RAPPORT D'ETUDE DE BASE CARE IFONS REGION DE SEGOU

Etude réalisée du 1er au 15 Mars 2013

TRAORRE YACOUBA Nutritionniste Bamako Mali
Tél. : (00223) 76412709 courriel : yacoubaalimamy@yahoo.fr

Mai 2013

Remerciement

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation à mi parcours plus particulièrement :

- *A tous les enfants, les chefs de ménages et les mères qui de loin ou de prés ont été interrogés ou observés ;*
- *Aux services techniques des communes ;*
- *A l'équipe du projet de Care International au Mali ;*
- *A l'organisme partenaire Care Canada.*

Une motion spéciale de remerciement aux enquêteurs, superviseurs et agents de saisie qui n'ont jamais manqué de courage et de motivation.

Merci à tous,

Remerciement 2
Résumé 6
1. Contexte 9
2. Objectifs de l'étude 10
2.1. Objectif général 10
2.2. Objectifs spécifiques 10
3. Méthodologie 12
3.1. Méthode 12
3.2. Echantillonnage 13
3.2.1. Taille de l'échantillon 13
3.2.2. Détermination des personnes à interroger dans le village/quartier 13
3.3. Outils de collecte 14
3.4. Groupes cibles 14
3.5. Formation et planification 14
3.6. Collecte des données 15
3.7. Saisie, épuration des données et analyse des données 15
3.8. Qualité des données 16
3.8.1. Validité interne 16
3.8.2. Validité externe 16
3.9. Difficultés 16
4. Résultats 17
4.1. Information général sur le ménage 17
4.2. Etat de santé des enfants 21
4.3. Evaluation des pratiques 24
4.3.1. Possession et utilisation des moustiquaires 24
4.3.2. Sources d'approvisionnement en eau 25
4.3.3. Hygiène et assainissement 25
4.3.4. Vaccination 30
4.4. Evaluation des connaissances 32
4.4.1. Diarrhée, le paludisme et préparation de la SRO 32
4.4.2. Allaitement maternel 34
4.4.3. Sevrage 37
4.4.4. Alimentation de jeune enfant 38
4.4.5. Alimentation de la femme enceinte et allaitante 40
4.4.6. Cécité nocturne cause et prévention 40
4.4.7. Signes de la diarrhée chez l'enfant et mode de traitement. 42
4.5. Profil de diversité alimentaire du ménage 42
4.6. Accès contrôle 43
4.7. Echelle de contrôle des bénéfices dans le ménage 48
4.8. Contrôle de la chaine alimentaire 49
5. Mesure de l'insécurité alimentaire des ménages 50
6. Pratique du maraîchage 55
7. Meilleures Pratiques internationales 56
8. Sécurité alimentaire 57
9. Résultats des focus groupes 57
10. Etat nutritionnel 59
10.1. Etat nutritionnel des femmes 59
10.2. Etat nutritionnel des enfants 60
11. Recommandations 64
12. Conclusion 65
Annexes 66

OBJECTIF GLOBAL	INDICATEURS	%
Amélioration de la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire pour les enfants âgés de 0-5 ans et les femmes enceintes et allaitantes dans 4 communes de la région de Ségou	Taux de malnutrition aiguë chez les enfants (garçons / filles) âgés de moins de 5 ans	10,6
	Taux de prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants (garçons / filles) de moins de 5 ans	43,3
	Taux prévalence de l'anémie chez les enfants (garçons / filles) de moins de 5 ans	0
	Taux prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes	1,2
OBJECTIFS INTERMEDIAIRES		
1. En 2016, 5000 ménages (15000 hommes et 15000 femmes) de la région de ségou auront amélioré de façon accrue et plus équitable la qualité et la quantité de nourriture pour les femmes enceintes et allaitantes, les filles et les garçons	% des ménages des enfants âgés de 0-6 mois sont allaités exclusivement au sein	10,5
	-% ménages ayant un profil de consommation alimentaire qui est acceptable ou bonne selon les normes SAP	57,8
	% femmes enceintes et allaitantes ayant un bon score de diversité du régime alimentaire	55,9
	% femmes par rapport aux hommes ayant un bon score de diversité alimentaire	59,8
2. En 2016, 5000 ménages (15000 hommes et 15000 femmes) de la région de Ségou auront un contrôle renforcé et plus équitable pour les femmes et les hommes sur les moyens de production et les activités génératrices de revenus nécessaires à l'économie des ménages durable	% femmes qui décident de l'utilisation de leurs ressources productives et de leurs revenus	18,9
	% femmes comparé aux hommes qui décident de l'utilisation de leurs ressources productives et du revenu	8,5
	Proportion d'hommes ayant accès à ces actifs (physiques sociaux, économiques)	47,1
	Proportion de femmes ayant accès à ces actifs (physiques sociaux, économiques)	1,3
	Augmentation et un contrôle plus égal sur les biens de subsistance par les femmes bénéficiaires directs et les hommes	NA
3. En 2016, En 2016, 71 villages des quatre communes de la région de Ségou ont amélioré un environnement favorable (politiques équitables, des procédés et actions) qui prennent en charge le développement de la commune, des villages et des ménages au niveau des femmes, hommes, filles et garçons et la mise en œuvre de l'amélioration de stratégies de sécurité alimentaires.	% de femmes qui ont participé à l'élaboration des conventions villageoises de la sécurité alimentaire	0
	% hommes qui ont participé à l'élaboration des conventions villageoises de SA	100
	% de commune ayant une convention villageoises de SA élaborés.	100
	Organisations clés présentent au moins deux caractéristiques qui démontrent une sensibilité au genre (à partir d'une liste reconnues des meilleures pratiques internationales).	0
RESULTATS		
1.1 Amélioration des connaissances et de façon plus équitable parmi les 30 000 hommes et femmes sur les pratiques nutritionnelles nécessaires à la sécurité alimentaire	% hommes/femmes connaissant l'alimentation de la femme enceinte et allaitante (comparé)	33,8
	% homme/femme connaissant les bonnes pratiques nutritionnelles (comparé)	27,7
2.1 20 000 Femmes / Hommes agro-pastoral de production et la productivité ont amélioré grâce à l'augmentation du rendement des cultures de base, leur diversité et leur résistance à la sécheresse	% femmes et hommes ayant accès aux moyens de production: terre, aux technologies, à l'information	5,1
	% femmes comparé à celui des hommes ayant accès aux moyens de production: terre, aux technologies, à l'information	47,2
	Rendement à l'hectare des terres pour les cultures de base des femmes et hommes (comparé)	NA
	% d'augmentation du rendement à l'hectare pour les cultures de base sur les femmes / hommes des terres (contre)	NA
2.2. Augmenter le nombre et diversifier les possibilités de génération de revenus pour 5400 femmes (comparaison avec les hommes).	% d'augmentation du revenu des femmes	NA
	% d'augmentation du revenu des hommes	NA
	% d'augmentation pour les hommes / revenu des femmes (contre)	NA
	% femmes membres de villageoises d'épargne et de Crédit (AVEC, / GMJT) avec un revenu journalier supérieur ou égal à 1,25 $ USD (rapport nyeleni)	38,9
3.1 Quatre (04) communes ont accru la capacité de planification équitable et efficace et la gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle	Communes pouvant identifier les questions clés du genre dans la sécurité alimentaire et nutritionnelle	0
	Plan communaux de Sa qui incluent les activités pour adresser les questions de genre en matière de SA et nutrition	0
	%de femmes /hommes qui participent au processus d'élaboration des plans communaux de sécurité alimentaire (comparé)	0
	Actions consignées dans les plans communaux reflétant de façon équitable les préoccupations alimentaires et nutritionnelles des hommes et femmes	0

NA : Non applicable pour cette étude.

Liste des Acronymes

FEA	Femme Enceinte et Allaitante
GMJT	Groupement 'Muso ka Jigiya Ton'
EDSM	Enquête Démographique de Santé du Mali
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Post Natale
AMAPROS	Association Malienne pour la Promotion au Sahel
PSA	Plan de Sécurité Alimentaire
SA	Sécurité Alimentaire
CAP	Connaissance, Attitude et Pratique
IFONS	Initiative for food Security and Nutrition Ségou
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
IEC	Information Education et Communication
Cscom	Centre de santé Communautaire
PDESC	Programme de Développement Economique, Social et Culturel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Résumé

L'étude a concerné les villages d'intervention des quatre (4) communes du cercle de Ségou et Macina (Cf. annexe échantillonnage). Un échantillon représentatif de 657 enfants de 6 à 59 mois a été mesuré après épurement, il restait 852 enfants dont les mesures anthropométriques ont été analysées et 493 Femmes Enceintes et Allaitantes (FAE) interrogées sur la santé, l'hygiène et l'assainissement dans les ménages. Le nombre de chefs de famille interrogés est égal à 130.

Au niveau des enfants mesurés, le ratio est légèrement en faveur des filles soit 334 filles contre 324 garçons. L'ethnie majoritaire demeure les Bambara à 75,1%(tableau 9). La classe d'âge 20 à 29 ans domine chez les femmes avec 34,5% tandis que celle des hommes 50 à 59 ans est la plus nombreuse avec 29,2% (tableau 3). La taille dominante des familles de la zone est de 21 à 40 personnes soit 35,4% (tableau 4). Les 94,6% des familles sont dirigées par les hommes (tableau 5). La majeure partie des femmes avait des enfants qui allaitent soit 51,9% (tableau 6). Les 97,8% des femmes interrogées sont dans une union (tableau 10). Parmi celles qui sont mariées, 44,6% sont dans un mariage polygame (tableau 11). Les 63,9% des femmes n'ont aucune instruction contre 46,2% des hommes (tableau 12). Parmi les femmes qui ont été instruites 33,9% savent lire un message simple contre 60% des hommes (tableau 13).

Par rapport à l'état de santé :

Les mères questionnées ont rapporté **202 cas de mortalités infanto juvéniles pour mille naissances** au cours de leur vie dans l'ensemble des villages enquêtés. En terme, de présumée maladie il ressort selon l'affirmation de 34,2% des mamans, leurs enfants ont été malades deux semaines avant l'enquête (tableau 14) et c'est la diarrhée qui vient en première position parmi les symptômes cités par les mères soit 38,2% (tableau 15). Les œdèmes ont été constatés chez 0,2% des garçons (tableau 16). La cécité nocturne chez 1,5% des garçons et 2,7% des filles. Le premier recours pour traiter un enfant malade est le traitement au centre de santé avec 32% suivis du domicile à partir des médicaments traditionnels 25,7% (tableau 18). Parmi les raisons évoquées c'est « aucune » qui est évoquée par les parents pour ne pas amener un enfant malade au centre de santé à 8,1% (tableau 20).

Par rapport à la vaccination :

Les femmes qui ont fait la CPN pendant leur grossesse représentent 79,7% (tableau 42) et 32,7% d'elles ont fait la CPON (tableau 43). Les femmes qui ont présenté leur carte de vaccination le jour de l'enquête sont au nombre de 188 soit 38,1% (tableau 44). Le pourcentage des garçons vaccinés avec carte de vaccination est 21,1% et celui des filles 23,1% (tableau 45).

Par rapport aux pratiques :

Les moustiquaires sont présentes dans beaucoup de ménages de la localité et elles sont imprégnées dans 61,9% des cas (tableau 20). Parmi celles, qui possèdent des moustiquaires imprégnées au moins 38,8% ont dormi, la dessous. Les raisons évoquées de n'avoir pas dormir sous moustiquaire pendant la période de l'enquête est à 38,1%.

Les premières sources d'approvisionnement en eau de boisson pendant la saison sèche sont la pompe à main à 27,6% et les puits traditionnels à 27,4% (tableau 23). Celles en saison des pluies est les puits traditionnels à 26,9% (tableau 24).

Les récipients de stockage de l'eau de boisson sont propres à 78,3% (tableau 26) et celui pour son transport est 83,4% (tableau 27). Le lieu de défécation des ménages est dans les latrines traditionnelles à 98,9% (tableau 28) et 97,6% des ménages ont des latrines (tableau 29). Elles sont propres dans 49,1% des cas (tableau 30). Le lieu premier de défécation des enfants de moins de 5 ans est le pot à 46,5% (tableau 32). Dans les 52,1% des ménages, les cours sont propres (tableau 34). L'occasion première de lavage des mains est avant de manger à 63,9% pour les femmes et 76% pour les hommes (tableau 36) et celle des enfants est également avant de manger à 66,9% (tableau 37). La méthode première de lavage des mains est celle qui se fait collectivement à 94,1% pour les femmes et 96,2% pour les hommes (tableau 20).

Par rapport à la connaissance :

Les femmes et les hommes des villages de la commune connaissent peu les méthodes de préparation de la SRO : soit 15 et 11,5% des cas (tableau 47). Il en est de même pour les causes de la diarrhée et du paludisme avec respectivement 31% pour les femmes et 41,5% pour les hommes et 51,7% pour les femmes et 54,6% pour les hommes (tableau 48 et 50). Les méthodes de prévention de la diarrhée et du paludisme sont également connues respectivement à 38,9% et 47,1% (tableau 49 et 51).

Les femmes de la localité allaitent à 84% des cas des enfants (tableau 54). Les mères des villages enquêtées ont donné à 65,1% de l'échantillon immédiatement le lait maternel à l'enfant après accouchement tandis que 27,3% ont donné autre chose au cours de la même journée (tableau 55). Malheureusement il ressort que 25,1% des mères ont donné autre liquide à l'enfant durant les 3 jours suivant la naissance (tableau 56). Le liquide donné généralement à l'enfant est un autre lait différent du lait maternel à 57,6% (tableau 57). Pour la connaissance de l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel, elle se situerait entre 13 et 24 mois à 42,3% pour les hommes et 32,4% pour les femmes (tableau 60). Le taux d'allaitement exclusif dans la zone est également faible, il est à 10,4% (tableau 62).

Par rapport au profil de diversité alimentaire

La diversification alimentaire est faible dans la localité. L'aliment de base dans la localité est constitué en général par les céréales à 77,5% selon les déclarations des femmes et à 95,4% pour les hommes. Le deuxième aliment consommé est formé par les feuilles vertes foncées à 55% selon les femmes et 63,1% pour les hommes (tableau 74). Aucun autre aliment n'atteint les 50% suivant les déclarations des adultes. Pour les enfants également l'aliment de base est constitué par les céréales à 78,5% (tableau 65). Aucun autre aliment n'atteint les 50% de consommation des aliments des enfants.

Par rapport à l'accès contrôle

Par rapport aux équipements cités dans les ménages l'accès et contrôle sont faits par les hommes dans la plupart des cas. Seulement dans quelques cas il y a concertation entre les deux pour l'accès. Les équipements ou activités des ménages/familles sont pour la plupart contrôlés par les hommes (tableau 75 à 89). Les bénéfices des AGR sont généralement investis dans les propres soins de santé à 13,9% pour les femmes et 31,5% pour les hommes (tableau 90). Le pourcentage de bénéfice utilisé dans les dépenses du ménage se situe entre 0 à 50% pour les femmes à 18,1% et pour les hommes entre 50 et 100% à 24,6% (tableau 91). Selon les deux déclarations les décisions sont prises à 26,1% par les hommes à 6,9% par les hommes (tableau 92).

Par rapport à l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois :

Sur le plan de l'émaciation des enfants, l'état nutritionnel des enfants est préoccupant car il se situerait au dessus du seuil d'alerte de l'OMS (10%) et est de 10,6% (tableau 124). Le retard de croissance reste toujours à un seuil préoccupant très élevé qui est de 43,3% (tableau 122) et l'insuffisance pondérale à 41% (tableau 123). Le retard de croissance et l'insuffisance pondérale atteignent plus de filles que de garçons suivant les trois niveaux de classification (tableau 125 et 126) et l'émaciation les garçons que les filles (tableau 127).

Par rapport au contrôle de la chaine alimentaire

Pour le contrôle de la chaine alimentaire, suivant les spéculations citées, il n'y aucune différence significative au niveau de la participation à la culture pour les femmes et les hommes (tableau 94 à 96).

Par rapport à la sécurité alimentaire

La plupart des résultats obtenus ne montrent pas un danger significatif pendant la période d'étude pour les ménages de la localité car les pourcentages de préoccupations se trouvent en dessous de 30%. Seulement quelques fréquences oscillent entre 52 à 40% (tableau 97 à 115). Le maraîchage est considéré comme une activité des femmes à 38,9% (tableau 116). Les ressources du maraîchage sont contrôlées par les femmes même à 28% (tableau118) et la majeure partie des produits est destinée à la consommation familiale locale.

Par rapport aux pratiques internationales

Selon les déclarations des femmes, elles sont très sollicitées par les mairies par rapport à la participation aux activités des communes mais du côté de la présence au niveau du conseil communal, il y a une différence très significative par rapport aux nombres de femmes et d'hommes aux instances communales soit respectivement 10% contre 90% (tableau 119).

Recommandations

A la lumière des résultats obtenus dans la localité nous recommandons une intervention nutritionnelle ciblée :

- Aux mères des enfants les plus petits en particulier, ceux de 6 à 23 mois sous forme de campagne d'éducation et de sensibilisation sur les pratiques alimentaires en particulier
    - l'âge d'introduction des aliments de complément ;
    - les types d'aliments complémentaires, leur préparation, densité et hygiène ;
    - l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
    - **Surtout la pratique de la planification familiale.**

- La prise en charge des cas de malnutrition modérée et sévère ;
- La mise en place d'un mécanisme capable de gérer une future situation de crise liée à la sécheresse ou autres aléas naturels ;
- Renforcer le système de collecte et d'analyse périodique des données nutritionnelles et de sécurité alimentaire pour faciliter le pronostic rapide des besoins de la population.

1. Contexte

Le Plan National de Sécurité Alimentaire a déterminé que la région de Ségou est «très vulnérable» à l'insécurité alimentaire. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 0 à 59 mois est estimée à 14% (EDSM-IV). La même source révèle que le retard de croissance sévère touche 19% des enfants de moins de cinq ans et 90% souffrent d'anémie avec environ 11% d'anémie grave. Elle touche 70% des femmes de Ségou avec 28% atteints d'anémie modérée à sévère.

Plusieurs études ont montré que les effets de l'insécurité alimentaire n'affectent pas les ménages et leurs membres de la même manière. L'état nutritionnel d'un enfant dépend plus du statut social de la mère plutôt que la situation économique du ménage (Château 1995 et 2000, Adams 2002 et 2004). L'organisation sociale fortement hiérarchisée de ménages et le rôle traditionnel des hommes, des jeunes et des belles-mères dans les habitudes alimentaires se traduisent par l'inégalité d'accès et d'utilisation des aliments (selon l'âge et le statut du mariage).

