

link nca

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS



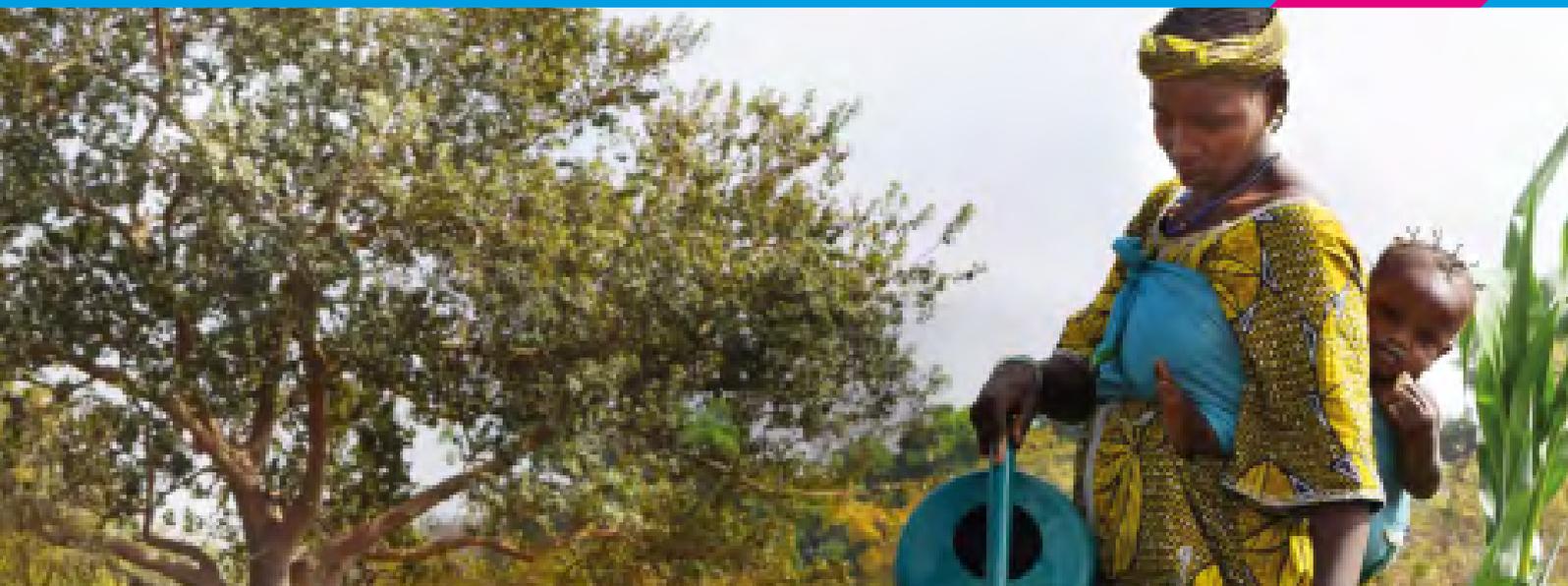
NIGER

DISTRICT SANITAIRE DE MAYAHI, RÉGION DE MARADI

Publication : Mars 2017



RAPPORT
FINAL



L'ESSENTIEL



L'auteur :
Dr. Firmin Kouassi

Anthropologue, Humanitaire, Expert Link NCA

Firmin Kouassi est Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

Ses travaux se concentrent essentiellement sur l'étude de l'homme dans son milieu naturel, dans l'espace comme par exemple les différences rural-urbain, dans le champ anthropo-épidémiologique avec les effets de différences nutritionnelles, de santé, d'exposition à des risques, et des caractères anthropologiques biologiques (démiques) et culturels ou ethniques...

Un des enjeux majeurs de ses recherches est de tester la résilience des sociétés au changement

link
nca

NUTRITION CAU





NIGER
DISTRICT SANITAIRE DE MAYAHI, REGION DE MARADI
JUILLET 2017
LINK NCA / ESSENTIEL



NIGER

DISTRICT SANITAIRE DE MAYAHI,
REGION DE MARADI

PUBLICATION : JUILLET 2017

L'essentiel

Par **Firmin Kouassi**
(Université Houphouët-Boigny, Abidjan)

Avec le support de **Gwenaëlle Luc** (Action contre la Faim - France)



TABLE DES MATIERES

SYNTHESE EXECUTIVE	3
LA ZONE D'ENQUETE	8
SOUS-NUTRITION : DONNEES CLEES	10
DONNEES QUANTITATIVES SUR LA SOUS-NUTRITION	10
PERCEPTIONS LOCALES DE LA MALNUTRITION ET DE SES CAUSES	15
CALENDRIER SAISONNIER DES FACTEURS DE RISQUE	18
CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES PAR L'ANALYSTE	20
SCHEMA CAUSAL DE LA SOUS-NUTRITION INFANTILE	24
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	25
CONCLUSION	25
RECOMMANDATIONS	26
1.1.1 Santé	26
1.1.2 Santé reproductive	26
1.1.3 Pratiques de soins et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	27
1.1.4 Eau, hygiène et assainissement.....	27
1.1.5 Sécurité alimentaire	28
1.1.6 Limiter la vulnérabilité des femmes	28
PROCHAINES ETAPES	29



SYNTHESE EXECUTIVE

Contexte et objectifs de l'étude Link NCA

NIGER



En dépit de toutes les activités de lutte contre la malnutrition dans le département de Maradi, les résultats de l'enquête smart 20161 sur la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois montrent que la situation reste critique dans cette région.

La prévalence de la **malnutrition aiguë globale** était de **12,9%** (IC 95% : **9,4-13,8%**) chez les enfants de 6 à 59 mois avec **2,4%** (IC 95% : **1,0-2,9%**) de **sévère**. Les prévalences de cette année 2017 semblent sensiblement en baisse (environ de 3 % pour la MAG et de

1% pour la chronique) par rapport à celles de ces dernières années.

L'étude Link NCA permettra à Action contre la Faim Espagne d'adresser les causes responsables de la malnutrition sur le long terme, en apportant des solutions adaptées. En effet, afin d'apporter des réponses durables, il est capital d'avoir une compréhension approfondie du contexte de la zone d'intérêt, des besoins spécifiques et des dynamiques d'interactions des causes sous-jacentes à la malnutrition.

Sécurité alimentaire et moyens d'existence

Au Niger, la dernière décennie a été marquée par **trois chocs de production majeurs** causés par la **sécheresse et/ou les invasions acridiennes**: 2000/2001, 2004/2005 et 2009/2010. Avec la sécheresse de 2010, le Niger faisait partie des 14 pays de la bande sahélienne qui ont été frappés par une crise nutritionnelle et alimentaire sans précédent avec une baisse drastique de la production céréalière, une augmentation du prix des céréales et une baisse des revenus agricoles et de l'élevage. Le département de Mayahi, n'a pas été épargné.

Les résultats de notre étude montrent que les principales causes de l'insécurité alimentaire sont directement liées au **caractère déficitaire de la production céréalière** des ménages, à la forte **dépendance vis-à-vis des marchés** en période de soudure, à la **faible diversification des sources de revenus**, aux **chocs récurrents** et à la **faible capacité de résilience** des ménages et des communautés.

Le travail de la terre est très majoritairement pratiqué par les femmes et par les hommes. Toutefois, un nombre croissant d'homme préfère généralement **les migrations** à l'intérieur et à l'extérieur du Niger au travail journalier agricole chez les plus nantis. L'enquête qualitative nous a permis d'établir que les facteurs limitant une production agricole suffisante étaient, entre autres,



¹INS ; Evaluation nationale de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART en République du Niger ;2016.



l'appauvrissement des sols, la faible pluviométrie, le faible accès aux intrants agricoles et les attaques (d'oiseaux, de criquets, chenilles...) sur les cultures céréalières.

Pour pallier aux faibles ressources issues de l'autoproduction agricole, des **sources de revenus complémentaires** sont exploitées. Ainsi, le **travail journalier agricole, l'élevage, le petit commerce, l'artisanat, la migration des hommes** pour le travail aux mines, pour le travail agricole ou dans les pays voisins (Nigéria, Lybie et Algérie) sont aussi des sources de revenus secondaires utilisées par certains ménages.

