



COMMISSION EUROPEENNE

**Projet de Promotion des Initiatives en faveur
de la Nutrition et de la Démographie (PPIND)
FOOD/2006/132000-(NER 081)
Care Maradi**

Enquête de base

Octobre-Novembre 2007

**Pr BALLA Abdourahamane
Expert nutrition /sécurité alimentaire
CRESA, Faculté d'Agronomie, UAM**

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. CONTEXTE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES

1. Contexte	1
2. Justification	3
3. Objectifs et résultats attendus de l'étude de base.....	4
4. Méthodologie de l'étude de base.....	5
4.1. La population d'étude.....	5
4.2. Echantillonnage.....	5
4.3 L'équipe de l'étude	6
4.4. Les outils d'enquête et la formation des enquêteurs.....	7
4.5. Traitement des données.....	9
5. Présentation de la zone du projet PPIND.....	9
5.1. Les principaux indicateurs sociaux	10
5.2. Infrastructures	11
5.3. Zonage agro-écologique.....	11
5.4. Activités de la population.....	11
5.5. Potentialités et contraintes.....	12

CHAPITRE 2. IDENTIFICATION ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

1. Structure par âge et par sexe de la population	15
2. Taille et composition des ménages	17
2.1. Sexe du chef de ménage.....	17
2.2. Taille des ménages.....	19
2.3 Mode de vie et ethnie des membres du ménage.....	19
3. Niveau d'instruction et fréquentation scolaire	20
4. Statut de vulnérabilité des ménages.....	23
5. Fréquentation des centres de santé	24
6. Prévention et gestion des crises alimentaires.....	25

CHAPITRE 3. PLANIFICATION FAMILIALE

1. Connaissance de la contraception.....	28
2. Utilisation actuelle de la contraception	30
3. Sources d'approvisionnement de la contraception.....	32
4. Informations relatives aux méthodes contraceptives	32
5. Raisons de non utilisation de la contraception	33

6. Sexualité fécondité et mariage précoce	34
6.1. Âge a la première union.....	34
6.2. Nombre d'épouses.....	35
6.3. Nombre d'enfants désiré et actuel.....	36
7. Intervalle inter génésique.....	37

CHAPITRE 4. ALLAITEMENT MATERNEL ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Allaitement maternel et alimentation de complément.....	39
1.1 Début de l'allaitement maternel.....	40
1.2. Durée et fréquence de l'allaitement	42
1.3. Introduction des aliments de complément.....	43
1.4. Types d'aliments de complément.....	44
2. Consommation de micronutriments chez les enfants.....	47
3. Micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes.....	50
4. État nutritionnel des enfants.....	54
4.1 Prévalence de la malnutrition	55
4.2. Distribution de la malnutrition	57
5. État nutritionnel des femmes.....	60

CHAPITRE 5. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

1. Soins prénatals.....	63
1.1. Consultations prénatales.....	63
1.2. Avantages liés aux consultations prénatales.....	65
2. Accouchement.....	66
2.1. Lieu d'accouchement et assistance lors de l'accouchement.....	66
2.2. Difficultés ou complications lors du dernier accouchement.....	67
3. Vaccination des enfants.....	68
4. Maladie des enfants.....	70
4.1. Diarrhée.....	70
4.2. Traitement de la diarrhée	71
4.3 Connaissance des sachets de SRO et du comprimé de Zinc.	75

CONCLUSION GENERALE.....	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	77
ANNEXES.....	78

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARVA : Aliment Riche en Vitamine A
BCG : Bacille Calmette et Guérin
BCR : Bureau Central du Recensement
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CE : Communauté Européenne
CPN : consultation Post Natale
CSPro: Census and Survey Processing System
CU : Communauté Urbaine
DBS : Dried Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DHS: Demographic and Health Surveys
DIU: Dispositif Intra Utérin
DRSP : Direction Régionale de Santé Publique
DTCoq : Diphtérie, Tétanos et Coqueluche (vaccin)
EDSN-MICS Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
ET : Écart Type
FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine
IEC : Information, Éducation, Communication
IMC : Indice de Masse Corporelle
INS : Institut National de la Statistique
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
ISFD : Indice Synthétique de Fécondité Désirée
IVACG: International Vitamin A Consultative Group
MEASURE Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Evaluation
MN : Mortalité Néonatale
MP/AS : Ministère de la Population et de l'Action Sociale
MPN : Mortalité Post Néonatale
NCHS* : National Center for Health Statistics (Centre National des Statistiques Sanitaires des États-Unis)
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
PAC : Programme d'Action Communautaire
PEV : Programme Élargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPIND : Projet de promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie
QF : Questionnaire Femme
QH : Questionnaire Homme
QM : Questionnaire Mère
RGP/H : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO : Sels de Réhydratation Orale
TBFS : Taux Brut de Fréquentation Scolaire
TBN : Taux Brut de Natalité
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale
TMM : Taux de Mortalité Maternelle
TNFS : Taux Net de Fréquentation Scolaire
TRO : Thérapie par Réhydratation Orale
UK : United Kingdom
UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : Agence des États-Unis pour le Développement International
ZD : Zone de Dénombrement

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Chapitre 2.

Figure 2.1 : Pyramides des âges de la population des trois départements

Figure 2.2 : Nature et amplitude des chocs subis par les ménages selon le département

Figure 2.3 : Assistance d'urgence en cas de crise

Tableau 2.1 Population des ménages

Tableau 2.2 Composition des ménages

Tableau 2.3 : Ethnie et mode de vie de la population

Tableau 2.4 Niveau d'instruction des membres du ménage

Tableau 2.5 : Fréquentation des centres de Santé

Tableau 2.6 : Statut de vulnérabilité déclarée des ménages

Tableau 2.7 : Fréquentation des centres de Santé

Tableau 2.8 : Type de principales maladies déclarées

Tableau 2.10 : Type d'aide reçues

Chapitre 3

Tableau 3.1 Connaissance et utilisation de la contraception

Tableau 3.2 : Méthodes de contraception

Tableau 3.3 : Utilisation de la contraception

Tableau 3.4 : Lieux d'obtention des méthodes de planification familiale

Tableau 3.5 : Sources d'information de la planification familiale

Tableau 3.6 : Non utilisation de la contraception

Tableau 3.7 : Sexualité et mariage

Tableau 3.8 : Nombre d'épouses souhaitées

Tableau 3.9 : Nombre d'enfants désirés

Tableau 3.10 : Nombre d'enfants actuels par femme

Tableau 3.11 : Intervalle inter génésique

Chapitre 4

Figure 4.1 : Durée médiane de l'allaitement en fonction du statut de vulnérabilité

Figure 4.2 : Age d'introduction d'eau et d'autres aliments

Tableau 4.1 : Allaitement maternel des enfants

Tableau 4.2 : Temps de mise au sein pour la première fois après naissance

Tableau 4.3 : Sevrage et durée médiane de l'allaitement

Tableau 4.4 : Aliments donnés à l'enfant
Tableau 4.5 : Aliments de compléments
Tableau 4.6 : Fréquence de consommation de certains aliments
Tableau 4.7 : Supplémentation en Vitamine A chez les enfants
Tableau 4.8 : Consommation des aliments riches en vitamine A
Tableau 4.9 : Appréciation des risques de déficience en vitamine A
Tableau 4.10 : Supplémentation en vitamine A et connaissance du dundumi
Tableau 4.11 : Aliments pouvant prévenir le dundumi selon les femmes enquêtées
Tableau 4.12 : Supplémentation en fer
Tableau 4.13 : Aliments riches en fer selon les femmes enquêtées
Tableau 4.14 : Prévalence de la malnutrition par département
Tableau 4.15 : Etat nutritionnel des enfants
Tableau 4.16 : Etat nutritionnel des femmes

Chapitre 5

Figure 5.1 : Fréquence de consommation des aliments durant les épisodes de diarrhées

Tableau 5.1 : Soins prénatals
Tableau 5.2 : Suivi des consultations prénatales
Tableau 5.3 : Avantages liés aux consultations prénatales
Tableau 5.4 : Accouchement
Tableau 5.5 Difficultés ou complications lors du dernier accouchement
Tableau 5.6 Couverture vaccinale des enfants de 6 à 59 mois
Tableau 5.7 : Prévalence de la diarrhée
Tableau 5.8: Conseils en cas de diarrhée
Tableau 5.9 : Traitements en cas de diarrhée
Tableau 5.10 : Symptômes et signes de la diarrhée
Tableau 5.11 : Connaissance de SRO et de comprimé de Zinc

CHAPITRE 1. CONTEXTE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES

1. Contexte

Le Niger est un vaste pays sahélien qui vit presque une année sur trois une sécheresse d'envergure nationale. Cette situation rend le pays chroniquement déficitaire et sujet à des périodes d'insécurité alimentaire à impact mortel sur les plus vulnérables et particulièrement les enfants et les femmes. Selon l'indice de développement humain calculé par le PNUD, le Niger est parmi les pays les plus pauvres du monde; il se classe au 174^{ème} rang sur 175 pays (actualiser le rang en tenant compte du classement de 2007. La population en deçà du seuil de pauvreté représente 63% de l'ensemble. La majorité de ces pauvres se trouve en milieu rural (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté DSRP, 2002). La pauvreté limite l'accès aux services sociaux et aux autres satisfactions matérielles et morales.

La situation de santé de la population est aggravée par les insuffisances des conditions du cadre de vie, la sous alimentation et la malnutrition. Le système de santé souffre des charges récurrentes élevées, des faiblesses de recouvrement des coûts, de la mauvaise allocation des ressources humaines, des insuffisances de gestion des ressources matérielles et de la centralisation excessive des pouvoirs de décision et d'initiative.

La malnutrition est l'une des principales causes de mortalité des enfants nigériens. Selon l'EDSN/MICS III le retard de croissance est présent chez 50% des enfants, l'émaciation chez 11% et l'insuffisance pondérale chez 44% sur le plan national. Pour les régions de Maradi et Zinder (régions d'intervention du projet PPIND), on note : Retard de croissance : 62% à Maradi et 59% à Zinder ; émaciation : 12% à Maradi et 11% à Zinder ; insuffisance pondérale : 54% à Maradi et 53% à Zinder.

Selon toujours cette enquête EDSN/MICS III, l'indice de fécondité se situe au niveau national à 7,1 enfants par femme ; Fécondité 8,0 à Maradi et 7,4 à Zinder ; couverture vaccinale : 25% à Maradi et 17% à Zinder.

Quand à la vaccination, la couverture est complète chez seulement 29% des enfants. Cette situation est plus grave si on regarde les données désagrégées par région : 24,5 % à Maradi et 16,5 % à Zinder.

Sur le plan national, 11,2 % utilisent une méthode quelconque de planification familiale (5 % moderne et 6,2 % traditionnelle). Les prévalences varient de 2,5 à Zinder à 1,9 % pour Maradi en ce qui concerne les méthodes dites modernes (EDSN-MICS3, 2006).

Au vue d'une telle situation qui appelle à des interventions immédiates et multisectorielles, le Niger et ses partenaires au développement sont de plus en plus engagés dans la recherche d'une réponse adéquate et de longue durée à ce déficit. C'est dans ce cadre que la Délégation de la Commission Européenne au Niger, en collaboration avec les structures nationales concernées (Dispositif National de sécurité alimentaire, Division Santé du Ministère de la Santé publique, Direction de la Démographie du Ministère de la Population et des Réformes Sociales), a initié et engagé un appel à proposition local en vue du financement de projets intervenant sur les aspects nutritionnels et démographiques concourant à la sécurité alimentaire. Ces projets seront supportés par la ligne budgétaire "Aide et Sécurité alimentaire, Allocation aux ONG" de la Commission Européenne (CE), instrument financier spécifique de la Commission Européenne exclusivement utilisé pour le financement de projets à mettre en œuvre par des ONG.

En visant à mieux connaître les causes profondes de la malnutrition et de la croissance démographique, l'Action privilégiera la recherche de solutions durables à travers des stratégies de prise en charge de la malnutrition et de contrôle de la démographie. Il s'agira également d'une part de promouvoir l'approche à base communautaire qui favorisera une meilleure appropriation et durabilité des interventions et d'autre part de combiner démographie et malnutrition. Cette innovation rompt donc avec une gestion 'rétroactive' de la problématique pour une gestion 'proactive' de la malnutrition et de la croissance démographique. A terme, l'Action permettra de disposer d'un réseau d'acteurs conscients des questions de prise en charge et de prévention de la malnutrition et de la maîtrise de la croissance démographique, mais aussi de disposer de modèles adaptés.

L'objectif assigné à l'appel à proposition en direction des ONG est double et est en adéquation avec les préoccupations du Dispositif National et des structures techniques de l'Etat :

- Contribuer à la mise au point de modèles d'action adaptés pour prévenir et gérer la malnutrition en milieu rural dans toutes ses dimensions et conséquences ;
- Mettre au point des stratégies et méthodes d'approche pour contribuer à la résolution des problèmes démographiques en milieu rural.

A l'issue du processus d'appel à propositions, quatre (4) projets ont été approuvés et financés dans plusieurs zones géographiques du pays. Le Projet de Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie (PPIND) de CARE Niger (à travers CARE International UK) est l'un des ces quatre projets approuvés. Il a démarré officiellement le 1^{er} Avril 2007 et a son siège à Maradi pour couvrir les régions de Maradi (Aguié, Madarounfa), et Zinder (Nord Tanout). La durée opérationnelle du projet est fixée à 48 mois.

2. Justification

Pour le besoin de planification et pour mieux connaître la zone d'intervention, l'équipe du projet a besoin au démarrage d'avoir un référentiel qui doit renseigner sur le niveau des indicateurs du cadre logique du projet pour des fins de comparaison à mi-parcours et à la fin de l'intervention. Il est aussi nécessaire que cette étude de base permette à l'équipe du projet de disposer d'une base d'informations fiables et récentes sur les comportements, aptitudes et pratiques des communautés cibles en matière de nutrition et de la gestion de croissance démographique.

Le projet promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie a pour :

- *Objectif global 1.* Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois et des femmes enceintes et allaitantes dans les régions de Zinder (Nord Tanout), Maradi (Madarounfa, Aguié) ;
- *Objectif global 2.* Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique pour le bien être des populations vulnérables dans les régions de Zinder (Nord Tanout), Maradi (Madarounfa, Aguié).

L'objectif spécifique de l'Action est « Développer des stratégies durables de nutrition et de gestion de la croissance démographique pour réduire l'incidence de l'insécurité alimentaire dans les régions Zinder (Nord Tanout), Maradi (Madarounfa) de 2007 à 2010 ».

Pour atteindre ces objectifs, quatre principaux résultats sont attendus du projet:

- Des modèles à assise communautaire de prévention et de la prise en charge de la malnutrition et de gestion de la croissance démographique sont testés, validés et diffusés ;
- les communautés locales ont adopté de bonnes pratiques alimentaires, nutritionnelles, sanitaires et de planification familiale ;
- les capacités des partenaires institutionnels et communautaires et des structures communales et nationales en matière de nutrition et de démographie sont renforcées ;
- les initiatives (y.c plaidoyer) sont développées pour favoriser la prise en compte de la dimension nutrition et démographie dans la planification à tous les niveaux.

3. Objectifs et résultats attendus de l'étude de base

Cette étude de base se propose de faire un état des lieux de la situation nutritionnelle des enfants et des femmes ainsi que celle des questions démographiques. Pour cela, elle poursuit les objectifs ci-après :

- Disposer des informations actualisées devant permettre de calculer tous les indicateurs d'effets et d'impact du cadre logique ;
- Disposer des informations actualisées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations cibles en matière de nutrition et de démographie.

A la fin de l'étude les résultats ci après doivent être observés :

- Un rapport détaillé présentant l'état de lieu en terme de connaissance, attitude et pratique des communautés et une synthèse des indicateurs du cadre logique, est élaboré, ce rapport doit comporter aussi un résumé de 8 à 10 pages en français et en anglais;

- Une base des données fiables pouvant permettre le développement des outils du système de suivi et évaluation est disponible.

4. Méthodologie de l'étude de base

Cette étude qui se veut quantitative, utilisera des outils qui permettront de produire des données statistiques fiables pouvant permettre de mesurer le niveau des indicateurs communs et spécifiques relatifs à chaque objectif ou résultat et dont la connaissance de leurs niveaux nécessite une observation directe des unités participantes (membres des ménages, ménages et communautés). Le niveau de ces indicateurs et les aspects qualitatifs complémentaires qui seront ultérieurement produits avec les MARP constitueront la situation de référence du projet sur laquelle sera basée toute évaluation. Ces outils devraient permettre aussi de produire des données sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés cibles en matière de la nutrition et de la démographie.

4.1. La population d'étude

La population d'étude a été définie par le Projet compte tenu de ses priorités d'intervention. Il s'agit de personnes cibles suivantes :

- les mères des enfants de moins de 24 mois vivants ou celles dont le dernier enfant de moins d'un an est décédé au cours des 12 derniers mois ;
- tout enfant du ménage qui a entre 0 et 59 mois le jour de l'interview.
- les enfants du ménage âgés de 12 à 71 mois.
- les femmes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans.
- les hommes âgés de 15 ans à plus.

