillies infantiles : achat des ingrédients nécessaires, confection de la farine, préparation de la bouillie à tour de rôles et distributions Tenir des rencontres hebdomadaires au sein des groupes de soutien en dehors du centre de santé pour soutenir, encourager et accompagner les mères, leur permettre d'exposer leurs problèmes et trouver ensemble des solutions ponctuelles. Personnes ressources : les femmes-relais.(Supervision).
Qui :	Pairs éducateurs, nutritionnistes, animatrices
Comment :	tenues de rencontres hebdomadaires avec les groupes de soutien pour la réalisation des sensibilisations, des séances culinaires
Moyens :	ressources humaines, matériels, ingrédients nécessaires
Partenariat :	personnes ressources influentes, présidentes d'association, de groupement

- *Réalisation de séances culinaires*

Les séances de pratiques culinaires permettront aux mères :

- de comprendre les techniques d'utilisation et de préparation de la farine infantile ;
- d'augmenter l'utilisation des légumes et des feuilles vertes riches en fer, vitamines et éléments minéraux qui sont disponibles sur les marchés et à faible coût.

Tableau 26 : Présentation de l'activité 6

Quoi ?	Procédé de fabrication de farines infantiles, préparation de la bouillie
Qui ?	Nutritionniste, Educatrice nutritionnelle, pairs éducateurs, animatrices
Comment ?	Séances culinaires au sein des groupes de soutien formés dans les quartiers
Moyens mis en œuvre :	matériel et ingrédients nécessaires, Tontines
Partenariat :	MSP, centres de santé,

- *Sensibilisation à l'hygiène alimentaire et environnementale et de l'eau*

La sensibilisation à l'hygiène vise à réduire les maladies dues au manque d'hygiène comme les diarrhées, les coliques, les parasitoses, le paludisme, la fièvre typhoïde.

Tableau 27 : Présentation de l'activité 7

Quoi ?	Séances de démonstration des pratiques d'hygiène adéquate (Faire bouillir l'eau, lavage des maïs et des ustensiles utilisés pour la préparation et la conservation des bouillies, Hygiène corporelle, destruction des ordures, et des eaux sales.
Qui ?	Nutritionniste, éducatrice nutritionnelle, pairs éducateurs
Comment ?	Sketch, séances d'apprentissage
Moyens mis en œuvre :	Matériels, ressources financières
Partenariat :	MSP, Centres de santé, ONG

5.4.5 Chronogramme des activités (diagramme de Gantt)

Le Diagramme de Gantt résume le planning des activités du projet au cours du temps et se trouve en annexe. (Annexe n°4).

5.4.6 Budget du projet

Le projet sera soumis à une recherche de financement auprès des organismes luttant pour l'amélioration de l'état nutritionnel, la santé des enfants en promouvant l'allaitement maternel exclusif et une diversification alimentaire adéquate (Annexe 5).

5.4.7 Evaluation de l'intervention

L'évaluation permettra de mesurer avec des critères et des indicateurs, l'impact du projet sur la population. Elle est un élément essentiel aussi bien pour l'équipe du projet, que les décideurs politiques. Le processus d'évaluation permettra de rechercher les valeurs de gestion, de fonctionnalité, de contrôle de qualité et de l'utilité du programme mais aussi le rôle social de l'intervention. Le tableau 28 regroupe les critères et les indicateurs qui seront utilisés pour mesurés, interprétés et analysés les objectifs qui ont été fixés.

Tableau 28 : Critères, indicateurs et outils d'évaluation.

Objectifs spécifiques	Critères	Indicateurs	Outils
Augmentation du taux d'AME au sein de la population ayant adhéré au programme	Acceptation et adoption des bienfaits de l'AME par les mères	Proportion d'enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	Questionnaire administré aux mères, Interview de groupe de mères
Augmentation du nombre de mères ayant adoptées la farine infantile et les aliments locaux riches en vitamines et minéraux	Alimentation de complément diversifiée	Proportion d'enfants nourris avec la farine infantile et les aliments locaux riches en vitamines et minéraux	Pesées régulières et courbes de croissance du carnet de l'enfant Questionnaire et entrevue
Diminution de 50%de la prévalence des maladies dues à l'hygiène	Réduction du nombre de consultations liées à ces maladies : diarrhées, coliques	% d'enfants malades après l'adoption des bonnes pratiques d'ANJE	Registre de consultation du centre de santé, Focus groupe de femme pour avoir leur avis
Développement et implication des groupements féminins pour l'AME, l'AC, et l'hygiène	Participation active des groupements	Nombre de femmes ayant bénéficiés des IEC et des séances culinaires et séances de sensibilisation	Grille d'évaluation des connaissances et de satisfactions pour l'AME, l'AC et l'hygiène
Agents de santé formés pour la communication pour le changement de comportement (CCC)	Participation à la formation	Nombre d'agents de santé compétents et opérationnels pour la CCC	Questionnaire et grille d'évaluation des connaissances
Amélioration de l'état nutritionnel	Fréquence de la malnutrition	%d'enfants malnutris (Indice poids/taille et taille/âge	Balances, toises et Abaques (standards OMS)

Conclusion et recommandations

Au terme de notre travail, il ressort que les pratiques d'ANJE en cours ont un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants de 0 à 2 ans. De nombreux facteurs influencent l'allaitement maternel exclusif de même que l'alimentation de complément au Niger. Les pratiques des mères ne suivent guère les recommandations de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Or l'allaitement maternel exclusif et une alimentation de complément adéquate ont un rôle majeur à jouer dans la prévention de la malnutrition et l'amélioration de la santé infantile.