L'hypothèse de base de l'action proposée est que l'accès et l'utilisation des ressources alimentaires dépendent dans une large mesure de la disponibilité des aliments mais aussi du savoir (connaissances) et du pouvoir à l'intérieur du ménage et dans la communauté

C'est dans ce contexte que CARE et AMAPROS ont proposé cette Initiative pour la Sécurité Alimentaire et nutritionnelle à Ségou (IFONS). Cette action vise à contribuer à l'amélioration durable de l'état nutritionnel des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes et allaitantes de la région de Ségou et une meilleure compréhension des causes sociales de la malnutrition par la création d'une capacité endogène et institutionnelle assurant un meilleur accès au savoir, au pouvoir et aux ressources de la sécurité alimentaire pour les jeunes filles et garçons, les adultes pour environ 5 000 ménages vulnérables dans les 4 communes cibles (soit 30 000 personnes dont 50 % de femmes).

L'action de CARE et AMAPROS suit une approche de recherche-action basée sur les stratégies communautaires de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les communes de Cinzana, Kamiandougou, Fatiné (cercle de Ségou) et Tongué (cercle de Macina) dont la population totale est estimée environ 61180 habitants. La recherche-action permettra aux femmes, hommes et jeunes de participer et contribuer aux études de base, aux forums annuels, évaluations, et à la formulation des stratégies et propositions concrètes. Elle les amènera à adhérer et à contribuer à des Conventions Villageoises de la Sécurité Alimentaire et nutritionnelle élaborées par les groupes cibles de l'action. Elles seront liées aux Plans de Sécurité Alimentaire des Communes (PSA) et les composantes institutionnelles de la sécurité alimentaire (Comité de Sécurité Alimentaire) par des mécanismes de planification et de suivi sur la base des indicateurs communs qui sont: état nutritionnel et vulnérabilité, pratiques alimentaires et agricoles, niveau économique, pouvoir et gouvernance. Les conventions serviront de lignes directrices pour les activités communautaires et les investissements publics visant la SA du village: protection et valorisation des terres, banques de céréales, récupération des cas de malnutrition, les périmètres maraîchers.

Dans l'approche de l'action proposée, trois activités de collecte et d'analyse des données et informations sont étroitement liées conceptuellement et opérationnellement ont été planifiées :

- ✓ Etude longitudinale sur la vulnérabilité nutritionnelle
- ✓ Enquêtes CAP
- ✓ Recherche-action

Leurs liens se manifestent surtout dans la formulation et l'utilisation (critères, ciblage) des profils de vulnérabilité nutritionnelle.
L'étude de base du projet IFONS intervient au moment où le projet Pathways (Nyéléni) a déjà réalisé des enquêtes ménages dans les quatre communes d'intervention d'IFONS en octobre 2012. La revue des données collectées a révélé que cette enquête a pris en compte un objectif intermédiaire de IFONS qui est la mesure de la situation de base par rapport à l'accès et le contrôle par les hommes et les femmes des ressources, des moyens de production et des technologies d'agriculture de conservation ainsi que les comportements, attitudes et pratiques des ménages de la population bénéficiaires par rapport au chocs. Tous ces éléments ont été renseignés en tenant compte du genre.
Les résultats de cette étude seront intégrés dans l'analyse de la situation de référence d'IFONS ; par conséquent le projet IFONS fera économie d'une nouvelle consultation liée à ces aspects pour développer la synergie entre ces deux projets.
La présente consultation a porté sur les aspects suivants :

- ✓ *Etude de vulnérabilité nutritionnelle*

Elle a consisté à faire le point sur l'état nutritionnel de la population des 4 communes ciblées par le projet IFONS. Cette première enquête fera la situation de référence sur la base de la quelle les objectifs spécifiques liés aux progrès réalisés par indicateur seront définis. Les critères utilisés pour établir les profils de vulnérabilité nutritionnelle et les profils alimentaires seront conformes aux normes et standards appliqués au Mali

- ✓ *Enquête CAP*

Elle a ciblé les différents groupes : décideurs/leaders communautaires; groupements de femmes ; groupement d'hommes ; de jeunes hommes et de filles au niveau de village ; les belles mères. Elle a été conduite en discussions de groupes homogènes à travers des interviews semi structurés sur la base des catégories d'informations prédéfinies : comportements, connaissances, attitudes, aspirations, pratiques et potentialités (CAP). Les informations seront utilisées afin d'ajuster le ciblage des activités d'IEC, d'animation et de communication pour le changement de comportement (CCC).

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif général

L'objectif général de l'étude :

- ✓ Connaître la situation de référence de la zone d'intervention du projet IFONS (avant l'intervention du projet) en matière de nutrition des enfants de 0 à 59 mois, des Femmes Enceintes et Allaitantes, et les comportements, attitudes et pratiques des ménages de la population bénéficiaire.

- ✓ Connaître les politiques et stratégies développées et appliquées par les collectivités en faveur des femmes, des jeunes dans le domaine de la nutrition et la sécurité alimentaire en tenant compte du genre

2.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, à travers cette étude il s'agisaiit de :

Objectif Global du projet :

- ✓ Mesurer le taux de la Malnutrition Globale (rapport poids-âge) des enfants de moins de 5 ans désagrégés par sexe ;

- ✓ Mesurer le taux de la Malnutrition Aigue (rapport poids-taille) des enfants de moins de 5 ans désagrégés par sexe ;
- ✓ Mesurer le taux de la Malnutrition Chronique (rapport taille-âge) des enfants de moins de 5 ans désagrégés par sexe ;
- ✓ Désagréger les taux de malnutrition par groupe d'âge et par sexe comme dans l'EDSM-IV ;
- ✓ Mesurer la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans désagrégés par sexe ;
- ✓ Mesurer la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes ;
- ✓ Connaître les causes qui justifient les taux mesurés ;
- ✓ Mesurer le pourcentage des enfants qui ont suivi un traitement contre la malnutrition parmi ceux référés dans les CSCom ;

Objectif intermédiaire 1 :

- ✓ Mesurer le pourcentage des enfants de moins de 6 mois qui ne reçoivent que le lait maternel et désagrégé par sexe ;
- ✓ Mesurer le pourcentage de ménages qui ont un profil de consommation alimentaire acceptable ou bon ;
- ✓ Mesurer le pourcentage de femmes enceintes ou allaitantes qui ont un bon score de diversité alimentaire ;
- ✓ Comparer les pourcentages de femmes et d'hommes qui ont un bon score de diversité alimentaire ;
- ✓ Mesurer, comprendre et comparer les connaissances et pratiques socioculturelles des femmes, des belles-mères et des hommes qui influent sur la quantité et la qualité de l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de 6 – 59 mois ;
- ✓ Mesurer les proportions des ménages qui ont un profil de sécurité alimentaire faible, acceptable et bon (méthode SAP) ;
- ✓ Mesurer le taux d'autoconsommation des produits maraîchers produits par les maraîchers eux-mêmes ;
- ✓ Déterminer le pourcentage des FEA qui connaissent les bonnes pratiques de sevrage ;
- ✓ Connaître le pourcentage de femmes utilisant régulièrement les feuilles de baobab ou de moringa dans l'alimentation du ménage ;
- ✓ Connaître le pourcentage des ménages qui balaient régulière leurs maisons et cours ;
- ✓ Connaître le pourcentage de la population qui lavent leurs mains, aliments avant de préparer ses repas et de les consommer ; désagrégé par sexe et âge.

Objectif intermédiaire 2 :

- ✓ Connaître le pourcentage des FEA qui ont suivi correctement les consultations prénatales et postnatales ;
- ✓ Comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis-à-vis des consultations prénatales et postnatales ;
- ✓ Connaître les attitudes et les pratiques des hommes vis-à-vis des consultations prénatales et postnatales des femmes ;
- ✓ Connaître le pourcentage des FEA qui dorment sous moustiquaires en général et en particulier sous moustiquaires imprégnées ;
- ✓ Connaître le pourcentage des femmes allaitantes qui ont fait vacciner leurs enfants correctement ;
- ✓ Connaître le pourcentage des enfants 0-5 ans qui dorment sous moustiquaires en général et sous moustiquaires imprégnées en particulier ;

- ✓ Comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis-à-vis de l'utilisation des moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ Connaître le revenu moyen journalier des femmes membres des GMJT ;
- ✓ Connaître le pourcentage des femmes des GMJT qui vivent avec plus de1, 25 dollars par jour ;
- ✓ Pourcentage de GMJT qui réalise un objectif commun de développement lié à la sécurité alimentaire et à la nutrition ;

Objectif intermédiaire 3 :

- ✓ Mesurer le nombre et le pourcentage de femmes qui participent à l'élaboration des conventions communautaires de sécurité alimentaire ;
- ✓ Mesurer le nombre de villages qui disposent des conventions de gestion de l'accès à la terre ;
- ✓ Déterminer les types de conventions existantes relatives à la sécurité alimentaire et à la nutrition ;
- ✓ Mesurer le pourcentage de villages qui ont géré des conventions de sécurité alimentaire au cours de l'année 2011 ;
- ✓ Evaluer les types et nombre d'actions inscrites dans les PDESC en faveur des hommes dans le domaine de la sécurité alimentaire et la nutrition
- ✓ Evaluer le nombre d'actions inscrites dans les PDESC en faveur des femmes dans le domaine de la sécurité alimentaire et la nutrition
- ✓ Evaluer les types réalisés en faveur des hommes dans les domaines de la sécurité alimentaire et nutritionnelle
- ✓ Evaluer le nombre et actions réalisées en faveur des femmes dans les domaines de la sécurité alimentaire et nutritionnelle

3. Méthodologie

3.1. Méthode

Il s'agissait d'une enquête par sondage s'inspirant largement de la méthodologie des enquêtes utilisant les techniques d'estimation probabiliste de sorte que chaque unité primaire et secondaire ait à l'avance une probabilité connue de faire partie de l'échantillon. Les résultats obtenus auprès de l'échantillon enquêté sont valablement extrapolés à l'ensemble de la population de la zone d'étude.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par sondage en grappe à deux degrés au niveau des 71 villages des quatre (4) communes du projet.

L'échantillonnage en grappe à deux degrés selon la méthode standard OMS de 30 grappes pour l'ensemble des villages d'intervention du projet a été réalisé, soit 30 grappes pour les 4 communes : Cinzana, Fatnè, Kamiandougou etTonguè de la Région de Ségou. La base de sondage a été proportionnelle à la taille de l'échantillon.

Dans un premier temps (sondage au premier degré), 30 grappes ont été choisies au niveau des villages des 4 communes à partir du logiciel ENA FOR SMART selon la méthode de détermination du pas de sondage. Puis dans un second temps (sondage à deux degrés), un certain nombre de ménages ont été choisis au sein de chaque village tiré. Ainsi, tous les enfants de 6 à 59 mois ont fait l'objet de prise de mesures anthropométriques les mères de ses enfants ont été interrogées sur les régimes alimentaires et les aliments locaux disponibles et sur d'autres aspects de la santé, de l'hygiène, de la salubrité ainsi que l'accès contrôle des membres des

ménages sur leurs biens. En plus les chefs de ménage ont été interrogés par rapport à la pratique alimentaire et nutritionnelle au sein du ménage et sur la sécurité alimentaire.

3.2. Echantillonnage

3.2.1. Taille de l'échantillon

En pratique, l'échantillonnage en grappe à deux degrés est la méthode d'échantillonnage la plus utilisée pour les enquêtes nutritionnelles et de santé publique par la plupart des organismes notamment l'**O.M.S.** (Organisation Mondiale de la Santé) et le **C.D.C**. (Center For Deases Control) des Etats Unis. La détermination de la taille nécessaire à l'étude sera calculée à partir de la formule suivante de Schwarz :

$$n = Z^2 * \frac{p*q}{i^2} * d$$

n = *taille de l'échantillon*
Z = *paramètre lié au risque d'erreur, Z = 1,96 (soit 2) pour un risque d'erreur de 5 % (0,05).*
p = *prévalence attendue*
q = ***1-p***,
i = *précision absolue souhaitée exprimée en fraction de 1. (i = 0,05)*
d = *paramètre mesurant l'effet de grappe (d = 2 pour ce genre d'enquête)*

L'enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM IV) de 2006 donne une prévalence de l'insuffisance pondérale de 25,7% pour la Région de Ségou. Comme la prévalence de la malnutrition n'est pas connue dans les zones d'intervention du projet, nous avons considéré la prévalence obtenue dans la région de Ségou pour déterminer la taille de l'échantillon pour la zone d'intervention dans le cadre de ce projet.

La taille minimale nécessaire à la réalisation de cette étude a été estimée à 569 enfants. Pour des raisons de non réponses, nous avons fait une majoration de 10% (57 enfants) soit 626 enfants qui ont été répartis à environ 21 enfants à enquêter par grappe. Avec une estimation moyenne de 1,5 enfant de 6-59 mois par femme, il fallait interroger au moins 412 mères.

3.2.2. Détermination des personnes à interroger dans le village/quartier

La liste exhaustive des chefs de ménages n'étant pas disponible au niveau des villages, le choix des ménages a été fait à partir du centre ou d'une place publique. Un sondage aléatoire simple a permis d'identifier à l'aide d'un pas de sondage l'ensemble des ménages qui devront être enquêtés. Le choix des ménages a fait l'objet d'un tirage au sort, en jetant un crayon de papier en l'air dont la pointe indiqua la direction à suivre. Après la première concession qui constitue le point de départ de l'enquête au niveau de la première grappe, la progression de l'équipe dans le village/quartier a été fait de porte en porte selon la droite, jusqu'à l'obtention de l'effectif requis pour la grappe.

A l'intérieur de la concession, toutes les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les tutrices d'enfants et hommes ont été enquêtées pour le volet qualitatif (questionnaire CAP). En fin de grappe, si l'effectif requis n'était pas obtenu dans le quartier, il fallait se rendre au quartier ou village le plus proche pour compléter la grappe.

3.3. Outils de collecte

Tableau 1 : Les instruments de mesures anthropométriques utilisés ont été d'une très bonne précision

Mensuration	Instruments de Mesure	Unités
Poids	Balance électronique avec cadran de lecture numérique permettant de peser jusqu'à 999,9 Kg	0,1 kg
Taille	Toise de Shorr	0,1 cm

Les données concernant les ménages ont été récoltées à partir des questionnaires conçus à cet effet :

- ✓ Questionnaire CAP pour les mères d'enfants de 0 – 59 mois, femmes enceintes et allaitantes ;
- ✓ Questionnaire pour les chefs de ménage ;
- ✓ Guide d'entretien pour les focus groupes et les observations directes.

3.4. Groupes cibles

Dans chacun des villages concernés par l'étude, tous les enfants de 6 à 59 mois présents dans les ménages échantillonnés au moment de l'étude ont fait l'objet de prise de mesures anthropométriques (questionnaire Anthropométrique). Toutes les mères des enfants de 0 à 59 mois ont fait l'objet d'entretien individuel à l'aide de questionnaire semi directif (questionnaire CAP). En même temps les chefs de ménages ont été interviewés par rapport à certaines pratiques alimentaires et nutritionnelles au sein du ménage suivant deux (2) questions proposées dans le questionnaire CAP.

Au total, la population étudiée comprend :

- ✓ Les enfants de 6 à 59 mois des villages sélectionnés ;
- ✓ Les mères des enfants ou tutrices de 0 à 59 mois des villages sélectionnés ;
- ✓ Les femmes enceintes et allaitantes ;
- ✓ Les chefs de ménages ;
- ✓ Les leaders communautaires ;
- ✓ Les élus locaux.

Pour réduire les biais induits par différents opérateurs, trois **équipes ont été constituées**, elles ont travaillé simultanément : binôme (homme/femme) pour le questionnaire CAP, un groupe de 3 personnes (un homme et deux femmes) pour les mesures anthropométriques et un groupe de 2 personnes pour la conduite des focus groupes.

3.5. Formation et planification

Pour des raisons de niveau de formation de base des relais, les agents du projet ont été mobilisés pour la conduite des activités sur le terrain. A ceux-ci nous avons procédé au recrutement de deux infirmières obstétriciennes pour la conduite des mesures anthropométriques. Une mise a niveau a été organisée à Ségou avant le départ sur le terrain. Elle visait trois objectifs principaux :

- ✓ **Le premier** consistait à faire partager avec tous les intervenants les notions liées à la compréhension des questionnaires,
- ✓ **Le deuxième,** la traduction de certains concepts en langue locale pour une harmonisation de son administration,
- ✓ **Le troisième,** expliquer l'approche méthodologique et tester les enquêteurs par rapport à la méthodologie et la conduite de l'étude sur le terrain pour éviter le maximum d'erreurs au cours de l'enquête.

La formation a été animée par les consultants, appuyés par le chef de projet de Care IFONS. Trois (3) modules ont été présentés aux participants. Le premier a été animé par le chef de projet, il portait sur les objectifs du projet et de l'évaluation ainsi que les résultats attendus des deux. Les deux (2) autres modules ont porté sur les techniques de mesures anthropométriques et la présentation des différents questionnaires. Ces deux derniers ont été présentés par les consultants.

La formation a duré 3 jours avec une journée de pré test des questionnaires et la prise en compte des difficultés. La planification de l'enquête a été réalisée sur le terrain en partenariat avec l'équipe du projet ainsi que la constitution des équipes.

3.6. Collecte des données

Les données collectées sur le terrain ont porté sur la mensuration anthropométrique standard : Poids, Taille, âge. Des données secondaires également ont été collectées à savoir ; la diarrhée, la cécité l'état vaccinal et la présence d'œdèmes des membres inférieurs (voir questionnaires).

Les données ont été recueillies sur des questionnaires conçus à cet effet (voir en annexe) prenant en compte le numéro du ménage, de l'enfant, le nom de la localité, le jour de l'enquête et le nom de l'enquêteur.

L'enquête auprès des femmes enceintes et allaitantes a permis de collecter des données sur l'état de santé des enfants et de la nutrition (allaitement maternel et sevrage, alimentation de complément, carence en micronutriments tel que le fer et la vitamine A). L'enquête au près des chefs de ménage à permis de collecter les informations sur la sécurité alimentaire des ménages et évaluer leurs connaissances attitudes et pratiques alimentaires et nutritionnelle.

3.7. Saisie, épuration des données et analyse des données

Il a comporté les phases suivantes :

- ✓ La réception, la vérification et le classement des questionnaires. Ce travail était assuré par le Consultant associé ;
- ✓ La saisie des données a été faite à partir du logiciel EPI DATA par un agent. Un programme de saisie a été réalisé pour vérifier les données saisies et leur fiabilité. Après la saisie, une vérification et épuration des données ont été faites par le Consultant principal. La normalisation des données anthropométriques a été faite sur le logiciel ENA FO SMART (normes OMS) avant de commencer l'analyse des données ;
- ✓ La vérification, la correction des données saisies et la création du fichier définitif des données ont été faites par le Consultant principal avec l'appui du Consultant associé ;

Les mensurations des enfants de l'échantillon ont été comparées à celles des enfants de la population de référence ayant les mêmes caractéristiques d'âge, puis des indices nutritionnels sont calculés. Ainsi, on a

déterminé les taux des différentes formes de malnutrition selon une déviation par rapport à la médiane de – 2 écarts-type ou Z-score:

- ✓ **L'émaciation** ou malnutrition aiguë exprimée par un rapport **poids/taille** < -2 écarts-type
- ✓ **La malnutrition chronique** ou retard de croissance exprimée par un rapport **taille/âge** < -2 écarts-type
- ✓ **La malnutrition globale** ou insuffisance pondérale exprimée par un rapport **poids/âge** < -2 écarts-type

Les enfants ont été classés selon leur statut nutritionnel pour chacune des formes de malnutrition susmentionnées en trois catégories :

- ✓ Le taux global dont l'indice est **< - 2 écarts-type**
- ✓ Le taux des sévères dont l'indice est **< - 3 écarts-type**
- ✓ Le taux des normaux dont l'indice est **> - 1 écart-type**

3.8. Qualité des données

3.8.1. Validité interne

Le contrôle du recueil de donnée a été assuré par le consultant principal chercheurs en nutrition, sécurité alimentaire et santé ayant une expertise poussée dans le domaine de la réalisation et l'analyse des enquêtes nutritionnelles/santé et de sécurité alimentaire Une supervision régulière sur le terrain par le consultant associe complétant la formation initiale des enquêteurs avant de faire le recueil des données garantir la fiabilité des données.