4.2. Echantillonnage

La collecte des données doit se faire sur échantillon représentatif de la zone en tenant compte des caractéristiques et spécificités des différentes communautés. Un échantillon représentatif des villages et des ménages à enquêter est tiré par la méthode de sondage aléatoire à deux degrés. Au premier degré de sondage, on tire un échantillon des villages à partir d'une base de sondage des villages dans chaque département d'intervention et au second degré un échantillon des ménages à enquêter. L'échantillon des ménages sera stratifié selon le sexe du Chef du ménage d'une part et de l'autre, le statut socio-

économique du ménage. A l'intérieur de chaque ménage il sera enquêté toutes les personnes éligibles aux critères des questionnaires élaborés à cet effet.

Le principe de la méthodologie de tirage retenue est d'avoir un échantillon probabiliste, c'est-à-dire un échantillon qui donne une chance non nulle à toute unité d'enquête d'être retenue dans l'échantillon.

La taille de l'échantillon de l'enquête a été déterminée en appliquant la formule ci après :

$$\text{Taille échantillon} = \frac{4 \times \text{proportion} \times (1 - \text{proportion}) \times \text{effet du plan de sondage}}{\text{marge d'erreur} \times \text{marge d'erreur}}$$

Proportion = prévalence attendue par ménage (proportion de d'enfants de 0 à 59 mois estimée à partir de EDSN-MICS3, 2006)

Effet du plan de sondage = 2

Marge d'erreur = 0,07

Ce calcul de la taille de l'échantillon a été basé sur un pourcentage attendu de 19,4 % d'enfants de 0 à 59 mois par ménage, avec une erreur de type 1 de 7 % et un facteur de plan de sondage de 2. Sur cette base, il faut 1000 enfants, chiffre qui a été arrondi à 1100 pour tenir compte de la nécessité d'éliminer d'éventuelles données manquantes ou aberrantes. Ainsi donc, 30 villages de 736 ménages ont été retenus pour l'ensemble des trois départements (zones d'intervention du projet).

La base de sondage utilisée pour l'échantillonnage est constituée par des fichiers du dernier recensement général de la population du Niger (RGP/H, 2001), pour les trois départements concernés. Ces fichiers contiennent les listes des villages, et de leurs tailles de population.

4.3. L'équipe de l'étude

L'équipe chargée d'animer cette étude est composée de :

- 1 consultant
- 5 agents de terrain du projet : nouvellement recrutés, la conduite de cette collecte des données les aidera surtout à se familiariser aux questionnements que doit poursuivre la mise en œuvre du projet d'une part et d'autre part ils feront du coup une reconnaissance du terrain ;
- 12 agents venus des différents services techniques à raison d'un participant par service de (développement communautaire, développement

agricole, district sanitaire et population) partenaires du projet au niveau des départements de Aguié, Madarounfa et Tanout.

- 4 représentants des ONGs partenaires (1 par ONG) : AFUA, ANBEF, AREN et VALPRO
- 2 représentants des DRSP (1 par région) de Zinder et Maradi.
- 3 cadres des Ministères (1 par ministère) : MSP, MDA, MP/RS
- 3 assistants techniques du projet et le chef de projet
- Des agents de saisie (4) et des chauffeurs (6 dont 2 par équipe)
- 3 cuisiniers (1 par équipe).

Dans la pratique, trois (3) équipes constituées chacune de 8 enquêteurs et 2 chefs d'équipe ont été formées. Le consultant et le chef de projet ont assuré la supervision générale des enquêtes de terrain.

4.4. Les outils d'enquête et la formation des enquêteurs

L'instrument de base de l'enquête est une série de questionnaires. Il se concentre sur les principaux indicateurs de suivi de la malnutrition (Rapport taille/âge ; rapport Poids/âge et le rapport Poids/taille pour ce qui concerne les enfants ; l'indice de masse corporel IMC pour les adultes) et des caractéristiques démographiques (taille de la population, pourcentage des femmes chef de ménage). Pour toutes variables caractéristiques proposées, un certain nombre d'indicateurs de suivi sont identifiés pour permettre d'avoir des éléments d'appréciation de l'évolution des variables.

Les questionnaires mettent un accent particulier sur les dimensions de genre et même la dynamique démographique. Ils prennent en compte également les aspects de planification familiale et de santé de la mère et de l'enfant.

- le questionnaire ménage
- le questionnaire mère (QM) ;
- le questionnaire pour l'anthropométrie des enfants ;
- le questionnaire pour l'anthropométrie des femmes (IMC) ;
- la fiche ARVA pour les enfants jusqu'à 3 ans ;
- et les questionnaires de planification familiale pour femme (QF) et pour homme (QH).

La formation des enquêteurs a été réalisée à Maradi et a regroupé tous les 25 enquêteurs, tous les 3 représentants des Ministères, ainsi que l'équipe technique du projet (3 assistants techniques et le chef du projet). Elle a comporté des

séances en salle où ont été abordées les questions relatives à l'attitude générale et au comportement des enquêteurs, aux principes de remplissage du questionnaire, à la compréhension du questionnaire ainsi qu'à la traduction du questionnaire en langue nationale. Au cours de la formation, l'enseignement général a permis de donner aux enquêteurs les éléments nécessaires de connaissance sur les objectifs de l'enquête, de telle manière qu'ils puissent répondre aux éventuelles questions des enquêtés. En fin, cette formation en salle a également comporté la présentation des outils de mesure et la démonstration de leur utilisation.

La phase pratique de la formation a comporté une pré-enquête qui a donné l'occasion aux enquêteurs et aux superviseurs de travailler dans le cadre de leurs équipes respectives, pour mettre en pratique toutes les étapes depuis l'introduction dans le village, l'échantillonnage, les interviews et la mesure du poids et de la taille des enfants.

Ces deux activités ont permis de finaliser le questionnaire et de discuter de certaines questions d'organisation pratique de la progression des équipes sur le terrain.

Les questionnaires utilisés sont les résultantes des amendements opérés à la suite de la formation en salle, et à la pré-enquête.

Quant aux équipements de mesure, nous avons utilisé des balances de type Salter à l'état neuf pour peser les enfants et des toises en bois de type UNICEF pour la mesure de la taille. Les balances de type Salter ont une portée de 25 kg et permettent une lecture du poids jusqu'au dixième de kilogramme. Une attention particulière a été donnée aux exigences de vérification de ces balances, de la remise de l'aiguille à zéro et du contrôle de l'exactitude dans chaque village avant de les utiliser.

Toutes les informations ont été données aux enquêteurs pour leur permettre de procéder à de mesures de la taille des enfants répondant aux normes en la matière, puis des démonstrations ont également été faites. Les toises permettent de faire la lecture avec une précision de 0,1 cm.

Le recueil de l'âge a fait l'objet de la plus grande attention, compte tenu de la rareté de documents comportant les dates de naissances précises et des difficultés d'estimation. Les enquêteurs ont reçu la consigne de rechercher avant tout à relever la date exacte de naissance de l'enfant à partir d'un document administratif. Les carnets de consultation prénatale (CPN) sont valides car les informations relatives à la naissance y sont généralement mentionnées

lorsque l'accouchement a été assisté par un agent de santé. Par contre, les livrets de santé qui sont ouverts seulement à l'occasion d'une consultation médicale n'ont pas été acceptés, car l'âge qui y est écrit a souvent été obtenu par interrogatoire rapide de la personne qui présente l'enfant malade. En cas d'indisponibilité d'un document administratif valide, les enquêteurs ont été formés à procéder à une interview pour estimer avec le plus de précision possible l'âge de l'enfant en mois (sans limite de taille). Cela est plus ou moins difficile selon l'âge de l'enfant, mais possible en se servant convenablement d'un calendrier événementiel qui a été préparé pour les enquêteurs.

4.5. Traitement des données

Les fiches de collecte de données ont été quotidiennement vérifiées par les chefs d'équipe avant d'être saisies par les agents de saisie sous le contrôle du consultant et du chef de projet. A cette occasion, nous avons identifié des données manquantes qui ont pu être complétées à temps ou des données aberrantes. Dans l'ensemble, tous ces problèmes ont été considérablement réduits après les 3 premiers jours de terrain.

Au préalable de la saisie des données, les opérations suivantes ont été effectuées. Il s'agit entre autres :

- La codification qui consiste à donner à la réponse de chaque question le numéro de code correspondant à cette réponse ;
- L'élaboration d'un masque de saisie avec le logiciel SPSS et Epiinfo.

En effet, des masques de saisie individuels sur SPSS (Version 10) ont été préparés pour chaque type de questionnaire. Un masque de saisie unique sur EpiInfo (Version 7.04d fr) a été préparé au début de l'enquête sur les données anthropométriques. A la fin de la saisie les différents masques ont été fusionnés pour le besoin du traitement des données.

5. Présentation de la zone du projet PPIND

Pour mener ses activités, le Projet PPIND a choisi de travailler dans trois départements du Niger que sont Aguié, Madarounfa et Nord Tanout. Le projet va toucher 75 communautés dans les trois départements. Ce choix a tenu compte du souci de couvrir un échantillon représentatif des zones agro-écologiques du pays, ainsi que des différentes communautés d'agriculteurs, d'agro pasteurs et de pasteurs de ces départements.

Les trois départements totalisent une superficie de 42 221 km² et une population de 1 055 211 habitants, soit 9,5 % du pays. Cela donne une densité théorique de 25 habitants au Km². Mais ces chiffres cachent des disparités au niveau des trois départements. Tanout est le plus vaste des trois départements avec 35 447 km², alors que Madarounfa et Aguié sont moins vastes avec respectivement 3 773 et 3 001 km². Toutefois, ces deux derniers départements sont fortement peuplés avec environ 716369 habitants pour Madarounfa et Aguié. Ils se distinguent également par leur densité de la population : elle est plus élevée à Madarounfa (116,5), 92,3 hbt/km² à Aguié qu'à Tanout environ 10 habitants/km². On imagine, avec plus de 100 habts/km², la pression que cette population exerce sur les ressources. De même, à Tanout, les communes localisées au Sud sont les plus peuplées : Tanout, Gangara et Olléléwa (Etude état des lieux de la vulnérabilité, Projet APCAN, 2007).

La totalité de cette population est répartie dans 1502 villages administratifs. Elle est composée de Haoussas, Touaregs, Peulhs, Kanouris, Arabes, Toubous.

5.1. Les principaux indicateurs sociaux

Ils font ressortir un fort taux de croissance de la population, d'au moins 2,7% dans la zone d'intervention du projet. Il est le plus élevé à Tanout avec 3,3% (la moyenne nationale) et de même importance à Aguié et Madarounfa (2,7 - 2,8%). Le taux de mortalité infantile est extrêmement élevé partout. Il est de 177‰ à Zinder et de 140‰ à Maradi (EDSN-MICS 3, 2006). Il est à mettre en lien avec les taux de couverture sanitaire encore faibles (34 à 47%), même si le développement des CSI et Cases de santé a amélioré la situation ces dernières années (57 à 66%). Le taux de couverture hydraulique est encore insuffisant puisque seuls 53 à 59 % de la population de ces trois départements ont accès à l'eau potable. Un autre indicateur préoccupant est le taux de scolarité : il fluctue encore entre 50 et 57 % en moyenne. Les filles sont partout les moins scolarisées. Par exemple à Madarounfa, on a des proportions de 57% pour les garçons et 42% pour les filles (pour ces dernières, ce niveau a d'ailleurs sensiblement augmenté ces dernières années avec la sensibilisation opérée par les autorités du pays et des organismes comme l'UNICEF pour la scolarisation de la jeune fille). Ces taux de scolarisation cachent des disparités entre les zones urbaines et les zones rurales : ils sont toujours faibles dans ce dernier secteur, particulièrement en zone pastorale. Il faut aussi noté que le taux d'alphabétisation est encore plus bas, même si on tient compte de l'école coranique. Là également, les femmes sont les moins alphabétisées. Le temps passé à l'école est en moyenne très réduit : peu d'élèves franchissent le niveau du primaire. Ils sont en proportion insignifiante qui arrivent au secondaire et encore moins au supérieur.

5.2. Infrastructures

La zone d'étude comporte des routes bitumées et latéritiques ainsi que des pistes peu carrossables en saison des pluies ; des marchés hebdomadaires actifs pour les échanges commerciaux basés notamment sur les produits agropastoraux et manufacturés ; des infrastructures hydrauliques comme les forages, et des puits traditionnels, d'importants points d'eau pastoraux sont installés, essentiellement dans les zones pastorales et agro-pastorales ; l'adduction d'eau dans les centres urbains. Il y a aussi des abattoirs-séchoirs. On peut aussi signaler l'existence de retenues d'eau réalisées dans le cadre du Programme Spécial du Président de la République. La zone du projet comporte de nombreux établissements scolaires du primaire au secondaire, ainsi que des cadres de formation non formelle, comme les écoles coraniques. Pour le volet santé, la zone PPIND dispose de CSI et cases de santé.

5.3. Zonage agro-écologique

Trois zones agro écologiques sont globalement identifiées dans la zone d'intervention du projet. Il s'agit :

- une **zone agricole** : la pluviosité dépasse 450 mm par an et l'agriculture est l'activité majeure de la population. Elle regroupe les départements de Madarounfa et d'Aguié;
- une **zone agropastorale** où la pluviosité varie de 300 à 450 mm par an. Elle touche la commune de Tarka et une partie de Tanout-commune;
- enfin, une **zone pastorale** dont la pluviométrie est comprise entre 200 et 300 mm/an. Elle concerne la partie nord du département de Tanout plus précisément la commune de Tenhya et la partie nord de la commune de Tarka.

5.4. Activités de la population

L'agriculture est dominée par les cultures pluviales que sont le mil, le sorgho, le niébé, l'arachide et le souchet (ces deux dernières cultures seulement importantes dans le département de Madarounfa). On rencontre aussi une grande diversité d'autres produits comme le voandzou, le sésame, le gombo, l'oseille, des cultures maraîchères, des tubercules (manioc, patate douce), etc.

Cette agriculture est extensive avec des rendements extrêmement bas : de 400 à 600 kg/ha pour le mil ; 200 à 500 kg/ha pour le sorgho, 125 à 250 kg/ha pour

le niébé, un peu plus de 600 kg/ha pour l'arachide. En examinant les données de ces cinq dernières années, on constate, comme partout ailleurs au Niger, que l'augmentation de la production (lorsque c'est le cas, puisqu'en 2004, il y a eu plutôt baisse drastique de la production partout) est due à un accroissement des superficies emblavées, et non par suite d'une amélioration de la productivité. De fait, cette agriculture est tributaire des facteurs biophysiques et utilise très peu d'intrants modernes (semences améliorées, outils aratoires modernes, engrais minéraux, pesticides, etc.). Les performances de l'agriculture sont encore plus médiocres en zone agro-pastorale (Nord Tanout). En toutes zones, la pauvreté des sols constitue l'une des contraintes majeures de cette activité.

La seconde activité de la zone d'étude est l'élevage (il est dominant en zone pastorale, très important en zone agropastorale) de Tanout. Les espèces élevées sont les bovins, les ovins, les caprins, les camelins, les asins et la volaille. Les chevaux sont peu représentés. Il s'agit d'un élevage extensif, transhumant ou sédentaire selon les régions. De nombreux points d'eau sont réalisés, notamment au Nord Tanout pour soutenir cette activité. Les autres activités économiques sont l'artisanat, le petit commerce, etc.

5.5. Potentialités et contraintes

La zone d'intervention du Projet PPIND est caractérisée par une faible densité de la population dans le département de Tanout et une très forte densité dans celui de Madarounfa et d'Aguié. La zone connaît une rapide croissance démographique (2,7 à 3,3% par an), ce qui se traduit par des effets pervers comme la surexploitation des ressources naturelles, la raréfaction et la dégradation de ces dernières, la baisse drastique des bases productives des systèmes de production, et ce d'autant plus qu'ils sont extensifs. La zone d'étude a une pluviométrie qui varie de 200 à plus de 800 mm/an, ce qui, couplé aux activités dominantes de la population, a permis de proposer un zonage agro écologique suivant : une zone pastorale au Nord, une zone agropastorale intermédiaire et une zone agricole au Sud. Des potentialités réelles existent pour une amélioration des conditions de vie des populations, mais aussi des contraintes qui paraissent neutraliser ou limiter les efforts consentis par la population, les pouvoirs publics et les partenaires au développement pour y parvenir.