Les tendances observées ces dernières années reflètent l'état nutritionnel préoccupant des enfants au Niger (morbidité et mortalité élevées).

L'étude bien que réalisée dans un délai court et avec des moyens humains et financiers limités, montre que les actions de prévention et d'éducation à la santé associées à la lutte contre la malnutrition sont peu développées. Certaines pratiques sociales traditionnelles entravent et limitent la promotion de bonnes pratiques d'ANJE. Cependant, il faut noter que les soins apportés aux enfants sont liés à la pauvreté, au manque d'autonomie des femmes, à leur statut social et à leur niveau d'éducation très bas. Les mères ne perçoivent pas le lien existant entre leurs pratiques alimentaires et l'état de santé de leurs enfants.

La mise en place de stratégies pour l'éducation nutritionnelle pourrait à court terme être une solution alternative.

A long terme l'adoption d'un plan d'action national pour l'allaitement maternel et l'alimentation de complément reste indispensable car investir dans la promotion des bonnes pratiques d'ANJE c'est investir dans la santé future de la population. Il est possible d'inverser les tendances actuelles en prenant des mesures telles que :

- le renforcement des capacités des professionnels de santé pour modifier leurs représentations et améliorer la prise en charge de l'AME et de l'AC afin qu'ils deviennent des acteurs influents de la mise en œuvre effective des législations adoptées ;
- l'intégration de cours spécialisés dans les écoles de formation ;
- la formation des animateurs pour les groupes de soutien à l'AME ;
- un plaidoyer auprès des médias pour la mise en place d'un plan de communication sociale ;
- les campagnes d'IEC et les activités d'éducation nutritionnelle au niveau communautaire.
- la promotion des espèces sous-utilisées pour lutter contre les carences en micronutriments (Moringa oleifera ; Adansonia digitata, etc.).

Les causes de la malnutrition étant multiples et complexes avec des facettes variées selon les régions, les cultures et les religions ; une prise en compte de tous les facteurs causaux et sous-jacents est nécessaire. Au-delà de cette pluridisciplinarité, « l'éducation » ressort comme un élément important, indispensable et prioritaire reconnu universellement sans différenciation pour tous les peuples, dont l'impact améliore significativement la nutrition maternelle et infantile.

C'est pour cette raison que *Kofi Annan* ancien Secrétaire Général des Nations Unies déclarait, lors de la Session des Nations Unies pour le développement en Mars 2003 : « toutes les études sans exception montrent qu'aucun instrument de développement n'est plus efficace que l'éducation des filles et l'émancipation des femmes. [...] La pleine participation des femmes donne des résultats immédiats : les enfants ou les familles sont en meilleure santé. Or, ce qui est vrai pour les familles l'est aussi pour les collectivités, et finalement pour le pays entier ».

Un autre point important est l'élévation du statut des femmes dans la société qui a été reconnu comme un facteur déterminant et efficace pour l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants. L'analyse des données démographiques (EDS) de 36 pays en voie de développement (Asie du Sud, Afrique subsaharienne, Amérique latine) ont montré que l'amélioration du statut de la femme dans la société a un impact positif sur l'état nutritionnel des enfants (Pridmore et Carr-Hill, 2010). La femme étant le socle de la famille dans nos sociétés, elle joue un rôle crucial autant sur le plan biologique, social et économique mais aussi pour la sécurité alimentaire des ménages et l'état nutritionnel des enfants (Le Bihan et al, 2003).

La malnutrition a des conséquences néfastes sur l'économie. L'amélioration de l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables « femmes et enfants » doit devenir, plus que jamais au Niger, un objectif de planification de tous les secteurs et un indicateur de développement socio-économique.

Des études récentes ont montré que les 1000 jours qui s'écoulent entre la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant représentent une fenêtre d'opportunité pour améliorer l'état nutritionnel et le développement des nourrissons et des jeunes enfants. C'est pendant cette période cruciale pour leur croissance que les enfants ont le plus besoin d'une alimentation adéquate, riche en nutriments et de soins prophylactiques et curatifs adaptés (Von Grebmer et al, 2010).