L'**élevage** est généralement pratiqué en complément d'une activité agricole. Posséder du bétail permet d'améliorer l'accès des ménages à la nourriture au moment où les stocks familiaux sont épuisés. Cependant, notre enquête quantitative révèle que l'élevage constitue une source de **revenus principale** pour seulement **2,0% des ménages** et pour **10,8% des ménages** il représente une **source de revenus secondaire**.

Les faibles revenus issus de l'exploitation animale dans notre zone d'étude sont dus à la vulnérabilité aux épizooties, la vulnérabilité au vol des bêtes, l'insuffisance d'accès aux infrastructures sanitaires vétérinaires, aux techniciens spécialisés et aux produits de traitement curatif et préventif, au très faible encadrement technique de la filière, au faible accès aux pâturages et aux fourrages, au faible accès à l'eau durant la saison sèche ainsi qu'aux faibles connaissances et pratiques sur l'exploitation animale.

De plus, la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire dépend également de **l'exposition d'un ménage au choc et à sa capacité de résilience**. L'exposition à un choc varie en fonction de l'effet de ce choc sur les moyens de subsistance dont dépendent les ménages. **L'insuffisance des pluies/la sécheresse** est le premier choc mentionné par les ménages. Viennent ensuite les attaques d'oiseaux sur les cultures, la maladie ou le décès d'un membre important, etc.

Face à ces chocs, les populations particulièrement vulnérables adoptent des stratégies de survie négatives, qui leur permettent de vivre, mais qui **mettent en danger la durabilité des moyens d'existence et contribuent à aggraver leur vulnérabilité**. Ces stratégies sont notamment la consommation des semences gardées pour l'année suivante et/ou des récoltes immatures, la diminution de la ration alimentaire journalière et du nombre de repas quotidien, ainsi que la décapitalisation ou le recours à l'endettement excessif.

Par manque de sources de revenus complémentaires et de capacités de résilience face aux chocs, les ménages se trouvent très dépendants des sources de revenus agricoles qui impactent directement la sécurité alimentaire des ménages. Ainsi, **70,7% des ménages du district de Mayahi ont été identifiés en situation d'insécurité alimentaire modérée ou sévère** en juin 2016, ce qui laisse déjà présager une situation critique si on s'en tient à la pluviométrie de l'année dernière.

Eau, hygiène et assainissement

L'approvisionnement en eau de mauvaise qualité peut avoir un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants en raison de l'exposition à des agents pathogènes, les maladies diarrhéiques étant les plus communes chez les enfants de moins de 5 ans.

Selon notre étude, seulement **36,4% des ménages avaient accès à l'eau de sources protégées**. Ce facteur de risque est particulièrement fort, l'eau étant principalement puisée dans des puits, puis transportée dans des jarres non recouvertes ou des bidons et non traitée avant d'être bue. En effet, selon notre étude **87,9% des ménages utilisent une source qui présente un risque de contamination** pour s'approvisionner en eau. Les sources non protégées sont partagées avec les animaux, en contact avec des récipients sales, les enfants et leurs mères prélèvent généralement de l'eau dans un trou aménagé qui est ravitaillé par un canal dépourvu de protection et ainsi contaminer l'eau directement. Aux risques de contamination des sources, viennent s'ajouter les risques de contamination de l'eau de boisson durant son transport, son stockage et avant sa consommation.

Dans notre zone d'étude, la **gestion des matières fécales humaines et animales** a été jugée être un facteur de risque majeur à la sous-nutrition infantile. En effet, seulement **6,5 % des ménages ont accès à des latrines**, et parmi eux, 26,9% ne les utilisent pas.



De plus, seulement **12,5% des femmes en charge des enfants ont montré des pratiques de lavages de mains appropriées**. Les faibles pratiques d'hygiène étaient dues au manque de savon, à la surcharge de travail des mères qui n'ont pas le temps de veiller aux pratiques d'hygiène des enfants et aux faibles quantités d'eau disponibles dans le ménage ou durant la journée lorsque les mères et les enfants sont au champ.

Contexte sanitaire

La vulnérabilité aux maladies est renforcée par une **faible utilisation des services de santé**, liée à des parcours thérapeutiques où les centres de santé ne sont pas priorités, une **faible pratique de soins, d'alimentation et d'allaitement non optimales, des habitats inadéquats, un faible accès à l'eau potable et de faibles pratiques d'hygiène et d'assainissement**.

Les services de santé dans le district sanitaire de Mayahi demeurent faibles tant en termes de qualité que de quantité. Les cases de santé sont une stratégie de rapprochement des communautés aux centres de santé, mais les médicaments essentiels et génériques, les matériels médicaux et équipements de base sont difficilement accessibles et les ressources humaines sont peu nombreuses et présentent un faible niveau de qualification. Ils peuvent également trouver leurs sources dans les faibles approvisionnements et gestion de stocks en intrants et les faibles capacités de conservation des produits au niveau des centres de santé. La proportion de femmes ayant fait 4 visites prénatales ou plus durant sa dernière grossesse (41,8%) témoigne de ce rapprochement. Malheureusement, le **recours préférentiel et traditionnel aux soins chez le kmès, les guérisseurs et marabout** fait que les enfants malades arrivent au centre de santé dans un état beaucoup plus grave. Les autres principaux facteurs présentés par les populations sont le prix des soins, la distance pour atteindre les structures de santé, la surcharge de travail des mères et la faible qualité des soins.

Cependant, même si les communautés ont identifié le **prix des soins et la distance des centres de santé comme un facteur limitant l'accès aux soins**, tous les participants à nos groupes de discussion nous ont expliqué que les traitements de certaines maladies au village, par les médecines traditionnelles, étaient plus onéreux. Notre enquête a montré également, que si les cases de santé étaient équipées, cela réduirait le temps moyen mis pour se rendre dans un centre de santé à 40,1 minutes.

Nutrition et pratiques de soins

Le modèle alimentaire de notre zone d'étude est basé sur la consommation de mil pénicillaire, qui est généralement consommé sous forme de pâte appelée «boule». La boule est accompagnée de sauces à base de baobab, oseille ou gombo (et piment, sel, soubala, cube maggi, eau) sans viande ni poisson. Le niébé et des oléagineux, tels que l'arachide et le sésame, sont soit consommés tels quels, soit utilisés dans la préparation de sauces ou de la bouillie au moment de la récolte. Si bien que, selon l'étude, **l'alimentation des ménages est diversifiée au moment des récoltes** mais les ménages ont tendance à privilégier des aliments à faible valeur nutritionnelle, qui ne suffisent donc pas à leur apporter les macro et micronutriments nécessaires à couvrir leurs besoins journaliers.

La recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois semble fortement appliquée dans le département de Mayahi. Notre enquête quantitative montre que 65,3% des enfants âgés entre 0 et 5 mois, n'ont reçu que du lait maternel, c'est-à-dire exclusivement allaités au sein. Mais l'enquête qualitative a montré que **l'ajout d'eau à l'allaitement** bien que n'étant pas systématique est une pratique courante qui commence dès la naissance de l'enfant. De plus, les **pratiques d'alimentation des enfants âgés de 6 à 23 mois ne répondent pas aux normes minimales, en termes de diversité alimentaire, de fréquence alimentaire ainsi qu'en termes de consistance**. Cela est dû à l'introduction précoce de bouillie à quatre mois. Les pratiques inadéquates d'ANJE peuvent être expliquées par les **faibles revenus des ménages** qui limitent l'accès à une alimentation diversifiée, à la **faible disponibilité des aliments** sur les marchés mais aussi par la **surcharge de travail des mères**, le **faible espacement des naissances**, la **faible appropriation des messages de sensibilisation** sur les pratiques optimales d'allaitement et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.



Genre et éducation

La faible condition sociale des femmes contribue à leur vulnérabilité. Les droits des femmes, le pouvoir relatif des femmes, leur santé et leur bien-être ainsi que ceux de leur famille sont inextricablement liés. Dans le département de Mayahi, les relations au sein du couple sont nettement en défaveur des femmes. L'homme est vu comme le chef de famille et le décisionnaire, **la femme doit demander l'autorisation de son mari pour se rendre au centre de santé ou utiliser les ressources du ménage.**

La **charge de travail des femmes est très élevée en comparaison avec celle des hommes.** La mère est en charge de la préparation de la nourriture du ménage, de la surveillance et de la propreté des enfants, de la lessive, de puiser l'eau, de chercher le bois de chauffe, de laver et habiller les enfants. **En plus des tâches ménagères, la femme doit travailler cinq jours sur sept dans le champ du mari et seulement deux jours dans son propre champ.** Or, c'est la production agricole de la femme qui sert d'alimentation de base de son ménage.