Les potentialités et contraintes liées aux départements d'intervention du projet PPIND peuvent se résumer comme suit :

DEPARTEMENT	POTENTIALITES	CONTRAINTES
AGUIE	<p>Une disponibilité en main d'œuvre</p> <p>L'existence de trois projets PAC, PPILDA, SBI à objectifs multi sectoriels</p> <p>L'existence des ONG (SAVE THE CHILDREN, CARE INTERNATIONAL) et des ONG locales.</p> <p>Les terres sont à vocation agricole</p> <p>Une bonne culture en matière de production animale (embouche, élevage au piquet)</p> <p>L'existence de quelques mares saisonnières</p> <p>L'existence de la vallée du Goulbi Kaba et possibilités d'aménagement des terres à des fins agricoles</p> <p>Pratique des cultures de rente (souchet, arachide, sésame, niébé) et de la culture maraîchère sur les sites aménagés</p> <p>Proximité avec le Nigeria (possibilité de développer des échanges commerciaux)</p> <p>Existence de 4 pistes rurales favorisant les échanges</p> <p>Eveil des consciences des populations élevé</p> <p>Bonne réappropriation et application des techniques modernes dans leurs pratiques quotidiennes</p> <p>Existence de plusieurs marchés hebdomadaires importants.</p> <p>Existence des Structures organisées des jeunes et des femmes</p> <p>Bonne couverture de réseau aérien de communication</p> <p>Bonne couverture radio (radios nationales et privées)</p>	<p>Insuffisance des terres de cultures et la non fertilité des sols</p> <p>Faible productivité des sols</p> <p>Sous utilisation de la force de travail agricole</p> <p>Manque de jachère</p> <p>Forte pression humaine sur les ressources naturelles</p> <p>Faible pouvoir d'achat des populations</p> <p>Aléa climatique incontrôlé</p> <p>Enclavement de certaines zones</p> <p>Insuffisance des eaux de surface</p> <p>Insuffisance des aires de pâturage</p> <p>Nappe dans la bande SUD Ouest</p> <p>Artisanat peu développé</p> <p>Couverture sanitaire et en eau encore en déca des attentes.</p>

DEPARTEMENT	POTENTIALITES	CONTRAINTES
MADAROUNFA	<ul style="list-style-type: none"> - Important potentiel agricole (cultures pluviales et possibilités d'irrigation, avec la présence du Goulbi) ; - Couverture du département par un encadrement technique ancien et actif : adoption de la culture attelée, bonne diffusion des charrettes, etc. - Existence de nombreux projets et ONGs de développement sectoriels et multisectoriels, en plus des structures d'encadrement étatiques ; - Proximité de la CU de Maradi et le Nigeria - Bonne couverture de réseau aérien de communication - Bonne couverture radio (radios nationales et privées) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dégradation des sols ; - Rapide augmentation de la population - Faiblesse de variétés améliorées et de pesticides ; - Etranglement des exploitations agricoles du fait d'une forte densité de la population ; - Appauvrissement des sols - Etc.

DEPARTEMENT	POTENTIALITES	CONTRAINTES
TANOUT	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des terres agricoles et pastorales à la fois (zones pastorale et agropastorale et agricole) ; - Disponibilité du cheptel ; - Existence des centres d'échange (marchés) : dans les communes du Sud ; - Existence des sites aménageables pour les cultures de contre saison au Sud ; - Existence de nombreux projets et ONGs de développement sectoriels et multisectoriels, en plus des structures d'encadrement étatiques ; - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la pluie ; - Rétrécissement des aires pastorales entraînant souvent des conflits agriculteurs éleveurs ; - Ensablement des mares ; - Baisse de la productivité des sols ; - Faible productivité du cheptel ; - Insuffisance des points d'eau de consommation et d'abreuvement ; - Insuffisance des couloirs de passage reliant la partie pastorale à la zone sud ; - Faible organisation des producteurs ; - Faible capacité d'adaptation des producteurs aux crises (vente de paille, exode et vente de bétail) ; - Forte pression des ravageurs des cultures - Bonne couverture de réseau aérien de communication - Bonne couverture radio (radios nationales et privées)

CHAPITRE 2. IDENTIFICATION ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Les caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages (Statut matrimonial, natalité, structure par âge et sexe, taux de fréquentation scolaire, niveau d'instruction scolaire) ont été collectées et analysées. L'objectif de ce chapitre est de présenter un profil des ménages et certaines conditions de vie des ménages ciblés par l'enquête. Une telle description est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socioéconomiques (les mois d'auto approvisionnement du système primaire de bien-être ; la production de denrées de base ; la diversité des repas etc.) et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population.

1. STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION

Dans les 628 ménages enquêtés avec succès (taux de réponse de 97,7 %), 5126 personnes résidentes de fait ont été dénombrées, c'est-à-dire que ces personnes ont passé la nuit ayant précédé l'enquête dans le ménage sélectionné, même si celui-ci n'est pas leur résidence habituelle. En premier lieu, on peut constater au tableau 2.1 un déséquilibre de la structure par sexe. En effet, le rapport de masculinité qui est de 96 hommes pour 100 femmes indique une sous représentation des hommes par rapport aux femmes. Ce rapport de masculinité est supérieur à celui donné par l'enquête l'EDSN 2006 qui était de 90 hommes pour 100 femmes. Cette sous-représentation des hommes par rapport aux femmes est sans nul doute la résultante des phénomènes migratoires qui touche essentiellement les hommes.

En outre, l'examen de la structure par âge (Tableau 1.1) révèle que la population de la zone d'intervention du projet est jeune : 57 % ont moins de 15 ans et seulement moins de 4 % ont plus de 65 ans. Cette extrême jeunesse de la population, concorde globalement avec les résultats observés lors des différentes enquêtes réalisées ces dernières années (EDSN 1992 ; EDSN-MICS III 2006). L'allure de la pyramide des âges (Figure 2.1) qui présente une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés rend compte de la jeunesse de cette population. Cette forme de la pyramide des âges est également caractéristique des populations à forte fécondité et à mortalité élevée.

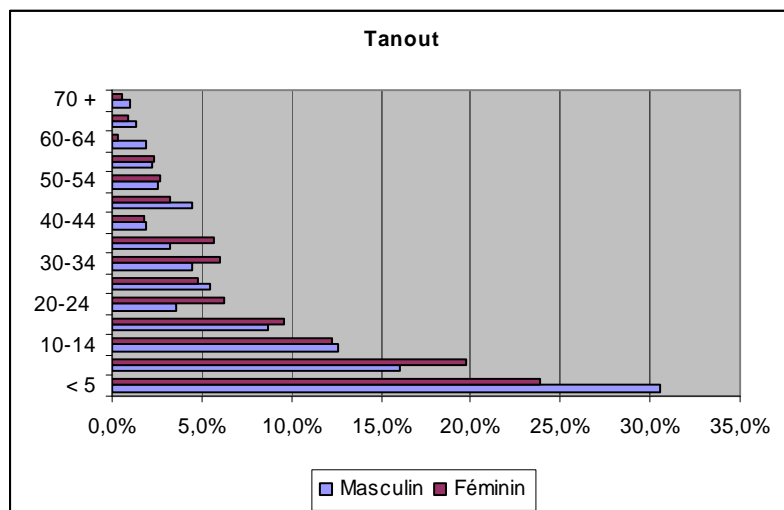
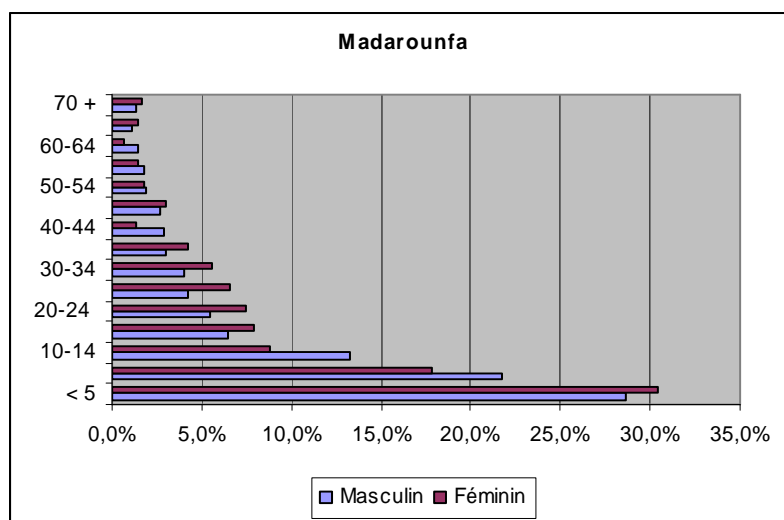
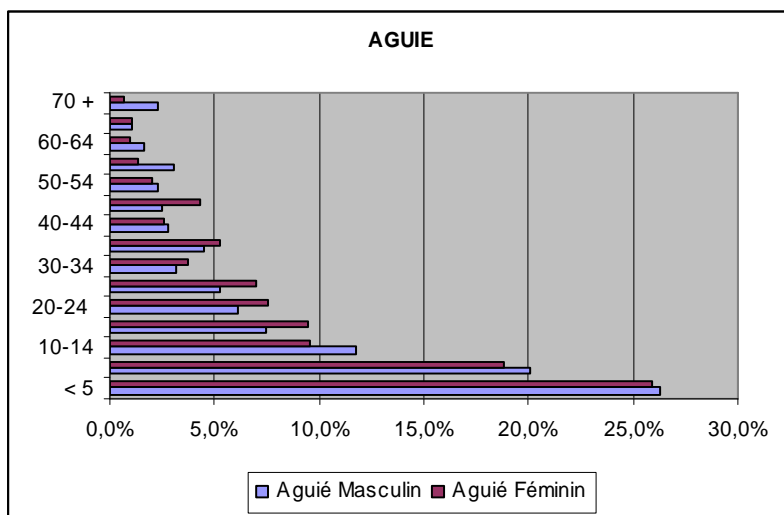


Figure 2.1 : Profil des âges de la population des trois départements

Tableau 2.1 Population des ménages							
Fréquence et pourcentage (%) de la population des ménages par groupe d'âge quinquennal, selon le département et le sexe							
Caractéristiques	Aguié		Madarounfa		Tanout		National EDSN-MICS3
Groupe d'âges	Freq	%	Freq	%	Freq	%	%
< 5	511	26	737	29,4	175	27,0	20,3
5-9	380	19,4	493	19,7	116	17,9	19,4
10-14	208	10,6	275	11,0	80	12,3	14,5
15-19	167	8,5	183	7,3	59	9,1	7,1
20-24	133	6,7	161	6,4	32	4,9	5,9
25-29	120	6,1	137	5,4	33	5,1	6,0
30-34	68	3,4	119	4,7	34	5,2	4,8
35-39	96	4,9	90	3,6	29	4,5	4,3
40-44	52	2,6	52	2,0	12	1,8	3,6
45-49	66	3,3	72	2,9	25	3,8	2,9
50-54	42	2,1	46	1,8	17	2,6	3,1
55-59	43	2,1	39	1,5	15	2,3	2,3
60-64	25	1,2	26	1,0	7	1,0	2,2
65-69	20	1,0	32	1,2	7	1,0	1,4
70 +	29	1,4	37	1,4	5	0,8	2,3
NSP/ND	1	0,05	4	0,1	1	0,1	0,0
Total	1961	100	2501	100	648	100	100
Sexe	%		%		%		%
Masculin	49,6		48,5		48,0		47,4
Féminin	50,4		51,5		52,0		52,6
Total	100		100		100		100
Rapport de masculinité	0,99		0,95		0,93		0,90

2. TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

2.1. Sexe du chef de ménage

Les résultats du tableau 2.2 révèlent que dans l'ensemble, au niveau des trois départements, l'essentiel des ménages sont dirigés par des hommes. En effet, 94,5% des ménages ont, à leur tête, un homme. Néanmoins, on note 5,6 % des ménages sont dirigés par une femme. C'est à Aguié que cette proportion est la plus faible (3,4 %) suivie du département de Madarounfa (5,6 %). A Tanout nord le pourcentage des femmes chef de ménage (11,4 %) est plus élevé que dans les deux autres départements deux fois et trois respectivement que Madarounfa et Aguié.

Tableau 2.2 Composition des ménages				
Répartition des ménages par sexe du chef de ménage				
Effectif de personnes habituellement nourries par le ménage				
Taille du ménage, selon le département.				
Caractéristiques des ménages	Aguié	Madarounfa	Tanout (nord)	Zone PPIND
Sexe du chef de ménage				
Masculin	96,6	94,5	88,6	94,4
Féminin	3,4	5,6	11,4	5,6
Effectif des résidents habituels par ménage				
1	4	7	1	12
2	5	12	5	22
3	18	19	11	48
4	17	32	11	60
5	11	20	11	55
6	28	33	11	72
7	24	26	9	59
8	22	24	7	53
9 +	85	132	22	239
Taille moyenne du ménage	8,2	8,4	6,5	8,0

Comparé aux résultats nationaux de l'EDSN 2006 où 19 % des ménages sont dirigé par les femmes, les départements d'intervention du projet PPIND présentent des taux faibles par rapport à la norme nationale. La représentativité des femmes au devant des ménages est plus faible en zone agricole (Madarounfa et Aguié) qu'en zone pastorale (nord Tanout). En milieu pastoral, cette forte représentation des femmes en tant que chef de ménage s'expliquerait, en grande partie, par la définition du ménage qui se réfère au statut de résidence. Par exemple, un homme polygame est recensé comme étant chef de ménage seulement chez sa première épouse, alors que les autres épouses sont considérées comme chef de ménage dans le cas de résidence séparées, même si le mari dort chez elle de façon tournante.

2.2. Taille des ménages

En outre, le tableau 2.2 présente également la taille moyenne des ménages. On constate que les ménages de la zone d'intervention du projet PPIND sont de grande taille : un ménage compte, en moyenne, 8 personnes. La dispersion autour de la moyenne est assez importante puisque 38,5 % des ménages compte 9 personnes ou plus. La taille des ménages dans les départements d'Aguié (8,2 %) et Madarounfa (8,4 %) est plus élevée que celle des ménages du département de Nord Tanout : 8 contre 6,5 personnes en moyenne.

À l'EDSN-II de 2006, la moyenne nationale était de 6,1 personnes, ce qui montre que les départements de Madarounfa et Aguié sont parmi les plus denses du Niger. En effet, ces deux départements présentent respectivement 116,5 et 92,3 hbt/km² (Etude Etat des lieux de la vulnérabilité APCAN, 2007). Cette forte densité peut être mis en relation avec la position écologique de ces départements qui sont situés dans la zone agricole du Niger.

2.3. Mode de vie et ethnie des membres du ménage

L'enquête de base révèle que la population de la zone d'intervention du projet est représentée dans sa grande majorité par des sédentaires 95,3% de la population totale enquêtée (Tableau 2.3). Cependant, cette représentation n'est pas uniforme d'un département à un autre. Les départements de Aguié et de Madarounfa renferment respectivement 95 et 98 % de sédentaires, tandis que la zone nord Tanout est constituée de plus de 88% de nomade. Cette représentation est en conformité avec le zonage agro-écologique.

Les ethnies rencontrées dans la zone d'intervention du projet sont : les haoussa pour plus de 88 % dans les départements de Aguié et Madarounfa et 35 % à Tanout, ensuite vient les peulhs 20 % à Tanout et autour de 7 % dans les départements de Aguié et Madarounfa. Les Kanouris occupent la troisième place avec un taux de 31 % dans le département de Tanout. Les touaregs, ils sont 13,5% à Tanout et moins de 3 % dans les deux autres départements. En fonction des départements, les haoussas et les peulhs sont majoritaires dans les deux départements Aguié et Madarounfa. Les touaregs se rencontrent plutôt dans la zone nord Tanout avec un effectif double de celui des départements de Madarounfa et d'Aguié. Quant aux Kanouris on les rencontre essentiellement dans la partie nord du département de Tanout.

Tableau 2.3 : Ethnie et mode de vie de la population						
Caractéristiques des ménages	Aguié		Madarounfa		Tanout (nord)	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Mode de vie						
Sédentaire	1921	98,2	2377	95,0	573	88,6
Nomade	35	1,8	125	5,0	73	11,4
Ethnie du chef du ménage						
Arabe	1,8	36	1,8	43	0,15	1
Haoussa	88,0	1721	89,2	2234	35,0	226
Peulh	7,6	149	7,0	173	20,1	130
Touareg	2,4	47	2,0	52	13,4	87
Kanouri	0,2	3	-	-	31,2	202
Autres	-	-	-	-	0,15	1
Ensemble	100	1956	100	2502	100	646

3. NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Au cours de l'enquête ménage, des informations relatives au niveau d'instruction atteint et à la dernière classe achevée à ce niveau ont été collectées pour toutes les personnes âgées de 6 ans et plus recensées dans le ménage. L'instruction de la population et surtout celle des femmes est un déterminant important des conditions de vie des ménages, du comportement procréateur, du recours à la contraception moderne, du comportement en matière de santé, de la scolarisation des autres membres du ménage, ainsi que des habitudes en matière d'hygiène et de nutrition.

Les résultats globaux de l'enquête sont consignés au tableau 2.4. On constate que le niveau d'instruction de la population de la zone du projet est encore faible car plus de 31 % sont sans aucune instruction. Moins de 2 % des enfants ont fini leur cycle primaire et 0,4 % le cycle secondaire. Dans la zone 2 % seulement des personnes enquêtées déclarent être alphabétisées. On note cependant un taux de 15,5 % de personnes qui ont une instruction coranique.

Tableau 2.4 : Niveau d'instruction global dans la zone PPIND Répartition en pourcentage des personnes selon le niveau d'instruction	
Aucune instruction	31,4
Primaire en cours	10,5
Primaire incomplet	4,5
Primaire complet	1,9
Secondaire incomplet	2,8
Secondaire complet	0,4
Supérieur	0,1
Coran	15,5
Alphabétisation	2,2
Tifinagh	0,8
Non applicable	30,1

Les résultats désagrégés par groupe d'âge, par département et par sexe sont donnés au tableau 2.5. L'examen des résultats selon l'âge met en évidence une nette amélioration du niveau de scolarisation des générations récentes par rapport aux anciennes. En effet, la proportion des personnes sans niveau d'instruction est passée de 78,7 % chez ceux âgés de 70 ans et plus à 29 % chez ceux de 10-14 ans.