Références bibliographiques

- Apefelbaum, M., Romon, M., et Dubus, M. (2004). *Diététique et nutrition (6è édition)*. Paris : Masson.
- Bansimba, T. (2007). Promouvoir l'allaitement maternel optimal au Niger: enjeux et stratégies. Niamey : UNICEF-Niger.
- Bansimba, T. (2007). Promouvoir les bonnes pratiques en matière de nutrition et de l'enfant au Niger par la stratégie des mères éducatrices. Niamey : UNICEF-Niger.
- Beaufrere, B., Bresson, J., Briend, A., et al, e. (2000). La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres. *Arch Pédiatr*, 7 (11) 1149-53.
- Blench, R., et Dendo, M. (2007, Décembre). *Hausa names for plants and trees. Deuxième édition*. Consulté le Novembre 30, 2010 sur <http://www.rogerblench.info/Ethnoscience data/Hausa>
- Burby, L. (2005, Avril). *101 raisons de choisir l'allaitement maternel*. Consulté le Novembre 18, 2010, sur <http://www.mamanana.com/catalog/images/101FINAL.pdf>.PDF
- CDC. (2005). Enquête Nutrition et survie de l'enfant. Octobre- Novembre
- Cesar, G. V., Adair, L., Fall, C., et al, e. (2008). Maternal and child undernutrition : consequences for health and human capital. *The lancet series*, Vol 371, pp. 340- 357.
- Chopra M., (2010, Juillet 30). Semaine mondiale de l'allaitement maternel. Consulté le Janvier 11, 2011, sur unicef.org. http://unicef.org/french/childsurvival/index_55388.html
- Dabo, K., Traoré, S., Traoré B., (2008). Analyses des causes de la malnutrition dans 3 pays du Sahel : Burkina Faso, Mali, Tchad. INSA : Institut du Sahel.
- Dao, F-B., (2007). *Déterminants de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 12 mois dans la commune de Grand Popo*. (Bénin) IRSP : Institut Régional de Santé Publique.
- Delsol, H., et Martin-Prevel, Y., (2005). *L'information nutritionnelle dans un contexte de surveillance et d'alerte précoce : éléments de réflexion*. Ouagadougou. CILSS : Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel.
- Dillon, J-C. (2000 Juin). *Nutrition et malnutrition chez l'enfant*. Consulté le Juillet 20, 2010, sur http://www.antenna.ch/documents/nutrition_infantile.pdf.
- FAO. (1998). L'éducation nutritionnelle du public. Rome : FAO.
- FAO. (2002). Gestion des programmes de terrain : alimentation, nutrition et développement. Rome : FAO
- Gauthier, B. (1990). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Quebec : Presses de l'Université du Quebec.
- Gouvernement, S.G. (2010). Journal officiel de la République du Niger. Consulté le Décembre 28, 2010 sur http://journalofficielniger.org/index.php?option=com_content&view=category&id=8:arr&Itemid=3

- Haider, R., Kabir, I., Hamadani, J., et Habte, D. (1997). Reasons for failure of breast-feeding counselling: mother's perspectives in Bangladesh. *WHO Bulletin OMS*, 75.
- INS. (2007). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006. Macro International Inc. Calverton Maryland, USA.
- INS/DN. (2007). Rapport d'enquête nationale Nutrition et Survie de l'enfant octobre-novembre.
- INS/DN. (2007). Rapport d'enquête nutrition et survie de l'enfant Niger, mai /juin. INS.
- INS/DN. (2008). Rapport d'enquête nationale nutrition et survie de l'enfant juin/juillet.
- INS/DN. (2009). Rapport d'enquête nationale Nutrition et survie de l'enfant Niger, mai/juin.
- INS/DN. (2010). Rapport d'enquête nationale Nutrition Niger mai-juin.
- INS/UNICEF/PAM. (2006). Rapport d'Enquête Nutrition et Survie de l'Enfant Niger octobre - novembre.
- Jacotot, B., et Campillo, B. (2003). *Nutrition humaine : connaissances et pratique*. Paris : Masson
- Keita, M. M. (2007). *Recherche et développement participatif : méthodes et outils*. Katibougou-Koulikoro (Mali) : Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche Appliquée (IPR/IFRA)
- King, J., et Ashworth, A. (1991). contemporary feeding practices in infancy and early child hood in developing countries. *Infant and child nutrition world wide*. (F. F. press, Éd.) pp. 162 - 174.
- Kramer, M., Chalmers, B., Hodnet, E., et al, e. (2001). Promotion of breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* (285), pp. 413-420.
- La Lèche League, F. (2009, Août 7). Consulté le Décembre 15, 2010, sur La lèche league Allaitement et maternage : [http :www.lilfrance.org/Dossiers-de-l'allaitement/DA-52-Tour-d-horizon-sur-le-lait-humain.html](http://www.lilfrance.org/Dossiers-de-l'allaitement/DA-52-Tour-d-horizon-sur-le-lait-humain.html).
- Latham, M. C. (2001). *La nutrition dans les pays en développemnt*. Rome : FAO.
- Le Bihan, G., Delpuech, F., et Maire, B. (2003). *Nutrition et politiques publiques : cahiers de propositions*. Paris : Charles Léopold Mayer.
- Lefèvre, P., et De Suremain, C. H. (2002, Janvier- Février). Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique: pourquoi, comment et à quelles conditions? *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 12 (1.), pp. 77 - 85..
- Leung, R., et Sauve, R. (2005). Breast is the best for babies. *J Natl Ped Assoc*, 97(7):1010-9.
- Linkages. (1999). *Pratiques et régimes alimentaires recommandés pour améliorer la nutrition infantile et maternelle*. Washington, DC : Le Projet LINKAGES.
- Linkages. (2004). *Allaitement maternel exclusif : la seule source d'eau dont les nourrissons ont besoin*. Washington, DC : Le Projet LINKAGES.