Les **pratiques de mariages précoces** restent très répandues dans la région. Les raisons alléguées sont principalement d'éviter à la famille la honte et la stigmatisation sociale d'une fille ayant eu des relations sexuelles hors mariage, mais aussi le **renforcement des liens dans ou entre les communautés.** La polygamie peut être considérée comme un instrument de maintien du faible statut social de femme, qui par peur du divorce et du rejet social se soumettra aux décisions de son mari. La **migration des jeunes** contribue aujourd'hui fortement à ces mariages précoces.

Le taux de scolarisation dans le primaire est particulièrement préoccupant dans le département de Mayahi : **85,3% des mères d'enfants de moins de 5 ans n'ont jamais été scolarisées.**

L'éducation scolaire des enfants se heurte à plusieurs barrières socioculturelles telles que le prix de scolarisation, les mariages précoces des filles, les coûts d'opportunité comme l'affectation aux tâches ménagères, l'approvisionnement en eau, le gardiennage des troupeaux, la distance aux écoles, le manque d'infrastructures scolaires et également la faible qualité de l'enseignement avec des instituteurs faiblement qualifiés.

Description des facteurs majeurs causant la malnutrition

L'analyse des données issues de la revue des données secondaires et des enquêtes quantitatives et qualitatives, validées par des experts multisectoriels, ont permis d'identifier huit facteurs de risques considérés comme contributeurs majeurs à la sous-nutrition infantile dans le département de Mayahi.

Tout d'abord la **haute prévalence des maladies infantiles** majoritairement causées par le haut risque d'infection dû au **faible accès à l'eau potable et aux faibles pratiques d'hygiène et d'assainissement.** Dans notre zone d'étude, l'état de sous-nutrition causé par ces maladies est aggravé par les **pratiques d'alimentation ANJE inadaptées** et par les **préférences thérapeutiques traditionnelles** des communautés.

La sous-nutrition infantile dans le département de Mayahi est également fortement liée à l'**insécurité alimentaire des ménages**, très dépendants de leur **faible production agricole**, qui ne suffit pas couvrir leurs besoins ou de la gestion inadéquate des ressources du ménage.

Enfin, la **surcharge de travail des mères** a été identifiée comme un contributeur majeur à la sous-nutrition infantile puisqu'elle affecte négativement les pratiques d'alimentation des jeunes enfants et des nourrissons, mais également le recours aux soins de santé des femmes et des enfants.



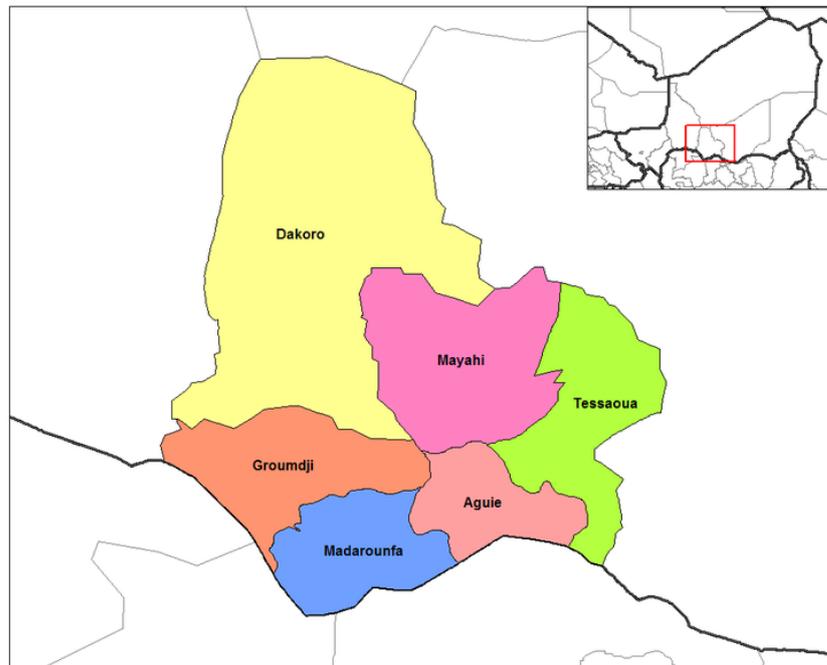
*Réunion finale de
présentation des
résultats dans le
village de Waké*



LA ZONE D'ENQUÊTE

Couvrant une superficie de 38 500 km², la région de Maradi est située au centre-sud du Niger. Elle est limitée à l'est par la région de Zinder, à l'ouest par celle de Tahoua, au nord par la région d'Agadez et au sud par le Nigéria.

La ville de Maradi est à environ 540 km à l'est de Niamey la capitale du pays, sur la route principale Nationale N°1 qui relie Niamey à Zinder. Elle est le lieu d'intersection de plusieurs routes, dont celle qui permet de rejoindre les villes de Katsina et Kano au Nigeria tout proche.



Carte du département de Mayahi

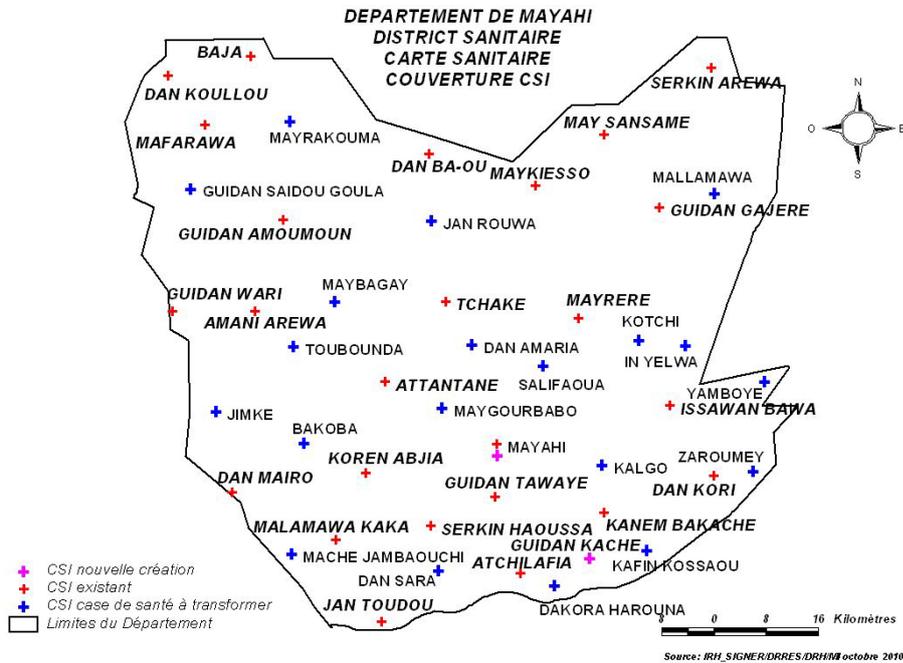
Le département de Mayahi est situé au Nord de la région de Maradi. Il est compris entre 13°40' et 14°30' de latitude Nord et entre 7°10' et 8°10' de longitude Est, et s'étend sur une superficie de 6 952 km² soit 16,63% de la Région.

Erigé en département le 10 Août 2001 par la loi N°2001-023 portant création des circonscriptions administratives et des collectivités territoriales, Mayahi comprend deux cantons regroupant 347 villages dont 209 pour le canton de Mayahi, 138 pour celui de Kanembakaché et 21 tribus.

Le département de Mayahi se trouve à environ 91 km du chef-lieu de la région Maradi et à 850 km de Niamey la capitale du Niger.

Il couvre une superficie de 6.950 Km². Il est limité à l'Ouest par les départements de Guidan roudji et de Dakoro, à l'Est par le département de Tessaoua, au Sud par les départements d'Aguié et Tessaoua et au Nord par les départements de Tanout et Dakoro. Sa population est estimée à 614 254 habitants en 2015 avec un taux d'accroissement de 4,12 % est répartie dans

8 communes. Cette population est en quasi-totalité sédentaire (99,50%) et très faiblement urbanisée (2,69%). Elle est composée de Haoussas (90%), de Touaregs (7%) et de Peulhs (3%). En matière d'infrastructures sanitaires, le département de Mayahi compte trente (30) centres de santé intégrés (CSI), tous sous recouvrement des coûts, qui collaborent avec : Un Hôpital de District, 73 cases de santé dont 1 non fonctionnelle, une salle privée de soins, une pharmacie populaire et un dépôt pharmaceutique privé.