3.8.2. Validité externe

La méthode de sondage utilisée (sondage aléatoire), le strict respect du protocole garantissent la généralisation des résultats de l'étude à l'ensemble des villages concernés.

3.9. Difficultés

- ✓ La première difficulté rencontrée a été l'insuffisance de l'information au niveau de la population. L'équipe était obligée d'attendre la population dans certains villages pendant que certains groupes cibles étaient partis à la pêche dans la mare.
- ✓ La seconde est la mobilisation des voitures. Il était prévu de mobiliser 2 voitures, le partenaire n'a pu mobiliser qu'une voiture correctement. La deuxième a été mobilisée vers les 3 derniers jours de l'enquête terrain.
- ✓ La troisième difficulté est liée à la saisie des données. Nous avons voulu saisir les informations au fur et à mesure que la collecte se faisait cela n'a pas été possible compte tenu du manque de véhicule pour assurer la liaison.
- ✓ La quatrième difficulté est liée aux délestages (coupure d'électricité) qui a empêché l'agent de saisie à finir à temps et à l'équipe de focus de groupe de rassembler les données.

4. Résultats

4.1. Information générale sur le ménage

Tableau 1 : Langue de l'enquête

Langue de l'enquête	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Sonrai	1	0,2	0	0
Bambara	490	99,4	128	98,5
Dogon	1	0,2	0	0
Français	0	0	2	1,5
Autre	1	,02	0	0
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

La langue à laquelle les enquêteurs ont interrogé les enquêtés est en général le Bamanan à 99,4% chez les femmes et les hommes à 99,4%. Cela dénote une traduction du français en Bamanan.

Tableau 2 : Répartition en fonction de celui qui a répondu au questionnaire du chef de ménage.

Personne	Hommes	
	Effectif	%
Chef de ménage	116	89,2
Femme	7	5,4
Fils	4	3,1
Autres	3	2,3
Total	**130**	**100**

Les personnes qui ont répondu aux questionnaires ménages sont les chefs de ménage dans 89,2% des cas. Les 5,4% soit 7 femmes chef de ménage. Les autres répondants au questionnaire sont le frère ou la mère.

Tableau 3 : Répartition en fonction de l'âge du chef de ménage et des femmes interrogées.

Classe d'âge	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 20 ans	169	34,3	3	2,3
20 à 29 ans	170	34,5	5	3,9
30 à 39 ans	121	24,5	18	13,8
40 à 49 ans	23	4,7	30	23,1
50 à 59 ans	0	0	38	29,2
60 ans et plus	0	0	36	27,7
NSP	10	2	0	0
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

La tranche d'âge 20 à 29 ans arrive légèrement en tête avec 34,5% pour 170 femmes. Elle est suivie par les moins de 20 ans pour 34,3% soit 169 femmes. La tranche d'âge majoritaire chef les hommes est les 50 à 59 ans pour 29,2% soit 38 hommes suivis de celle des 60 ans et plus avec 27,7% des cas soit 36 hommes.

Une analyse des tranches d'âge montre qu'il existe un écart très significatif entre l'âge des hommes et celle des femmes. La plupart des femmes paraissent plus jeunes que les hommes. Bon nombre de femmes ont moins de

20 ans. Parmi eux certains ont moins de 18 ans. Des activités de sensibilisations sont à prévoir dans le cadre des mariages précoces.

Tableau 4 : Répartition en fonction de la taille de la famille.

Taille du ménage	Femmes	
	Effectif	%
5 à 10 personnes	19	14,6
11 à 20 personnes	40	30,8
21 à 40 personnes	46	35,4
41 à 60 personnes	15	11,5
61 à 80 personnes	7	5,4
81 à 97 personnes	3	2,3
Total	**130**	**100**

Les ménages dans la zone d'intervention du projet comptent 21 à 40 personnes comme membre dans 35,4% des cas. Ceux des 11 à 20 personnes arrivent en deuxième position avec 30,8%. En troisième position ce sont les ménages qui ont 5 à 10 personnes qui arrivent avec 14,6%.

Il est à noter que la pratique des grandes familles est toujours de coutume dans la localité. Dans de telle condition des thèmes de sensibilisation doivent être menés dans le sens de l'alimentation des enfants et des Femmes Enceintes et Allaitantes (FAE) pour faciliter leurs accès à la nourriture en quantité et en qualité.

Tableau 5 : Genre du chef de ménage.

Sexe	Hommes	
	Effectif	%
Hommes	123	94,6
Femmes	7	5,4
Total	**130**	**100**

Le genre du chef de ménage est masculin dans 94,6% des cas soit 126 hommes pour 7 femmes avec 5,4%. Le genre masculin est dominant.

Tableau 6 : Etat de la mère.

Etat de la femme	Femmes	
	Effectif	%
Enceintes	84	17,1
Allaitantes	256	51,9
Enceinte allaitantes	2	0,4
Rien	151	30,6
Total	**493**	**100**

Parmi les femmes interrogées, les 51,9% allaitent un enfant au moment de l'enquête. Celles qui sont enceintes représentent 17,1%. Les femmes enceintes et allaitantes sont au nombre de 2 pour 0,4% des cas. Les 30,6% n'ont rien.

Des thèmes sur la planification doivent être développés pour mieux sensibiliser les hommes et les femmes par rapport à l'importance de l'espacement des naissances dans la santé de la femme d'abord, ensuite sur le développement de l'enfant et sur la réduction de la pauvreté dans le ménage.

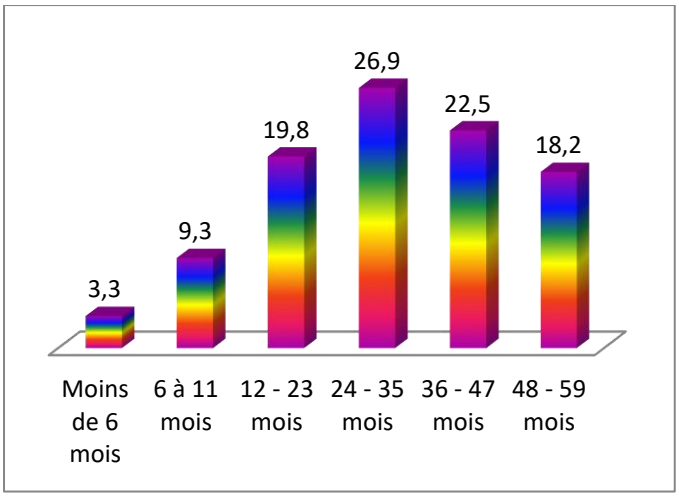
Tableau 7 : Enfants de moins 5 ans en fonction de leur genre.

Sexe	Femmes	
	Effectif	%
Garçons	240	49,6
Filles	244	50,4
Total	**484**	**100**

La répartition des enfants étudiés montre un ratio légèrement favorable à la faveur des filles soit 50,4%. Les garçons sont au nombre de 240 pour 49,6%. Il y a plus de fille dans l'échantillon étudié que de garçons.

Tableau 8 : Répartition des enfants de moins 5 ans en fonction de leur classe d'âge.

Classe d'âge	Femmes	
	Effectif	%
Moins de 6 mois	16	3,3
6 à 11 mois	45	9,3
12 - 23 mois	96	19,8
24 - 35 mois	130	26,9
36 - 47 mois	109	22,5
48 - 59 mois	88	18,2
Total	**484**	**100**

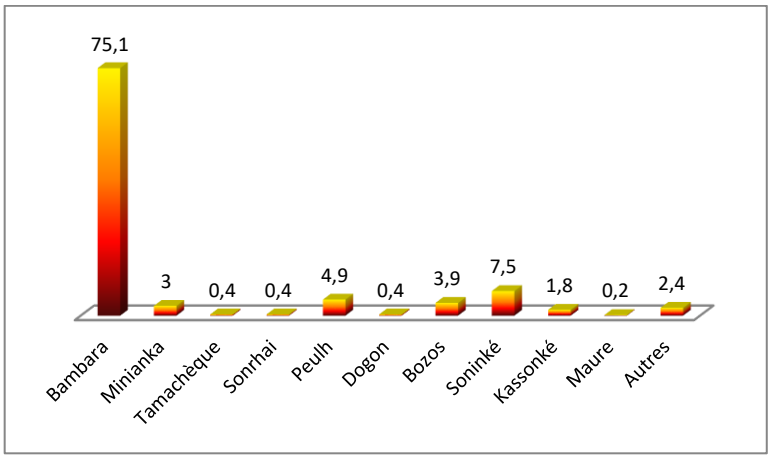


Graphique 1 : Répartition des enfants de moins 5 ans en fonction de leur classe d'âge.

La classe d'âge dominante est celle des 23 à 35 mois avec 125 enfants pour 25,8%. Elle est suivie par les 36 à 47 mois avec 109 enfants soit 22,9%. La troisième est celle des 12 à 23 mois, comptant 96 enfants pour 20,1%.

Tableau 9 : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Femmes	
	Effectif	%
Bambara	370	75,1
Minianka	15	3,0
Tamachèque	2	0,4
Sonrhai	2	0,4
Peulh	24	4,9
Dogon	2	0,4
Bozos	19	3,9
Soninké	37	7,5
Kassonké	9	1,8
Maure	1	0,2
Autres	12	2,4
Total	**493**	**100**



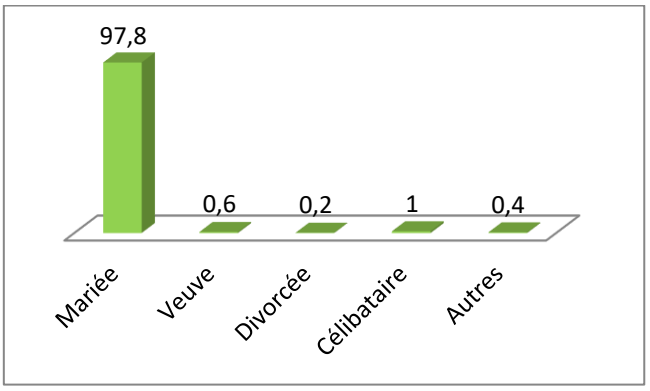
Graphique 2 : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie.

L'ethnie dominante est le Bambara avec 370 femmes pour 75,1%. Les soninkés suivent avec 37 femmes soit 7,5%. Beaucoup d'autres ethnies sont avec des pourcentages très faibles. Les autres sont les mossis, Bella, bobos.

La langue de sensibilisation et de communication avec les groupes cibles pourrait être le Bamanan en général.

Tableau 10 : Répartition des femmes en fonction de leurs statuts matrimoniales.

Statuts	Femmes	
	Effectif	%
Mariée	482	97,8
Veuve	3	0,6
Divorcée	1	0,2
Célibataire	5	1,0
Autres	2	0,4
Total	**493**	**100**

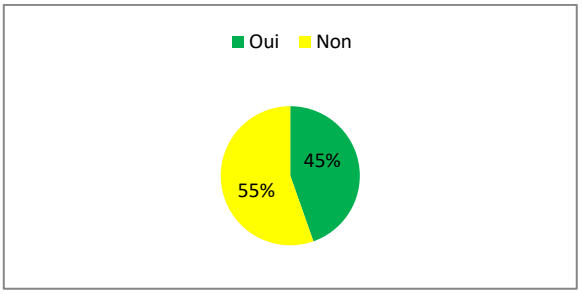


Graphique 3 : Répartition des femmes en fonction de leurs statuts matrimoniales.

Parmi celles qui ont été rencontrées, les 97,8% soit 482 femmes sont dans une union. Les célibataires sont peu représentées dans la localité avec 1% pour 5 femmes. Celles dont les maris sont décédés ne sont que 0,6% pour 3 femmes.

Tableau 11 : Répartition des femmes mariées en fonction de la possession d'une ou de plusieurs coépouses.

Coépouse	Femmes	
	Effectif	%
Oui	215	44,6
Non	267	55,4
Total	**482**	**100**



Graphique 4 : Répartition des femmes mariées en fonction de la possession d'une ou de plusieurs coépouses.

Les hommes dont les femmes ont été interrogées sont polygames à 44,6% suivant la déclaration de 215 d'entre elles. Les 55,4% déclarent être dans une union monogame pour 267 femmes. La moitié des femmes ne sont pas dans un mariage polygame.

Le mariage dans la localité garde toujours un caractère coutumier dans la localité. Il est rare de rencontrer des femmes en âge de procréer n'étant pas dans une union monogame ou bigame.

Tableau 12 : Répartition des femmes et des hommes en fonction de leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Aucun	315	63,9	60	46,2
(1ère à la 6ème)	34	6,9	11	8,5
Médersa	24	4,9	8	6,2
Second cycle	16	3,2	4	3,1
Secondaire	4	,8	5	3,8
Ecole coranique	64	13,0	2	1,5
Alphabétisé	32	6,5	27	20,8
Autres	1	,2	13	10,0
Ne sait pas	3	0,6	0	0
Total	**482**	**100**	**130**	**100**

Les femmes et les hommes qui n'ont aucune instruction sont respectivement au nombre de 315 pour 63,9% et de 60 pour 46,2%. Les hommes alphabétisés sont au nombre de 27 soit 20,8%. Peu de femmes sont alphabétisées et ne représentent que 6,5%. Le nombre de femmes ayant fréquenté l'école coranique est plus élevée que celui des hommes avec respectivement 13% et 1,5%. Le pourcentage des hommes qui ont été à l'école est plus élevé que celui des femmes.

Une alphabétisation de masse doit être prévue dans la mise en œuvre des activités pour faciliter l'éveil des consciences et la compréhension des thèmes de sensibilisation. Un accent doit être mis sur les canaux de communication car la majeure partie des groupes cibles n'ont aucune instruction.

Tableau 13 : Répartition des femmes et des hommes selon la lecture d'un message simple.

Lecture d'un message simple	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	59	33,9	42	60
Non	115	66,1	28	40
Total	**174**	**100**	**70**	**100**

Parmi les femmes qui ont été à l'école seulement 33,9% savent lire un message simple, Les autres n'en savent pas. Les hommes lisent à 60% un message simple pendant que les 40% n'en peuvent pas. Les hommes ont plus d'instruction que les femmes.

Pour la communication un accent doit être mis sur les radios, les théâtres, les focus groupes, etc... afin de faciliter, la compréhension des thèmes par les groupes cibles.

4.2. Etat de santé des enfants

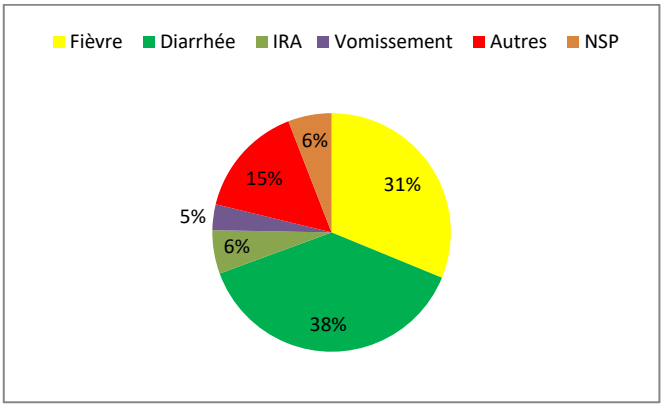
Tableau 14 : Etat de santé de l'enfant durant les 2 dernières semaines avant l'enquête.

	Femmes	
	Effectif	%
Oui	169	34,2
Non	302	61,3
Ne sait pas	22	4,5
Total	**493**	**100**

Durant les 2 semaines précédant l'enquête, les enfants de moins de 5 ans dans les ménages visités ont été présumés malades à 34,2% suivant la déclaration des femmes. Les 61,5% autres n'en n'ont pas été.
Le pourcentage d'enfants présumés malades est élevé. Des études spécifiques doivent êtres menées pour déterminer les causes réelles de ces maladies d'une part et d'autre part de d'établir les liens entre eux et la malnutrition des enfants au cours des séances de sensibilisation.

Tableau 15 : Répartition des femmes suivant le présumé symptôme de maladie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Maladie	Enfants	
	Effectif	%
Fièvre	53	31,2
Diarrhée	65	38,2
IRA	10	5,9
Vomissement	6	3,5
Autres	26	15,3
NSP	10	5,9
Total	**170**	**100**



Graphique 5 : Répartition des femmes suivant le présumé symptôme de maladie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Parmi les maladies citées par les mères, la diarrhée arrive en première position avec 38,2% suivis de la fièvre à 31,2%. Les infections respiratoires représentent 5,9% soit 10 déclarations. Les autres maladies sont: l'angine, les maux de ventre, les maux des yeux, la rhinite et le rhume.

Dans le cadre de la mise en œuvre, l'accent doit être mis sur les maladies sur la prévention des maladies comme le paludisme, la diarrhée, et les IRA. En plus, il faut faire ressortir les liens entre ces maladies et la malnutrition dans le cas de mortalité des enfants de moins 5 ans au Mali et dans les pays sahéliens.

Tableau 16 : Répartition des enfants en fonction des Œdèmes.

Œdème	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Non	321	99,3	334	100
Oui	2	0,7	0	0
Total	**323**	**100**	334	**100**

Les œdèmes sont constatés chez 2 garçons représentant 0,7% du nombre observé. Chez les filles aucun œdème n'a été détecté au cours de l'enquête.

La présence d'un seul cas d'œdème dans une localité doit susciter une intervention très rapide dans la localité. Des activités de prise en charge devront être prévues dans de telle situation pendant la période de soudure.

Tableau 17 : Répartition des enfants en fonction de la cécité nocturne.

Cécité nocturne	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	5	1,5	9	2,7
Non	318	98,5	325	97,3
Total	**323**	**100**	334	**100**

Les résultats des interviews montrent qu'il y a cécité chez 9 filles soit 2,7% contre 5 garçons pour 1,5%. Il ressort que les 98,5% des filles et les 97,3% n'ont pas de cécité nocturne.
La promotion des aliments riches en vitamine A devra être intégrée dans les thèmes de sensibilisation pour palier les conséquences de la carence en vitamine A. Mais également la supplémentation en vitamine A et le traitement des helminthes (vers intestinaux) doit être appuyé dans le cadre du programme

Tableau 18 : Répartition des femmes suivant le premier lieu de traitement de l'enfant.