MSP : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, H. U. (2006). *Analyse Profils Nutrition au Niger : Ensemble, Investissons dans la Nutrition pour Réduire la Pauvreté.*

Moursi, M. (2009, Janvier 15). Indices et indicateurs de l'alimentation du jeune enfant: développement et validation chez les enfants de 6 à 23 mois en milieu urbain à Madagascar. (IRD, Éditeur) Consulté le Février 19, 2011, sur Nutridev.org: http://www.nutridev.org/IMG/pdf/Mourad_These_Support_2009.pdf

Ndongo, J.-P. (2010, Juillet 30). Allaitement maternel: un rapport qui interesse l'Afrique. *Afriqueactu.net*

Ngounde, L. (2004). *Impact du niveau d'instruction sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans en Centrafrique.* Consulté le Décembre 28, 2010, sur Memoire Online : http://www.memoireonline.com/11/07/703/m_impact-niveau-instruction-femme-etat-nutritionnel-enfants-moins-de-3-ans0.html

Noirhomme-Renard, F., Farfan-Portet, M., et Berrewaerts, J. (2006). *Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?* Louvain: UCL- RESO Unité d'éducation pour la santé

OCHA. (2010). Cartothèque OCHA. Consulté le Mars 8, 2011, sur OCHA :Coordination des affaires humanitaires : Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : <http://ochaonline.un.org/Cartotheque/Cartesthematiques/tabid/3108/language/fr-FR/Default.aspx>

Onyango, A., Receveur, O., et Esrey, S. (2002). Importance du lait maternel dans l'alimentation des jeunes enfants dans l'ouest du Kenya. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé ,recueil d'articles (N°7).*

OPS. (2003). *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois allaités au sein.* Genève : OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé.

PNNS. (2009, Octobre). *Guide de l'allaitement maternel.* Consulté le Janvier 7, 2011, sur INPES : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf

PNUD. (2010). *Indice de développement humain.* New York : PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

Poirson, J. (2008). Alimentation, soins, représentation et pratiques liées à la fécondité dans trois départements de la région de Tahoua :Rapport d'enquête qualitative. Projet de recherche Action - Plaidoyer Tahoua, Niger- MDM- ACF.

Pridmore, P., et Carr-Hill, R. (2010). Tackling the drivers of child under nutrition in developing countries : what works and how should interventions be designed. *Public health nutrition*

Quinn, V., Guyon, A., Martin, L., et al,(2006). *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatiques et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique.* Cap Town : Partenariat pour la santé maternelle et infantile.

Sineux, D., (2003). *L'allaitement maternel : les représentations des mères et la place des professionnels de santé.* Consulté le Janvier 15, 2011, sur CERDAM : <http://cerdam.org/>

Sokol, E., Aguayo, V., et Clark, D. (2007). Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25 ans d'application du Code Internationale sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. UNICEF, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Sphère, P. (2004). Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes naturelles. Genève : le projet Sphère.

Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN* (38), pp. 259-268.

Trèche, S., Benbouzid, D., Verster, A., et Delpeuch, F. (1995). Techniques pour augmenter la densité énergétique des bouillies. L'alimentation de complément du jeune enfant. Paris : ORSTOM.

Turck, D. (2010). Propositions d'action pour la promotion de l'allaitement maternel "Plan d'action: Allaitement maternel". Paris: Direction Generale de la Santé (France).

UNICEF. (2002). *Savoir pour sauver*. Troisième édition. New York : UNICEF

UNICEF. (2009). *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère : une priorité en matière de survie et de développement*. New York: UNICEF.

UNICEF-Niger. (2010). *Crise nutritionnelle au Niger: ensemble, faire la différence Juillet 2010*. UNICEF - Bureau régional Afrique de l'Ouest et du centre.

Von Grebmer, K., Ruel, M., Purnima, M. et al., (2010). *Indice de la faim dans le monde : Relever le défi Objectif : Eradiquer la sous-alimentation infantile*. Bonn, Washington D.C., Dublin, Paris : IFPRI-Concern Worldwide-Welthungerilfe.