Carte sanitaire de Mayahi

Les conditions d'hygiène et d'assainissement du département de Mayahi ne répondent pas du tout aux normes requises, ce qui pose un problème de santé publique avec comme conséquence le développement de certaines maladies hydriques comme les diarrhées. A l'instar des autres départements du pays, celui de Mayahi est confronté à un certain nombre de contraintes dans la mise en œuvre de sa politique sanitaire. Cette situation trouve sa source à différents niveaux. Niveau opérationnel de la mise en œuvre de la politique sanitaire, le District Sanitaire de Mayahi a fait sienne la vision du PDS. C'est pour cette raison qu'il a, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, les services connexes, la société civile, les autorités administratives, communales et coutumières, entrepris les activités d'élaboration de son Plan de Développement Sanitaire Départemental.



SOUS-NUTRITION : DONNEES CLEES

DONNEES QUANTITATIVES SUR LA SOUS- NUTRITION

En dépit de toutes les activités de lutte contre la malnutrition dans le département de Maradi, les résultats de l'enquête smart 20162 sur la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois montrent que la situation reste critique dans cette région.

La prévalence de la malnutrition aiguë globale selon l'indice Poids-Pour-Taille, s'établit à 12,9% [9,0-16,9] chez les enfants de 6 à 59 mois et la prévalence de la malnutrition chronique (ou retard de croissance) basée sur l'indice Taille pour Âge (T/A) chez les enfants de 6 à 59 mois s'établit à 53,8% [46,5-61,0% IC]3. Quant au taux de la malnutrition aiguë sévère (MAS), il est estimé à 2,3% [0,4-4,2% IC] pour la région selon cette enquête SMART de 2016. Les prévalences de cette année semblent sensiblement en baisse (environ de 3 % pour la MAG et de 1% pour la malnutrition chronique) par rapport à celles de ces dernières années. Pour l'instant, aucune analyse n'a été réalisée pour expliquer cet écart qui marque un changement par rapport à la tendance des 5 dernières années. Il faut aussi noter que ces prévalences nationales cachent des disparités au niveau des départements et communes. En effet, des départements comme Mayahi affichaient une prévalence MAG de 14,1% (11,3-17,5) avec 2,5% (1,6-4,0) de forme sévère lors de la dernière enquête nutritionnelle qui présentait des résultats au niveau départemental4.

Suite à la crise alimentaire et nutritionnelle qu'a connue le Niger en 2005, Action contre la Faim, une organisation non gouvernementale humanitaire qui intervient au Niger s'est implantée à Mayahi dans le cadre de la lutte contre l'insécurité nutritionnelle.

Depuis cette année, plusieurs projets portant sur la santé nutrition, la sécurité alimentaire et le WASH (Eau hygiène assainissement) sont mis en œuvres.

Afin de mieux orienter son action, Action contre la Faim a décidé de mener une analyse causale de la sous-nutrition afin d'élaborer un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la malnutrition dans le contexte de la zone d'étude et d'explorer les liens pouvant exister entre ces facteurs pour planifier des réponses appropriées, efficaces et bien ciblées.

En d'autres termes, cette étude représente un **point de départ** pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes multisectoriels en sécurité nutritionnelle dans le contexte spécifique de Mayahi, région de Maradi, au Niger.

Résultats de l'enquête anthropométrique SMART

La composante nutritionnelle anthropométrique de l'enquête Link NCA a inclus 988 enfants âgés de 6 à 59 mois, dont 499 garçons et 489 filles.



2INS ; Evaluation nationale de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART en République du Niger ;2016.

3Idem

4 INS ; Evaluation nationale de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART en République du Niger ; septembre 2014



L'analyse des indicateurs effectuée dans ce rapport est faite selon les normes de croissance OMS 2006, qui est la référence utilisée au Niger.

Prévalence de la malnutrition aiguë selon l'indice poids-pour-taille exprimé en z-scores

Pour une taille donnée, une courbe de distribution du poids de la population de référence est dessinée. Cette courbe est calculée sur une base de données de la population de référence.

L'expression du Poids-pour-Taille en Z- Scores (P/T (Z)) compare le poids observé (PO) de l'enfant sélectionné au poids moyen (PM) de la population de référence pour une taille donnée.

L'écart type (ET) de la population de référence est utilisé comme unité de mesure: $P/T (Z) = (PO - PM) / ET$.

Prévalence de la malnutrition aiguë globale, modérée et sévère par sexe selon l'indice Poids/Taille exprimée en z-score (et/ou œdèmes), références OMS 2006

	TOTAL	GARÇONS	FILLES
	n = 987	n = 498	n = 489
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË GLOBALE	11,4%	14,5%	8,2%
(<-2 Z-SCORE ET/OU ŒDEMES) [95% IC]	[9,4 - 13,8% IC]	[11,4 - 18,2% IC]	[6,2 - 10,7% IC]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODEREE	9,7%	12,0%	7,3%
(<-2 Z-SCORE AND >=-3 Z-SCORE, SANS ŒDEMES) [95% IC]	[8,0 - 11,7% IC]	[9,6 - 14,9% IC]	[5,4 - 9,7%]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE	1,7%	2,5%	0,9%
(<-3 Z-SCORE ET/OU ŒDEMES) [95% IC]	[1,0 - 2,9% IC]	[1,3 - 4,8% IC]	[0,3 - 2,3% IC]

La comparaison par tranche d'âge des enfants de 6 à 59 mois a révélé que ce sont les petits enfants âgés de 6 à 17 mois qui sont les plus touchés par la malnutrition aiguë par rapport à leurs aînés. La prévalence d'œdèmes nutritionnels est de 0,0 % (Tableau 6).



Estimation de la malnutrition aiguë selon le périmètre brachial

La mesure du périmètre brachial (PB) varie très peu de 6 à 59 mois et peut, à ce titre, être utilisée indépendamment de l'âge. Cette mesure est particulièrement intéressante pour identifier les enfants à haut risque de mortalité et est aussi un indicateur de malnutrition aiguë de façon secondaire. Cette propriété semble être liée à l'association entre le PB et la masse musculaire. Le PB a été analysé comme un indicateur de malnutrition uniquement pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.

D'après la mesure du périmètre brachiale présentée dans le tableau ci-dessous, la prévalence de la malnutrition globale des enfants de moins de 6 à 59 mois est de 10,9% (IC. 95% : 9,3 - 12,8%) dans notre zone d'étude. La comparaison de cet indicateur avec le rapport P/T peut nous indiquer des enfants à moindre risque de mortalité.

Prévalence de la malnutrition aiguë selon le PB exprimé en mm et/ou œdèmes par sexe, références OMS 2006

	TOTAL	GARÇONS	FILLES
	N = 988	N = 499	N = 489
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË GLOBALE (MUAC <125 MM ET/OU ŒDEMES)	10,9% [9,3-12,8% IC]	7,6% [5,8-9,8% IC]	14,4% [11,7-17,6% IC]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODEREE (MUAC < 125 ET MUAC >= 115 MM, PAS D'ŒDEMES)	8,4% [6,8- 10,3% IC]	5,7% [4,1- 7,8% IC]	11,2% [8,6- 14,5% IC]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE (MUAC < 115 MM ET/OU ŒDEMES)	2,5% [1,6- 4,0% IC]	1,9% [0,9- 4,1% IC]	3,2% [1,8- 5,6% IC]

Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice Poids/Âge

L'indice Poids-pour-Âge permet de déterminer l'existence d'une insuffisance pondérale pour un âge donné. Il est révélateur à la fois d'une malnutrition chronique et d'une malnutrition aiguë. En effet, on peut estimer que l'indicateur Poids-pour-Âge est une mesure composite de l'indice Poids-pour-Taille et de l'indice Taille-pour-Âge. C'est un indicateur recommandé pour évaluer les changements dans l'amplitude de la malnutrition dans le temps.