Maladie	Femmes	
	Effectif	%
Amener chez le guérisseur traditionnel	9	5,1
Traiter à la maison avec des médicaments traditionnels	45	25,7
Amène au CSCOM/CSRéf/Clinique/Hôpital	56	32
Acheter un médicament à la pharmacie	8	4,6
Acheter un médicament "par terre"	38	21,7
Donner de la solution de réhydratation orale (SRO)	3	1,7
Aucun traitement	13	7,3
Autres	3	1,7
Total	**175**	**100**

La première intention des femmes pour soigner un enfant malade est de l'amener au niveau d'un centre de santé dans 32% des cas suivant la déclaration des femmes interrogées. Le deuxième lieu envisagé par elle est le traitement à domicile avec les médicaments traditionnels dans 25,7% des cas. La troisième solution est l'achat des médicaments par terre (achat de médicament hors pharmacie) pour soigner les enfants malades pour 21,7% des cas. Les autres médicaments sont : le beurre de karité ou acheter des médicaments avec les relais de santé.

Dans ce domaine une intensification des campagnes de sensibilisation devra être faite pour la mobilisation vers les centres de santé. Des études ou des investigations approfondies pourront être fait pour savoir les causes de la non fréquentation des centres de santé par la population de la localité.

Tableau 19 : Répartition suivant les raisons évoquées par les femmes concernant l'envoi de l'enfant malade au centre de santé.

	Femmes	
	Effectif	%
Aucune raison	40	8,1
Pas d'argent	35	7,1
Eloignement	9	1,8
Pas de moyens de transport	1	0,2
Mauvais accueil	1	0,2
Manque de confiance (agents)	2	0,4
Coût élevé des prestations	1	0,2
Autres	12	2,4
Total	**101**	**100**

La première raison évoquée par les femmes est « aucune » dans 8,1% des cas suivant la déclaration de 40 mères. La deuxième est le manque d'argent pour 7,1% des femmes soit 35 déclarations. Les autres raisons évoquées sont : la maladie n'est pas grave ou n'est pas compliquée.

4.3. Evaluation des pratiques

4.3.1. Possession et utilisation des moustiquaires

Tableau 20 : Répartition des ménages suivant la possession d'une moustiquaire dans le ménage.

Possession moustiquaire	Femmes	
	Effectif	%
Possède une moustiquaire simple	153	31,0
N'a pas de moustiquaire	22	4,5
Moustiquaire imprégnée	305	61,9
Ne sait pas	13	2,6
Total	**493**	**100**

Au cours de l'enquête 305 femmes soit 61,9% ont affirmé avoir des moustiquaires imprégnées dans leurs ménages. Les 153 autres ont dit avoir des moustiquaires simples dans le ménage et 22 d'elles ont déclaré n'en avoir pas.

Tableau 21 : Répartition suivant les personnes du ménage qui ont dormi sous moustiquaire.

Personne	Femmes	
	Effectif	%
Aucune personne	37	5,7
Toute la famille sous moustiquaire simple	150	23,6
Toute la famille sous moustiquaire imprégnée	247	38,8
Femmes	4	0,6
Tous les enfants de moins de 5 ans sous moustiquaire non imprégnée	23	3,6
Tous les enfants de moins de 5 ans sous moustiquaire imprégnée	16	2,5
Autres	9	1,4
Total	**636**	**100**

Selon la déclaration des femmes rencontrées dans 38,8% des cas toute la famille a dormi sous moustiquaire imprégnée et dans 23,6% les membres ont dormi sous moustiquaire simple. Dans les familles où les enfants de moins de 5 ans uniquement ont dormi sous moustiquaire simple et imprégnée ne sont que 3,9%.

Tableau 22 : Répartition selon les raisons évoquées pour l'utilisation de moustiquaire.

Raison	Femmes	
	Effectif	%
Cherté	24	28,6
On ne sait pas où acheter	4	4,8
Chaleur	32	38,1
Non convenance	8	9,5
Autres	21	25
Total	**89**	**100**

Les raisons évoquées dans la localité est la chaleur sous la moustiquaire selon 32 déclarations soit 38,1%. La deuxième raison est la cherté des moustiquaires. Les autres raisons sont : aucune raison, ce n'est pas le moment, nombre insuffisant, pas de disponibilité au niveau du centre.

Des thèmes sont à aborder pour l'utilisation des moustiquaires surtout imprégnées à tout moment de l'année afin d'éviter les maladies comme le paludisme et de surcroit réduire les dépenses de santé.

4.3.2. Sources d'approvisionnement en eau

Tableau 23 : Répartition suivant les sources d'approvisionnement en eau de boisson pendant la saison sèche.

Source	Femmes	
	Effectif	%
Puits à grand diamètre	113	22,9
Puits traditionnel	135	27,4
Puits traditionnel amélioré	92	18,7
Pompe à main	136	27,6
Mare, marigot	1	0,2
Eau de robinet	16	3,2
Autres	0	0
Total	**493**	**100**

Les deux premières sources d'approvisionnement pendant la saison sèche en eau de boisson du ménage sont les pompes à main et les puits traditionnels avec respectivement 27,6% et 27,4%. Le second lieu est au niveau des puits à grand diamètre dans 22,9% des cas suivant la déclaration de 113 interviewées. Il est à noter qu'au moins 0,2% des femmes interrogées affirme s'approvisionner dans les mares.

Tableau 24 : Répartition suivant les sources d'approvisionnement en eau de boisson pendant la saison des pluies.

Source	Femmes	
	Effectif	%
Puits à grand diamètre	101	20,5
Fleuve	21	4,3
Puits traditionnel	133	26,9
Puits traditionnel amélioré	95	19,3
Pompe à main	111	22,5
Mare, marigot	28	5,7
Eau de robinet	4	0,8
Total	**493**	**100**

Les puits traditionnels semblent être le lieu privilégié d'approvisionnement en eau potable pendant la saison des pluies avec 26,9% suivant les interviewées. Ils sont suivis par les pompes à main avec 22,5% et en troisième position par les puits à grand diamètre. Le pourcentage de familles qui s'approvisionnent dans les mares en saison des pluies augmente à 5,7%. Il apparaît également que certains ménages utilisent l'eau des fleuves comme eau de boisson du ménage.

Les campagnes de sensibilisation doivent tenir compte du lieu d'approvisionnement en eau de boisson des ménages pour mieux orienter vers des sources de ravitaillement sûres. Elles doivent tenir compte également du traitement de l'eau de boisson par des techniques de filtration. Une étude pourrait être commanditée pour vérifier le refus de la population vers les sources de ravitaillement sûre comme eau de boisson.

4.3.3. Hygiène et assainissement

Tableau 25 : Répartition suivant la présence dans le ménage d'un récipient de stockage de l'eau pour les enfants.

Récipient	Femmes	
	Effectif	%
Oui	146	29,6
Non	347	70,4

Total	**493**	**100**

Les familles dans la zone d'intervention du projet n'ont pas de récipient de stockage d'eau séparé pour les enfants de moins de 5 ans. Ils le font dans 29,6% des cas dans les ménages donc moins de la moitié. Les 70,4% n'en font pas.

Tableau 26 : Répartition suivant la propreté du récipient de stockage de l'eau de boisson dans le ménage.

Propreté	Femmes	
	Effectif	%
Oui	386	78,3
Non	61	12,4
Pas accès	46	9,3
Total	**493**	**100**

Selon les observations directes des enquêteurs, 78,3% des récipients de stockage de l'eau de boisson se trouvant dans le ménage au moment de l'enquête sont propres. Les 12,3% ne le sont pas tandis qu'ils n'ont eu accès à 9,3% des récipients de stockage.

Tableau 27 : Répartition suivant la propreté des récipients pour chercher de l'eau de boisson et boire dans le ménage.

Présence récipient	Femmes	
	Effectif	%
Oui	411	83,4
Non	52	10,5
Aucun récipient utilisé	1	0,2
Pas d'information	29	5,9
Total	**493**	**100**

Les récipients pour chercher de l'eau de boisson et pour boire (gobelet) sont propres dans 83,4% des cas selon l'observation des enquêteurs le jour de l'enquête. Les 10,5% ne le sont pas.

Tableau 28 : Répartition suivant le lieu de défécation du ménage.

Lieu de défécation	Femmes	
	Effectif	%
Latrine traditionnelle ou latrine cimentée familiale	488	98,9
Latrine du voisin	2	0,4
Autres	3	0,7
Total	**493**	**100**

Le lieu de défécation des membres du ménage est dans la latrine traditionnelle ou latrine cimentée familiale pour 488 ménages soit 98,9%. Pour 0,4% ils vont dans les latrines du voisin soit 2 ménages.

Tableau 29: Répartition suivant la présence de latrine dans le ménage.

Latrine	Femmes

	Effectif	%
Oui	481	97,6
Non	12	2,4
Total	**493**	**100**

Les latrines sont présentes dans 481 ménages visités au cours de l'enquête soit 97,6%. Les 2,4% des ménages soit 12 n'en n'ont pas.

Tableau 30 : Répartition suivant la propreté de la latrine.

Latrine	Femmes	
	Effectif	%
Oui	242	49,1
Non	172	34,9
Pas accès aux latrines	79	16
Total	**493**	**100**

Les latrines sont propres à 49,1% selon l'observation des enquêteurs dans 242 concessions. Les 172 ménages soit 34,9% ne sont pas. Les enquêteurs n'ont pas eu accès aux latrines des 79 ménages représentant 16%.

Tableau 31 : Répartition suivant la présence d'excréments humains à l'extérieur des latrines et dans la cour.

Latrine et cour	Femmes	
	Effectif	%
Oui	70	14,2
Non	423	85,8
Total	**493**	**100**

Les excréments humains notamment l'urine et le reste de défécation sont présents dans 14,2% des latrines soit 70 ménages. Les 85,8% soit 423 latrines n'en n'ont pas.

Tableau 32 : Répartition suivant le dernier lieu de défécation du dernier enfant.

Lieu	Femmes	
	Effectif	%
A utilisé les latrines	15	3,0
A utilisé le petit pot	229	46,5
A utilisé des couches en tissu (lavable)	27	5,5
A utilisé des couches jetables	2	0,4
Dans la cour	115	23,3
A l'extérieure de la cour	50	10,1
Dans ses habits	36	7,3
Autres	19	3,9
Total	**493**	**100**

Le lieu de défécation du dernier enfant des mamans est en premier lieu dans un petit pot à 46,5% selon les mères. Le deuxième endroit est dans la cour du ménage à 23,3% pour 115 d'elles. Le troisième est à l'extérieure de la cour à 10,1% pour 50 femmes.

Pour l'hygiène dans les latrines des thèmes de sensibilisation sont à élaborer pour un maintien/renforcement de la propreté des latrines et éviter la défécation des enfants à l'air libre. Les thèmes doivent faire ressortir les

conséquences d'une mauvaise hygiène des latrines et la défécation à l'air libre. Enfin faire ressortir le lien entre les conséquences d'une mauvaise hygiène des latrines et l'état nutritionnel des groupes cibles.

Tableau 33 : Répartition suivant la présence d'une enceinte clôturée pour les petits animaux.

Enceinte clôturée	Femmes	
	Effectif	%
Oui	33	6,7
Non	449	91,1
Il n'y a pas	11	2,2
Total	**493**	**100**

Dans 91,1% des cas les petits animaux n'ont pas d'enceinte clôturée selon l'affirmation de 449 femmes par contre dans 6,7% soit 33 ménages ils en ont.

Tableau 34 : Répartition suivant la propreté de la cour.

Propreté de la cour	Femmes	
	Effectif	%
Oui	257	52,1
Non	236	47,9
Total	**493**	**100**

Les cours des ménages visités sont propres à 52,1% sur l'observation directe des enquêteurs. Les 47,9% ne le sont pas.

Dans ce cadre pour un maintien de la propreté dans la cour, des thèmes de sensibilisation devront être élaborés. Ils doivent porter sur l'hygiène et l'assainissement dans les ménages et leurs alentours ainsi que sur leurs conséquences.

Tableau 35 : Répartition suivant le lieu habituel de lavage des mains.

Lieu habituel de lavage des mains	Femmes	
	Effectif	%
Proche des/dans les toilettes	7	1,4
Proche de/dans la cuisine/coin cuisine	18	3,7
Dans un autre lieu de la cour	58	11,8
A l'extérieur de la cour	12	2,4
Pas d'endroit spécifique	398	80,7
Total	**493**	**100**

Pour les femmes rencontrées il n'existe pas de lieu spécifique de lavage des mains dans les ménages à 80,7% selon 398 d'elles. Le deuxième endroit est dans un autre lieu de la cour à 11,8% pour 58 femmes. Les autres sont dans des petites proportions.

Tableau 36 : Répartition suivant les occasions de lavage des mains des adultes.

Lieu habituel de lavage des mains	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%

Avant de préparer les repas	60	11	11	6,4
Avant de manger	347	63,9	130	76
Après les toilettes	42	7,7	22	12,9
Après avoir nettoyé un enfant qui est allé à la selle	55	10,1	0	0
Ne lave pas les mains	36	6,6	6	3,5
Autres	4	0,7	2	1,2
Total	**544**	**100**	**171**	**100**

L'occasion du lavage des mains des femmes de la zone d'intervention du projet est avant de manger à 63,9% suivant la déclaration de 347 femmes. La seconde occasion est à 11% avant de préparer les repas pour 60 d'elle. Pour les hommes la première occasion de lavage des mains est également avant de manger à 76% et en seconde position après avoir nettoyé un enfant qui est allé se soulager à 12,9%. Les autres occasions sont : avant de prier, avant de donner le sein à l'enfant.

Tableau 37 : Répartition suivant les occasions de lavage des mains des enfants.

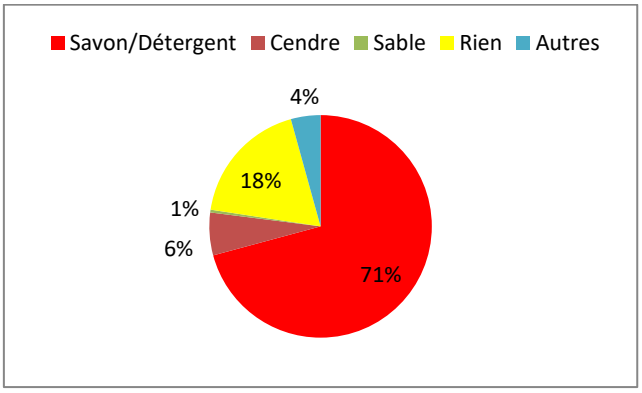
Lieu habituel de lavage des mains des enfants	Femmes	
	Effectif	%
Avant de manger	354	66,9
Après les toilettes	119	22,5
Ne lave pas les mains	45	8,5
Autres	11	2,1
Total	**529**	**100**

Pour les enfants, la première occasion de lavage des mains est avant de manger à 66,9% selon la déclaration de 354 d'elles et le second est après les toilettes à 22,5% pour 119 femmes. Les autres occasions sont : après les jeux, au moment du bain de l'enfant.

Pour l'hygiène des mains, des thèmes de sensibilisation et de démonstrations doivent être faites à l'endroit de la population dans le but d'un maintien de l'état nutritionnel des enfants. Les thèmes se concentreront sur la provocation de la diarrhée par les mains non propre et par surcroit comment elle va provoquer une détérioration de l'état nutritionnel des enfants.

Tableau 38 : Répartition suivant la présence du savon dans le ménage au moment de l'enquête.

Savon	Femmes	
	Effectif	%
Savon/Détergent	352	70,8
Cendre	31	6,2
Sable	2	0,4
Rien	91	18,3
Autres	21	4,3
Total	**497**	**100**



Graphique 6 : Répartition suivant la présence du savon dans le ménage au moment de l'enquête

Les enquêteurs ont constaté la présence du savon au moment de l'interview dans 352 ménages soit 70,2%. Dans 18,3%, ils n'ont rien comme détergent dans le ménage.

Tableau 39 : Répartition selon l'utilisation du savon dans le ménage hier avant l'enquête.

Savon	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	306	62,1	43	33,1
Non	137	27,8	76	58,5
Ne sait pas	50	10,1	11	8,4
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Les femmes rencontrées affirment avoir utilisé le savon dans la journée qui a précédé l'enquête à 62,1% soit 306 femmes. Les 27,8% n'en n'ont pas utilisés soit 137 d'elles. Les hommes utilisateurs du savon dans le ménage représentent 33,1% soit 43 tandis que les 58,5% affirment n'avoir pas utilisé le savon.

Tableau 40 : Répartition suivant l'occasion d'utilisation du savon dans le ménage hier avant l'enquête.

Savon	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Avant de préparer les repas	33	6,7	12	9,2
Avant de manger	28	5,7	8	6,2
Avant de donner à manger à l'enfant	3	0,6	0	0
Après les toilettes	13	2,6	23	17,6
Après avoir nettoyée un enfant qui est allé à la selle	6	1,2	0	0
Autres	223	45,2	11	8,5
N'a pas utilisé du savon	187	37,9	76	58,5
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Dans la localité l'utilisation du savon par les femmes et les hommes est faible. Les femmes qui ont lavé les mains avec du savon avant de manger est de 5,7% et celles ayant utilisé le savon à la sortie des toilettes est de 2,6%. Au niveau des maris, le lavage des mains avec du savon est de 6,2% et à la sortie des toilettes à 17,5%. Les autres utilisations du savon sont : la vaisselle, le bain, la lessive et après le travail.

Tableau 40 : Répartition suivant la méthode de lavage des mains dans le ménage.

Savon	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Individuellement	29	5,9	5	3,8
Dans un récipient collectif	464	94,1	125	96,2
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

La méthode de lavage privilégié dans la localité est de façon collective à 94,1% dans un récipient soit 464 femmes. Les 5,9% le font individuellement.

La faiblesse d'utilisation des savons avant de manger et à la sortie des toilettes devront être des thèmes de séance d'animation pour une mobilisation vers ses pratiques. Le projet pourrait créer des AGR afin de faciliter la disponibilité et l'accès au savon.

4.3.4. Vaccination

Tableau 41 : Répartition des femmes suivant la pratique des CPN.

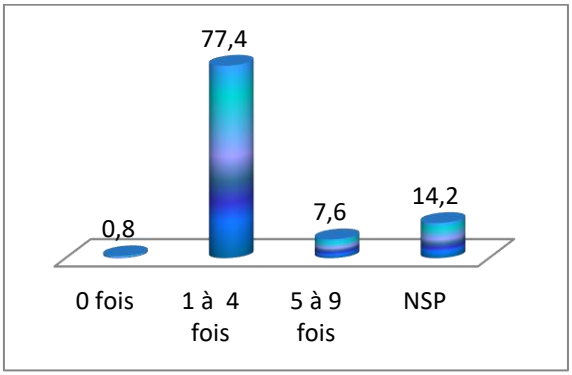
CPN	Femmes	
	Effectif	%
Oui	393	79,7

Non	94	19,1
NSP	6	1,2
Total	**493**	**100**

Plus de la moitié des femmes ont effectué les Consultations Pré Natales (CPN). Elles les ont fait à 79,7% suivant 393 femmes et les 94 soit 19,1% n'en n'ont pas faites.