Wilkinson, R., et Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux les faits (2è édition)*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Spécification du thème de recherche	8
Tableau 2 : Apports nutritionnels recommandés pour les jeunes enfants	9
Tableau 3 : Alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois	13
Tableau 4: Alimentation de l'enfant de 6 à 24 mois	13
Tableau 5 : Indicateurs nutritionnels	14
Tableau 6 : Quelques espèces de plantes utilisées pour la préparation des décoctions.....	16
Tableau 7 : Pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément.	17
Tableau 8 : Données démographiques et logistiques du CSI de Koirateguï.....	23
Tableau 9 : Données démographiques et logistiques du CSI de Goudel	24
Tableau 10 : Répartition des mères selon leur niveau d'instruction :.....	25
Tableau 11: Répartition des mères selon leur âge:	26
Tableau 12: répartition des enfants selon la tranche d'âge:.....	26
Tableau 13 : Lieu d'accouchement des femmes.....	26
Tableau 14 : Répartition des mères selon leurs activités.....	27
Tableau 15 : Initiation à l'allaitement maternel.....	27
Tableau 16 : Types d'allaitement courants	29
Tableau 17 : Répartition des enfants selon l'âge d'introduction du 1 ^{er} AC et sa nature.....	31
Tableau 18 : Relation entre l'âge d'introduction des aliments de compléments(AC) et le niveau d'instruction	33
Tableau 19 : Les différents aliments locaux entrant dans la diversification alimentaire.....	34
Tableau 20 : Facteurs associés aux pratiques d'ANJE.....	37
Tableau 21 : Présentation de l'activité 1	41
Tableau 22 : Présentation de l'activité 2	42
Tableau 23 : Présentation de l'activité 3	42
Tableau 24: Présentation de l'activité 4.....	43
Tableau 25 : Présentation de l'activité 5	44
Tableau 26 : Présentation de l'activité 6	44
Tableau 27: Présentation de l'activité 7.....	44
Tableau 28: Critères, indicateurs et outils d'évaluation.....	45

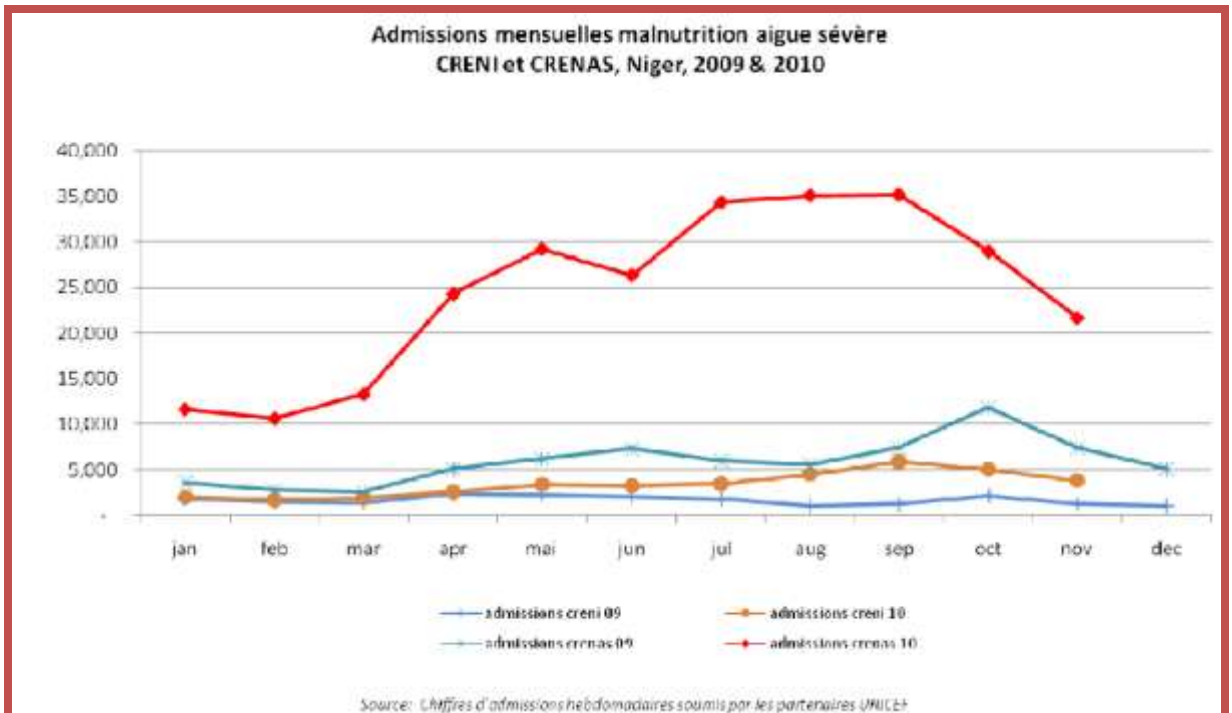
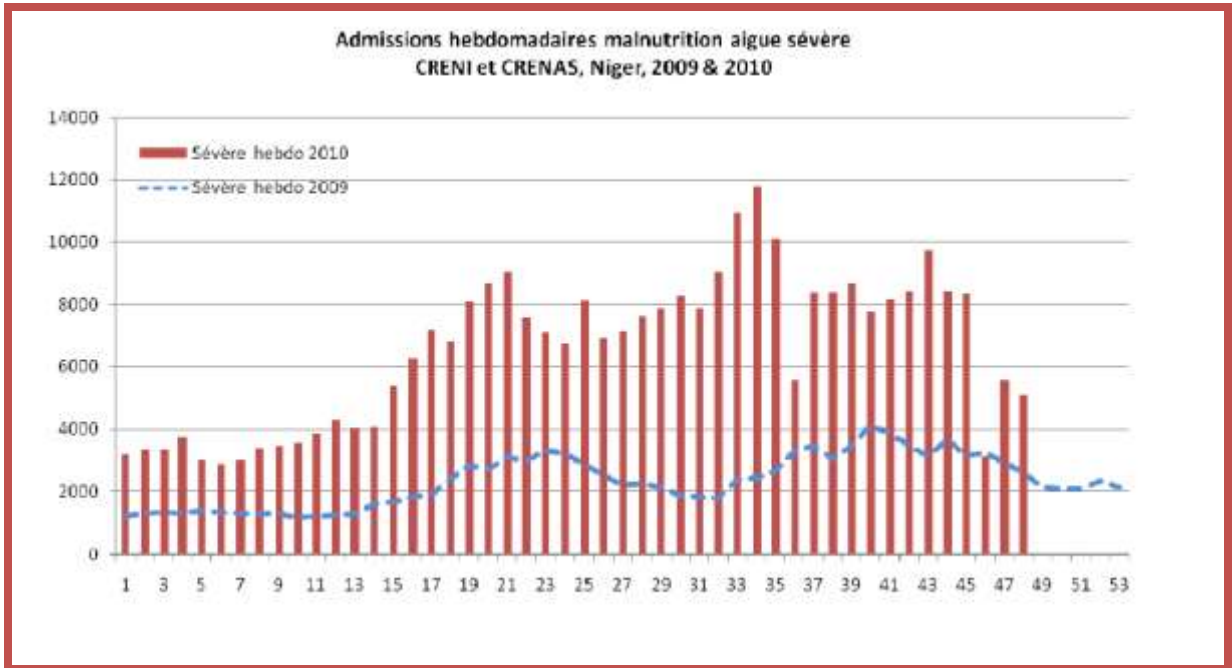
Liste des figures