En dehors de l'éducation formelle, l'instruction par le coran mobilise beaucoup plus de personne que l'alphabétisation.

Les disparités entre les départements est faible, en effet le pourcentage de personnes non instruite est sensiblement le même à Aguié et dans la partie nord du département de Tanout. La situation n'est pas également très différente à Madarounfa qui présente un pourcentage moyen des deux autres départements (29,1 %). On note Madarounfa une proportion double pour ce qui concerne l'instruction par le coran que dans les départements de Aguié et Tanout.

En fonction du sexe, on constate que les femmes sont moins instruites que les hommes. En effet, on note 65 % des femmes sans aucune instruction contre 35 % d'hommes. Cette différence est aussi vraie que quel que soit le niveau atteint.

Tableau 2.5 Niveau d'instruction des membres du ménage

Répartition (%) de la population des ménages âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint et selon le département

Caractéristiques	Aucune instruction	Primaire en cours	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	Coran	Alphabétisation	Tifinagh	NA	Total	Effectif
Groupes d'âges													
6-9	30,1	39,2	1,6	0,1	0,1	-	-	9,7	0,5	1,2	17,4	100	816
10-14	29	29,2	8,6	3,5	6,9	0,3	-	20,7	0,2	0,8	0,8	100	648
15-19	37,8	2,6	9,8	4,0	13,3	2,3	0,3	28,8	0,3	0,3	0,6	100	347
20-24	43,7	0,6	10,5	5,6	5,9	0,3	0,3	29,4	3,1	-	0,6	100	323
25-29	41,0	0,9	11,2	5,6	4,0	1,2	-	31,4	4,0	-	0,6	100	322
30-34	55	1,8	5,9	3,6	2,3	0,9	-	27,5	2,3	0,5	0,5	100	222
35-39	57,7	1,4	6,8	1,4	1,4	-	0,5	20,9	9,1	0,5	0,5	100	220
40-44	55,6	0,6	5,8	2,9	2,3	0,6	-	19,9	11,7	-	0,6	100	171
45-49	55,4	0,8	3,3	2,5	4,1	-	-	24,0	9,1	-	0,8	100	121
50-54	72,5	-	1,9	1,9	-	-	-	18,1	5,6	-	-	100	160
55-59	65,2	-	4,5	-	-	-	-	21,3	9,0	-	-	100	89
60-64	67,9	-	1,2	-	1,2	-	-	23,8	2,4	2,4	1,2	100	84
65-69	78,9	-	2,1	-	-	-	2,1	14,9	-	-	2,1	100	47
70 +	78,7	0,8	1,7	-	-	-	-	23,1	2,5	-	9,9	100	121
Total													
Départements													
Aguié	33,5	12,7	4,5	2,9	2,4	0,2	0,2	12,0	2,1	1,0	28,5	100	1960
Madarounfa	29,1	9,0	3,8	1,0	2,7	0,4	0,0	20,0	1,9	0,9	31,2	100	2519
Tanout nord	33,7	9,4	6,8	2,3	4,2	0,6	0,0	9,0	3,2	0,3	30,4	100	647
Sexe													
Masculin	34,9	61,5	59,4	75,0	75,5	88,9	50,0	57,5	52,3	46,5	48,6	-	2510
Féminin	65,1	38,5	40,6	25,0	24,5	11,1	50,0	42,5	47,7	53,5	51,4	-	2616
Total													

NA= NON APPLICABLE

4. STATUT DE VULNERABILITE DES MENAGES

La vulnérabilité d'une population est l'ensemble des facteurs qui font que des personnes risquent de connaître l'insécurité alimentaire, y compris les facteurs qui affectent leur capacité à affronter les difficultés qu'elles rencontrent. Cette vulnérabilité peut être estimée par l'analyse des mécanismes d'adaptation et de réaction mis en œuvre en réponse à une situation difficile (vulnérabilité conjoncturelle) et c'est lorsque ces mécanismes ne sont pas efficaces que les populations entrent dans une situation de vulnérabilité permanente ou chronique. Les populations locales ont apporté une contribution essentielle dans la classification des ménages selon leur propre conception de niveau de vulnérabilité (vulnérabilité déclarée). C'est ainsi que dans chaque village enquêté, tous les ménages ont été recensés et classifiés en niveaux de vulnérabilité définie par les populations elles-mêmes.

Un certain nombre d'indicateurs permettent de mesurer la sécurité alimentaire : les mois d'auto approvisionnement du système primaire de bien-être ; la production de denrées de base ; L'efficacité des stratégies de survie, la diversité des repas, la disponibilité calorifique *per capita*, une consommation alternative (ex. Nombre de plats/jour), et l'état nutritionnel général.

En fonction de ces critères et en fonction des villages (car les critères varient d'un village à un autre), les ménages ont été classés suivant ces quatre classes :

- Les ménages moyennement vulnérables (A) ;
- Les ménages vulnérables (B) ;
- Les ménages très vulnérables (C) ;
- Les ménages extrêmement vulnérables (D).

Notons que tous les villages n'ont pas les mêmes critères et types de vulnérabilités. Dans d'autres villages la classification s'arrête aux trois niveaux.

Le tableau 2.6 résume les résultats relatifs au statut de vulnérabilité des ménages enquêtés. Dans les trois départements constituant la zone d'intervention du projet PPIND, le pourcentage des personnes très vulnérables est de 47,3 % pour seulement 10,5 % des ménages moyennement vulnérables. Les ménages vulnérables à très vulnérables sont de l'ordre de 89 % dans la zone PPIND.

Cette enquête montre qu'il existe d'importantes variations en termes de vulnérabilité entre les ménages d'un même village d'un même département ou d'une même zone agro-écologique. En effet, on constate qu'il ya beaucoup plus de ménages vulnérables à très vulnérables dans les départements de Aguié puis Madarounfa que dans celui de Tanout.

Tableau 2.6 : Statut de vulnérabilité déclarée des ménages Répartition en pourcentage des ménages en fonction de la vulnérabilité déclarée				
Statut de vulnérabilité	Aguié	Madarounfa	Tanout (nord)	Total Zone PPIND
Moyennement vulnérables (A)	9,0%	9,2%	19,3%	10,5 %
Vulnérables (B)	29,1%	33,3%	28,4%	31,1 %
Très vulnérables (C)	35,9%	55,6%	48,9%	47,3 %
Extrêmement vulnérables (D)	26,1%	2,0%	3,4%	11,1 %
Total	100	100	100	100

5. FREQUENTATION DES CENTRES DE SANTE

L'accès de la population aux soins de santé est l'un des axes prioritaires du plan de développement sanitaire du Niger. Ainsi, au cours de l'enquête, on a cherché à connaître la fréquentation des centres de santé par les membres du ménage. Les types de maladies, les centres fréquentés si oui et si non la principale raison.

Tableau 2.7 : Fréquentation des centres de Santé	
Aguié	86,1 %
Madarounfa	90,5 %
Tanout	69,5 %

Les résultats sont présentés au tableau 2.7. On constate que la fréquentation des centres de santé par la population est au delà de 90% à Madarounfa. Elle est de 86 et 69,5 % à Aguié et Tanout respectivement. Les centres de santé fréquentés sont les CSI et les cases de santé les plus proches des villages. Pour ceux qui ne se présentent pas au centre de santé les raisons les plus avancées

sont l'automédication et souvent l'éloignement des structures de santé au cas où le village n'en dispose pas.

Les maladies déclarées vont du simple maux de tête aux maladies plus compliquées comme le paludisme, les problèmes cardiaques etc.. Le tableau 2.8 résume les principales maladies les plus citées par les personnes enquêtées. On constate que le paludisme vient en tête des maladies usuelles (plus de 50 % à Aguié et Tanout). Pour ce qui concerne la fièvre, c'est un symptôme associé à plusieurs maladies qui est le plus souvent cité en association avec d'autres. La diarrhée également est citée en troisième position. Souvent on la retrouve citée avec la fièvre.

Tableau 2.8 : Type de principales maladies déclarées			
Répartition en pourcentage des maladies les plus fréquentes dans la zone du projet			
Maladies	Aguié	Madarounfa	Tanout (nord)
Paludisme	51,3	27,0	58,3
Fièvre	4,9	23,4	5,0
Toux	1,2	3,3	2,1
Diarrhée	7,5	3,7	3,3

6. PREVENTION ET GESTION DES CRISES ALIMENTAIRES

A la question relative aux chocs enregistrés ces douze derniers mois, 53,4 % des ménages questionnés déclarent avoir été touchés par une crise quelconque à Aguié, près de 60 % à Madarounfa et plus de 85 % à Tanout (Tableau 2.9).

Tableau 2.9 : Pourcentage des ménages ayant subis des chocs ces 12 derniers mois	
Aguié	53,4 %
Madarounfa	59,8 %
Tanout	85,2 %

La figure 2.2 montre les différents types de chocs ayant frappé les ménages enquêtés au cours des douze derniers mois. La crise alimentaire, les inondations et les épizooties ont touchés l'ensemble des trois départements à des degré variés. 50 % de ménages ont été confrontés une crise alimentaire dans le département de Madarounfa qui enregistre également le taux d'épidémies le plus élevé (environ 70%) ainsi que celui des incendies et des vols. Ces chocs dépendent d'un département à un autre. En effet, la structuration des département sont différents l'une des zone (nord Tanout est pastorale) tandis que les deux autres départements sont agricoles et très dense sur le plan population.

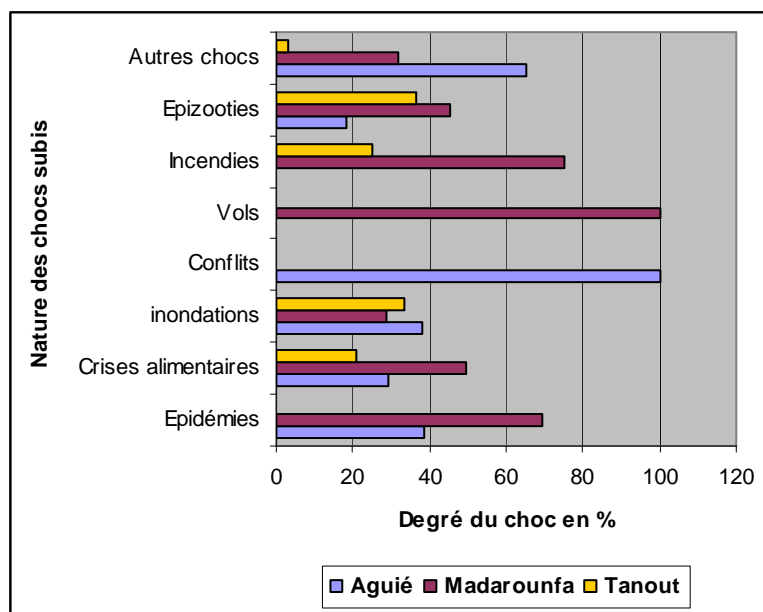


Figure 2.2 : Nature et amplitude des chocs subis par les ménages selon le département

Les différentes réponses d'atténuation apportées lors des ces crises sont entre autres l'aide d'urgence pour près de 50% à Aguié, 35% à Madarounfa et 16% à Tanout comme le démontre la figure 2.3.

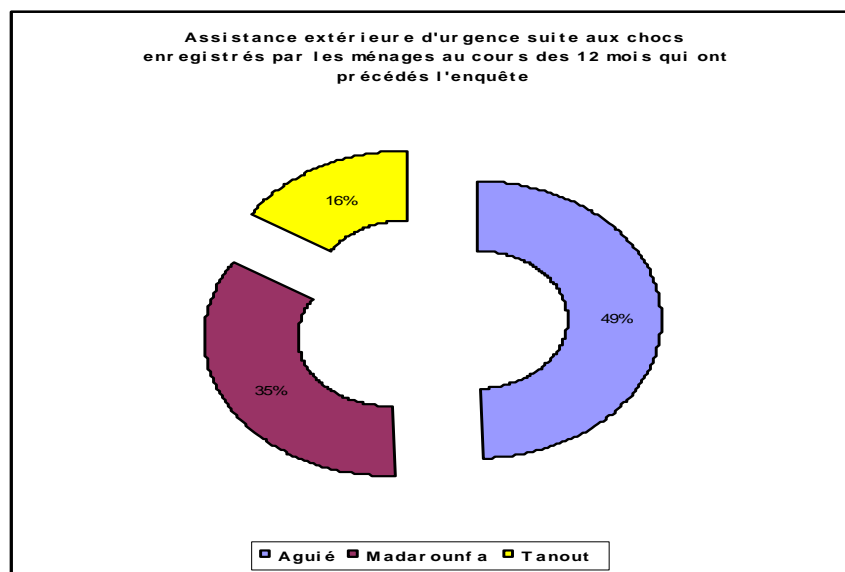


Figure 2.3 : Assistance d'urgence en cas de crise

Dans les trois départements, l'assistance d'urgence provenait de plusieurs donateurs. Il s'agissait de l'Etat, des ONGs, des amis, des parents, des projets etc. Les différents types d'aide sont résumés au tableau 2.10.

Tableau 2.10 : Type d'aide reçues	
Aide alimentaire	13,1 %
Médicaments	1,1 %
Aide financière	1,6 %
Aide matérielle	0,8 %
Autres aides	9,8 %
Aide extérieure d'urgence	20,6 %

Dans la majorité des cas les bénéficiaires étaient contents de recevoir cette aide qui les a permis de traverser des moments difficiles.

CHAPITRE 3. PLANIFICATION FAMILIALE

Au Niger, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la faible croissance économique contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Un des objectifs du projet PPIND est de mettre au point des stratégies et méthodes d'approche pour contribuer à la résolution des problèmes démographiques en milieu rural. La fécondité, comme composante majeure de cette évolution, est au centre de toutes les préoccupations. Au Niger, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde.

L'enquête de base du projet PPIND a collecté des informations sur les méthodes contraceptives pour connaître les niveaux actuels et les éventuelles modifications intervenues au cours des dernières années en matière d'utilisation contraceptive. Ainsi, les sujets suivants ont-ils été abordés par l'enquête :

- la connaissance et la pratique passée et présente de la contraception ;
- les sources d'approvisionnement en contraception ;
- l'utilisation passée et actuelle de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;
- les opinions sur la sexualité, la fécondité et mariage précoce.

1. CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire de l'enquête peuvent être classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplan), le condom masculin, les méthodes vaginales (spermicides) et la pilule du lendemain ;
- les méthodes naturelles, comprenant, l'Allaitement, la continence périodique et le coït interrompu ;
- les méthodes, traditionnelles, comme les décoctions, les gris-gris, les amulettes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Les résultats présentés au tableau 3.1 montrent que la zone du projet PPIND, 66 % femmes et 68 % des hommes ont entendu parler des méthodes contraceptives quelconques. Selon le département, c'est celui de Madarounfa qui enregistre le taux le plus élevé de femmes et d'hommes ayant entendu parler des méthodes contraceptives avec une prévalence de près de 74 %. Les femmes, les moins informées de ces méthodes résident dans le département d'Aguié (55 %) et les hommes les moins informés dans celui de Tanout. On constate que le statut de vulnérabilité ne joue pas sur la connaissance ou pas des méthodes de planification familiale.

Tableau 3.1 Connaissance et utilisation de la contraception						
Pourcentage de femmes et hommes connaissant au moins une méthode de planification familiale, ayant utilisé ou utilisent actuellement une méthode de planification familiale selon la tranche d'âge, le département et le statut de vulnérabilité						
Caractéristiques sociodémographiques	Ont entendu parler des méthodes de PF		Ont déjà utilisé des méthodes de PF		Utilisent actuellement des méthodes de PF	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Tranche d'âges						
15-19	41,1	41,9	11,9	4,5	2,7	3,1
20-24	71,2	45,6	25,5	7,4	18,6	2,5
25-29	73,6	69,9	33,6	18,8	16,2	17,5
30-34	69,2	81,7	33,8	30,5	11,3	31,4
35-39	69,3	83,3	26,4	25,8	15,1	21,6
40-44	70,8	81,8	9,5	28,6	2,2	20,5
45-49	47,2	78,8	11,8	33,3	3,1	23,7
50 et +	-	63,1	-	13,2	-	8,9
Départements						
Aguié	54,0	66,2	12,4	10,8	7,6	8,4
Madarounfa	73,6	73,3	21,0	18,8	10,0	12,1
Tanout	60,0	56,5	8,2	10,9	3,5	6,5
Statut de vulnérabilité déclarée						
Ext. Vulnérable	48,0	61,1	9,1	16,0	5,9	5,0
Très vulnérable	71,1	71,1	23,7	20,4	12,9	15,6
Vulnérable	62,8	68,2	29,0	21,2	9,5	16,4
Peu vulnérable	57,9	61,5	26,2	20,0	11,9	12,9
Ensemble PPIND	65,1	65,1	16,5	14,5	8,5	9,9

En ce qui concerne la connaissance des méthodes de contraception, les résultats sont donnés au Tableau 3.2. Si l'on fait un regroupement des méthodes on constate que les méthodes dites modernes sont connus seulement de 20 % des femmes et 15,7 % des hommes enquêtés. Parmi ces méthodes modernes la pilule reste la méthode la plus connue avec un taux de 83 % pour les femmes et 69 % chez les hommes.