Prévalence de l'insuffisance pondérale globale, modérée et sévère par sexe selon l'indice Poids/Âge exprimé en z-score, références OMS 2006

	TOTAL	GARÇONS	FILLES
	n = 988	n = 499	n = 489
PREVALENCE D'INSUFFISANCE PONDERALE (<-2 Z-SCORE)	45,2% [41,5 - 49,0% IC]	45,9% [41,2- 50,6% IC]	44,5% [40,0 - 49,2% IC]
PREVALENCE D'INSUFFISANCE PONDERALE MODEREE (<-2 Z-SCORE ET >=-3 Z-SCORE)	29,5% [26,6 - 32,5% IC]	29,6% [25,4 - 34,2% IC]	29,3% [25,6 - 33,4% IC]
PREVALENCE D'INSUFFISANCE PONDERALE SEVERE (<-3 Z-SCORE)	15,7% [13,0 - 18,8% IC]	16,2% [12,6 - 20,7% IC]	15,2% [12,0 - 19,1% IC]

Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et sévère, en fonction de l'âge, selon l'indice Poids/Âge exprimé en z-scores, références OMS 2006

CLASSE D'AGE (EN MOIS)	Total no.	INSUFFISANCE PONDERALE SEVERE (<-3 Z-SCORE)		INSUFFISANCE PONDERALE MODEREE (>= -3 ET <-2 Z-SCORE)		NORMALE (> = -2 Z SCORE)		CEDEMES	
		No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
6-17	279	49	(17,1)	91	(32,5)	139	(50,3)	0	(0,0)
18-29	242	49	(19,8)	72	(30,2)	121	(50,0)	0	(0,0)
30-41	236	34	(13,2)	60	(27,8)	142	(59,0)	0	(0,0)
42-53	151	18	(11,5)	44	(29,6)	89	(58,9)	0	(0,0)



54-59	80	9	(13,7)	16	(21,4)	55	(64,9)	0	(0,0)
TOTAL	988	159	(15,7)	283	(29,5)	546	(54,8)	0	(0,0)

Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice Taille/Âge

Prévalence de la malnutrition chronique globale, modérée et sévère par sexe selon l'indice Taille/Âge exprimé en z-score, références OMS 2006

	TOTAL	GARÇONS	FILLES
	n = 983	n = 496	n = 487
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE (<-2 Z-SCORE)	64,8% [61,3 - 68,1% IC]	66,7% [62,7 - 70,8% IC]	62,8% [57,9 - 67,4% IC]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE MODEREE (<-2 Z-SCORE ET >=-3 Z-SCORE)	32,3% [29,3 - 35,4% IC]	32,5% [28,2 - 37,1% IC]	32,0% [27,5 - 36,9% IC]
PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE SEVERE (<-3 Z-SCORE)	34,9% [30,7 - 39,4% IC]	36,5% [31,4 - 41,9% IC]	33,3% [27,7 - 39,3% IC]

Prévalence de la malnutrition chronique modérée et sévère, en fonction de l'âge, selon l'indice Taille/Âge exprimé en z-scores, références OMS 2006

CLASSE D'ÂGE (MOIS)	Total no.	MALNUTRITION CHRONIQUE SEVERE (<-3 Z-SCORE)		MALNUTRITION CHRONIQUE MODEREE (>=-3 ET <-2 Z-SCORE)		NORMALE (>= -2 Z SCORE)	
		No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
6-17	278	86	(30,1)	89	(31,6)	115	(42,4)



		MALNUTRITION CHRONIQUE SEVERE (<-3 Z-SCORE)		MALNUTRITION CHRONIQUE MODEREE (>= -3 ET <-2 Z-SCORE)		NORMALE (> = -2 Z SCORE)	
18-29	240	107	(43,9)	74	(30,9)	65	(27,1)
30-41	235	86	(36,6)	81	(34,9)	72	(29,8)
42-53	150	51	(34,3)	44	(28,4)	57	(38,3)
54-59	80	14	(21,3)	31	(38,3)	37	(44,2)
TOTAL	983	344	(34,9)	319	(32,3)	346	(35,2)

Groupes vulnérables à la sous-nutrition

A l'issue de l'atelier initial, les experts ont identifié les groupes suivants comme des groupes vulnérables à la malnutrition:

- Enfants de moins de 5 ans
- Femmes enceintes
- Femmes allaitantes
- Femmes chef de ménage
- Personnes âgées
- Personnes handicapées

Cependant, l'enquête nutritionnelle anthropométrique nous suggère que les enfants âgés de 6 à 29 mois étaient plus vulnérables à la malnutrition aiguë et chronique. De plus, le déficit de production de mil et/ou de sorgho étant devenu structurel, la migration est devenue une source de revenus principale. Si bien que les ménages tenus par les jeunes filles mères dont le mari, tout aussi jeune était en migration de longue durée (plus de 1 an) restaient très vulnérables à la malnutrition infantile.

PERCEPTIONS LOCALES DE LA MALNUTRITION ET DE SES CAUSES

L'un des objectifs de cette étude était de **comprendre et définir dans le contexte local la malnutrition**. Ce qui nous permet de mieux comprendre les facteurs de risque et de cerner les mécanismes d'interaction.

A la vue des photos des enfants atteints de marasmes, les participants décrivent plutôt des signes, confondant parfois signes et causes. Les signes les plus courants sont l'amaigrissement « ramoua qui traduit une absence d'eau dans le corps », ballonnement de ventre, les pieds



amaigris et le front dégarni. Plusieurs causes ont été avancées au cours des entretiens pour expliquer la survenue du marasme. Majoritairement, la diarrhée et les vomissements d'une part, et la « faim » de l'enfant et de la mère (au cours de la grossesse et pendant l'allaitement), d'autre part, sont les causes directes avancées. Les causes sous-jacentes, en ce qui concernent les deux premiers sont de divers ordre ; les conséquences d'un sevrage précoce dû à des grossesses rapprochées, un manque de ressources (nourriture) au sein du ménage et à une charge de travail trop élevée, surtout pendant les travaux champêtres. Il y a également, les problèmes d'hygiène et d'assainissement qui ont été relevés. Le fait de servir à manger aux enfants dans des ustensiles contenant des restes de repas de la veille non lavés. Aussi, « les enfants laissés sans soin et qui traînent par terre, prennent et absorbent des fois leurs propres excréments avant que les mères ne les ramassent ou bien il ramasse des aliments par terre qui contiennent même des fois de l'urine ou des excréments de bétails, cela entraîne donc la diarrhée et les vomissements de l'enfant ». Enfin, la période de transition entre la saison froide et la saison chaude va provoquer une accumulation de la chaleur de jour comme de nuit, associée à la propagation des mouches qui transportent les microbes d'un endroit à un autre (sur les aliments), verront accroître les cas de diarrhée et de vomissement.

Dans certaines communautés, la survenue de la diarrhée est due au fait que la mère porte trop fréquemment au dos l'enfant où à la présence d'un oiseau « ZERBI ». Si la mère est éveillée quand cet oiseau chante la nuit, elle doit frapper sur les marmites ou sur sa poitrine, sinon son enfant se réveille avec une diarrhée qui conduit à la malnutrition. Malheureusement, elles ne peuvent pas expliquer comment le chant d'un oiseau non entendu par une mère endormie ou le port régulier d'un enfant au dos provoque la diarrhée chez les enfants, tout comme ces mères qui ont un mauvais lait et qui conduit à la malnutrition des enfants. Pour ce qui est de la faim, la négligence et la rupture des stocks alimentaires sont les plus avancées. La femme par négligence ou par manque de nourriture peut consommer alors qu'elle allaite ou donner à manger à l'enfant, certaines feuilles (oseille, moringa,...) censées donner la diarrhée à ce dernier. La situation de faible production successive de mil et de sorgho est à la base d'une rupture précoce des stocks alimentaires. Cette faible production est le fruit d'aléas climatiques (pluies rares, avancée du désert, tempête de sables), les ennemis de cultures (invasion acridiennes, oiseaux, chenilles), le manque de ressources pour l'achat d'engrais, de semences améliorées.