Figure 1	La carte du Niger, sa localisation en Afrique et le taux de malnutrition aigüe global par région.....	3
Figure 2	Déterminants sociaux des pratiques d'allaitement et d'AC.....	6
Figure 3	Tendance de la malnutrition aigüe globale et chronique de 2005 à 2010.....	14
Figure 4	Dispositif nutritionnel à trois étages	20
Figure 5	Schéma de la technique de l'entonnoir	22
Figure 6	Don du colostrum	28
Figure 7	Répartition selon l'influence sociale.....	30
Figure 8	Repartition des types de bouillies	32
Figure 9	Répartition de la consommation du plat familial en fonction de l'âge	35
Figure 10	Période de sevrage	35
Figure 11	Relation entre l'alimentation, la santé et le niveau d'instruction des mères.....	36
Figure 12	Conseils reçus sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation au centre de santé	37
Encadré 1	: Don du colostrum.....	29
Encadré 2	: Influence sociale	30
Encadré 3	: Prise de décoctions	31
Encadré 4	: Recette de Bouillie à base de mil	32
Encadré 5	: Recette à base de farine de mil et de pâte ou tourteaux d'arachide	32
Encadré 6	: recette à base de farines de plusieurs céréales	32
Encadré 7	: Commentaire d'une mère sur les conseils reçus au centre de santé	37

Annexe 1 : Glossaire des termes

- **Alimentation de complément** : processus mis en route lorsque l'allaitement (tous types) ne suffit plus à satisfaire les besoins du nourrisson ; de sorte que d'autres aliments et liquides doivent être ajoutés à l'allaitement. La tranche d'âge ciblée et recommandée par l'OMS pour l'alimentation d'appoint est de 0 à 23 mois
- **Allaitement** : Action d'allaiter qui consiste à nourrir de lait. C'est le mode d'allaitement du nouveau-né et du nourrisson.
- **Allaitement maternel** : c'est l'allaitement au sein.
- **Allaitement maternel exclusif : (AME)** : mode d'alimentation où le nouveau-né ne s'alimente qu'avec du lait maternel (y compris le lait tiré ou tété au sein d'une nourrice) et rien d'autres c'est-à-dire sans eau ni tisanes (thé ; décoctions de plantes). Les médicaments, solutions de réhydratation orale, les vitamines dans la mesure où ils sont recommandés par un agent de santé sont autorisés pendant l'AME.
- **Connaissances** : ensemble des expériences, du savoir faire acquis et des informations que les femmes ont de l'allaitement maternel.
- **Croyance** : le fait de croire à la vérité ou à l'existence de quelque chose.
- **Culture : Définition sociologique** : ensemble des valeurs et des normes ainsi que les rôles liés aux statuts qui structurent et organisent une société. Transmise par socialisation, elle constitue la personnalité sociale de l'individu.
- **Perception** : représentation psychologique basée sur l'expérience personnelle et compréhension des informations disponibles sans raisonnement.
- **Sécurité alimentaire** : elle existe lorsque tous les peuples, en tout temps, peuvent accéder physiquement et économiquement à suffisamment de nourriture pour mener une vie saine et active. La capacité d'acquiescer de la nourriture est assurée, la nourriture est adéquate sur le plan nutritif et acceptable culturellement. On peut se la procurer dans le respect de l'environnement et de la dignité humaine fondamentale
- **Tradition** : ensemble des valeurs, croyances et coutumes propres à une communauté donnée et transmis de générations en générations.