Les méthodes dites naturelles sont paradoxalement les moins connues (0,2 %). Même l'allaitement exclusif prolongé n'est connu que de moins d'1% de femmes et d'hommes comme méthode contraceptive.

Enfin, les méthodes dites traditionnelles sont les plus connues des femmes enquêtées (38,7 %) et des hommes (32 %). Et parmi ces méthodes les gris-gris

et les amulettes sont les plus cités avec un taux de 42 à 46 % chez les femmes et d'environ 40 % chez les hommes.

Tableau 3.2 : Méthodes de contraception			
Répartition (%) des femmes et des hommes en fonction de connaissance des méthodes contraceptives			
	Méthodes contraceptives	Femmes (%)	Hommes (%)
Méthodes modernes	Pilule	83,0	69,0
	DIU	6,1	3,4
	Injectable	65,8	39,2
	Condom	4,0	12,8
	Spermicide	0,3	0,2
	Norplan	0,0	0,0
	Ligature des trompes	0,3	0,5
	Vasectomie	0,6	0,3
	<i>Ensemble</i>	<i>20,0</i>	<i>15,7</i>
Méthodes naturelles	Abstinence totale	0,3	2,7
	Rythme/abstinence périodique	0,0	1,5
	Allaitement exclusif	0,6	0,7
	Coït interrompu	0,0	0,5
	<i>Ensemble</i>	<i>0,2</i>	<i>1,4</i>
Méthodes traditionnelles	Gris-gris	42,4	39,5
	Amulettes	45,9	38,9
	Décoctions	27,9	17,5
	<i>Ensemble</i>	<i>38,7</i>	<i>32,0</i>

2. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Le tableau 3.1 fournit également la prévalence contraceptive passée et actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes et des hommes qui avez déjà utilisé ou qui utilisent actuellement une méthode de contraception.

Dans l'ensemble, 25 % de femmes et 20 % d'hommes répondent avoir déjà utilisé une méthode de contraception. Le pourcentage par département est de 23, 28 et 14 % à Aguié, Madarounfa et Tanout respectivement pour les femmes.

Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont données au Tableau 3.3. Il s'agit de la pilule, des injectables et des gris-gris et amulettes.

Pour les femmes, la fréquence d'utilisation était à plus de 60 % de manière régulière pour les trois méthodes (pilule, injectables et gris-gris et amulettes). L'appréciation était aussi très satisfaisante (près 80 %) pour la pilule et les injectables. Pour les gris-gris et amulettes, l'appréciation variait de très satisfait à pas satisfait (autant de femmes satisfaites que de femmes non satisfaites). En ce qui concerne la justification de l'appréciation de ces méthodes par les femmes elle varie des espacement des naissances confirmé pour la pilule et les injectables à l'espacement des naissances non confirmé car des grossesses sont intervenu malgré l'utilisation des gris-gris et autres amulettes.

Tableau 3.3 : Utilisation de la contraception								
Méthodes	Utilisation passée				Utilisation actuelle			
	Fréquence		Appréciation		Fréquence		Appréciation	
	Régulièrement		Très satisfait		Régulièrement		Très satisfait	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Pilule	68,9	34,3	77,8	42,0	63,2	47,1	84,2	47,1
Injectables	62,2	29,3	89,5	39,0	76,9	35,3	92,3	43,8
Gris-gris	52,9	35,3	29,4	38,2	57,1	38,5	50,0	41,7
amulettes	-	32,5	-	48,8	61,1	50,0	77,8	61,1

Actuellement, 11,4 % des femmes utilisent dans l'ensemble une méthode contraceptive dans la zone du projet. A Madarounfa elles sont 14 %, 5 % à Tanout et 9 % à Aguié (Tableau 3.1). Comparés à celles qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, on note une diminution de la prévalence d'utilisation des contraceptifs (11 % actuellement contre 25 % dans le passé). La prévalence d'utilisation est également bonne pour la pilule et les injectables. Elle concerne la moitié des femmes pour les méthodes dites populaire (gris-gris et amulettes). La fréquence d'utilisation et l'appréciation donnée par les femmes utilisatrices sont données au tableau 3.3.

3. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisateurs d'identifier l'endroit où ils ont obtenu leur méthode actuelle. Les résultats sont présentés au tableau 3.4. On constate que l'approvisionnement se fait dans sa majorité aux centres de santé bien que le pourcentage des femmes et des hommes ayant répondu comme tel est faible à peine 10 %. Ensuite vient les parents ou amis qui fournissent les méthodes. Les marabouts et les boka ne sont pas de reste car près de 3 % de femmes s'approvisionnent chez ces personnes sûrement pour les méthodes dites populaires.

Tableau 3.4 : Lieux d'obtention des méthodes de planification familiale		
Sources	Femmes %	Hommes %
Dispensaire	10,5	10,1
Ami/parent	3,8	4,5
Leaders d'opinion	0,3	2,3
Agents communautaires	1,0	1,0
Conjoint	2,1	0,3
Marabouts	3,1	4,2
Charlatans (Boka)	2,8	2,0
Autres	1,7	2,3

On constate que chez les femmes 2,1 % d'elles obtiennent leurs méthodes contraceptives de leur mari, tandis le contraire est faible. Ceci montre qu'en matière de planification familiale ce sont les hommes qui dictent aux femmes les méthodes.

4. INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont censés assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles, entre autres, des informations sur

l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes et leurs contraintes ainsi que sur leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception.

Les résultats de l'enquête à ce sujet sont donnés au tableau 3.5. Les sources d'informations en matière de la planification familiale proviennent pour la moitié des femmes de leurs amies et voisines (55 %) et aussi des personnels de santé (52 %). Ensuite viennent les parents pour près de 18%.

Sources	Femmes %	Hommes %
Mari/conjoint	6,2	9,7
Parent	17,9	17,8
Amis (es) voisins (es)	55,0	46,4
Personnel de santé	52,4	36,9
Leaders d'opinion (LO)	9,1	13,5
Radio Télé	10,2	31,8
Autres	8,8	7,2

Pour les hommes, c'est aussi les mêmes sources d'information. On constate également que les hommes sont aussi informés par les médias pour 32 % d'entre eux contre 10 % seulement pour les femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus occupées par les tâches domestiques et qu'elles ont moins de temps libre pour écouter la radio ou la télé.

5. RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Les données du tableau 3.6 montrent que 23 % des femmes ont cité des raisons relatives au manque d'informations et 15 % des femmes ont déclaré qu'elle désirait avoir d'autres enfants. L'opposition à la pratique contraceptive a été mentionnée dans près de 7 % des cas. On note ensuite les interdits religieux (9 %). En outre, les raisons liées aux difficultés d'obtention des méthodes et de négligence de la part de l'enquêtée ont concernés 8 % et 6 % des femmes

respectivement. 2 % ont cité les problèmes de santé notamment la peur des effets secondaires.

Raisons	Femmes %	Hommes %
Manque d'information	23,3	34,1
Partenaire/mari contre	3,6	0,9
Elle /lui même contre	6,6	4,1
Difficile à obtenir	7,7	7,1
Désir d'avoir beaucoup d'enfants	15,3	12,6
Négligence	5,7	5,8
Mauvaise expérience	1,8	1,2
Déjà enceinte	6,2	1,2
Effets secondaires	2,1	1,2
Manque de confiance	1,6	1,6
Virginité	0,3	2,8
Absence du mari /femme	1,0	-
Divorcée	1,3	0,5
Religion	9,0	13,4
Autres (non préciser)	30,7	34,7
NSP	8,8	8,0

6. SEXUALITE, FECONDITE ET MARIAGE PRECOCE

6.1. Âge à la première union et aux premiers rapports sexuels

L'étude de la primo nuptialité (mariage des célibataires) est importante à cause de la relation étroite existant entre l'âge d'entrée en première union et le début d'exposition à la vie féconde.

Le tableau 3.7 présente les proportions de femmes déjà en union à différents âges exacts, ainsi que les âges médians à aux premiers rapports sexuels et aussi l'âge souhaité pour le premier mariage. On constate que les femmes nigériennes entrent en union de manière extrêmement précoce : 26 % se sont mariées à 14 ans. En outre, on note que plus de 95 % des femmes étaient en union à 18 ans. Pour les hommes l'entrée en union est un peu plus tardive que chez les femmes. 11 % seulement sont mariés à l'âge de 17 ans et 21 % à l'âge de 20 ans.

Tableau 3.7 : Sexualité et mariage						
Répartition (%) des femmes selon l'âge au premier mariage, aux premiers rapports sexuels et l'âge au mariage souhaité						
Ages (ans)	Age au premier mariage		Age au premier rapport sexuel		Age au mariage souhaité	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
12	5,1	-	5,2		-	-
13	7,7	-	8,0		6,7	-
14	26,0	-	24,6		-	-
15	33,5	8,2	32,3	9,6	26,7	-
16	11,3	2,9	13,9	4,8	13,3	-
17	8,7	10,6	8,6	10,0	6,7	-
18	2,9	13,2	2,7	13,4	13,3	7,8
19	0,7	5,5	0,9	6,9	-	3,9
20	-	20,8		19,6	-	13,7

En tant que déterminant proche de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, car les rapports sexuels n'ont pas lieu exclusivement dans le cadre de l'union. C'est pour cette raison qu'on a demandé aux personnes enquêtées, l'âge auquel elles ont eu pour la fois des rapports sexuels. Le tableau 3.7 présente également la répartition en pourcentage des femmes et des hommes selon l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge au mariage souhaité.

Comme pour le mariage, les femmes nigériennes commencent très tôt leur vie sexuelle. En effet, plus de 25 % avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge des 14 ans. À 18 ans, cette proportion est de 95 %. Pour les hommes l'âge les premiers rapports coïncide également avec celui du mariage. Pour les hommes l'âge médian est de 19 ans, il est de 3 ans inférieur à celui trouvé sur le plan national (22,1 ans) par l'EDSN-MICS3 (2006). Pour les femmes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 15 ans au lieu de 15,7 ans trouvé par l'EDSN-MICS 3 de 2006.

6.2 Nombre d'épouses souhaitées

A la question relative au nombre d'épouses, 60 % des hommes enquêtés ont une seule épouse, 28 % en ont deux. Quant il s'agit de nombre d'épouses souhaité, là

on constate que 44 % d'hommes à Aguié, 37 % à Madarounfa et 52 % à Tanout souhaitent en avoir deux épouses.

C'est à Madarounfa que le nombre d'homme souhaitant quatre épouses est le plus élevé (39 %).

Nombre d'épouses	Aguié	Madarounfa	Tanout
1	9,7	5,7	15,2
2	44,2	36,8	52,2
3	19,4	15,9	14,1
4	26,6	39,4	18,5

6.3. Nombre d'enfants désiré et actuel

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est pour elle ou pour son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour connaître ce nombre idéal, on a posé à tous les enquêtés (femmes et hommes) l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- *Aux femmes et aux hommes qui n'avaient pas d'enfant, on a demandé : « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »*
- *Aux femmes et aux hommes qui avaient des enfants, la question a été formulée ainsi : « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? »*

A cette question, les femmes ont répondu et on constate que 51 % des femmes à Aguié, 73,5 % à Madarounfa et près de 65 % à Tanout désirent plus de 8 enfants (Tableau 3.9). Le désir des enfants est plus important à Madarounfa, puis à Tanout et à Aguié.

Pour les hommes, le nombre d'enfants désirés est plus élevé, plus de 75 % désirent avoir plus de 8 enfants.

Nombre d'enfants	Aguié		Madarounfa		Tanout	
	femmes	Hommes	femmes	Hommes	femmes	Hommes
1 à 2 enfants	2,0	1,6	1,3	1,4	-	1,2
3 à 4 enfants	10,1	4,8	2,0	1,4	1,4	5,9
5 à 6 enfants	14,8	8,8	5,3	6,8	18,3	10,5
7 à 8 enfants	24,2	9,6	16,9	6,1	11,2	8,2
Plus de 8 enfants	51,3	74,0	73,5	82,4	64,8	74,4

Ces questions, simples en apparence, sont embarrassantes notamment pour les femmes et les hommes qui ont déjà des enfants. En effet, ils sont appelés à se prononcer sur, ce qui est pour eux, la taille idéale de la famille, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Dans ce cas, il peut être difficile pour les enquêtés de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

Actuellement le nombre d'enfants vivants par femme est en moyenne de 4 enfants. Si on fait un regroupement par nombre on constate que les femmes qui ont un ou deux enfants sont de l'ordre de 27 % à Aguié 26 % à Madarounfa et 24 % à Tanout.

Nombre d'enfants	Aguié	Madarounfa	Tanout
0 enfants	8,8	6,3	9,6
1 à 2 enfants	27,1	26,1	24,1
3 à 4 enfants	35,0	30,2	27,7
5 à 6 enfants	20,5	24,0	22,9
Plus de 7 enfants	8,7	13,6	15,6

7. INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt une importance certaine dans l'analyse de la fécondité. Il est admis que les intervalles inter gènes courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à

l'état nutritionnel et de santé des enfants et augmentent leur risque de décéder. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications durant et après la grossesse (fausses couches, éclampsie).

Tableau 3.11 : Intervalle inter génésique			
Nombre d'enfants	Aguié	Madarounfa	Tanout
9 à 11 mois	5,8	0,6	0,0
12 à 18 mois	9,1	7,2	13,3
19 à 24 mois	33,3	38,5	32,5
Plus de 24 mois	46,5	52,4	49,4

Le tableau 3.11 présente la répartition des grossesses souhaitées selon le nombre de mois écoulés depuis le dernier accouchement. On constate que pour 46,5 % des femmes à Aguié, 49,4 % à Tanout et plus de 52 % à Madarounfa, l'intervalle entre deux naissances doit être supérieur à 24 mois. Et pour près d'un tiers cet intervalle doit être de 19 à 24 mois. Ce constat montre qu'il existe encore une moitié de femme qui n'est pas encore sensibilisé par rapport à l'intervalle génésique. Il faudra noter que l'EDSN-MICS3 de 2006 donnait un intervalle génésique médian de 32,6 mois.

CHAPITRE 4. ALLAITEMENT MATERNEL ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Au Niger, la malnutrition constitue un problème de santé publique. Elle affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Elle résulte d'une alimentation inadéquate, de pratiques alimentaires inappropriées et de maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans des conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective déficientes. Au cours de l'enquête de base du projet PPIND, des informations détaillées relatives à l'alimentation et à la situation nutritionnelle des enfants nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête ont été collectées. En outre, des données sur l'état nutritionnel des femmes en âge de procréation ont également été recueillies.

Ce chapitre est donc consacré à l'analyse des résultats concernant l'alimentation des enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête, leur état nutritionnel et celui des femmes. Il s'articule autour de trois parties : la première est consacrée aux pratiques de l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément ; la deuxième traite des carences en micronutriments (vitamine A et fer) et enfin, la troisième porte sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes évalué à partir des mesures anthropométriques (poids et taille).

1. ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Tous les spécialistes en nutrition des enfants et les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont unanimes pour reconnaître que le lait maternel est l'aliment le plus complet pour l'alimentation de l'enfant pendant les six premiers mois qui suivent sa naissance et qu'il est difficile de lui trouver un substitut. En effet, le lait maternel est stérile et permet la transmission des anticorps de la mère à l'enfant, ce qui limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies de l'enfant, notamment au cours des six premiers mois de sa vie. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte à son tour, la morbidité et la mortalité des enfants. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement maternel prolonge l'infécondité postpartum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral, ce qui influe sur le niveau de fécondité et donc sur l'état de santé des mères et des enfants.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement maternel dans la nutrition des nourrissons, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, combien de temps après la naissance l'enfant avait été mis au sein pour la première fois, pendant combien de temps elle l'avait allaité et à quelle fréquence. On leur a également demandé à quel âge les aliments de complément avaient été introduits, le type de ces aliments et la fréquence à laquelle ils ont été donnés aux enfants.

Tableau 4.1 : Allaitement maternel des enfants		
Répartition (en %) des enfants nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement selon la tranche d'âges le sexe et le département		
Caractéristiques sociodémographiques	Actuellement allaité	Allaitement exclusif
Âges en mois		
<= 3	96,9	0,0
4-6	100	0,0
7-9	96,3	3,6
10-12	98,1	7,3
13-15	98,0	8,0
16-18	96,8	12,9
19-21	53,3	6,7
22-24	11,8	0,0
Sexe des enfants		
Masculin	35,7	47,1
Féminin	35,7	52,9
Départements		
Aguié	86,6	0,8
Madarounfa	84,5	7,3
Tanout	76,9	0,0
Statut de vulnérabilité déclarée		
Ext. Vulnérable	81,8	0,0
Très vulnérable	82,4	3,9
Vulnérable	87,6	6,1
Peu vulnérable	86,0	3,5
Ensemble PPIND	84,4	4,4

1.1 Début de l'allaitement maternel et exclusif

Le tableau 4.1 présente plusieurs informations : les pourcentages d'enfants allaités actuellement et ceux qui sont allaités de manière exclusive. On constate que l'allaitement est une pratique largement répandue dans la zone d'intervention du projet puisque plus de 84 % des enfants sont allaités et ceci quelque soit le statut de vulnérabilité des mères.