Généralement, au cours de cette recherche, au niveau local, les interlocuteurs ont évoqué deux entités nosologiques populaires hausa : tamowa et dan kwamaso. Celles-ci ne sont toutefois pas figées, du fait de leur complexité, et des variantes locales :

Tamowa serait une conséquence directe de la diarrhée et des vomissements. « *C'est un enfant qui maigrit malgré l'allaitement de sa mère. Il vomit et fait de la diarrhée après avoir tété* ». Le diagnostic est posé et confirmé au centre de santé. « *C'est à l'hôpital on a commencé à dire tamowa, car chaque fois qu'on envoie un enfant au CSI, les agents de santé lui font porté un bracelet et on nous dit qu'il a tamowa avec les signes suivants: peau collée au corps, cheveux roux, diarrhée et fièvre; et maintenant c'est kwamaso* ». Si l'agent de santé diagnostique une malnutrition, l'enfant est alors référé dans un centre de prise en charge de la malnutrition, « qui va passer des jours là-bas » on dit alors que l'enfant souffre de kwamaso. En d'autres termes, kwamaso désigne les centres de récupération nutritionnelle, les médecins ou personnels de santé qui y travaillent sont désignés sous le vocable « *likita kwamaso* » le docteur kwamaso, les enfants ayant séjourné dans les CNT (centres nutritionnels thérapeutiques) sont aussi des kwamaso. Aujourd'hui, les populations se le sont approprié et il fait désormais partie de leur vocabulaire.

A l'analyse, on ne peut pas réduire donc tamowa à « malnutrition » mais plutôt à une entité nosologique populaire où les symptômes de la malnutrition peuvent se retrouver. C'est probablement la raison pour laquelle le terme kwamaso a été « créé » et introduit par les agents ou animatrices des centres de récupération nutritionnelle pour désigner la malnutrition en hausa.

On comprend dès lors que ce que la biomédecine appelle « malnutrition » n'a pas d'équivalence exacte dans les langues locales. La plupart des mères ne savent pas que leur enfant est « malnutri ». Lorsqu'elles choisissent d'aller dans un centre de santé, c'est parce qu'elles pensent que l'enfant est malade pour d'autres raisons et présente certains signes : diarrhée, vomissement, perte de poids... Elles décrivent en fait des symptômes liés pour elles à des



« entités nosologiques populaires » (ENP) ; symptômes qui, pour le clinicien moderne, relèvent de pathologies multiples non réductibles à telle ou telle ENP (Jaffré, Y. et J.-P. Olivier de Sardan, 1999)⁵. Par conséquent, ces représentations populaires guideront le premier choix thérapeutique des parents. La richesse du répertoire thérapeutique contre la diarrhée va les orienter vers le soigneur traditionnel, ensuite le kmès (pharmacien du village) avant de penser au centre de santé si la situation continue de s'empirer.



La boule de Mil

Ignames et fruits provenant du Nigéria



Marché de bétail



⁵ Jaffré, Y. et J.-P. Olivier de Sardan (éds) (1999), La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris, PUF



CALENDRIER SAISONNIER DES FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Période de soudure												
Malnutrition												
Diarrhée												
Fièvre/Malaria												
Infections Respiratoires Aigües												
Rougeole/Méningite												
Récolte (mil, niébé, sorgho)												
Consommation feuilles												
Disponibilité de légumes												
Production de lait/disponibilité												
Prix élevés des aliments de base sur le marché												
Saison des pluies												
Faible accès à l'eau												
Travail journalier agricole												
Présence de transhumants												
Retour de migration												
Départ en migration												



Sécheresse												
Inondations												
Maladies du bétail												
Invasions d'insectes et ennemis des cultures												
Grande charge de travail pour les femmes												
Travaux champêtres Hommes												
Travaux champêtres Femmes												
Artisanat												
Fêtes												
Mariages												
Période scolaire												



CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES PAR L'ANALYSTE

A partir des résultats de l'étude, l'analyste NCA a classé les facteurs de risque selon leur importance grâce à un exercice de triangulation qui a pris en compte :

- La prévalence des facteurs de risques d'après les données secondaires recueillies
- La prévalence des facteurs de risque d'après l'enquête quantitative
- La force de corrélation entre le facteur de risque et la malnutrition déterminée à partir de la littérature scientifique
- La saisonnalité du facteur de risque au regard de la saisonnalité et des tendances historiques de la malnutrition
- La classification des facteurs de risque faite par les communautés.

Tableau: Classification des facteurs de risque majeurs et importants à la malnutrition infantile dans le département de Mayahi

FACTEUR DE RISQUE	PREVALENCE D'APRES LES DONNEES SECONDAIRES	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUANTITATIVE	PREVALENCE D'APRES LA DEMONSTRATION DE SON ASSOCIATION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	HISTORIQUE ET SAISONNALITE DU FACTEUR DE RISQUE	PRIORISATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LA COMMUNAUTE	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUALITATIVE	INTERPRETATION DE L'IMPACT FACTEUR DU RISQUE
H B : PRATIQUES D'ALIMENTATION ET	+++	+++	+++	+++	++	+++	Majeur



FACTEUR DE RISQUE	PREVALENCE D'APRES LES DONNEES SECONDAIRES	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUANTITATIVE	PREVALENCE D'APRES LA DEMONSTRATION DE SON ASSOCIATION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	HISTORIQUE ET SAISONNALITE DU FACTEUR DE RISQUE	PRIORISATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LA COMMUNAUTE	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUALITATIVE	INTERPRETATION DE L'IMPACT FACTEUR DU RISQUE
D'ALLAITEMENT DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT INADAPTEES							
H E : SURCHARGE DE TRAVAIL DE LA MERE AU DETRIMENT DES SOINS DONNES A L'ENFANT	+++	+++	++	+++	+++	+++	Majeur
H J : PARCOURS THERAPEUTIQUES INAPPROPRIES	++	++	+++	+++	+	+++	Majeur
H K : PRATIQUES D'ASSAINISSEMENT NON OPTIMALES	+++	+++	+++	+++	++	+++	Majeur
H L : FAIBLES PRATIQUES D'HYGIENE	+++	++	+++	+++	++	+++	Majeur
H M : FAIBLE GESTION DES SOURCES ET FAIBLE ACCES A L'EAU POTABLE	+++	+++	+++	+++	+++	++	Majeur
H N : FAIBLE PRODUCTION DU MENAGE (AGRICULTURE)	+++	++	++	+++	+++	+++	Majeur



FACTEUR DE RISQUE	PREVALENCE D'APRES LES DONNEES SECONDAIRES	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUANTITATIVE	PREVALENCE D'APRES LA DEMONSTRATION DE SON ASSOCIATION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	HISTORIQUE ET SAISONNALITE DU FACTEUR DE RISQUE	PRIORISATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LA COMMUNAUTE	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUALITATIVE	INTERPRETATION DE L'IMPACT FACTEUR DU RISQUE
H O : GESTION INADEQUATE DES RESSOURCES AU NIVEAU FAMILIAL QUI DISCRIMINE L'ENFANT ET LA FEMME	+++	++	++	++	+	+++	Majeur
H A : REPRESENTATIONS CULTURELLES DES RAPPORTS PARENTS ENFANTS / ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL AFFECTANT LE BIEN-ETRE DE L'ENFANT	++	++	++	+	Non identifié	++	Important
H D : GROSSESSES PRECOSES CHEZ LES FILLES ET MARIAGES PRECOSES POUR LES DEUX SEXES	++	+++	++	N/A	++	++	Important
H S : FAIBLE ESPACEMENT DES NAISSANCES/TAILLE DES MENAGES	+++	++	++	++	++	++	Important
H F : FAIBLE POUVOIR DECISIONNEL DE LA FEMME / FAIBLE AUTONOMIE DES FEMMES.	++	++	++	+++	Non identifié	+++	Important



FACTEUR DE RISQUE	PREVALENCE D'APRES LES DONNEES SECONDAIRES	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUANTITATIVE	PREVALENCE D'APRES LA DEMONSTRATION DE SON ASSOCIATION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	HISTORIQUE ET SAISONNALITE DU FACTEUR DE RISQUE	PRIORISATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LA COMMUNAUTE	PREVALENCE D'APRES L'ENQUETE QUALITATIVE	INTERPRETATION DE L'IMPACT FACTEUR DU RISQUE
H H : ACCES GEOGRAPHIQUE ET FINANCIERE LIMITE AUX SERVICES DE SANTE	++	++	++	+++	+	+	Important
H G : PETIT POIDS A LA NAISSANCE	++	++	+++	++	+	+	Important
H I : INSUFFISANCE EN PERSONNEL QUALIFIE, D'EQUIPEMENTS ET PRODUITS AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE	++	++	++	++	++	+++	Important
H P : FAIBLE DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DANS LE MENAGE	++	++	++	+++	++	+	Important
H R : FAIBLE REVENU DES FAMILLES DU A UNE GRANDE VULNERABILITE AUX CHOCS ET ABSENCE DIVERSIFICATION DES ACTIVITE GENERATRICE DE REVENUS.	++	++	++	++	+++	++	Important