Tableau 42 : Répartition des femmes selon le nombre de fois de la pratique des CPN.

Nombre de fois CPN	Femmes	
	Effectif	%
0 fois	3	0,8
1 à 4 fois	304	77,4
5 à 9 fois	30	7,6
NSP	56	14,2
Total	**393**	**100**



Graphique 7 : Répartition des femmes selon le nombre de fois de la pratique des CPN.

La plupart d'elles ont affirmé avoir fait 1 à 4 fois les CPN au niveau d'un centre de santé. Elles sont au nombre de 304 femmes soit 77,7%. Les 14,2% ne se rappellent pas ou bien n'en n'ont pas faites.

Tableau 43 : Répartition des femmes selon la pratique des CPON.

CPON	Femmes	
	Effectif	%
Oui	161	32,7
Non	312	63,3
NSP	20	4
Total	**493**	**100**

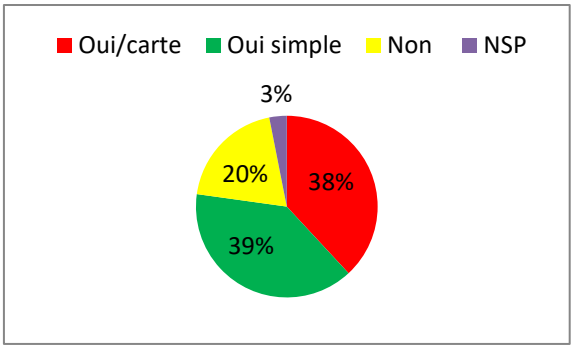
La pratique des CPON (consultation post natale) paraît faible dans la localité. Les 63,3% des femmes rencontrées ont affirmé n'avoir pas fait la CPON soit 312 femmes par contre les 161 en ont fait soit 31,7%.

Pour les 2 activités, le projet doit faire des thèmes de sensibilisation dans ce sens pour une mobilisation des groupes cibles pour les CPN et CPON dans la zone. Au cours des séances des conséquences de la non pratique des CPN et CPON doivent être clairement ressorties et établir des liens avec la malnutrition ou des petits poids à la naissance.

Tableau 44 : Répartition des femmes ayant fait les vaccinations pendant la grossesse.

Vaccination	Femmes	
	Effectif	%
Oui/carte	188	38,1

Oui simple	193	39,1
Non	97	19,7
NSP	15	3,1
Total	**493**	**100**



Graphique 8 : Répartition des femmes ayant fait les vaccinations pendant la grossesse.

Les femmes qui ont présenté les cartes de vaccination le jour de l'enquête sont au nombre de 188 soit 38,1%. Celles qui ont affirmé avoir fait la vaccination sans présenter la carte sont au nombre de 193 soit 39,1%. Le jour de l'enquête, certaines ont affirmé n'avoir pas fait de vaccination représentent 19,7%.

Tableau 45 : Répartition des enfants ayant fait les vaccinations.

Vaccination	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui/carte	68	21,1	77	23,1
Oui simple	200	61,9	196	58,7
Non NSP	55	17	61	18,2
Total	**323**	**100**	**334**	**100**

Très peu de mères ont pu présenter les cartes de vaccination des enfants le jour de l'enquête. Celles qui ont présenté les cartes de vaccinations des enfants sont 21,1% et 23,1% respectivement pour les filles et les garçons.

Tableau 46 : Répartition des enfants suivant la supplémentation en vitamine A.

Vaccination	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui/carte	74	22,9	80	23,9
Oui simple	212	65,6	212	63,5
Non NSP	37	11,5	42	12,6
Total	**323**	**100**	**334**	**100**

Les mères n'ont pu montrer les cartes de vaccination pour la supplémentation à la vitamine A que dans 22,9% des cas pour les garçons et de 23,9% pour les filles. Celles qui ont répondu par oui simple sont au nombre de 212 pour les garçons soit 65,6% et les filles à un pourcentage de 63,5% soit au nombre de 212 également.

Le projet doit prévoir des séances de communication et de sensibilisation pour la pratique correcte des différentes vaccinations et la conservation des documents de vaccination.

4.4. Evaluation des connaissances

4.4.1. Diarrhée, le paludisme et préparation de la SRO

Tableau 47 : Répartition des femmes et des hommes suivant la connaissance de la méthode de préparation de la SRO.

	Femmes		Hommes	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Elle sait préparer parfaitement la SRO	74	15	15	11,5
Elle a des notions, elles sont inexactes	91	18,5	9	6,9
Elle ne sait pas préparer du tout ou ne la connait pas	328	66,5	106	81,6
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Peu de femmes et d'hommes ont pu citer correctement la méthode de préparation de la SRO. Chez les femmes, 15% seulement ont pu le faire soit 74 personnes tandis que chez les hommes c'est 11,5% soit 15 personnes. Celles qui avaient des notions chez les femmes sont au nombre de 91 soit 18,5% et chez les hommes de 6,9% pour 9 personnes. La préparation de la SRO est moins connue par les hommes que par les femmes.

Tableau 48 : Répartition des femmes et des hommes suivant la connaissance des causes de la diarrhée.

Diarrhée	Femmes		Hommes	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Elle connait les principales causes	153	31	54	41,5
Elle connait partiellement les causes	61	12,4	20	15,4
Elle ne connait pas du tout les principales causes	115	23,3	25	19,4
NSP	164	33,3	31	23,7
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Pour la connaissance des causes de la diarrhée par les femmes, elle l'est à 31% selon 153 d'elles. Au niveau des hommes elle est plus élevée et atteint 41,5% pour 54 personnes. Celles qui connaissent partiellement les causes sont au nombre de 61 soit 12,4% et pour les hommes elle est de 15,4% pour 20 personnes. Les hommes connaissent plus les causes de la diarrhée plus que les femmes.

Tableau 49 : Répartition des femmes et des hommes suivant la connaissance des méthodes de prévention de la diarrhée.

Diarrhée	Femmes		Hommes	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Elle connait les principales façons de prévenir la diarrhée	186	37,7	52	40,0
Elle connait seulement partiellement	53	10,8	18	13,8
Elle ne connait pas du tout	94	19,1	22	16,9
Ne sait pas	160	31,4	38	29,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Pour la connaissance des méthodes de prévention de la diarrhée, les hommes paraissent maîtriser plus que les femmes respectivement à 40% et 37,7%. Il en est de même pour la connaissance partielle avec 13,8% pour les hommes et 10,8% pour les femmes.

Les hommes ont plus d'information sur les méthodes de prévention et les causes de la diarrhée plus que femmes de la localité.

Tableau 50 : Répartition des femmes et des hommes suivant la connaissance des causes du paludisme.

Paludisme	Femmes		Hommes	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**

Elle connait la cause	255	51,7	71	54,6
Elle ne connait pas la cause	122	24,7	36	27,8
Ne sait pas	116	23,6	23	17,6
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Les hommes ont une maîtrise parfaite des causes du paludisme à 54,6% et celle des femmes est à 51,7%.

Tableau 51 : Répartition des femmes et des hommes suivant la connaissance des méthodes de prévention du paludisme.

Paludisme	**Femmes**		**Hommes**	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Elle connait les principales façons de prévenir	210	42,6	67	51,5
Elle connait seulement partiellement	25	5,1	4	3,1
Elle ne connait pas du tout	132	26,8	40	30,8
Ne sait pas	126	25,5	19	14,6
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Pour la connaissance des méthodes de prévention du paludisme les hommes arrivent également en première position avec 51,5% contre 42,6%. Mais la maîtrise partielle des méthodes de prévention est en faveur des femmes avec 5,1% contre 3,1% pour les hommes.

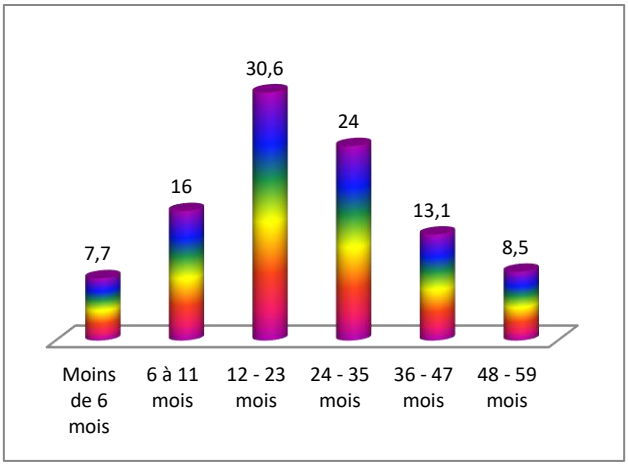
La cause du paludisme est à moitié connue par les deux sexes tandis que les méthodes de prévention sont faiblement connues par les deux.

Des thèmes de sensibilisation sont à élaborer sur la préparation et l'utilisation de la SRO. Il en est de même pour les causes et méthodes de prévention de la diarrhée et du paludisme au bénéfice des groupes cibles. Ils doivent prendre en compte les relations entre ces maladies et la malnutrition des enfants.

4.4.2. Allaitement maternel

Tableau 52 : Répartition des femmes suivant l'âge du dernier enfant.

Classe d'âge	**Enfants**	
	Effectif	**%**
Moins de 6 mois	37	7,7
6 à 11 mois	77	16,0
12 - 23 mois	147	30,6
24 - 35 mois	115	24,0
36 - 47 mois	63	13,1
48 - 59 mois	41	8,5
Total	**480**	**100**



Graphique 9 : Répartition des femmes suivant l'âge du dernier enfant.

La répartition en fonction de l'âge du dernier enfant montre que la classe d'âge 12 à 23 est majoritaire avec 30,6%. Elle est suivie par celle des 24 à 35 mois.

Tableau 53 : Répartition des femmes suivant le sexe du dernier enfant.

Sexe	Enfants	
	Effectif	%
Garçon	241	50,2
Fille	239	49,8
Total	**480**	**100**

Le ratio pour les derniers enfants est légèrement en faveur des garçons soit 50,2% contre 49,8% pour les filles.

Tableau 54 : Répartition suivant l'allaitement ou non de l'enfant.

Allaité	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	193	85,8	184	82,2
Non, jamais allaité	32	14,2	40	17,8
Total	**225**	**100**	**224**	**100**

Le nombre d'enfants allaités est presque les mêmes mais avec un léger avantage des garçons que les filles. Le pourcentage de garçons allaités au sein est de 85,8% et celles des filles 82,2%.

Tableau 55 : Répartition suivant le délai de mise au sein.

Classe d'âge	Garçons		Filles		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Immédiatement/A l'heure qui suit sa naissance	150	65,5	147	64,7	58	44,6

La même journée	60	26,2	61	26,9	37	28,5
Un jour après	14	6,1	10	4,4	3	2,3
Après la montée laiteuse	2	0,9	1	0,4	0	0
Autres	2	0,9	5	2,2	3	2,3
NSP	1	0,4	3	1,3	29	22,3
Total	**229**	**100**	**227**	**100**	**130**	**100**

La connaissance du délai de mise au sein est en faveur des femmes avec 65,5% pour les garçons et 64,7% pour les filles. Les hommes maîtrisent peu le temps de mise au sein du nouveau né avec 44,6%.

Tableau 56 : Répartition suivant le liquide donné à l'enfant autre que le lait maternel durant les 3 jours après la naissance.

Liquide	**Garçons**		**Filles**	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Oui	57	25,4	56	24,8
Non	166	75,1	169	74,8
NSP	1	0,5	1	0,4
Total	**224**	**100**	**226**	**100**

Dans 25,1% des cas, les mères ont donné autres liquides à l'enfant durant les 3 jours après la naissance. Les filles et les garçons se trouvent dans la même proportion avec respectivement 24,8% et 25,4%. Les 75% n'ont rien reçu comme liquide durant les 3 jours.

Tableau 57 : Répartition suivant le type de liquide donné à l'enfant autre que le lait maternel durant les 3 jours après la naissance.

Liquide	**Garçons**		**Filles**	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Eau pure	14	15,6	11	14,2
Lait autre que le lait maternel	50	55,6	46	59,7
Thé	5	5,6	4	5,3
Autres	21	23,2	16	20,8
Total	**90**	**100**	**77**	**100**

Le type de liquide donné à l'enfant, en majorité est autre lait différent du lait maternel et cela à 57,7%. Le taux de filles ayant reçu le lait autre que le lait maternel est plus élevé que celui des garçons avec respectivement 59,7% et 55,6%. L'eau pure arrive en deuxième position avec 14,9% pour les 2 sexes. Les autres liquides donnés à l'enfant durant les 3 jours après la naissance sont : le beurre de karité chauffé et refroidi, la crème de lait, l'eau chaude, l'eau de datte, les médicaments traditionnels.

Tableau 58 : Répartition suivant que le dernier enfant soit toujours allaité.

Allaité	**Garçons**		**Filles**	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**
Oui	128	56,6	124	56,1
Non	98	43,4	97	42,9
Total	**226**	**100**	**221**	**100**

Au moment de l'enquête, il se trouve que 447 enfants allaitent toujours soit 56,6% de garçons et 56,1% de filles.

Pour l'allaitement maternel les thèmes de sensibilisation devront prendre en compte l'allaitement exclusif, les techniques ou méthodes d'allaitement, les conséquences d'un mauvais allaitement et les avantages de la bonne pratique de l'allaitement.

4.4.3. Sevrage

Tableau 59 : Répartition concernant la consommation de la nourriture complémentaire par le dernier enfant.

Nourriture complémentaire	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	131	79,9	136	80,9
Non	33	20,1	32	19,1
Total	**164**	**100**	**168**	**100**

La majeure partie des enfants ont commencé à prendre de la nourriture complémentaire soit 80,4% pour les 2 sexes. Le reste n'a pas commencé à en prendre.

Tableau 60 : Répartition suivant la connaissance de l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel.

Classe d'âge	femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Entre 0 et 6 mois	8	1,6	3	2,3
Entre 7 et 12 mois	14	2,8	46	35,4
Entre 13 et 24 mois	159	32,4	55	42,3
Entre 25 et 36 mois	38	7,7	10	7,7
NSP	274	55,5	16	12,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Au niveau des hommes, 42,3% ont affirmé que l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel se situerait ente 13 et 24 mois et 32,4% chez les femmes. Les 55,5% d'elles n'ont pas de connaissance de l'âge d'arrêt de l'allaitement maternel.

Tableau 61 : Répartition par rapport aux raisons évoquées pour l'arrêt de l'allaitement maternel par les mamans.

Raisons évoquées	femmes	
	Effectif	%
Trop de travail à faire, trop occupée ou fatiguée	50	10
Bébé assez grand	177	35,9
On m'a déconseillé	50	10
Je suis enceinte	92	18,7
Autres	73	14,8
Ne sait pas	51	10,3
Total	**493**	**100**

Les raisons évoquées par les femmes pour arrêter l'allaitement maternel sont en grande partie le bébé est assez grand à 35,9%. Quand la femme tombe enceinte, elle arrête l'allaitement dans 18,7% des cas. Les autres raisons évoquées pour arrêter l'allaitement maternel sont : aucune raison, la maman ne supportait plus, refuse de téter, mère malade, pas assez de lait.

Tableau 62 : Répartition par rapport à l'âge de prise de l'aliment liquide autre que le lait maternel.

Classe d'âge	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 6 mois	20	10,9	18	10
6 – 9 mois	125	68,3	123	68,3
10 – 12 mois	28	15,3	28	15,6
13 – 24 Mois	9	4,9	10	5,6
25 – 36 mois	1	0,5	1	0,5
Total	**183**	**100**	**180**	**100**

La pratique de l'allaitement maternel exclusif est très faible dans la localité. Le pourcentage d'allaitement maternel exclusif pour les 2 sexes est de 10,5%. La pratique au niveau des garçons est légèrement supérieure à celle des filles avec respectivement 10,9% et 10%.

L'allaitement exclusif doit être le thème central des séances d'animation et d'éducation par les agents au niveau des villages pour appuyer cet d'indicateur dans la zone d'intervention du projet. Les responsables du projet doivent observer ***les journées de l'allaitement exclusif ou la semaine d'intensification de l'allaitement*** *dans ces communes.*

4.4.4. Alimentation de jeune enfant

Tableau 64 : Répartition suivant la nourriture prise par l'enfant durant les derniers 24 heures.

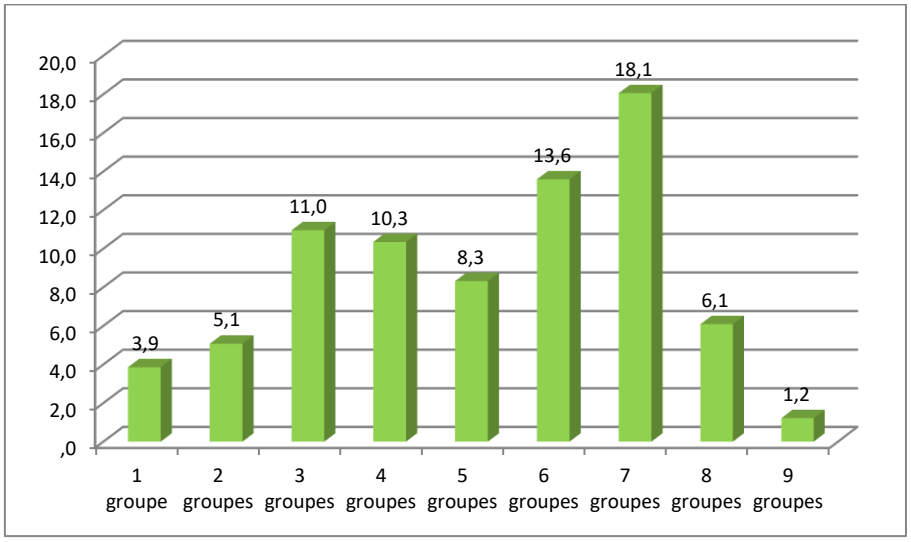
Nourriture	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Aucune	2	0,8	3	1,1
Du lait maternel	42	17	41	15,3
Autres liquides	28	11,3	29	10,8
Repas spécial pour l'enfant : Bouillie/Soupe/Purée/Cérélac	41	16,6	49	18,3
Plat familial	127	51,4	140	52,4
Autres	7	2,8	5	1,9
Total	**247**	**100**	**267**	**100**

Le plat familial est le premier aliment pris par les enfants de la localité à 51,9%. Les garçons et les filles sont au coude à coude avec respectivement 51,4% et 52,4%. Le deuxième aliment consommé est le repas spécial pour enfant à 16,6% pour les garçons et 18,3% pour les filles.

Tableau 65 : Répartition suivant l'aliment pris par l'enfant durant les derniers 24 heures.