Aucune différence importante n'est perceptible selon le sexe de l'enfant et le fait qu'il soit actuellement allaité. En fonction des départements, on constate le pourcentage des enfants allaités est presque le même à Aguié (86,6%) et à Madarounfa (84,5%), tandis qu'à Tanout ce pourcentage est un peu moindre 77 %.

Bien que l'allaitement soit une pratique courante, on constate que seulement 35 % des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance (tableau 4.2).

Tranche de temps	PPIND	Aguié	Madarounfa	Tanout
1 ^{ère} heure	35,3	36,7	33,9	38,5
2 à 8 ^{ème} heure	20,8	25,0	20,2	10,3
9 à 24 ^{ème} heure	21,6	21,1	22,9	15,4
Plus de 24 heures	21,8	17,2	22,0	35,9

Plus de un enfant sur cinq ont été mis au sein pour la première fois le jour qui a suivi leur naissance (21 %).

Sur le plan nutritionnel, retarder la mise au sein de l'enfant peut avoir des conséquences néfastes pour sa santé. En effet, c'est lors du premier allaitement, dans les 24 heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum riche en vitamine A et qui contient les anticorps de la mère, essentiels pour sa protection. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit généralement, en substitut, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Par conséquent, ces résultats montrent qu'il reste des efforts importants à déployer pour convaincre les mères de l'importance et des bienfaits de l'allaitement dès les premières heures de la vie de l'enfant.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment où cet allaitement commence varie quelque peu selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. C'est surtout en fonction de la région que les pourcentages d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance varient de manière sensible : en effet, dans le département de Tanout on constate que plus de 35 % des enfants sont allaités qu'à partir du second jour de leur naissance.

En ce qui concerne l'allaitement exclusif des enfants, la zone d'intervention du projet fait ressortir un taux d'allaitement exclusif de 4,4 % (Tableau 4.1). Comparé au taux fourni par l'EDSN-MICS3, le taux d'allaitement exclusif de la zone de PPIND reste faible (4,4 contre 13,5 %). En fonction des départements, c'est celui de Madarounfa qui présente le taux le plus élevé (7,3 %). Le

département de Aguié présente un taux de moins de 1 % d'enfant allaité de manière exclusive (0,7 %). A Tanout parmi les enfants enquêtés aucun n'est allaité de façon exclusive.

Cependant, les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, stipulent que tous les enfants devraient être exclusivement nourris au sein de la naissance jusqu'à l'âge de six mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel.

1.2. Durée et fréquence de l'allaitement

La durée médiane de l'allaitement est calculée pour les enfants derniers-nés âgés de moins de deux ans. Le tableau 4.3 indique que dans la zone du projet PPIND, un tiers des enfants (32,9 %) sont sevrés à leur seconde année et la durée médiane de l'allaitement se situe à 18 mois. On ne constate pas de disparités importantes dans la durée d'allaitement selon les caractéristiques sociodémographiques. Cependant, du point de vue milieu de résidence, on note que la durée médiane de l'allaitement varie d'un minimum de 16 mois à Tanout à un maximum de 19 mois à Madarounfa.

Par rapport à 2006 (EDSN-MICSIII), qui révèle une durée médiane l'allaitement de 21,4 mois les trois départements de PPIND se situent en deçà de cette norme nationale.

Tableau 4.3 : Sevrage et durée médiane de l'allaitement				
Pourcentage des enfants derniers-nés âgés de moins de deux ans sevrés et la durée médiane et moyenne de l'allaitement				
	PPIND	Aguié	Madarounfa	Tanout
Enfants sevrés	32,9	38,5	27,1	66,7
Durée médiane de l'allaitement	18	18	19	16
Durée moyenne de l'allaitement	17,0	17,3	18,3	13,1

Selon le statut de vulnérabilité déclarée du ménage, on constate une tendance à la baisse de la durée d'allaitement avec l'augmentation du niveau de bien-être du ménage dans lequel vit la mère, cette durée médiane passant de 18 mois dans les ménages les plus pauvres à 15,5 mois dans les plus riches.

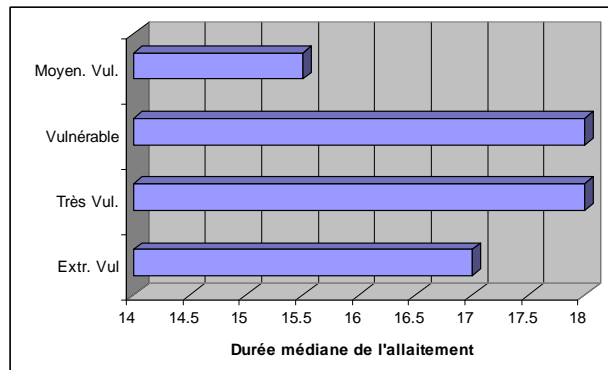


Figure 4.1 : Durée médiane de l'allaitement en fonction du statut de vulnérabilité

1.3. Introduction des aliments de complément

A partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui permettre la meilleure croissance possible.

Les résultats du premier tableau (Tableau 4.1) montrent que dès la naissance, presque tous les enfants sont allaités (97 %) et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 19 mois, encore 53 % d'enfants sont allaités. A Aguié 6,7 % des mères déclarent avoir donné un aliment quelconque à leur enfant les trois premiers jours de sa naissance. A Madarounfa, ce sont 1,7 % des mères qui reconnaissent telle situation. A Tanout un peu près de 6 % des mères se retrouvent dans ce cas de figure.

Le tableau 4.4 donne en détail la nature des différents aliments qui ont été donné aux enfants les trois premiers jours de leur naissance. Il s'agit principalement du colostrum pour près de 71 % des enfants, suivi par le lait de chèvre pour 24,6 % des enfants dans toute la zone du projet. Il faut cependant noter qu'à Tanout le lait de vache intervient pour près de 46 % des enfants. Ceci est lié sans nul doute au mode vie de ces populations qui sont dans leur grande majorité des pasteurs et éleveurs de chèvres. Des décoctions sont également offertes aux bébés sous forme de Rouboutou (versets coraniques). Cette

introduction précoce (avant 6 mois) des aliments démontre une fois encore la non exclusivité de l'allaitement maternel dans la zone du projet PPIND.

Tableau 4.4 : Aliments donnés à l'enfant				
Pourcentage des enfants ayant reçu un aliment les trois jours suivant sa naissance				
Aliments	PPIND	Aguié	Madarounfa	Tanout
Colostrum	71,0	68,1	73,3	68,4
Jus de citron	8,4	3,5	10,8	10,8
Rouboutou	8,6	9,6	7,6	10,8
Lait de chèvre	24,6	25,9	19,6	45,9
Lait de vache	6,5	8,6	4,9	8,1
Lait industriel	2,7	1,8	3,3	2,7
Autres	8,0	5,3	9,1	10,5

1.4. Types d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments donnés aux enfants de moins de deux ans à l'âge d'introduction d'aliments de complément sont présentées à la figure 4.2 selon que l'enfant est allaité ou non. Cette figure indique que l'introduction des aliments liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi solides a lieu très tôt : avant 6 mois pour les autres aliments et à un mois seulement pour l'eau.

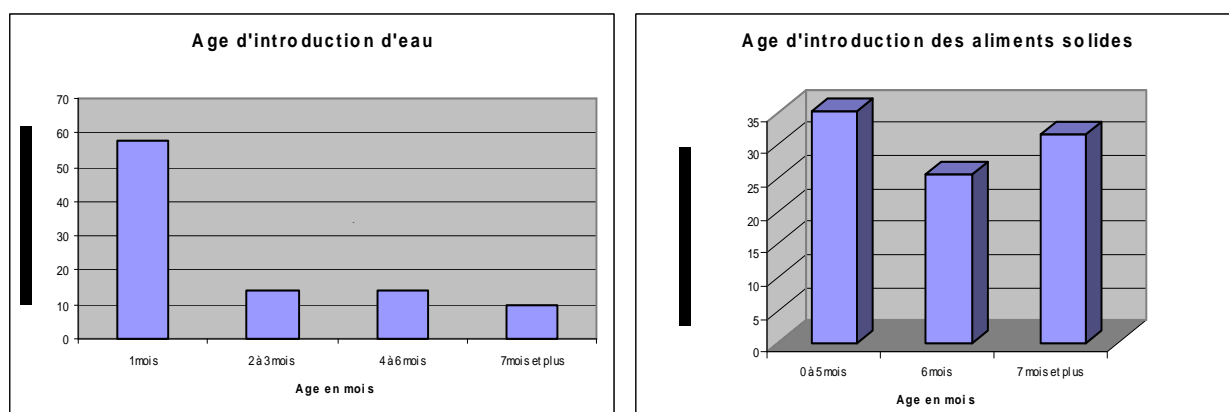


Figure 4.2 : Age d'introduction d'eau et d'autres aliments

Ainsi, chez les enfants de moins de 5 mois, 35 % avaient reçu de la nourriture solide ou semi solide. Pour l'introduction d'eau comme aliment elle débute dès le premier mois pour 58 % des enfants.

Les différents types d'aliments donnés aux enfants sont répertoriés dans le tableau 4.5. On constate que les aliments à base de céréales sont les plus consommés par les enfants. Il s'agit du Fura, qui le plus cité à Aguié et Madarounfa pour 75 et 57% respectivement. A Tanout l'aliment le plus consommé est la bouillie enrichie au lait (40,5 %) et ensuite le tuwo avec un taux de réponse de 34 %. Après le fura, le tuwo est le second aliment consommé par les enfants à Aguié et Madarounfa.

Tableau 4.5 : Aliments de compléments				
Pourcentage des enfants ayant consommé les aliments de complément en fonction des départements et dans la zone PPIND				
Aliments	PPIND	Aguié	Madarounfa	Tanout
Fura	60,6	75,0	57,3	31,6
Fura da man gujia	1,5	1,8	1,7	0,0
Bouillie enrichie au lait	30,1	22,3	32,8	40,5
Purée de niébé	12,2	14,4	10,5	13,5
Œuf	4,0	5,4	3,9	0,0
Tuwo	30,0	39,1	23,4	34,2
Autres	31,8	22,1	38,2	28,2

L'OMS recommande l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation des enfants à l'âge de 6 mois, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant.

Au Niger, une proportion non négligeable d'enfants (11 %) consomme de la nourriture à base de céréales avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, une proportion assez importante d'enfants consomme, en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi solides suffisamment variés et riches en protéines et en minéraux : 24 % consomment des aliments pour bébé, 46 % des céréales, 11 % des fruits et/ou des légumes, 5 % des tubercules mais seulement 5 % seulement de la viande, de la volaille, du poisson et/ou des œufs (EDSN 2006).

Le tableau 4.6 présente la répartition des enfants ayant consommé un aliment quelconque tous les jours de la semaine passée. Ces résultats montrent que plus de 75 % d'enfants ont consommé du lait maternel durant tous les jours de la semaine passée. 78,7 % ont consommé de l'eau, près de 52 % le fura et 40 % ont mangé le plat familial.

La fréquence moyenne de consommation de ces aliments par les enfants au cours des 24 heures ayant précédé l'heure de l'enquête figure également sur ce

tableau. Pour le lait maternel, la fréquence de consommation moyenne est 5,5 fois par jour et un peu moins pour le fura (2,3 fois). Pour la bouillie comme pour le plat familial, la consommation est d'une fois par jour. Pour les autres aliments non cités, la fréquence moyenne de consommation est extrêmement faible ; en effet, elle varie de 0 à 0,2 fois par jour. C'est le cas de la viande, des fruits et aussi de la purée de certains légumes.

Tableau 4.6 : Fréquence de consommation de certains aliments Répartition des enfants ayant consommé les aliments cités tous les jours de la semaine passée et la fréquence moyenne de leur consommation hier dans la zone PPIND		
Aliments	Enfants ayant consommé l'aliment 7 jours/7	Pourcentage moyen d'enfants ayant consommé l'aliment hier
Lait maternel	76,3	5,5
Autre lait (boîte, poudre ou frais)	3,5	0,1
Eau	78,7	4,7
Fura	51,8	2,3
Fura da man Gujia	1,4	0,1
Bouillie	22,0	1,1
Purée de niébé	3,6	0,2
Purée de légume	0,3	0,0
Infusions/décoctions	3,8	0,1
Repas de famille (autre que bouillie, purée et fura)	40,3	1,0
Médicaments solides (capsule, comprimés)	1,4	0,2
Médicaments liquides (sirops/SRO)	0,8	0,0
Aliments solides (viande, fruit)	1,1	0,2
Autres aliments (Préciser)	0,8	0,0
Autres liquides (Préciser)	0,3	0,0

Ce tableau montre également que le profil alimentaire des enfants est à base de céréales. C'est un régime alimentaire monotone non diversifié. D'autre part, ces résultats montrent que la consommation du lait maternel n'est pas exclusive, ce qui corrobore le faible taux d'enfants allaités de manière exclusive enregistré au cours de cette enquête.

2. CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS CHEZ LES ENFANTS

La carence en vitamine A, ou avitaminose A, est la principale cause de cécité évitable en Afrique. Elle accroît le risque de mortalité et de morbidité. En effet, une carence en vitamine A même modérée altère le système immunitaire et réduit la résistance aux infections. La vitamine A est indispensable à la croissance, à la vue et au maintien des cellules épithéliales. Les groupes vulnérables à la carence en vitamine A sont constitués des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et de celles qui allaitent.

L'UNICEF, l'OMS et l'IVACG (International Vitamin A Consultative Group) recommandent à tous les pays qui ont une mortalité infanto juvénile supérieure à 70 ‰, la supplémentation systématique en capsules de vitamine A suivant un protocole défini : 2 méga doses de vitamines A administrées à intervalles de 4 à 6 mois chez les enfants de 6 à 59 mois. Un taux de couverture de 80 % au moins est nécessaire pour éliminer virtuellement la carence en vitamine A dans les populations où la prévalence est importante. Au Niger, les stratégies mises en place contre les carences en micronutriments en général et la vitamine A en particulier sont entre autres :

- la supplémentation en capsules de vitamine A dans les Centres de Santé et lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) ;
- la promotion de la consommation de produits riches en vitamine A ;
- et la promotion de la culture des aliments riches en vitamine A.

Depuis 1999, le Niger organise régulièrement des campagnes de distribution de vitamine A chez les enfants de 6-59 mois dont certaines sont couplées avec les Journées Nationales de Vaccination.

Tableau 4.7 : Supplémentation en Vitamine A chez les enfants	
Pourcentage de enfants ayant reçu la vit A en supplément selon la tranche d'âges et le département	
Caractéristiques sociodémographiques	Reçu les capsules de vit A
Tranches d'âges	
< 6 mois	39,3
6 - 11 mois	51,4
12 - 17 mois	75,0
18 - 23 mois	73,1
24 - 29 mois	64,3
30 - 35 mois	30,0
36 - 41 mois	68,8
42 - 47 mois	72,7
48 et +	76,8
Départements	
Aguié	82,8
Madarounfa	53,4
Tanout	36,8
Ensemble PPIND	65,2

Le tableau 4.7 présente le pourcentage d'enfants, de moins de 59 mois qui ont reçu au moins une dose de vitamine A en capsule au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête. Près des deux tiers des enfants de moins de cinq ans ont reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête (65,2 %). Cette proportion varie selon les départements. En effet, la couverture en vitamine A est plus élevée à Aguié avec près de 83 % d'enfants qui ont reçu de la vitamine en supplément, tandis que la zone pastorale (nord Tanout) affiche un pourcentage faible de supplément en vitamine A (36,8 %). A Madarounfa c'est un plus de la moitié des enfants qui ont reçu cette supplémentation en vitamine A.

En fonction de l'âge, on constate que ce sont les enfants de 12-23 mois qui ont été, proportionnellement, les plus nombreux à en avoir reçu (74 %) et à l'opposé, ce sont ceux de moins de 6 mois et ceux de 30-35 mois qui en ont reçu le moins fréquemment (39 et 30 % respectivement).

Le tableau 4.8 présente le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 71 mois, qui ont consommés des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête. Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A.

Tableau 4.8 : Consommation des aliments riches en vitamine A	
ARVA	Enfants ayant consommé l'aliment
Feuilles vertes foncées	65,0
Carottes	1,0
Mangue mûre	1,0
Courge orange ou jaune foncé	23,4
Papaye mûre	3,3
Œufs avec jaune	10,8
Petits poissons entiers	15,5
Patate <u>douce à chair orange ou jaune foncé</u>	25,1
Foie, toute sorte	21,9
Beurre (d'origine animale)	20,9
Huile de palme <u>rouge</u>	7,0
Huile de petits poissons entiers	3,3
Fromage	4,3

A part les feuilles vertes foncées dont 65 % des enfants âgés de 12 à 71 mois ont consommé au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête, la consommation des autres aliments riches en vitamine A est très faible. En effet, le pourcentage des enfants ayant consommé les autres aliments riches en vitamine A varie de 1 % (pour les fruits) à 25 % pour les aliments d'origine animale.

A partir de ce tableau, il a été calculé le risque de déficience en vitamine A d'origine animale et pour les deux sources associées. Le tableau 4.9 donne l'appréciation de ces risques. D'après les calculs, le risque de déficience en vitamine A d'origine animale est de l'ordre de 83,3 % dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet. Au niveau des départements, il est de 100 % à Madarounfa, près de 82 % à Aguié et de 57 % à Tanout.