Annexe 2 : Graphiques



Source : bases de données de l'Unicef-Niger

Annexe 3 : Guide d'entrevue des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (0 à 24 mois).

But : Recueillir des informations sur les pratiques d'ANJE en cours et les obstacles culturels qui entravent cette pratique

Population cible : les femmes ayant des enfants appartenant à la tranche d'âge de 0 à 24 mois qui viennent pour les soins au centre de santé réalisation d'entrevue individuels

Introduction auprès des mères

Je me nomme Haoua. Je suis une étudiante. Je réalise une enquête sur l'alimentation des enfants. Je souhaiterais si possible avoir quelques informations sur les soins et les pratiques alimentaires que vous dispensiez à votre enfant apportez à votre enfant depuis sa naissance à maintenant. Ces informations ne seront utilisées que dans notre étude et seront anonymes et confidentielles. Vous êtes libres de vouloir me répondre.

Variables relatives au thème

Niveau d'instruction

Age de la mère

Age de l'enfant

Lieu d'accouchement

Activité de la mère

Variables relatives à l'allaitement maternel

Dès la naissance : pratiques d'allaitement maternel

Première mise au sein (le moment et la raison spécifique sous la directive d'une personne)

Délai de mise au sein :

Immédiatement, au cours des 24h, plus de 24h

Faites-vous prendre à l'enfant le premier lait (Colostrum) ?

Si oui quel est selon vous son intérêt ?

Si non, quelles sont les conséquences liées à sa consommation ?

Type d'allaitement pratiqué

Administration de décoction, de tisane, d'eau

L'enfant a-t-il reçu d'autres liquides que le lait pendant l'allaitement ? Si oui lesquels ?

Quel est l'intérêt de l'absorption de ces boissons ?

C'est vous qui aviez choisi de donner ces plantes au bébé ?

Jusqu'à quelle période continuez-vous l'allaitement maternel ?

Alimentation de complément

Nature et composition du premier aliment à partir de quel âge ? pourquoi à cet âge ?

Quelle est la nature de ces premiers aliments ? (liquide ? solide ?)

L'âge requis pour la consommation d'un nouvel aliment

Recommandataires des nouveaux aliments. Qui a décidé de l'introduction

Vous-même ? Votre mari ? Belle-mère ? Mère ?

Comment procédez-vous ? En cas de refus que faites-vous ? (1. le forcer ? 2. Le laisser ? 3. Continuer d'essayer jusqu'à ce qu'il accepte ?

Début d'introduction d'autres aliments

Quels sont les aliments que vous ajoutez progressivement à votre enfant ? Fréquence de consommation de ces aliments

Fréquence d'allaitement (lorsque débute la prise d'aliment de complément) / durée de la tétée

Quantité d'aliment donnée

Mode de transformation de chaque aliment

Comment confectionnez-vous les plats

Confection des farines de bouillies

Début de consommation du plat familial

Nature du plat,

Type de légumes et fruits consommés par l'enfant

Consommation de produits animaux (viande, volaille, œufs, poissons, lait)

Existence d'interdits alimentaires

Identifier certaines pratiques particulières et comprendre le rationnel

Prise de décoctions

L'eau

Les jus de fruits

La bouillie

Les raisons de ces pratiques : de qui est cette option ? Vous-même ? Votre mari ? Votre mère ? Votre belle-mère ? Autres

Pouvez-vous me donner une explication sur l'intérêt de cette pratique pour votre enfant

Choix des aliments de complément et les raisons

Identification des contraintes familiales à l'alimentation de complément

Conseils reçus sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation au CSI

(Avez-vous déjà reçu des conseils sur la manière de nourrir votre enfant)

Si oui ? Les avez-vous mis en pratique

Activités de la mère

(Comprendre si c'est le manque de moyen qui empêche la pratique d'une bonne alimentation pour l'enfant ou le manque de connaissances)

Quelles sont les conséquences d'une mauvaise alimentation ?

Pouvez-vous reconnaître un enfant mal nourri ?

Êtes-vous satisfaite de l'alimentation de votre enfant ?