Aliment	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
Lait animal ou base de lait en poudre	41	21,6	41	21,8
Eau sucre ou de datte	41	216	44	23,4
Thé, café	17	8,9	18	9,6
Autres liquides	24	12,6	18	9,6
Produits laitiers (fromage yaourt….)	8	4,2	5	2,7
Légumineuse (haricot, niébé, petit pois…)	29	15,3	32	17
Pain, pâtée et autres céréales (mil sorgho, blé mais, etc..	140	73,7	155	82,4

Racines et tubercules (pomme de terre etc…)	23	12,1	25	13,3
Légume (tomate, gombo etc..)	70	36,8	86	45,7
Feuille verte	31	16,3	28	14,9
Viande à base d'organe	5	2,6	4	2,1
Autres viandes	14	7,3	10	5,3
Poisson	91	47,9	102	54,2
Fruits (dattes, jujube etc….)	10	5,3	13	6,9
Œufs	6	3,2	4	2,1
Sucre ou aliments sucrés	65	34,2	68	36,2
Huiles, beurres	74	38,9	74	39,4
Autres	20	10,5	14	7,4



Graphique 10 : Répartition des enfants selon le nombre de groupe d'aliments consommés dans les 24 heures précédentes

Pour le rappel de 24 heures par rapport à l'alimentation des enfants, les céréales semblent être l'aliment de base des enfants de la localité. Ils sont consommés par les garçons à 73,7% et les filles 82,4%. La consommation du poisson arrive en deuxième position à 47,9% chez les garçons et 54,2% pour les filles. Une analyse du rappel de 24 heures des enfants montre que le profil alimentaire des enfants est très pauvre. Il n'existe pas autre aliment dont la consommation atteint les 50% sauf les céréales et le poisson.

Tableau 66: Répartition suivant la fréquence de consommation de la nourriture.

Fréquence de consommation	Garçons		Filles	
	Effectif	%	Effectif	%
0 à 3 fois	114	66,3	127	71,3
4 à 6 fois	36	20,9	25	14
7 à 10 fois	6	3,5	6	3,4
NSP	16	9,3	20	11,3
Total	**172**	**100**	**178**	**100**

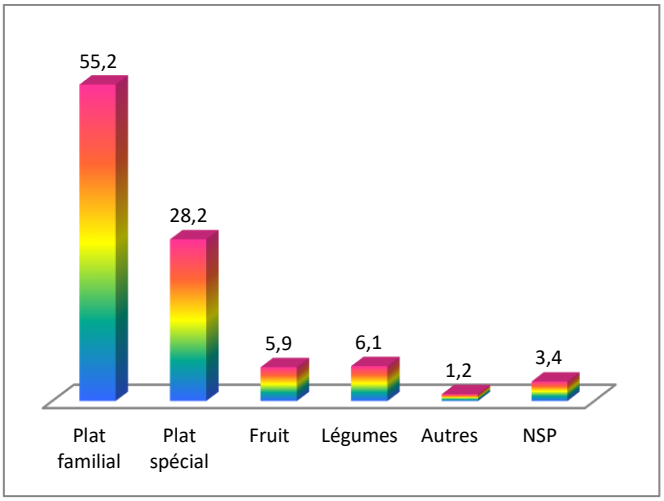
Le nombre de fois ou les enfants de la localité mangent dans la journée est situé entre 0 et 3 fois à 66,3 chez les garçons et 71,3% pour les filles. Ce qui amène à dire que les enfants ont peu de goûté et se contentent uniquement des 3 repas de la famille.

Pour l'alimentation des enfants le niveau est très faible ainsi que le profil de diversité alimentaire. Les thèmes devront être conçus pour l'éducation nutritionnelle des enfants dans l'objectif d'une amélioration de la diversité alimentaire. L'importance des goûtés dans l'alimentation et le développement cognitif des enfants devront être expliquée aux parents afin d'aller vers une augmentation du nombre de manger dans la journée.

4.4.5. Alimentation de la femme enceinte et allaitante

Tableau 67 : Répartition suivant les plats pris par les femmes pendant la grossesse.

Plats	Femmes	
	Effectif	%
Plat familial	422	55,2
Plat spécial	216	28,2
Fruit	45	5,9
Légumes	47	6,1
Autres	9	1,2
NSP	26	3,4
Total	**765**	**100**



Graphique 11 : Répartition suivant les plats pris par les femmes pendant la grossesse

Aux les déclarations des femmes, il ressort que 55,2% d'elles ne consomment que le plat familial pendant leur état de grossesse. Seulement 28,2% ont des repas spéciaux et 5,9% des fruits.

Tableau 68 : Répartition selon la manière de manger dans la journée des femmes pendant leur grossesse.

Manière	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Manger et boire plus que d'habitude	155	27,7	49	33,8
Manger et boire moins que d'habitude	124	22,2	12	8,3
Manger et boire comme d'habitude	64	11,4	17	11,7
Consommer des aliments riches en fer	16	2,9	14	9,7
Consommer des aliments riches en vitamine A	107	19,2	21	14,5
Autres	8	1,4	8	5,5
Ne sait pas	85	15,2	24	16,6
Total	**559**	**100**	**145**	**100**

Pour 27,7% des femmes, une femme enceinte doit manger et boire plus que d'habitude par contre les maris pensent à 33,8%. Les 22,2% des femmes, pensent qu'une femme en état de grossesse doit manger et boire moins que d'habitude et les hommes à 8,3%. La consommation des aliments riches en vitamine A est confirmée par 19,2% d'elles et par leurs maris à 14,5%.

Dans les séances d'éducation, de causeries éducatives et de communication un accent devra être mis sur l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes.

4.4.6. Cécité nocturne cause et prévention

Tableau 69 : Répartition selon la connaissance de la cécité nocturne par les femmes et les hommes.

Connait	Femmes	Hommes

	Effectif	%	Effectif	%
Oui	309	62,7	98	75,4
Non	161	32,7	19	15,6
Ne sait pas	23	4,6	13	10
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

La cécité nocturne est connue par plus de la moitié des femmes de la zone d'intervention à 62,7%. Les hommes également en connaissent à 75,9%.

Tableau 70 : Répartition selon la connaissance des causes de la cécité nocturne par les femmes et les hommes.

Cause	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Le manque de vitamine A	34	6,8	16	12,3
La grossesse	18	3,6	6	4,6
La chaleur, le soleil, la fatigue	86	17,2	26	20
Les hémorroïdes	3	0,6	0	0
Autres	25	5	13	10
Ne sait pas	334	66,8	69	53,1
Total	**500**	**100**	**130**	**100**

La cause de la cécité nocturne n'est pas tellement connue par les femmes et les hommes de la zone d'intervention du projet. Elle est connue à 6,8% par les femmes et 12,3% par les hommes. Un certain nombre d'eux pensent qu'elle peut être provoquée par la chaleur, le soleil ou la fatigue à 18,6%. Les autres causes sont : l'anémie, la malnutrition et la mouche tsé-tsé.

Tableau 71 : Répartition selon la connaissance des méthodes de prévention de la cécité nocturne par les femmes et les hommes.

Prévention	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
En prenant des gélules de vitamine A données par le CSCom	73	14,6	32	23,7
En mangeant du foie	8	16	8	5,9
En mangeant des légumes à feuilles vertes ou des fruits de couleurs vives	6	1,2	10	7,4
Autres	30	6	13	9,6
Ne sait pas	382	76,6	72	53,4
Total	**499**	**100**	**135**	**100**

Les méthodes de prévention de la cécité nocturne sont peu connues par les hommes et les femmes. Un grand nombre de femmes soit 76,6% ne savent pas comment prévenir la cécité nocturne et pour les hommes elles sont de 53,4%. Seulement 14,6% des femmes pensent que la prévention peu se faire à partir de la prise des gélules de vitamine A et 16% d'elles à partir de la consommation du foie. Au niveau des hommes 23,7% pensent qu'on peut la prévenir à partir de la prise de gélule de vitamine A et 5,9% en consommant du foie. Les autres méthodes de prévention sont: éviter de travailler sous le soleil, éviter les fumées.

Les causeries éducatives et les messages devront prendre en compte les méthodes de prévention de la cécité nocturne à travers la diversification alimentaire et la supplémentation en vitamine A.

4.4.7. Signes de la diarrhée chez l'enfant et mode de traitement.

Tableau 72 : Répartition selon la connaissance des signes de la diarrhée par les femmes et les hommes chez l'enfant.

Signes	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Plusieurs selles liquides en espace de 2 heures	336	66,4	82	62,1
Sang dans les selles	16	3,2	0	0
L'enfant a très soif ou ne boit pas	3	0,6	1	0,8
Fièvre durant plus d'une journée	13	2,6	11	8,3
Autres	17	3,3	2	1,5
Ne sait pas	121	23,9	36	27,3
Total	**506**	**100**	**132**	**100**

Les signes de la diarrhée sont connus par les femmes à travers un enfant par la fréquence de selles en espace de 2 heures à 66,4% et chez les hommes à 62,1%. Le deuxième signe de reconnaissance est l'apparition du sang dans les selles de l'enfant et pour les hommes par la fièvre durant plusieurs journées. Les autres signes de la diarrhée : vomissement, amaigrissement et maux de ventre.

Tableau 73 : Répartition selon les modes de manger pendant la diarrhée par les femmes et les hommes chez l'enfant.

Mode de manger	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Lui donner la nourriture qu'il aime	173	33,9	42	31,8
Diminuer les quantités et donner à manger plus souvent	2	0,4	2	1,5
Donner a mangé moins souvent	2	0,4	0	0
Ne pas lui donner à manger et attendre qu'il aille mieux	4	0,8	1	0,8
Forcer l'enfant à manger	102	19,9	38	28,8
Ne mange pas encore, seulement le sein	14	2,7	5	3,8
Autres	53	10,4	18	13,6
Ne sait pas	155	30,3	26	19,7
Total	**511**	**100**	**132**	**100**

Pour les femmes et les hommes de la localité les modes de manger d'un enfant malade de diarrhée doit se faire en lui donnant la nourriture qu'il aime respectivement à 33,9% et 31,8%. La deuxième méthode est de forcer l'enfant à manger pour 19,9% suivant les femmes et 28,8% pour les hommes.

4.5. Profil de diversité alimentaire du ménage

Tableau 74 : Répartition suivant l'aliment consommé par les hommes et les femmes dans le ménage hier avant l'enquête.

	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Céréales	382	77,5	124	95,4
Légume et tubercule riche en vitamine A	57	11,6	20	15,4
Tubercule et racines (pommes de terre…)	50	10,1	19	14,6
Légumes verts foncés	271	55	82	63,1
Autres légumes	213	43,2	49	37,7
Fruits riche en vitamine	28	5,7	19	14,6
Autres fruits (sauvages)	9	1,8	10	7,7
Abats riches en fer	2	0,4	5	3,8
Viandes	54	11	26	20
Œufs	16	3,2	7	5,4
Poissons	237	48,1	56	43,1
Légumineuses, noix et graines (haricot….)	46	9,3	26	20
Lait et produits laitiers	38	7,7	18	13,8
Huiles, graisses	100	20,3	19	14,6
Sucreries (sucres, miel …)	128	26	43	33,1
Epices condiment, boissons	159	32,3	38	29,2
Huile et beurre	223	45,2	49	37,7
Autres	14	2,8	2	1,6

Une analyse du profil de consommation alimentaire du ménage montre qu'il n'y a pas assez de différence significative entre les déclarations des femmes et des hommes. Il ressort que les aliments les plus consommés sont les céréales en première position, suivant 77,5% des déclarations des femmes et 95,4% celles des hommes. Les aliments qui viennent en deuxième position sont les légumes verts foncés selon 55% d'affirmation des femmes et 63,1% des hommes. Ce pendant des faiblesses de consommation sont constatés dans les fruits (1,8% pour les femmes, et 7,7 pour les hommes), les œufs (3,2% pour les femmes et 5,4% pour les hommes), le lait et les produits laitiers (7,7% pour les femmes et 13,8% pour les hommes) etc…

La promotion de la diversité alimentaire doit être appuyée par des actions concrètes à travers la disponibilité et l'accessibilité dans les villages. Il pourra être appuyé par une étude approfondie de diagnostic nutritionnel par les agents de projet pour voir les causes réelles de la malnutrition dans la zone.

4.6. Accès contrôle

Access : *signifie que l'article est disponible et une personne peut utiliser gratuitement chaque fois que ce qu'ils veulent sans avoir à demander la permission d'une autre personne de le faire. Ils peuvent le fixer quand il est cassé, mais ils ne peuvent pas le vendre ou de vraiment modifier en aucune façon drastique.*
Contrôle : *signifie que la personne peut vendre ou modifier l'objet, peut désigner la façon dont il doit être utilisé et par qui.*

Tableau 75 : Répartition selon l'accès aux bœufs de labour.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	6	1,2	1	0,8
Accès homme	344	69,8	77	59,2
Les deux	77	15,6	36	27,7
Ne sait pas	66	13,4	16	12,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Pour l'accès aux bœufs de labours les deux réponses des groupes cibles (homme et femme) montrent un avantage en faveur du sexe masculin à avoir accès suivant 69,8% des déclarations des femmes et 59,2% des

hommes. On constate également que le sexe masculin et féminin, ont tous accès aux bœufs de labours dans 21,6% des cas au niveau de certains ménages de la zone d'intervention du projet.

Tableau 75 : Répartition par rapport au contrôle des bœufs de labour.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	2	0,4	0	0
Contrôle homme	414	84	111	85,4
Les deux	6	1,2	3	2,3
Ne sait pas	71	14,4	16	12,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Selon les affirmations des deux sexes, c'est l'homme qui contrôle des bœufs de labours dans les ménages de la localité à 84% pour les femmes et 85,4% pour les hommes. Peu de femme ont le contrôle des bœufs de labour du ménage. Le contrôle ensembles est également faible. Il se fait en moyenne dans 13,4% des ménages.

Tableau 76 : Répartition selon l'accès aux engrais.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	3	0,7	0	0
Accès homme	177	35,9	50	38,5
Les deux	17	3,4	2	1,5
Ne sait pas	296	60	78	60
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

En fonction des personnes des ménages qui se sont déclarées par rapport à l'accès à l'engrais dans les villages de la zone d'intervention du projet ; il ressort à 35,9% pour les femmes que ce sont les hommes qui ont accès à l'engrais du ménage et 38,5% pour les hommes. Les femmes n'ont presque pas accès à l'engrais du ménage.

Tableau 77 : Répartition selon le contrôle des engrais.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	2	0,4	0	0
Contrôle homme	189	38,4	52	40
Les deux	4	0,8	0	0
Ne sait pas	298	60,4	78	60
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Le contrôle de l'engrais du ménage est 38,4% pour les hommes suivant les déclarations des femmes et 40% selon celles des hommes. La femme n'a presque pas de contrôle sur l'engrais.

Tableau 78 : Répartition concernant l'accès aux semences.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	14	2,8	0	0
Accès homme	301	61,1	70	53,8
Les deux	56	11,4	9	6,9
Ne sait pas	122	24,7	51	39,3

Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Plus de la moitié des affirmations sont en faveur du sexe masculin pour l'accès aux semences du ménage soit en moyenne 57,4% suivant les déclarations des personnes qui se sont exprimées. Dans 32% des cas les deux sexes ont accès aux semences.

Tableau 79 : Répartition par rapport au contrôle des semences.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	11	2,2	0	0
Contrôle homme	345	70	78	60
Les deux	12	2,4	1	0,8
Ne sait pas	125	25,4	51	39,2
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Dans 65%, les hommes ont le contrôle des semences selon la déclaration des sexes et à 32,3% la femme et l'homme ont le contrôle des semences. Le contrôle par la femme seule n'est pas significatif.

Tableau 80 : Répartition concernant l'accès à la terre.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	26	5,3	2	1,5
Accès homme	267	54,2	74	56,9
Les deux	143	29	38	29,2
Ne sait pas	57	11,5	16	12,4
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

L'accès à la terre par l'homme est assuré par 55,6% des déclarations des sexes. Par contre l'accès de la femme à la terre est très faible soit en 3,4% des deux déclarations. Dans le cas des 2 sexes l'accès est assuré jusqu'à 11,9%.

Tableau 81 : Répartition par rapport au contrôle de la terre.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	20	4,1	2	1,5
Contrôle homme	375	76,1	109	83,8
Les deux	37	7,5	1	0,8
Ne sait pas	61	12,3	18	13,9
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Le contrôle de la terre est fait par les hommes jusqu'à 80% en moyenne suivant les déclarations des 2 sexes. Le contrôle des 2 sexes sur la terre est affirmé par 13,1% en moyenne selon les déclarations. Le contrôle par la femme seule n'est pas significatif.

Tableau 82: Répartition par rapport à l'accès au tracteur.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%

Accès femme	2	0,4	0	0
Accès homme	42	8,5	23	17,7
Les deux	5	1	1	0,8
Ne sait pas	444	90,1	106	81,5
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Peu de personnes se sont exprimées par rapport à la question accès au tracteur du ménage. Cela explique l''absence de tracteur dans la zone. Il se trouve que les hommes ont accès à 13,1% des déclarations.

Tableau 83 : Répartition concernant le contrôle du tracteur.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	1	0,2	0	0
Contrôle homme	47	9,5	24	18,5
Les deux	1	0,2	0	0
Ne sait pas	444	90,1	106	81,5
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Le contrôle est fait par les hommes à 14% suivant les déclarations des 2 sexes. Le restant des contrôles est moins significatif.

Tableau 84 : Répartition selon l'accès aux charrues.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	8	1,6	1	0,8
Accès homme	278	55,4	44	33,8
Les deux	86	17,4	42	32,3
Ne sait pas	126	25,6	43	33,1
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

L'accès des femmes seules à la charrue n'est pas tellement significatif. Mais il est plus important aux 2 sexes ou le pourcentage atteint 24,9%. L'accès des hommes étant assuré jusqu'à 44,6%

Tableau 85 : Répartition du contrôle des charrues.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	4	0,8	0	0
Contrôle homme	359	72,8	85	65,4
Les deux	5	1	2	1,5
Ne sait pas	125	25,4	43	33,1
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Pour le contrôle des charrues c'est l'homme qui l'assure jusqu'à 69,1% des cas. Quant au cas des femmes, il est très faible.

Tableau 86 : Répartition selon l'accès aux charrettes.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	7	1,4	1	0,8
Accès homme	256	51,9	69	53,1
Les deux	99	20,1	44	33,8
Ne sait pas	131	26,6	16	12,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

La majorité des hommes ont accès aux charrettes du ménage et cela à 52,5%. Les deux sexes ont accès à 26,9%. La femme seule a difficilement accès à la charrette du ménage soit 1,3%.

Tableau 87 : Répartition du cas de contrôle des charrettes.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	3	0,6	0	0
Contrôle homme	354	71,8	113	86,9
Les deux	7	1,4	1	0,8
Ne sait pas	129	26,2	16	12,3
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Dans les ménages de la zone d'intervention du projet se sont les hommes qui contrôlent les charrettes dans 79,4% des cas. Le contrôle par la femme ou par les deux sexes sont faibles.

Tableau 88: Répartition selon l'accès à la main d'œuvre.