SCHEMA CAUSAL DE LA SOUS-NUTRITION INFANTILE

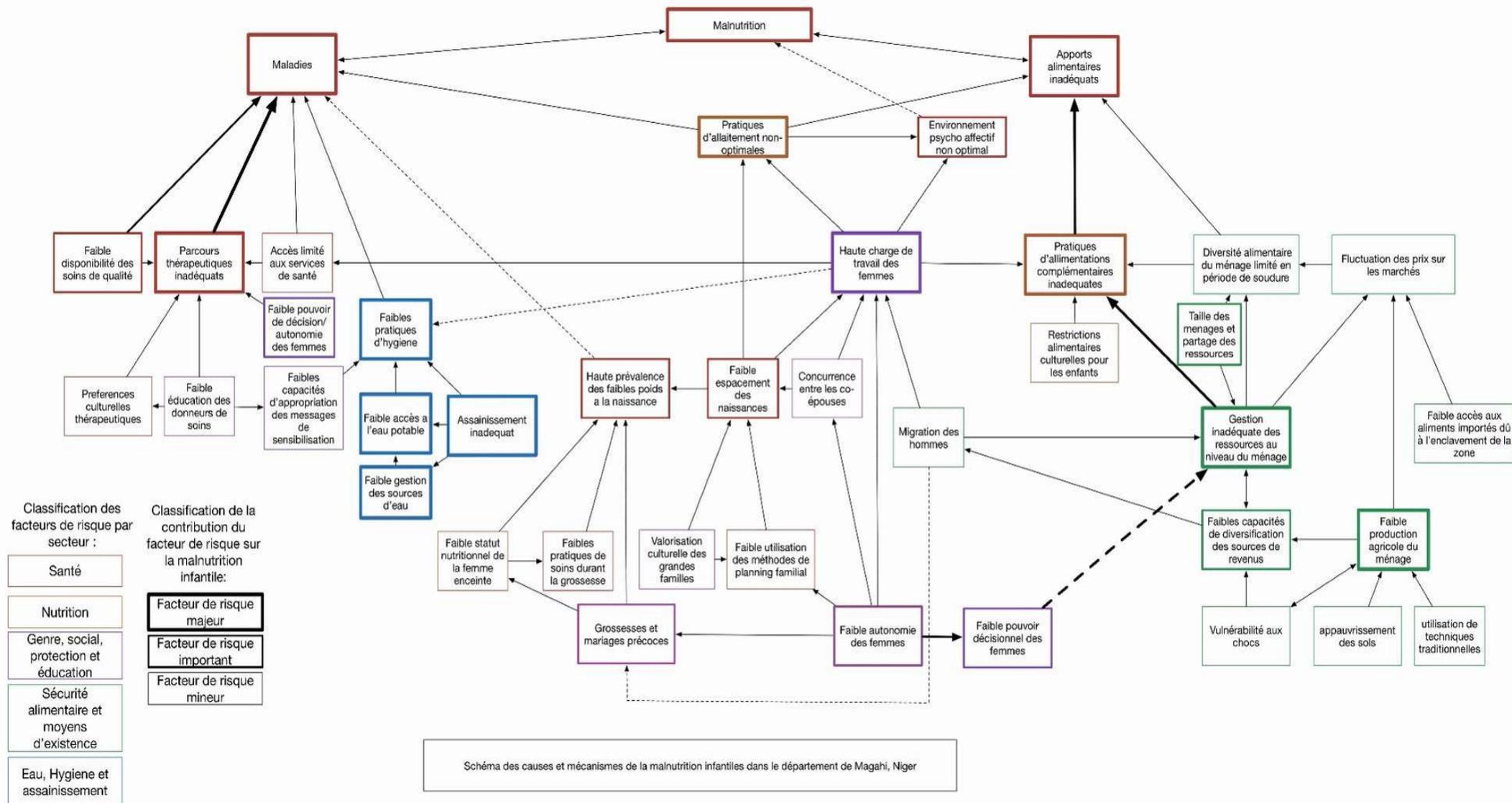


Schéma des causes et mécanismes de la malnutrition infantiles dans le département de Magahi, Niger



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au total 1134 enfants âgés entre 0 et 59 mois, dont 988 âgés entre 6 et 59 mois, ont été pris en compte pendant l'enquête quantitative. La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) a été estimée à 11,4% [12,9% [9,4-13,8%IC], dont une prévalence de malnutrition aiguë sévère (MAS) de 1,7% [1,0-2,9% IC]. Ces taux semblent sensiblement en baisse (environ de 3 % pour la MAG et de 1% pour la MAS) par rapport à celles de ces dernières années mais la MAG se situe tout de même en-dessous du seuil national d'urgence nutritionnelle (MAG>11%).

La prévalence de la malnutrition chronique a été jugée alarmante avec 64,8% [61,3%- 68,1% IC] des enfants présentant un retard de croissance et 34,9% [30,7% - 39,4% IC] présentant un retard de croissance sévère. L'enquête NCA nous a permis d'identifier les mécanismes sous-jacents responsables de cette situation.

L'analyse des données issues de la revue des données secondaires et des enquêtes quantitatives et qualitatives, validées par des experts multisectoriels, ont permis d'identifier huit facteurs de risques considérés comme contributeurs majeurs à la sous-nutrition infantile dans le département de Mayahi.

Tout d'abord une haute prévalence des maladies infantiles majoritairement causées par le haut risque d'infection dû au **faible accès à l'eau potable** et **aux faibles pratiques d'hygiène** et **d'assainissement**. Dans notre zone d'étude, l'état de sous-nutrition causé par ces maladies est aggravé par les **pratiques d'alimentation ANJE inadaptées** et par **des préférences thérapeutiques traditionnelles** des communautés.

La sous-nutrition infantile dans le département de Mayahi est également fortement liée à l'insécurité alimentaire des ménages, très dépendants de leur **faible production agricole**, qui ne suffit pas couvrir leurs besoins. Cette situation est aggravée par une **gestion inadéquate des ressources** des ressources disponibles pour le ménage.

Enfin, la **surcharge de travail des mères** a été identifiée comme un contributeur majeur à la sous-nutrition infantile puisqu'elle affecte négativement les pratiques d'alimentation des jeunes enfants et des nourrissons, mais également le recours aux soins de santé des femmes et des enfants.



RECOMMANDATIONS

Les crises nutritionnelles dans le district sanitaire de Mayahi étant récurrentes, les programmes d'urgence de prise en charge de la malnutrition ne suffisent pas à améliorer la situation nutritionnelle de manière durable.

En effet, les résultats de l'enquête Link NCA montrent que les causes de la sous-nutrition dans notre zone d'étude sont multisectorielles. Il est donc nécessaire de concevoir des réponses qui prennent en compte les facteurs de risque et leurs mécanismes d'interaction pour établir une réponse pérenne à la malnutrition infantile.

Sur la base des résultats de cette étude, les recommandations suivantes devraient être prises en compte pour répondre aux facteurs de risques majeurs identifiés. Les recommandations sont exposées par secteur thématique d'intervention mais doivent être pensées de manière dynamique pour une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle dans le district sanitaire de Mayahi.

1.1.1 Santé

Amélioration du recours aux soins de santé

- Veiller au versement à temps des salaires, à éviter les ruptures de médicaments et à améliorer les conditions de travail des agents de santé dans les zones enclavées.
- Faire un plaidoyer pour encourager la construction de structures de santé.
- Améliorer l'accès aux dispensaires et centres de santé.
- Création de cliniques mobiles pour les villages les plus enclavés
- Remobiliser les ASC en particulier près des villages les plus enclavés
- Construire des routes pour améliorer l'accès aux centres de santé
- Encourager les femmes à accoucher dans des centres de santé (et pas seulement en cas de complication), et à utiliser les centres de santé en première intention en cas de maladies de l'enfant.
- Faire une étude sur les remèdes traditionnels utilisés par les villageois et les tradipraticiens. Faire une campagne pour sensibiliser les villageois sur les remèdes qui seraient inefficaces voire dangereux pour que les ménages les plus précaires ne les utilisent pas.