Annexe 4 : Chronogramme des activités du projet

ACTIVITES	2012				2013			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Formation et recyclage du personnel de santé et des pairs éducateurs par une approche participative.	X			X		X		
Campagne de promotion des pratiques d'ANJE	X	X	X	X	X	X	X	X
Sensibilisation des personnes impliquées dans la transmission du savoir aux mères		X				X		
Mise en place de groupe de soutien		X						
Transmission du procédé de fabrication des farines infantiles de sevrage aux mères		X			X			X
Réalisation de séances culinaires		X			X			X
Sensibilisation à l'hygiène alimentaire et environnementale et de l'eau		X			X			

Annexe 5 : Budget

Désignation	Quantité	Prix unitaire (FCFA)	Total
Mobilisation des partenaires			
Contact avec les autorités municipales et traditionnelles	2	200000	400000
Contact avec les responsables du centre de santé	2	50000	100000
Sous total			500000
Ressources humaines			
Réunion de coordination de l'équipe projet (phase préparatoire)	5	80000	400000
Formation du personnel de santé et des pairs éducateurs	1		2500000
Indemnité de l'équipe – projet	Forfaitaire		30000000
Frais de déplacement	forfaitaire		2500000
Frais de communication	forfaitaire		1500000
Sous- total			36900000
Ressources matérielles			
Matériel bureautique	Forfaitaire		4000000
Conception et production des affiches et panneaux	Forfaitaire		3000000
Elaboration de chants de sketch de sensibilisation	Forfaitaire		2000000
Mise en place de groupe de soutien	Forfaitaire		1000000
Causeries éducatives	Forfaitaire		1000000
Achats de matériels nécessaires aux activités des groupes de soutiens	Forfaitaire		1000000
Sous total			12000000
Suivi évaluation			
Evaluation des activités du projet			1000000
Présentation du rapport d'évaluation			750000
Sous –total			1750000
Marge sécuritaire		10 %	5065000
Grand total			55715000

Annexe 6 : Valeur nutritive des feuilles de Moringa oleifera

Composante	Poudre de feuilles	Acides Aminés (mg)	Poudre de feuilles
calories	206	Arginine	1 326
protéine (g)	27,1	Histidine	613
gras	2,3	Isoleucine	825
carbohydrates (g)	38,2	Leucine	1 960
fibres(g)	19,2	Lysine	1 326
calcium (mg)	2003	Méthionine	350
cuivre (mg)	0,57	Phénylalanine	1 388
fer (mg)	28,2	Thréonine	1 186
potassium (mg)	1324	Tryptophane	425
magnésium (mg)	368	Valine	1 063
phosphore (mg)	204		
soufre (mg)	870		
sélénium (mg)	0,09		
zinc (mg)	3,29		
acide oxalique (mg)	1800		
vitamine A (mg)	18,9		
vitamine B1 (mg)	2,64		
vitamine B2 (mg)	20,5		
vitamine B3 (mg)	8,2		
vitamine C	17,3		
vitamine E (mg)	113		

**Pour 100grammes
de feuilles s'échées**

	mère qui allaite	enfant
protéine	21	42
calcium	84	125
magnésium	54	61
potassium	22	41
fer	94	71
vitamine A	143	272
vitamine C	9	22

Pourcentage des AJR pour

- une mère qui allaite : avec 48gr de poudre de moringa /jour
- un enfant entre 1 et 3 ans : avec 24 gr de poudre de moringa /jour

AJR : apports journaliers recommandés

Source : http://www.fondationensemble.org/fichestech/FT_moringa.pdf

Annexe 7 : Valeur nutritive d'Adansonia digitata

EN % DE MATIERE SECHE	FEUILLES	GRAINES	PULPE
Cellulose	11.0	2.2	11.4
Extrait éthéré	4.0	31.5	0.8
Glucide	60.0	16.0	81.3
Protides	13.4	41.6	2.5
Cendres	11.6	8.7	4.0
Calcium	2.60	0.30	0.53
Phosphore	0.25	1.5	1.33
ACIDES AMINES			
Arginine	5.3	9.3	4.0
Cystine	-	-	-
Histidine	2.0	2.4	3.5
Isoleucine	5.0	3.8	3.5
Leucine	8.5	6.8	4.8
Lysine	5.9	3.7	4.8
Méthionine	2.1	1.3	0.9
Phénylalanine	7.0	5.1	3.6
Thréonine	4.8	3.2	4.9
Tryptophane	-	-	-
Tyrosine	3.7	2.9	2.3
Valine	5.9	5.4	4.1
Acide aspartique	10.0	8.8	8.9
Acide glutamique	11.4	21.2	9.6
Alanine	6.6	3.4	5.0
Glucine	5.7	5.9	4.6
Proline	4.1	3.5	6.2
Sérine	5.1	5.2	5.8

Source : <http://www.cooperation.net/k2ri/adansonia-digitatao.kadri-et-ibrahim-fall-dpf>