Accès	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Accès femme	7	1,4	1	0,8
Accès homme	215	43,6	78	60
Les deux	14	2,8	11	8,5
Ne sait pas	257	52,1	40	30,8
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

L'accès à la main d'œuvre du ménage est assuré en moyenne à 51,8% suivant les déclarations des deux sexes. L'accès des femmes à la main d'œuvre du ménage est très faible.

Tableau 89 : Répartition selon le contrôle de la main d'œuvre.

Contrôle	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Contrôle femme	7	1,4	1	0,8
Contrôle homme	227	46,0	88	67,9
Les deux	4	0,8	1	1,5
Ne sait pas	255	51,7	40	30,8
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Dans les ménages la main d'œuvre est sous le contrôle de l'homme à 56,9%. Le contrôle par la femme seule ou par les 2 n'est pas significatif.

4.7. Echelle de contrôle des bénéfices dans le ménage

Tableau 90 : Répartition suivant l'utilisation des bénéficies des activités.

Sources de dépense	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Ses propres soins de santé	80	13,9	41	31,5
Les soins de santé pour les enfants	57	9,9	30	23,1
Frais de scolarité	1	0,2	11	8,5
Vêtements	76	13,2	0	0
Les intrants agricoles	2	0,3	0	0
Réinvestir dans l'entreprise	29	5,1	17	13,1
Autres	35	6,1	0	0
Ne sait pas/Ne pratique pas d'AGR	294	51,3	31	23,8
Total	**574**	**100**	**130**	**100**

Peu de réponses ont été données par rapport à l'utilisation des bénéfices des activités. Cela est dû soit la femme ou l'homme ne fait d'AGR ou n'a pas voulu répondre. En fonction des résultats obtenus, la première source de dépense de la femme est ses propres soins de santé à 13,9% et son deuxième est l'achat des vêtements pour elle à 13,2%. La première source de dépense de l'homme se fait dans ses propres soins de santé à 31,5% suivis des soins de santé pour les enfants à 23,1%.

Tableau 91 : Répartition selon le pourcentage des bénéficies à utiliser dans les dépenses du ménage.

Pourcentage	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
0 à 50 pourcent	89	18,1	9	6,9
51 à 100 pourcent	46	9,3	32	24,6
Ne sait pas/Ne pratique pas d'AGR	358	72,6	89	68,5
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Le pourcentage de dépense de la femme dans son ménage se situe dans la fourchette 0 à 50 selon 18,1% d'elles par contre la première source de dépense de l'homme se situerait entre 51 à 100% suivant 89 personnes soit 24,6%. Les autres sources de dépenses des bénéficies des AGR sont : achat des piles, achat des choses pour les parents, épargne, embouches d'animaux, les tontines. Les autres sources de dépenses pour les hommes sont : l'achat des animaux, l'achat des marchandises, les frais de déplacement, les petits besoins de la famille.

Tableau 92 : Répartition des prises de décisions dans le ménage.

Autres sources de dépense	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Hommes	128	26,0	34	26,2

Femmes	61	12,4	2	1,5
Les deux	63	12,8	12	9,2
Ne sait pas	241	48,8	82	63,1
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

Des deux côtés, il ressort que ce sont les hommes qui prennent les décisions dans les ménages à 26,1% suivant les déclarations des deux sexes. Les deux sexes se joignent pour prendre les décisions dans 11% des cas. La femme prend les décisions seule dans 6,9% des cas.

Tableau 93 : Répartition par rapport à la place dans l'utilisation de ces ressources.

Autres sources de dépense	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	93	18,9	11	8,5
Non	107	21,7	24	18,5
Ne sait pas	293	59,4	95	73
Total	**493**	**100**	**130**	**100**

En moyenne les femmes sont consultées dans la prise de décision dans 13,7% des cas. Elles ne sont pas consultée dans 20,1% des cas des personnes ayant exprimé par rapport à la question. Les commentaires sont : souvent j'insiste dans l'utilisation, je demande son avis avant, nous nous concertons, sur accord de mon mari, je décide sans informé etc…

4.8. Contrôle de la chaine alimentaire

Tableau 94 : Répartition selon la participation à la filière de niébé.

Participation à la filière	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Culture	211	24,4	65	28,9
Récolte	253	29,2	61	27,1
Traitement initial	68	7,9	0	0
Conditionnement	74	8,5	5	2,2
Vente de niébé premières dans le village/périurbain	138	15,9	35	15,6
Posséder une fabrication et de vente de soupe	12	1,4	2	0,9
Autres	8	0,9	3	1,3
Ne sait pas	102	11,8	54	24
Total	**866**	**100**	**225**	**100**

Pour la participation à la filière de niébé, la femme a presque les mêmes pourcentages que l'homme sauf au niveau du traitement et du conditionnement. Dans la partie culture le pourcentage de participation des femmes

est de 24,4% celui de l'homme est 28,9%. Pour la récolte le pourcentage de participation d'elles est un peu plus élevé que l'homme soit 29,2% contre 27,1%. Pour la vente ils sont dans la même proportion de 15%.

Tableau 95 : Répartition selon la participation à la filière de l'arachide.

Participation à la filière	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Récolte d'arachides	216	29,5	48	28,6
Egrenage	141	19,2	33	19,6
Ensachage d'arachides (sac de gros)	73	9,9	7	4,2
Vente du beurre d'arachide sur place	2	0,3	1	0,6
Vente en gros au beurre d'arachide Kraft	42	5,7	2	1,2
Autres	14	1,9	3	1,9
Ne sait pas	245	33,4	74	44
Total	**733**	**100**	**168**	**100**

La participation dans la filière arachide est légèrement à l'avantage des femmes avec 29,5% contre 28,6% des déclarants. Pour l'égrenage ils sont dans la même proportion de 15%.

Tableau 96 : Répartition selon la participation à la filière de sésame.

Participation à la filière	Femmes		Hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Culture	103	15,4	38	28,1
Récolte	109	16,3	34	25,2
Traitement initial	51	7,6	6	4,4
Conditionnement	24	3,6	5	3,7
Vente dans une zone périurbaine	10	1,5	1	0,7
Posséder une fabrication et de vente de soupe	9	1,3	1	0,7
Ne sait pas	362	54,1	53	39,3
Autres	5	0,7	3	2,2
Total	**668**	**100**	**135**	**100**

La filière sésame est en faveur des hommes dans 28,1% pour la culture du sésame contre 15,4% pour les femmes. Au niveau de la récolte du sésame c'est toujours les hommes qui arrivent en tête avec 25,2% contre 16,3%

5. Mesure de l'insécurité alimentaire des ménages

Tableau 97 : Répartition en fonction de la préoccupation du chef de ménage durant les 4 dernières semaines passées pendant que votre ménage n'avait pas assez de nourriture.

Préoccupation	Hommes	
	Effectif	%
Oui	40	30,8
Non	88	67,7
NSP	2	1,5
Total	**130**	**100**

Tableau 98 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

Fréquence	Hommes	
	Effectif	%

Rarement	6	15
Parfois	31	77,5
Souvent	3	7,5
Total	**40**	**100**

Durant les 4 dernières semaines, 30,8% des chefs ménages étaient préoccupés par rapport à la nourriture du ménage et les 67,7% ne l'était pas. La fréquence de préoccupation était parfois à 77,5% ce qui montre que le danger était moyen.

Tableau 99 : Répartition en fonction des membres du ménage d'avoir les types de nourriture que vous préférez à cause d'un manque de ressource.

Type de nourriture	Hommes	
	Effectif	%
Oui	32	24,6
Non	94	72,3
NSP	4	3,1
Total	**130**	**100**

Tableau 100 : Répartition par rapport à la fréquence de n'avoir pas pu avoir les types de nourriture pour manque de ressource.

	Hommes	
	Effectif	%
Rarement	13	40,6
Parfois	17	53,1
Souvent	2	6,3
Total	**32**	**100**

Seulement 24,6% des ménages n'avaient pas pu avoir les types de nourriture pour un manque de ressources dans le ménage. La fréquence parfois et rarement sont respectivement 40,6 et 53,1% donc un danger peut exister par rapport à l'accès au type de nourriture.

Tableau 101 : Répartition concernant la limitation de variété d'aliment dû aux manques de ressources.

	Hommes	
	Effectif	%
Oui	29	22,3
Non	97	74,6
NSP	4	3,1
Total	**130**	**100**

Tableau 102: Répartition concernant la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	%
Rarement	12	41,4

Parfois	12	41,4
Souvent	5	17,2
Total	**29**	**100**

Les 22,3% des chefs de ménage affirment que les membres de leurs familles ont mangé une variété limitée d'aliments par ce que les ressources n'étaient pas suffisantes. Il arrivait rarement et parfois à donner satisfaction à 41,4% dans les cas.

Tableau 103 : Répartition en fonction de la consommation d'une nourriture que vous ne souhaitez pas à cause du manque de ressources.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	23	17,7
Non	104	80
NSP	3	2,3
Total	**130**	**100**

Tableau 104 : Répartition concernant la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	12	52,2
Parfois	10	43,5
Souvent	1	4,3
Total	**23**	**100**

Le pourcentage de score pour les membres de la famille à manger une nourriture qu'ils ne souhaitent pas manger à cause du manque est de 17,7%. La fréquence de préoccupation rarement atteint les 52,2%.

Tableau 105 : Répartition par rapport à la consommation d'une petite quantité du au manque de moyens parce qu'il n'y avait pas assez.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	32	24,6
Non	95	73,1
NSP	3	2,3
Total	**130**	**100**

Tableau 106 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	9	28,1
Parfois	17	53,1

Souvent	6	18,8
Total	**32**	**100**

Le pourcentage de score pour avoir mangé un repas plus petit parce qu'il n y avait assez à manger est de24,1%. La fréquence la plus élevée est parfois avec 53,1%.

Tableau 107 : Répartition concernant la petite quantité de repas consommé par jour faute de moyens.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	20	15,4
Non	106	81,5
NSP	4	3,1
Total	**130**	**100**

Tableau 108 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	8	40
Parfois	9	45
Souvent	3	15
Total	**20**	**100**

Le score pour un ménage d'avoir mangé moins de repas par jour parce qu'il n'y avait pas assez de nourriture est 15,4%. La fréquence parfois est la plus élevé avec 45%.

Tableau 109 : Répartition par rapport aux moyens de la famille.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	8	6,2
Non	118	90,7
NSP	4	3,1
Total	**130**	**100**

Tableau 110 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	3	37,5
Parfois	4	50
Souvent	1	12,5
Total	**8**	**100**

Le score pour le ménage de ne pas manger par ce qu'il n'y avait de nourriture dans le ménage et il n'y avait assez de ressources pour acheter est 6,2%. La fréquence la plus élevée est parfois à 50%.

Tableau 111 : Répartition suivant qu'un membre du ménage est allé au lit en ayant faim parce qu'il n'y avait pas assez de nourriture.

	Hommes	
	Effectif	**%**

Oui	6	4,6
Non	121	93,1
NSP	3	2,3
Total	**130**	**100**

Tableau 112 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	2	33,3
Parfois	3	50
Souvent	1	16,7
Total	**6**	**100**

Le score qu'un membre du ménage aille au lit sans avoir mangé par ce qu'il n'y avait pas assez de nourriture dans le ménage est de 4,6%. La fréquence la plus élevée est parfois 50%.

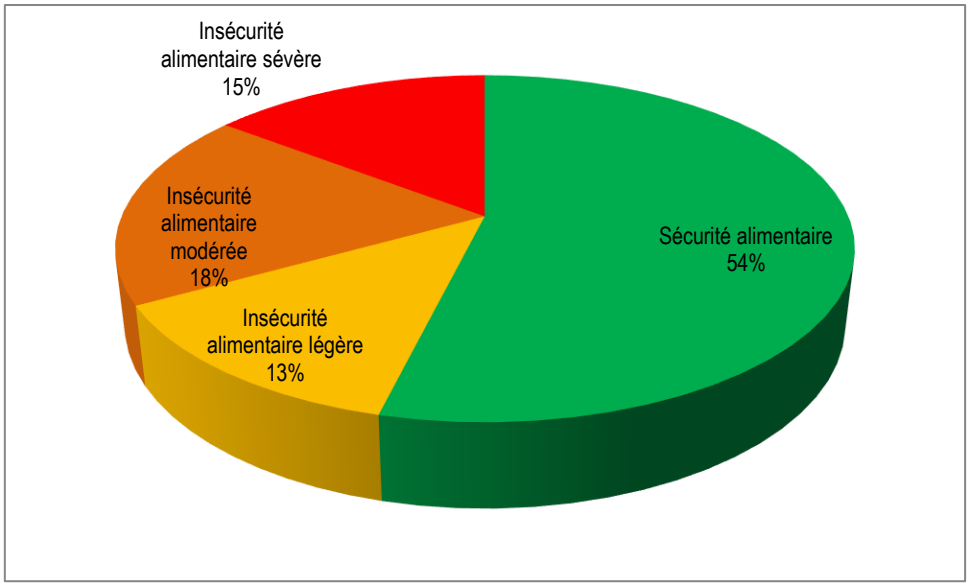
Tableau 113 : Répartition suivant un membre du ménage ou vous a passé toute une journée sans manger parce qu'il n'y avait pas assez de nourriture.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	4	3,1
Non	121	93,1
NSP	5	3,8
Total	**130**	**100**

Tableau 114 : Répartition selon la fréquence de préoccupation du chef de ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Rarement	3	75
Parfois	0	0
Souvent	1	25
Total	**4**	**100**

Le pourcentage de score pour les membres du ménage a passé toute la journée sans manger parce qu'il n'y avait assez de nourriture est de 3,1%. La fréquence la plus élevée atteint rarement à 75%.



Graphique 12 : Répartition des ménages selon les catégories d'insécurité alimentaire.

Tableau 115 : Répartition par rapport à la couverture de la période de soudure par le stock existant du ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Oui	46	35,4
Non	83	63,8
NSP	1	0,8
Total	**130**	**100**

De la déclaration des chefs de ménage 63,8% pensent que leur stock alimentaire ne parviendra pas à couvrir la période de soudure. Les 35,4% pensent qu'il pourra couvrir.

6. Pratique du maraîchage

Tableau 116 : Répartition selon la pratique du maraîchage par un membre du ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Homme	5	3,8
Femmes	51	38,9
fils	3	2,3
Filles	0	0
Autres	3	2,3
NSP/ou ne pratique pas	69	52,7
Total	**131**	**100**

La pratique du maraîchage dans la localité du projet semble être le travail des femmes dans 38,9%. Les hommes le pratiquent dans 3,8% des cas. Les autres sont la belle fille et la mère.

Tableau 117 : Répartition selon la destination des produits du maraîchage.

	Hommes	
	Effectif	**%**

Autoconsommation	61	34,3
Vente	49	27,5
NSP/ou ne pratique pas	68	38,2
Total	**178**	**100**

Les produits du maraîchage sont destinés à la consommation du ménage dans 34,4%. La partie destinée à la vente représente 27,5%.

Tableau 118 : Répartition selon le contrôle des ressources du maraîchage dans le ménage.

	Hommes	
	Effectif	**%**
Homme	7	5,3
Femme	37	28
Homme femme	10	7,6
Autres	1	0,8
NSP/ou ne pratique pas	77	58,3
Total	**132**	**100**

Sur la déclaration des hommes les revenus du maraîchage sont sous le contrôle de la femme dans 28% et elles sont sous le contrôle des deux sexes dans 7,6% des cas.

7. Meilleures Pratiques internationales

Dans le Plan de développement Social, Economique et Culturel (PDSEC) de Chaque commune il existe des stratégies de genres pour l'égalité du sexe consigné. Mais aucune information n'est signalée par rapport à la prise en charge des personnes handicapées Les activités définies dans le PDSEC de la commune pour prendre en compte l'aspect genre sont : La clôture et la redynamisation du centre des femmes (la teinture, la couture, la savonnerie, la plateforme multifonctionnelle) (Cinzana PDSEC 2011-2015, P : 36). Faciliter l'accès des femmes aux prêts bancaires, et créer des AGR (Kamiandougou, PDSEC 2011-2015, P : 28). Construction des centres multifonctionnels, initier des AGR, formation thématique « genre et égalité de chance » des femmes. Facilité l'accès des femmes au crédit (Tongue, PDSEC 2011-2015, P : 10). Réalisation de 16 jardins maraichers, et d'une salle de confection de foyers améliorés pour les femmes de la commune de Fatinè.

Le rapportage est régulièrement fait dans chaque mairie. Au total les mairies font 4 sessions ordinaires/an et plusieurs sessions extra – ordinaires mais avec une très faible participation des femmes. La restitution des comptes annuels se font au niveau des mairies une fois par an. Un débat public est organisé par les maires par rapport à l'utilisation du budget.

Pour la promotion des questions genre, elle est discuté au cours des sessions de programmation surtout le genre et la jeunesse. Les aspects genre et jeunesse ont toujours été pris en compte même si ce n'est pas de façon équitable au niveau de chaque Mairie à travers :

- ✓ La gestion des BC (banques de céréales) ;
- ✓ La promotion du maraichage ;
- ✓ Le recrutement des Relais ;
- ✓ La Représentation des femmes dans différentes structures communales.

Il faut noter que les communes ont bénéficié de l'appui de l'USAID pour l'élaboration des PDESC mais on note une faible appropriation par les élus (mise en œuvre des activités femmes sur les fonds propres de la commune et évaluation). Généralement les femmes doivent leur salut à cause de la prise de position des partenaires techniques qui orientent les activités vers les femmes.

Tableau 119 : Répartition des femmes dans les différentes structures des communes.

Communes / Sexes		ASACO	Ecole Com.	Conseil Com.	Total
Cinzana	Féminin	12	30	2	**44**
	Masculin	7	60	21	**88**
Kamiandougou	Féminin	2	10	2	**14**
	Masculin	2	24	15	**41**
Fatinè	Féminin	3	22	3	**28**
	Masculin	6	20	14	**40**
Tonguè	Féminin	1	3	0	**4**
	Masculin	3	6	11	**20**

Les associations féminines villageoises, attestent que la Mairie accorde une grande importance aux femmes, dont elle exige une participation massive aux différentes activités et rencontres communales. Mais l'analyse du tableau 119 au niveau des élus communales, il y a une différence significative entre le nombre d'homme élus et de femme soit respectivement 90% contre 10%.