Qualité des soins

- Renforcer le système sanitaire en garantissant l'approvisionnement en intrants et en matériels les structures sanitaires.
- Renforcer les capacités du personnel soignant en matière de nutrition de la femme enceinte et sur l'ANJE.
- Renforcer les pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les structures de soins.
- Garantir l'accès à l'eau potable dans les structures de soins

1.1.2 Santé reproductive

- Sensibiliser et convaincre sur l'utilité du planning familial pour assurer la sécurité de la femme et des enfants.
- Informer les hommes sur les effets secondaires que peuvent engendrer des traitements contraceptifs.
- Mettre en place un système alerte permettant aux femmes de signaler quand des agents de santé refusent de les prendre en charge lorsque le mari n'est pas au courant/ d'accord.



- Encourager les écoles de mariages dans les villages.

1.1.3 **Pratiques de soins et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant**

- Promouvoir les bonnes pratiques d'introduction de l'alimentation complémentaire.
- Organiser des ateliers culinaires, à l'aide des aliments locaux utilisés par les ménages et disponibles sur le marché, pour préparer un repas complémentaire plus approprié pour l'enfant.
- Adapter les recommandations de diversification alimentaire et de texture des repas en fonction des ressources des ménages et en prenant compte de la surcharge de travail des mères.
- Impliquer et former les relais communautaires, les guérisseurs traditionnels, les marabouts sur les modules ANJE. La diffusion des messages aura ainsi plus d'impact et sera plus facilement appropriée.
- Encourager les relais communautaires à expérimenter et innover sur les méthodologies de sensibilisation.

1.1.4 **Eau, hygiène et assainissement**

- Garantir l'accès des communautés à l'eau potable
- Promouvoir la gestion et l'entretien communautaire du point d'eau par la formation d'une équipe de gestion des sources (maintenance de l'infrastructure, suivi de la qualité de l'eau et réduction des risques de contamination).
- Soutenir la construction des points d'eau pastoraux et maraichers.
- Création de comités villageois d'hygiène et d'assainissement qui seraient responsables de l'hygiène communautaire dans les espaces publics du village (puits, CS, école,...)
- Conscientiser les villageois sur l'importance de la gestion des excréments des animaux.
- Aider à la création de latrines en ciment ou bien en banco et en bois lavables.
- Fournir des matériaux et des conseils aux communautés désireuses d'assainir l'environnement communautaire.
- Aider les villageois à drainer leurs eaux usées.
- Adapter les canaux de sensibilisation selon les cibles (enfants, femmes, hommes, leaders...)
- Impliquer tous les leaders dans les sensibilisations pour s'assurer une appropriation des messages
- Poursuivre la sensibilisation sur l'importance de veiller à ne pas contaminer l'eau lors de la collecte, du transport et du stockage de l'eau.
- Promouvoir l'importance de traiter l'eau au domicile et mettre l'accent ce qu'est une eau potable
- Aider à l'installation des couvercles aux puits
- Poursuivre les campagnes de sensibilisation contre la défécation à l'air à libre.
- Promotion de l'utilisation du savon/de la cendre pour se laver les mains.



1.1.5 **Sécurité alimentaire**

- Appuyer et renforcer les filières agricoles et d'élevage pour la diversification des sources de revenus des ménages et renforcer les capacités de résiliences des communautés face aux chocs potentiels.
- Promotion du secteur du maraîcher : faciliter l'accès à l'eau par la création de puits et d'espaces maraîchers dans tous les villages
- Appui en aliment et complément alimentaire pour le bétail et appui aux petits éleveurs pour la reconstitution de leurs stocks en petits ruminants.
- Faciliter l'accès et l'utilisation des intrants et outils agricoles pour augmenter la production et diminuer la surcharge de travail des femmes.
- Organiser et appuyer les groupements de femmes dans la mise en place d'activités génératrices de revenus.
- Aider les villageois à obtenir des intrants pour améliorer leur production (comme des semences rapides).
- Formation des hommes et des femmes pour développer l'utilisation des techniques agricoles résilientes et diversifier les cultures.
- Soutenir les communautés pour lutter contre les ennemis des cultures
- Convaincre les agricultures d'accepter de pratiquer la rotation des cultures.
- Sensibiliser les populations à la stratégie d'acheter des céréales lorsque les prix sont au plus bas pour constituer leur stock de soudure.
- Soutenir la création de périmètres maraîchers nutritionnels personnels qui peut constituer une source de diversification importante
- Encourager et accompagner la création de comité et d'association dans les villages

1.1.6 **Limiter la vulnérabilité des femmes**

- Soutenir le pouvoir de décision des femmes.
- Plus d'implication des hommes pour assumer les frais financiers liés à la santé des enfants pour soulager les femmes.
- Diminuer la charge de travail des femmes.
- Création Moulin et assistance pour leur entretien afin de soulager les femmes
- Poursuivre la promotion de la scolarisation des filles et faire des campagnes pour encourager la poursuite des études des femmes même après leur mariage.
- Proposer des cours d'alphabétisation dans les villages pour les femmes qui n'ont pas été à l'école.
- Initier des interventions pour montrer en exemple les hommes déviants positifs, en exemplifiant des « hommes modèles » qui aident leurs femmes dans les tâches domestiques et agricoles, s'impliquent dans l'éducation et les soins des enfants (hygiène, assainissement, alimentation, conditions d'habitats, etc.), ne sont pas violents avec leurs femmes, supportent le développement des femmes, et accompagnent leurs femmes et leurs enfants au centre de santé quand ils en ont besoin.
- Les pratiques de mariage précoce doivent être prohibées, un plaidoyer auprès des leaders communautaires doit être fait pour avancer la date de premier mariage.
- Les leaders communautaires et agents de santé doivent être sensibilisés sur la question du genre.



PROCHAINES ETAPES

Les étapes suivant une Link NCA concernent l'analyse de la réponse. Une stratégie à 3 niveaux a été identifiée: au niveau de la communauté, d'Action contre la Faim et des partenaires.

Lors de l'étude Link NCA faite dans le district sanitaire de Mayahi, une méthodologie participative a été adoptée car un temps de travail a été prévu avec les communautés le dernier jour de l'enquête qualitative.

Des recommandations et solutions liées aux facteurs de risques à la sousnutrition identifiés par les communautés comme majeures ont été discutés.

Il serait donc intéressant d'avoir le point de vue des communautés. Ce qui permettra une meilleure appropriation des projets car ils auront l'avantage d'être basée sur les connaissances, priorités et réalités locales.

Action contre la Faim doit profiter de l'analyse de réponse programmée pour partager les résultats avec tous les partenaires qui interviennent dans le département de Mayahi.

Au niveau d'Action contre la Faim, une équipe d'analyse de la réponse doit être créée afin d'intégrer les résultats et recommandations aux stratégies et programmes à venir (dans les limites de son mandat). De plus, les résultats de la Link NCA doivent être partagés au niveau local, régional et national, dans différents ateliers ou réunions. Il doit en être de même avec les partenaires multisectoriels (étatiques, ONG nationales et internationales, Nations Unies et universitaire). Ainsi, les partenaires multisectoriels auront connaissance de tous les résultats de l'étude et auront la possibilité de les intégrer dans leurs programmes afin d'améliorer la situation nutritionnelle dans le district sanitaire.

Link NCA

SYSTEMS ANALYSIS



La méthodologie Link NCA a été développée par Action Contre la Faim (ACF) sous la supervision d'un comité scientifique regroupant des experts multisectoriels d'ACF ainsi que d'éminents chercheurs membres de la TUFTS University de Medford-Somerville et de l'Institut de Recherche pour le Développement et du Programme Alimentaire Mondial.

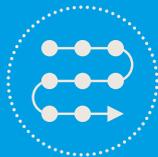
Son développement a été permis par les financements apportés par :



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



En savoir plus sur www.linknca.org



**link
nca**

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS



Auteur : **Dr Firmin KOUASSI**, *Anthropologue, Humanitaire, Expert Link NCA*



Pour plus d'informations concernant la conception ou la mise en œuvre d'une Link NCA, visitez notre site internet :

www.linknca.org

Pour prendre contact avec un expert concernant toute question sur la Link NCA :

linknca@actioncontrelafaim.org



L'ESSENTIEL