8. Sécurité alimentaire

Dans les PDESC les stratégies de sécurité alimentaire ne sont pas clairement définies. Mais dans l'objectif d'assurer la sécurité alimentaire dans les communes chaque mairie à inscrit dans les PDSEC des stratégies de prévention et de survie. Les stratégies inscrites dans les PDSEC sont : la construction de banque de céréale dans chaque village, la construction et équipement des magasins de stockage. Chaque commune à un plan de sécurité alimentaire. Lors de l'élaboration de la convention de sécurité alimentaire il y a eu 177 participants dont 50% de femmes. Les activités clés du plan de sécurité alimentaire sont : l'aménagement des plaines, la formation des paysans aux innovations techniques, achat des semences améliorées et la mise à disposition au niveau des paysans, la vulgarisation des technologies de l'élevage, élaboration et la mise à disposition des conventions locales pour la gestion de l'espace, aménagement de mares et achat des alvins, organisation des séances de démonstration etc.…

9. Résultats des focus groupes

Les réponses et préoccupations des différents villages étaient dans l'ensemble :

A) Eau :

1. Sources d'eau utilisées dans les familles : L'eau de puits traditionnels améliorés (boisson, cuisine, lessive et vaisselle).
2. Mode de stockage de l'eau : Bidons plastiques, et jarres.
3. Connaissance sur les maladies liées à l'eau : Paludisme, maux de ventre.
4. Mode de traitement de l'eau : Tamisage avec du tissu nylon de l'eau de boisson (canaris), javellisation (puits).

B) Hygiène :

1. Mode d'évacuation des eaux usées et ordures ménagères : Les eaux usées et ordures ménagères sont utilisées pour le compostage.
2. Fréquence de lavage corporel des enfants, avec ou sans savon (si les enfants ne sont pas lavés quotidiennement, faire ressortir les causes) **:** les enfants sont lavés, le matin avec du savon et soir à l'eau simple (en saison sèche), uniquement le soir et au savon (en saison froide).
3. Difficultés liées à l'obtention du savon (approvisionnement) : Le savon est disponible dans le village, toute fois le manque de moyen financier limite la disponibilité permanente dans les ménages.
4. Fréquence de balayage de la cour et de la devanture des maisons : La cour est balayée, matin et soir. La devanture des maisons, le matin seulement.
5. Existence d'organisation qui s'occupe de l'hygiène du village : Inexistante dans la majorité des villages.
6. Cause de l'inexistence des latrines familiales : Il existe au moins une latrine dans chaque famille du village.

C) Santé et nutrition :

1. Principales maladies courantes des enfants, femmes enceintes, et allaitantes : Pneumonie et paludisme.

- ✓ **Maladies nécessitant la visite au Centre de Santé :** Paludisme, Pneumonie.

a. Causes : Moustique, saletés, alimentation.
b. Mesures de prévention (traditionnelle et moderne) : Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, hygiène du milieu, régime (éviter les aliments gras ou très sucrés).
2. Connaissances sur la malnutrition des enfants, femmes enceintes et allaitantes.
a. Nomination locale : « Baloko décès »
b. Signes : Faiblesse musculaire, vertiges, épisodes de maladies fréquentes.
c. Causes : Le manque d'autosuffisance alimentaire (pauvreté).
d. Prévention : Payer des vivres pour bien manger.
3. Interdits et tabous alimentaires (des femmes enceintes, allaitantes, et des enfants de moins de 5 ans): Inexistant.
4. Rôle des belles mères dans l'alimentation (des femmes enceintes, allaitantes, et des enfants) : La belle mère partage le repas.
5. Us et Coutumes :
a. La pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois : Les femmes ne la pratiquent pas. Le lait maternel est supplémenté dès la naissance avec : décoctions de plantes, et lait de vache.
b. Méthode du sevrage : Allaitement mixte (lait maternel associé à la bouillie simple ou améliorée, bouillon de viande quelque fois) à partit de 7mois de l'enfant.
c. Difficulté du sevrage : Le manque de ressources alimentaires suffisantes et variées.
d. Age du sevrage : l'enfant est privé de lait maternel (ablactation) à partir de 23 mois pour la fille et 22 mois pour le garçon.
6. Barrière liée à la planification familiale : Non pratiquée en majorité, à causes d'une des effets adverses dont la prise en charge pose le problème de moyens financiers au couple. D'autre part à causes du refus des hommes (par méconnaissance des avantages ou par jalousie) ce qui amène les femmes le plus souvent à prendre la décision de façon unilatérale, source possible de discordes dans les foyers.
7. Barrière liée à l'éducation (instruction) : Les filles ont égal accès à l'éducation comme les garçons. Elles ont la possibilité d'étudier autant qu'elles peuvent.
8. Violences faites aux femmes : Pas de violence (châtiment corporel).

D) Conditions socio-économiques et mode de vie :

a. Activités économiques (agriculture, élevage, pêche, maraichage…):

- ✓ L'agriculture et l'élevage
- ✓ Petit commerce, grâce au micro crédit que l'association des femmes octroie à ses membres à partir de leur caisse.

b. Barrière liée au foncier: Les femmes n'ont pas accès à la terre, les hommes en sont les propriétaires.

C. Est-ce que la commune a la réputation d'aborder l'égalité des sexes dans le cadre de son travail (vérifier avec les organisations locales des femmes si oui donnez des exemples) ?

Oui la plus part des activités de la communes sont consacrées aux femmes, elles sont d'ailleurs plus nombreuses que les hommes lors des rencontres communales.

Observation directe : l'intérieur des ménages (hygiène intra – domiciliaire, mode de conservation de l'eau) : Les cours sont propres, ainsi que les jarres d'eau.

10. Etat nutritionnel

10.1. Etat nutritionnel des femmes

Tableau 120 : Répartition en fonction de l'état des femmes.

Classe de périmètre branchial	Femmes	
	Effectif	%
< 21 cm	8	1,6
21 à 29	425	86,2
30 à 38,6	60	12,2
Total	**493**	**100**

L'état nutritionnel des femmes rencontrées est satisfaisant. Les résultats confirment un pourcentage de 86,2% de femmes soit 425 dont le périmètre branchial est en dessus de 21 cm. Seulement 1,6% d'elles ont leur PB inférieur à 21 cm et les 12,2% sont supérieur à 29 cm donc un risque d'obésité est à craindre pour eux.

Tableau 121 : Répartition en fonction de la présence de l'anémie chez la femme.

Anémie	Femmes	
	Effectif	%
Oui	6	1,2
Non	487	98,8
Total	**493**	**100**

Les femmes anémiées représentent 1,2% soit 6 femmes. Les 98,8% d'elles ne présentent pas de signe clinique d'anémie.

10.2. Etat nutritionnel des enfants

Tableau 122 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction du retard de croissance selon les normes OMS.

Retard de croissance	Effectif	%
Retard de croissance sévère	146	22,4
Retard de croissance Modérée	136	20,9
Risque de Retard de croissance	163	25,0
Statut Normal	207	31,7
Total	**652**	**100**

La prévalence du retard de croissance chez les enfants de 6 à 59 mois est de 43,3% pour 282 enfants. La forme sévère est de 22,4% pour 146 enfants et la forme modérée 20,0% pour 136 enfants. Les enfants à risque représentent 25% pour 163 enfants, ceux ayant un statut normal sont au nombre 207 soit 31,7%.

Tableau 123 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'insuffisance selon les normes OMS.

Insuffisance pondérale	Effectif	%
Insuffisance pondérale sévère	97	14,9
Insuffisance pondérale Modérée	170	26,1
Risque d'Insuffisance pondérale	205	31,4
Statut Normal	163	25,1
Risque d'obésité	13	1,9
Obèse	4	0,6
Total	**652**	**100**

La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les de moins de 6 à 59 mois est de 41% pour 267 enfants. La forme sévère est de 14,4% pour 97 enfants et la forme modérée 26,1% pour 170 enfants. Les enfants à risque d'obésité et obèses sont au nombre de 17 soit 2,5% et 163 enfants ont un statut normal soit 25,1%.

Tableau 124 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'émaciation selon les normes OMS.

Emaciation	Effectif	%
Emaciation sévère	21	3,2
Emaciation Modérée	48	7,4
Risque Emaciation	193	29,6
Statut Normal	357	54,8
Risque d'obésité	13	1,9
Obèse	20	3,1
Total	**652**	**100**

La prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 6 à 59 mois est de 10,6% pour 69 enfants. La forme sévère est de 3,2% pour 21 enfants et la forme modérée 7,4% pour 48 enfants. Les enfants à risque sont au nombre 193 enfants soit 29,6%, ceux ayant un statut normal sont au nombre de 357 soit 54,8% et ceux à risque d'obésités et obèses sont au nombre de 33 enfants soit 5%.

NB : Seuls utilisés pour les différents indices

Malnutrition aiguë (P/T) :

Sévère : <-3 ET ou Z-score et/ou œdèmes

Modérée : <-2 ET ou Z-score et >= -3 ET ou Z-score

Globale : <-2 ET ou Z-score et/ou œdèmes

Malnutrition chronique (T/A) et insuffisance pondérale (P/A) :

Sévère : <-3 ET ou Z-score

Modérée : <-2 ET ou Z-score et >= -3 SD ou Z-score

Globale : <-2 ET ou Z-score

Tableau 125 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction du retard de croissance suivant le sexe selon les normes OMS.

Retard de croissance	Filles		Garçons	
	Effectif	%	Effectif	%
Retard de croissance sévère	77	23,3	69	21,5
Retard de croissance Modérée	64	19,3	72	22,4
Risque de Retard de croissance	78	23,6	85	26,5
Statut Normal	112	33,8	95	29,6
Total	**331**	**100**	**321**	**100**

Le retard de croissance sévère est plus accentué chez les filles soit 23,3% que chez les garçons soit 21,5% des cas. Le retard de croissance modérée est plus accentuée chez les garçons soit 22,4% que chez les filles soit 19,3%. Le risque de retard de croissance est plus élevé chez les garçons soit 26,5% que chez les filles soit 23,6%. Les filles ayant le statut normal sont plus majoritaires soit 33,8% que les garçons soit 29,6%.

Tableau 126 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'insuffisance pondérale suivant le sexe selon les normes OMS.

Insuffisance pondérale	Filles		Garçons	
	Effectif	%	Effectif	%
Insuffisance pondérale sévère	50	15,1	47	14,6
Insuffisance pondérale Modérée	91	27,5	79	24,6
Risque d'Insuffisance pondérale	101	30,5	104	32,4
Statut Normal	82	24,6	81	25,2
Risque d'obésité	7	2,1	6	1,9
Obèse	1	0,2	4	1,3
Total	**331**	**100**	**321**	**100**

La prévalence de l'insuffisance pondérale sévère est plus marquée chez les filles soit 15,1% contre 14,6% chez les garçons. Il en est de même pour l'insuffisance pondérale modérée qui est 27,5% pour les filles et de 24,6% pour les garçons. Le risque d'insuffisance pondérale est plus élevé chez les garçons soit 25,2% que chez les filles soit 24,6%.

Tableau 127 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'émaciation suivant le sexe selon les normes OMS.

Emaciation	Filles		Garçons	
	Effectif	%	Effectif	%
Emaciation sévère	8	2,4	13	4
Emaciation Modérée	21	6,4	27	8,4
Risque Emaciation	108	32,6	85	26,5
Statut Normal	175	52,9	182	56,7
Risque d'obésité	6	1,8	7	2,2
Obèse	13	3,9	7	2,2
Total	**331**	**100**	**321**	**100**

Une analyse du tableau ci dessus montre plus d'enfants émaciés au niveau des garçons soit 4% que chez les filles soit 2,4% et cela est pareil pour l'émaciation modérée soit 8,4% pour les garçons et 6,4% pour les filles. Il existe plus d'enfant émacié à risque chez les filles soit 32,6% contre 26,5% chez les garçons.

Tableau 128 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction du retard de croissance suivant les classes d'âge selon les normes OMS.

Classe d'âge	Retard de croissance							
	Sévère		Modérée		Risque		Statuts normal	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
6 à 11 mois	7	4,8	11	8,1	18	11	41	19,8
12 - 23 mois	42	28,8	26	19,1	39	23,9	52	25,1
24 - 35 mois	32	21,9	34	25	45	27,6	55	26,6
36 - 47 mois	35	23,9	34	25	26	15,9	34	16,4
48 - 59 mois	30	20,6	31	22,8	35	21,6	25	12,1
Total	**146**	**100**	**136**	**100**	**163**	**100**	**207**	**100**

La prévalence du retard de croissance sévère est dominante dans la tranche d'âges 12 à 23 mois soit 28,8% pour 42 enfants suivie de 36 à 47 mois soit 23,9% pour 35 enfants. La prévalence du retard de croissance modérée domine dans les tranches d'âges 24 à 35 et 36 à 47 avec un pourcentage de 25% chacune. Celle du risque de retard de croissance domine dans la tranche d'âges 24 à 35 mois soit 27,6% pour 45 enfants suivie de 12 à 23 mois soit 23,9% pour 39 enfants.

Tableau 129 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'insuffisance pondérale suivant les classes d'âge selon les normes OMS.

Classe d'âge	Insuffisance pondérale											
	Sévère		Modérée		Risque		Statuts normal		Risque obésité		Obésité	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
6 à 11 mois	7	7,2	23	13,5	24	11,7	17	10,4	3	23,1	3	75
12 - 23 mois	45	46,4	44	25,9	45	21,9	23	14,1	2	15,4	0	0
24 - 35 mois	25	25,8	39	22,9	51	24,9	47	28,8	4	30,8	0	0
36 - 47 mois	13	13,4	35	20,6	36	17,6	40	24,5	3	23,1	1	25
48 - 59 mois	7	7,2	29	17,1	49	23,9	36	22,2	1	7,7	0	0
Total	**97**	**100**	**170**	**100**	**205**	**100**	**163**	**100**	**13**	**100**	**4**	**100**

L'analyse du tableau 129 nous donne une insuffisance pondérale sévère plus élevée dans la tranche d'âges 12 à 23 mois soit 46,4% pour 45 enfants suivie de 24 à 35 mois pour 25 enfants soit 25,9%. La prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est toujours élevée dans la tranche d'âges 12 à 23 mois pour 44 enfants soit 25,9% et de 24 à 35 mois pour 39 enfants soit 22,9%. Le pourcentage d'enfants ayant un risque d'insuffisance pondérale est élevé dans la tranche d'âges 24 à 35 mois pour 51 enfants soit 24,9% suivie de 48 à 59 mois pour

49 enfants soit 23,9%. La tranche d'âge ayant le maximum de pourcentage en statut normal pour l'insuffisance pondérale est 24 à 35 mois pour 47 enfants soit 28,8%.

Tableau 130 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois en fonction de l'émaciation pondérale suivant les classes d'âge selon les normes OMS.

Classe d'âge	Emaciation											
	Sévère		Modérée		Risque		Statuts normal		Risque obésité		Obésité	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
6 à 11 mois	6	30	4	8,3	33	17,1	28	7,8	4	30,8	2	11,8
12 - 23 mois	6	30	27	56,3	56	29	63	17,6	1	7,7	2	11,8
24 - 35 mois	3	15	13	27,1	47	24,4	94	26,3	4	30,8	5	29,4
36 - 47 mois	2	10	1	2,1	32	16,6	85	23,8	3	23,1	4	23,5
48 - 59 mois	3	15	3	6,2	25	12,9	87	24,4	1	7,7	4	23,5
Total	**20**	**100**	**48**	**100**	**193**	**100**	**357**	**100**	**13**	**100**	**17**	**100**

La prévalence de l'émaciation sévère est plus élevée dans la tranche d'âges 6 à 11 mois et 12 à 23 mois soit 30% chacune pour 12 enfants au total. L'émaciation modérée est élevée dans la tranche 12 à 23 mois soit 56,3% pour 27 enfants. Les enfants à risque sont élevés dans la même tranche d'âge 12 à 23 mois soit 29% pour 56 enfants.

11. Recommandations

En qualité de recommandation spéciale, le projet Care IFONS doit d'ores :

1. Commanditer une étude sur les mécanismes de durabilité du projet après deux ans d'activités c'est-à-dire d'ors et déjà comment maintenir les relais en fonction après le retrait du projet ;
2. Créer dans la localité un Fonds Social d'Appui à la prise en charge des enfants malades particulièrement les malnutris ;
3. Faire un diagnostic nutritionnel pour pouvoir détecter les causes réelles de la malnutrition chez les enfants.

12. Conclusion

Bien que, différentes interventions se sont succédées dans la localité nous constatons tout de même des améliorations dans l'état nutritionnel des enfants de 2006 à maintenant. La tendance doit être appuyée par le Projet IFONS en mettant l'accent sur une amélioration des connaissances et des pratiques par rapport à l'allaitement maternel, au sevrage et à l'espacement des naissances.

L'accent doit être mis sur le lien entre les activités réalisées en Sécurité Alimentaire et les activités réalisées pour un changement de comportement en matière d'hygiène et surtout en allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (ne rien donner autre que le lait maternel).

Des thèmes comme les maladies diarrhéiques et les micronutriments devraient être inclus dans les activités ; Si l'eau utilisée n'est pas potable, en plus des pratiques inadéquates d´hygiène, il faudrait développer/renforcer les messages pour expliquer comment le fait de ne pas se laver les mains et le non traitement de l'eau peuvent augmenter les cas de diarrhée et en conséquence les cas de malnutrition. Les femmes ne connaissant ni les causes, ni les méthodes de prévention de la diarrhée, ni la préparation de la SRO ; ces facteurs ainsi que la faible hygiène dans le milieu peuvent exposer les enfants au risque de déshydratation, perte des nutriments et tomber dans la malnutrition.

La diversité alimentaire est faible dans les familles, les légumes et les fruits sont presque absents dans le régime des enfants entre 6 et 36 mois. Dans ce sens, nous recommandons de renforcer le programme de sécurité alimentaire pour encourager les familles à posséder et à exploiter un jardin et de leur expliquer à travers des démonstrations culinaires comment introduire les produits riches en vitamines et en minérales dans le repas familial (légumes et fruits) surtout pour la consommation des enfants et des femmes enceintes.

La malnutrition aigue touche surtout les jeunes enfants entre 6 et 23 mois. La cause probable de ce phénomène est liée aux pratiques alimentaires et, probablement à des pratiques non adéquates concernant l'introduction des aliments complémentaires entre 6 et 9 mois. Une prévalence élevée du retard de croissance semble indiquer que, dès que les enfants adoptent le régime alimentaire des adultes leur état nutritionnel ne s'améliore plus : le retard de croissance semble donc avoir le temps de se développer dans la Région de Ségou.

Annexes

Tableau 17 : diversification des revenus, par sexe du chef de ménage (rapport de Nyeleni).

	Ménages dirigés par un homme	Ménages dirigés par une femme	Total
		%	
Ventes de produits agricoles (y compris des jardins potagers)	53,6	43,6	52,6
Activités des petites entreprises	45,6	42,3	45,3
Ventes de bétail et de produits d'élevage	30,8***	11,5	28,7
Travail agricole rémunéré	19,2	12,8	18,6
Travail agricole non rémunéré	18,3	17,9	18,3
Fonds de l'étranger	16,2	20,5	16,7
Artisanat	13,2	12,8	13,1
Travail qualifié	11,1	7,7	10,7
Pêche	9,2	6,4	8,9
Ventes de graines	7,6*	2,6	7,0
Produits du bois	6,5	3,8	6,2
Emplois officiels	5,8**	1,3	5,3
Autres sources	5,0	3,8	4,9
Ventes de produits de puériculture	5,3***	0,0	4,7
Aquaculture	0,9**	0,0	0,8
Produits forestiers non boisés	0,6*	0,0	0,5
N	**660**	**78**	**738**