Si on combine les deux sources de vitamine A, on constate que le risque est un peu moindre dans l'ensemble de la zone PPIND car il est de 70 % au lieu de 83 %. Cette réduction de risque est également sensible au niveau des départements. En effet, le risque passe de 100 % à 91,7 % à Madarounfa. Il n'est plus que de 63,7 et 42,9 % à Aguié et Tanout respectivement.

Au vu de ces résultats on peut tout de même affirmer que le risque de déficience en vitamine A existe dans la zone du projet, il est plus important en ce qui concerne la vitamine A d'origine Animale. Ceci est tout à vrai au regard du régime alimentaire essentiellement basé sur les céréales.

Tableau 4.9 : Appréciation des risques de déficience en vitamine A				
Pourcentage des enfants en risque de déficience en vitamine A selon l'origine de la vitamine dans la zone PPIND et en fonction des départements				
Type de risque	PPIND	Aguié	Madarounfa	Tanout
Déficience en vit. A (animale)	83,3	81,8	100	57,1
Déficience en vit. A (animale et végétale)	70,0	63,6	91,7	42,9

3. CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS ET CECITE CREPUSCULAIRE CHEZ LES FEMMES

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des 40 jours qui ont suivi l'accouchement. À cette question, seulement, 22 % des mères enquêtées ont déclaré avoir reçu effectivement de la vitamine A dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet.

On note des écarts importants en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. En zone pastorale (nord Tanout) 17,7 % seulement des mères ont pris de la vitamine A contre près de 23 % à Madarounfa et 21,5 à Aguié. Parmi celles vivant dans les ménages moyennement vulnérables 20 % ont reçu des capsules de Vitamine A contre 36 % dans les ménages extrêmement vulnérables.

Tableau 4.10 : Supplémentation en vitamine A et connaissance du dundumi

Pourcentage de femmes ayant pris de la vit A, connaissant le dundumi et la capsule de vit A et également celles qui ont souffert du dundumi, selon le département et le statut de vulnérabilité

Caractéristiques Sociodémographiques				
	Connaissent la vit A	Ont pris de la vit A	Connaissent le dundumi	Ont souffert du dundumi
Départements				
Aguié	49,2	21,5	87,4	13,7
Madarounfa	67,4	22,8	73,9	12,0
Tanout	61,5	16,7	76,9	40,5
Statut de vulnérabilité déclarée				
Ext. Vulnérables	45,5	36,4	72,7	-
Très vulnérables	65,3	22,6	78,0	16,2
Vulnérables	54,4	19,6	78,8	15,3
Peu vulnérables	60,7	20,4	81,8	17,6
Ensemble PPIND	60,8	21,8	78,6	15,7

La première manifestation clinique de la carence en vitamine A est la cécité crépusculaire qui touche particulièrement les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si, pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au lever du jour.

Le tableau 4.10 indiquent que près de 16 % des femmes ayant eu un enfant au cours des 5 dernières années, ont déclaré que, pendant leur grossesse, elles avaient eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit et/ou au lever du jour. La répartition des femmes ayant souffert du dundumi est beaucoup plus importante à Tanout (40,5 %) que dans les deux autres départements agricoles dont la prévalence varie de 12 % à Madarounfa à 13,7 % à Aguié. Ces taux de prévalences sont en accord avec la couverture de prise de Vitamine A dans les trois départements.

A la question relative à la connaissance des aliments pouvant prévenir le dundumi, 21,6 % de femmes déclarent connaître les aliments pouvant prévenir cette

maladie. La fréquence des aliments cités par les femmes enquêtées est donnée par le tableau 4.11

Tableau 4.11 : Aliments pouvant prévenir le dundumi selon les femmes enquêtées	
Aliments	Fréquence (%)
Feuilles vertes foncées	16,1
Foie	16,6
autres abats d'animaux (tripes)	3,8
Lait maternel	5,6
Jaune d'Œuf	8,3
Mangue	2,8
Courge	3,5
Carotte	4,9
Tomate	5,9
Patate douce à chaire orange	3,1
Autres	4,2
NSP	7,6

La lecture de ce tableau fait ressortir une méconnaissance des femmes des aliments riches en vitamine A.

Le tableau 4.12 fournit les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer au cours de la grossesse. Dans l'ensemble, 62 % des femmes ont reçu les comprimés de fer lors de leur dernière grossesse, mais seulement près de 79 % d'entre elles ont pris tous les comprimés reçus.

La distribution des comprimés de fer n'est pas la même d'un département à un autre. En effet, dans le département de Tanout et plus précisément dans la zone pastorale la couverture en fer est de l'ordre de 49 %. Cette couverture est un peu meilleure dans les départements dits agricoles où elle varie de 57,5 % à Aguié à 66,4 % à Madarounfa. A l'exception des groupes extrêmement vulnérables il n'y a pas de différence significative en matière de distribution de comprimé de fer. Quant à la prise de ces comprimés elle est plus importante à Madarounfa, puis à Tanout et enfin à Aguié. Cette prise n'est du tout en liaison avec le statut de vulnérabilité des ménages.

Tableau 4.12 Supplémentation en fer		
Pourcentage de femmes ayant reçu le fer et celles ayant pris fer lors de leur grossesse, selon le département et le statut de vulnérabilité		
Caractéristiques sociodémographiques	Reçu les comprimés de fer	Ont pris les comprimés de fer
Départements		
Aguié	57,5	62,8
Madarounfa	66,4	87,3
Tanout	48,7	75,0
Statut de vulnérabilité déclarée		
Ext. Vulnérables	80,0	62,5
Très vulnérables	60,2	80,2
Vulnérables	62,7	82,4
Peu vulnérables	61,8	68,7
Ensemble PPIND	62	79

Près de 20 % des femmes enquêtées n'ont pas pris la totalité des comprimés mis à leur disposition. Les raisons avancées vont de l'accouchement qui a intervenu, aux vomissements et nausées engendrées par la prise des comprimés de fer. Pour d'autres femmes, elles ont dû arrêter la prise parce que les comprimés de fer font grossir le fœtus etc..

Tableau 4.13 Aliments riches en fer selon les femmes enquêtées	
Aliments	Fréquence (%)
Feuilles de baobab	10,4
Feuilles vertes fraîches	22,1
Feuilles vertes séchées	12,1
Grains de baobab séchés	1,3
Arachide	11,5
Niébé	60,0
Viande	19,3
Volailles	4,5
Foie	25,5
Autre autres abats	0,6
Autres (à préciser)	22,0

65 % des mères enquêtées déclarent que certains aliments sont riches en fer. Les résultats sont donnés au tableau 4.13. Il ressort de ce tableau qu'un effort de sensibilisation doit être conduit vers ses populations afin de les aider à connaître les aliments effectivement riches en fer. En effet, moins de 25 % des mères seulement connaissent les aliments riches en fer.

4. ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans figure parmi les objectifs de l'étude de base du projet PPIND. L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder.

L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mensurations prises au cours de l'enquête (taille et poids). Le poids et la taille permettent de calculer trois indices : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Les différents indices anthropométriques qui ont été évalués à partir des mesures de la taille et du poids sont les suivants :

- La malnutrition chronique (ou retard de croissance) quand la taille-pour-âge se situe à moins - 2 écarts type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition chronique sévère ;
- La malnutrition aiguë (ou maigreur ou encore émaciation) quand le poids-pour-taille se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition aiguë sévère ;
- L'insuffisance pondérale quand le poids-pour-âge se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera d'insuffisance pondérale sévère.

Suivant les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants enquêtés est comparé à celui de la population de référence internationale¹. Dans une population en bonne santé et bien nourrie, on s'attend à ce que seulement 2,3% des enfants se situent à moins deux écarts-type (malnutrition modérée), dont 0,1% à moins trois écarts-type (malnutrition sévère), en dessous de la médiane pour chacun des trois indices de nutrition.

4.1 Prévalence de la malnutrition dans la zone d'intervention du projet PPIND

Le tableau 4.14 fournit les proportions d'enfants atteints de retard statural, de malnutrition globale et d'émaciation, exprimée au moyen des indices T/A, P/A et P/T respectivement.

La prévalence de la malnutrition chronique pour l'ensemble de la zone du projet PPIND est de 44,6 % avec 20,7 de cas sévères. Selon les départements, la prévalence de la malnutrition chronique (T/A) est beaucoup plus importante à Aguié avec un taux global (sévere et modérée) de 49,1 % suivie de Madarounfa avec un taux global aussi de 43,5 %. La partie nord du département de Tanout affiche un taux plus faible (38,4 %).

L'indice de la malnutrition chronique (T/A) indique une taille trop petite pour un âge donné, ce qui est la manifestation d'un retard de croissance. La taille-pour-âge est, en effet, une mesure des effets à *long terme* de la malnutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison de la collecte des données. Un enfant qui a reçu une alimentation inadéquate et/ou qui a été malade pendant une période longue ou encore de façon répétée, peut accuser un retard de croissance staturale.

¹ La référence a été établie par NCHS/CDC/WHO à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé, cette référence internationale est applicable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, la comparaison de la situation dans l'enquête avec le standard international est effectuée en mesurant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence.

Tableau 4.14: Prévalence de la malnutrition par département

Répartition en fonction des cas sévères et modérés au sein de la population des enfants âgés de moins de cinq au jour de l'enquête

Type de malnutrition	Aguié	Madarounfa	Tanout	PPIND	EDSN-MICS3
Retard statural (T/A)					
- Sévère	24,9	18,6	19,6	20,7	29,8
- Modérée	24,2	24,9	18,8	23,9	20,2
Malnutrition globale (P/A)					
- Sévère	19,0	11,3	16,1	14,3	15,3
- Modérée	26,0	23,9	25,0	24,6	29,1
Emaciation (P/T)					
- Sévère	6,2	1,9	2,7	3,4	1,5
- Modérée	13,5	6,7	17,9	10,2	8,8

Cependant, son poids a pu rester en correspondance avec sa taille réelle, donnant ainsi un indice *poids-pour-taille* normal : c'est pourquoi cette forme de malnutrition n'est pas toujours *visible* dans une population. Un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut ressembler à un enfant de deux ans bien nourri. Les enfants pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme petits pour leur âge et atteints de *retard de croissance*, ceux pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts-type de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

La prévalence de la malnutrition globale pour l'ensemble de la zone du projet PPIND est de 38,9 % avec 14,3 % de cas sévères. Selon les départements, les taux de la malnutrition globale (P/A) sont aussi plus élevés à Aguié (45,0 %) que dans les deux autres départements. Le poids-pour-âge est un indice qui reflète, chez l'enfant, les effets combinés du retard de croissance et de l'émaciation. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour le suivi de la croissance pondérale, mais sa valeur en tant qu'indice est biaisée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps (Delpeuch, 1991).

Quant au taux d'émaciation au niveau de la zone du projet PPIND, il est de 13,6 % pour seulement 3,4 % des cas sévères. Selon le milieu de résidence, le taux des enfants atteints d'émaciation (P/T) est plus important à Aguié et Madarounfa que Tanout de manière globale (19,7 % et 8,6 % respectivement). Cependant, le taux de sévérité est plus élevé à Madarounfa qu'Aguié. L'indice poids-pour-taille reflète, en effet, la situation nutritionnelle actuelle des enfants (au moment de l'enquête). Cette forme de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, ou peut-être le résultat de maladies provoquant une perte de poids (diarrhée sévère, anorexie associée à une maladie, par exemple) : un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. L'indice poids-pour-taille reflète donc une situation actuelle qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. Cette forme de malnutrition aiguë peut être influencée par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, étant donné que la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (épidémie, sécheresse, période de soudure, etc.) sont très sensibles à la saison.

Vu sa susceptibilité aux influences à court terme, l'émaciation n'est pas utilisée pour évaluer les programmes nutritionnels, mais sert pourtant au dépistage ou au ciblage dans des contextes d'urgence et est parfois utilisée pour les comptes rendus ou rapports annuels. On ne recommande pas d'utiliser le poids-pour-taille pour l'évaluation de changements au sein de situations hors urgence car l'indice est très susceptible au caractère saisonnier.

En résumé et en comparaison avec la dernière MICS3, on constate que la zone PPIND présente une prévalence de malnutrition chronique et globale inférieure de 6 points. Quant à la prévalence à l'émaciation, la zone PPIND a un taux plus élevé de 3% (Tableau 4.14).

44.2. Distribution de la malnutrition selon les caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 4.15 présente les proportions d'enfants souffrant de malnutrition en fonction des trois indices anthropométriques et selon certaines caractéristiques sociodémographiques :

Tableau 4.15 Etat nutritionnel des enfants

Prévalence des différents types de la malnutrition en fonction de la tranche d'âges, du sexe, du statut matrimonial du chef de ménage, du statut de vulnérabilité déclarée du ménage et selon le département

Caractéristiques sociodémographiques	Taille-pour-âge (T/A)		Poids-pour-taille (P/T)		Poids-pour-âge (P/A)	
	Sévère	Modérée	Sévère	Modérée	Sévère	Modérée
Âges en mois						
<6	1,2	1,2	2,4	2,4	1,2	6,1
6-12	10,9	23,9	2,2	15,2	15,2	29,3
12-24	27,2	34,6	9,3	21	31,5	32,1
24-36	23,5	31,8	2,4	9,4	18,2	28,8
36-59	23,2	21,3	1,9	6,8	8,5	22,7
Sexe des enfants						
Masculin	21,4	23,5	3,8	10,6	14,7	25,7
Féminin	20	24,4	2,9	9,8	14	23,5
Statut matrimonial du CM						
- Célibataire	14,8	29,6	00	0,0	3,7	14,8
- Marié monogame	19,4	23,8	4,6	11,9	16,8	25
- Marié polygame	22,1	22,7	2,5	9,3	13	24,6
- Veuf	25	58,3	0,0	8,3	25,0	33,3
- Femme mariée	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut de vulnérabilité déclarée						
- Ext. Vulnérable	34,6	26,9	7,7	7,7	30,8	26,9
- Très vulnérable	22,1	23,4	3,3	9,4	14,1	26,2
- Vulnérable	16,9	26,6	3,1	11,4	13,4	21,7
- Peu vulnérable	21	19,3	3,4	10,9	13,4	24,4

Retard statural ou malnutrition chronique : La malnutrition chronique (modérée ou sévère) croît avec l'âge. En effet, la prévalence du retard de croissance sévère est de 1,2 % parmi les enfants de moins de 6 mois qui correspond à la période pendant laquelle l'enfant bénéficie des bienfaits de l'allaitement maternel ; Elle atteint 10,9 % entre 6-12 mois, soit plus de dix fois celle enregistrée avant 6 mois. Ce qui dénote l'inadéquation de l'introduction des aliments de complément. Cette prévalence augmente jusqu'à l'âge de 24-36 mois où elle touche 23,5 % des enfants. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, comme on l'a mentionné précédemment, le retard de

croissance staturale n'est plus rattrapable à partir du deuxième anniversaire de l'enfant.

Sous sa forme globale, le retard de croissance touche autant les filles que les garçons (44,4 % contre 44,5 %).

La situation matrimoniale semble affecté la malnutrition chronique, en effet, la prévalence est plus importante dans les ménages dirigés par des veufs et dans les ménages mono ou polygames. Le taux est de 5 % moins élevé dans les ménages dirigés par les célibataires.

Le niveau de vie du ménage semble avoir une forte incidence sur la prévalence de la malnutrition chronique car comme on l'a souligné plus haut, cette forme de malnutrition est le reflet non seulement de la situation sanitaire passée de l'enfant, des pratiques alimentaires mais aussi de l'environnement socioéconomique dans lequel évolue l'enfant. Ce qui se reflète au niveau des résultats de l'enquête : la prévalence de retard de croissance globale est de 61,5 % pour les enfants issus de ménages extrêmement vulnérables contre 40 % pour ceux appartenant aux ménages peu vulnérables.

Emaciation ou malnutrition aigue : La malnutrition aigue ou émaciation (modérée ou sévère) croît avec l'âge jusqu'à deux ans avant de s'infléchir. En effet, la prévalence l'émaciation globale est de 5 % parmi les enfants de moins de 6 mois ; Elle atteint près de 30 % à l'âge de deux ans, soit plus de six fois celle enregistrée avant 6 mois. Ces proportions sont, en partie, les résultats de pratiques inappropriées d'alimentation et de nutrition des enfants. La proportion d'enfants de deux ans atteints d'émaciation sous la forme modérée (21 %) est environ dix fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %) ; quant à la forme sévère (9,3 %), la proportion est près de cent fois plus élevée (0,1 %).

Sous sa forme globale, l'émaciation touche plus fréquemment de garçons que de filles (14,2 % contre 12,7 %).

La malnutrition aigue touche plus d'enfants dans les ménages polygames et monogames que dans celui dirigé par les femmes et encore beaucoup moins dans celui dirigé par un célibataire. Les prévalences varient de 12,5 % dans un foyer monogame à 0% dans un ménage dirigé par un célibataire.

Les résultats de croisement entre l'émaciation et le statut de vulnérabilité des ménages ne semble pas être corrélé.

Malnutrition globale (retard statural et émaciation) : L'insuffisance pondérale augmente régulièrement avec l'âge de l'enfant. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Comme pour les deux autres indices,

cette forme de malnutrition qui se rencontre déjà chez les nourrissons (7,2 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher près de 44,5 % des enfants de 6-12 mois et 63,6 % d'entre eux à 12-24 mois. Entre 24 et 36 mois, près de la moitié (47 %) des enfants présentent une insuffisance pondérale globale. À partir du quatrième anniversaire, la prévalence se stabilise autour de 31,2 %.

Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants selon le sexe (40,4 % pour les garçons contre 37,5 % pour les filles).

Le statut matrimonial du chef du ménage semble avoir une influence déterminante sur le niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale globale : 18,5 % pour les enfants issus d'un ménage dirigé par un célibataire contre 41,8 % pour ceux issus d'un ménage poly ou monogame, 58 % pour ceux issus d'un ménage dirigé par un veuf et 0 % pour ceux issus des ménages dirigés par une femme. En outre, l'insuffisance pondérale globale semble être plus élevée chez les enfants des ménages les plus vulnérables.

45. ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de morbidité, et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier des groupes à hauts risques.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socioéconomique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petites tailles sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

À partir des résultats du tableau 4.16 on constate que dans la zone d'intervention du projet, que 4,2 % ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme la taille limite critique. En fonction de la tranche d'âge on note que les femmes âgées de 20 à 24 ans et celles de la tranche 45-49 présentent le taux le plus élevé des femmes ayant une taille inférieure à 145 cm. Les proportions de femmes dont la taille est en deçà de la limite critique varient en fonction des zones agro écologiques. Les femmes du département de Tanout (zone pastorale) présente un pourcentage assez faible des femmes de taille inférieure à 145 cm contre une moyenne de 5% dans la zone agricole (Aguié et Madarounfa).

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou, encore Indice de Quételet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation « poids (kg) par le carré de la taille (en mètres carrés) ». Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille.

Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids.

Dans la zone du projet PPIND, une proportion relativement importante de femmes (20 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, 6,6 % des femmes ont un indice élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des surpoids.

La proportion de femmes qui se situent en deçà du seuil critique de 18,5 varie de selon les caractéristiques sociodémographiques. C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-24 ans) que le niveau de la déficience énergétique chronique est le plus élevé (27 %). Cette proportion baisse régulièrement avec l'âge et atteint 8 % parmi les femmes de 40 à 44 ans, puis remonte considérablement avec la tranche supérieure à 45 ans.

La prévalence de la déficience énergétique chronique présente des écarts entre les trois départements d'intervention du projet. En effet, la prévalence des femmes maigres est plus élevée à Tanout (36,7 %) qu'à Aguié (19,8 %) et Madarounfa (16,3 %).

Tableau 4.16 Etat nutritionnel des femmes

Pourcentage de femmes ayant une taille en dessous de 145 centimètres, et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon la tranche d'âges et le département

Sont exclues les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les derniers mois.

Caractéristiques sociodémographiques	Taille	IMC (kg/m ²)		
	Pourcentage en dessous de 145 cm	Maigre < 18,5	Normale > 18,5 et < 25	Obèse > 25
Tranche d'âges				
15-19	1,5	27,0	68,3	4,8
20-24	7,4	27,9	67,5	4,6
25-29	2,6	13,2	79,2	7,5
30-34	2,7	22,6	72,2	5,3
35-39	4,4	11,3	77,4	11,3
40-44	1,9	8,0	92,0	-
45-49	7,7	23,1	69,2	7,7
Départements				
Aguié	5,8	19,8	71,4	8,8
Madarounfa	4,1	16,3	77,6	6,1
Tanout	0,9	36,7	60,2	3,1
Ensemble PPIND	4,2	20,0	73,4	6,6

CHAPITRE 5. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

L'enquête de base s'est également penchée sur la santé des mères et des enfants. Les informations recueillies concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement ainsi que les principaux problèmes auxquels se sont heurtées les femmes. Des informations concernant tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, relatives à leur couverture vaccinale et aux principales maladies telle que la diarrhée ont aussi été rapportée.

1. SOINS PRÉNATALS

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications pendant la grossesse, et après accouchement. Durant l'enquête, on a demandé aux femmes, si au cours de leur dernière grossesse survenue pendant les cinq dernières années et ayant abouti à une naissance vivante, elles avaient effectué une consultation prénatale.

1.1. Consultations prénatales

Le tableau 5.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, en fonction du lieu de consultation prénatale, de la possession de carnet, et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. On relève que parmi ces femmes, 61,5 % ont effectuées des consultations prénatales. Cette proportion de femmes est plus importante à Madarounfa avec 69,3 %. Tanout présente un taux de 46,2 %, tandis qu'on compte 52,8 % à Aguié.

La possession de carnet qui est un indicateur des consultations est d'environ 1,9% pour l'ensemble de la zone d'intervention du projet. Selon le département de résidence, c'est à Madarounfa qu'on note un pourcentage plus élevé de femmes possédant de carnet de consultation environ 58%, suivi du département d'Aguié avec un taux de 49,6 %. La zone de Tanout est en retard avec un taux de possession de carnet de 8 %. Le tableau 5.1 indique aussi que le pourcentage de femmes possédant un carnet de consultation est plus élevé (61 %) dans la tranche d'âges élevée (35-49 ans). En fonction du statut de vulnérabilité, il apparaît que les femmes issues des ménages extrêmement vulnérables sont moins nombreuses à posséder un carnet de CPN (40 %). On constate également que la majorité de ces consultations ont eu lieu en milieu sanitaire (60 %) et un peu moins de 10 % au village lors des fêtes foraines.

Tableau 5.1 : Soins prénatals				
Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours de leur dernier accouchement par lieu de consultation prénatale, possession de carnet, selon certaines caractéristiques sociodémographiques,				
Caractéristiques sociodémographiques	Lieux de consultations prénatales			Possèdent des carnets de CPN
	Ont effectuées des CPN	Formation sanitaire	Village (foraine)	
Tranches d'âges				
< 20 ans	48,9	56,4	8,3	40,5
20 à 34 ans	39,3	66,1	4,9	49,0
35 à 49 ans	29,0	69,6	9,3	61,0
Départements				
Aguié	52,8	58,6	2,0	49,6
Madarounfa	69,3	71,4	10,0	58,4
Tanout	46,2	52,8	-	8,1
Statut de vulnérabilité déclarée				
Ext. Vulnérables	36,4	44,4	-	40,0
Très vulnérables	63,7	71,2	4,5	53,5
Vulnérables	58,8	57,4	12,6	47,7
Peu vulnérables	63,6	63,5	-	46,3
Ensemble PPIND	61,5	65,1	6,2	1,9

Le tableau 5.2 montre le suivi des consultations prénatales à l'aide des carnets. En effet, on constate que la zone du projet, près de 53 % des femmes ont effectuées leur première consultation, ensuite le nombre de ces femmes a diminué lors de la seconde consultation pour passer à 50 %. Lors de la troisième consultation ce nombre n'est que de 39 %. Entre la première consultation et la dernière environ 14 % ont abandonné les dites consultations. En fonction des départements c'est le département de Madarounfa qui enregistre le plus de femmes ayant suivi les consultations prénatales, 64,1 % contre 48,2 % à Aguié et 8,6% à Tanout lors de la première consultation. Dans tous les départements, on a observé une diminution du nombre de consultation lors du dernier passage.

Tableau 5.2 : Suivi des consultations prénatales			
Répartition (en %) des femmes qui ont été aux différentes consultations prénatales, selon les départements			
Départements	1 ^{ère} CPN	2 ^{ème} CPN	3 ^{ème} CPN
Aguié	48,2	45,5	36,0
Madarounfa	64,1	61,6	47,8
Tanout	8,6	5,7	5,7
Ensemble PPIND	53,0	50,0	39,0

1.2. Avantages liés aux consultations prénatales

Les avantages liés aux consultations prénatales sont donnés au tableau 5.3. Il ressort de ce tableau que 61 % des femmes pensent que les consultations prénatales permettent de détecter les signes de danger menaçant la femme enceinte. En gros, on peut dire que la majorité des femmes enquêtées connaissent l'importance des consultations prénatales.

Tableau 5.3 : Avantages liés aux consultations prénatales				
Pourcentage de réponses données par les femmes par rapports à certaines préventions liées aux consultations prénatales, selon les départements				
Avantages	PPIND	AGUIE	MADAROUNFA	TANOUT
Détecter les signes de danger	61,3	60,5	62,4	58,3
Prendre en charge les signes de danger	43,7	46,1	46,6	20,0
Référer à temps si nécessaire	14,9	28,1	8,1	8,6
Prévenir l'anémie	14,2	13,2	13,3	22,9
Prévenir le paludisme néo-natal	9,8	2,6	12,2	20,0
Protéger la femme contre le tétanos	8,0	3,5	11,8	2,9
Protéger l'enfant contre le tétanos	4,2	3,1	4,7	5,3
Protéger la femme et l'enfant contre le tétanos	17,3	18,4	17,2	14,3

2. ACCOUCHEMENT

2.1. Lieu d'accouchement et assistance lors de l'accouchement

Le tableau 5.4 indique que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 71,1 % se sont déroulées à la maison (matrone formée ou pas) et environ 8 % seulement dans un établissement de santé, essentiellement un établissement du secteur public. L'accouchement dans les centres de santé est très faible surtout à Tanout où il est de presque 3 %. Cela est peut être du au mode vie de ces populations qui sont le plus souvent en déplacement et loin des centres de santé. On constate également que l'assistance à l'accouchement que cela soit par les centres de santé ou les matrones formées, il est plus élevé pour les femmes les plus âgées (tranche de 35 à 49 ans). La logique aurait voulu que c'est les femmes les plus jeunes qui ont le plus besoin de l'assistance. Le taux de femmes assistées lors des accouchements n'est pas différent en général d'un statut de vulnérabilité à un autre.

Tableau 5.4 : Accouchement					
Répartition (en %) des femmes qui ont reçues assistance lors de leur accouchement et type d'assistance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques					
Caractéristiques sociodémographiques	Ont été assistées	Assistance à l'accouchement			
		Centre de santé	Matrone formée	Matrone non formée	Agent communautaire
Tranches d'âges					
< 20 ans	65,9	8,8	27,8	34,3	2,9
20 à 34 ans	65,4	7,6	52,4	19,0	1,4
35 à 49 ans	82,3	9,1	55,9	21,1	3,6
Départements					
Aguié	60,2	8,8	34,0	28,6	1,0
Madarounfa	69,3	8,2	58,2	14,9	1,8
Tanout	87,2	2,7	51,4	30,8	5,4
Statut de vulnérabilité déclarée					
Ext. Vulnérables	72,7	0,0	54,5	20,0	-
Très vulnérables	68,8	9,0	52,4	21,7	2,6
Vulnérables	66,4	7,4	48,5	19,8	-
Peu vulnérables	67,9	6,1	42,3	23,5	4,1
Ensemble PPIND	68,1	7,7	49,7	21,4	1,9

L'analyse des données du tableau montre que seulement 57,4 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé. Par ailleurs, dans seulement près de 2 % des cas, les agents communautaires ont assisté les accouchements. On relève également que, dans 21,4 % des cas, c'est une accoucheuse traditionnelle non formée qui a assisté l'accouchement.

Pour les femmes qui n'ont été assisté lors de leur accouchement les raisons avancées vont de l'heure de l'accouchement qui a intervenu tard dans la nuit, à l'éloignement des centres de santé ou de l'absence de la matrone du village. Certaines femmes ont avancé des raisons culturelles (honte d'être assistée en plein travail) pour expliquer leur refus d'être assister.

Quant aux avantages liés à une assistance lors de l'accouchement quelques idées suivantes ont été énoncées par les femmes enquêtées dans la zone PPIND:

Assurer un accouchement propre	43,0 %
Prendre en charge les signes de danger	28,8 %
Référer à temps si nécessaire	12,4 %
Couper le cordon ombilical.....	47,7 %
Assurer les premiers soins au nouveau né	47,1 %
Assurer les premiers soins à la mère.	32,6 %
Autres	9,1 %

(Les chiffres représentent le pourcentage des femmes qui ont donné cette réponse)

Globalement, on constate que près de la moitié des femmes ont compris l'intérêt d'une assistance lors de l'accouchement. Car cette assistance permet d'assurer les premiers soins à l'enfant et également de bien couper le cordon tout en assurant un accouchement propre.

2.2. Difficultés ou complications lors du dernier accouchement

A la question relative aux difficultés rencontrées lors du dernier accouchement, 18,5 % des femmes enquêtées ont répondu oui. Ces difficultés sont consignées au tableau 5.5.

Tableau 5.5 Difficultés ou complications lors du dernier accouchement en fonction des départements

Difficultés/complications	PPIND	AGUIE	MADAROUNFA	TANOUT
Saignements abondants	8,9	3,2	13,1	5,7
Pertes d'urines	0,0	0,0	0,0	0,0
Mauvaise présentation de l'enfant	2,9	4,2	2,7	0,0
Déchirures du périnée	0,4	0,0	0,7	0,0
Autres	8,9	7,4	9,2	11,4

On constate que les difficultés rencontrées dans la zone d'intervention du projet sont assez faibles. Les saignements abondants représentent près de 9% tandis que la mauvaise présentation de l'enfant 3%. En fonction des départements, les saignements sont beaucoup plus rencontrés à Madarounfa (13,1 % contre 5,7 et 3,2 % à Aguié).

3. VACCINATION DES ENFANTS

Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). À ceux-ci s'ajoute le vaccin contre la fièvre jaune, en dose unique. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Les statistiques sur la vaccination ont été collectées à partir du carnet de vaccination de l'enfant et aussi à partir de la vérification de la cicatrice dans le cas du BCG. Le tableau 5.6 présente les résultats sur la couverture vaccinale selon les la tranche d'âge et le département de résidence.

L'analyse de ces résultats montre qu'à peine 32 % des enfants ont leur carnet de vaccination dans l'ensemble de la zone du projet. Cette détention du carnet n'est pas la même d'un département à un autre. Le pourcentage d'enfant ayant un carnet avoisine 70 % dans le département de Madarounfa et à peine 3% dans la zone pastorale de Tanout. Quant à la couverture vaccinale, elle est également mal répartie pour l'ensemble des vaccins (c.-à-d. complètement vacciné). Elle est plus importante à Madarounfa avec un taux de 10,2 % pour l'ensemble des vaccins, tandis qu'à Tanout pour l'ensemble des vaccins, le taux de couverture est

à peine 1,7 % des enfants. Le département de Aguié présente une couverture vaccinale pour l'ensemble des vaccins de l'ordre de 4,5 %.

En fonction de l'âge, on constate que la couverture vaccinale est plus élevée pour certaines tranches d'âges. En effet, les tranches d'âges de 24-29, 36-41 et 48-59 mois sont les plus nanties en matière de couverture vaccinale. Ceci peut s'expliquer peut-être par la simple raison que ces tranches d'âges correspondent aux périodes de vaccination.

Il ressort de cette étude que seulement 7,2 % des enfants de la zone d'intervention du projet sont complètement vaccinés conformément aux recommandations de l'OMS.

Tableau 5.6 Couverture vaccinale des enfants de 6 à 59 mois

Répartition (%) de la population enfants qui ont reçu certains vaccins, quel que soit l'âge à la vaccination, et ceux qui possèdent un carnet de vaccination, selon la tranche d'âges et le département de résidence

Caractéristiques	BCG	Polio				DTC			Rougeole	Carnet	C. Vaccin
	Présence	PO	1er	2ème	3ème	1er	2ème	3ème			
Groupes d'âges											
< 6 mois	9,4	9,8	10,1	11,0	11,3	10,5	10,8	11,6	11,0	13,9	0,0
6 - 11 mois	7,0	10,0	7,6	7,9	8,1	7,8	8,1	8,6	10,6	15,9	2,0
12 - 17 mois	8,8	12,3	8,9	9,0	10,1	8,7	9,4	9,5	10,2	19,7	16,3
18 - 23 mois	3,7	5,6	4,0	3,8	4,1	3,7	3,9	4,0	4,5	9,8	19,6
24 - 29 mois	15,7	14,8	15,6	15,6	15,0	15,5	15,2	15,1	14,9	11,9	8,1
30 - 35 mois	3,3	3,0	3,2	3,3	3,3	3,2	3,3	3,2	2,9	2,0	6,7
36 - 41 mois	23,1	20,2	22,6	22,1	21,5	22,4	21,9	21,3	20,2	13,9	7,0
42 - 47 mois	0,8	1,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	4,1	35,3
48 et +	28,1	22,5	27,3	26,6	25,7	27,2	26,6	25,9	24,6	8,8	2,7
Département											
Aguié	37,1	33,4	37,2	37,0	36,0	36,7	36,6	36,6	34,2	27,2	4,5
Madarounfa	48,7	54,6	48,3	48,7	50,4	48,8	48,9	49,3	52,8	69,8	10,2
Tanout nord	13,9	11,6	14,2	13,9	13,2	14,1	14,0	13,6	12,6	2,7	1,7
Ensemble PPIND	24,7	9,3	32,2	19,3	15,9	21,8	20,1	17,7	11,2	32	7,2

C. vaccin = complètement vacciné

4. MALADIE DES ENFANTS

4.1. Diarrhée

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans.

De l'examen des données du tableau 5.7, il ressort 44 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de la diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Ces résultats sont le double de ceux fournis par l'EDSN-MICS3 de 2006 qui révèle seulement 21 % des cas. Selon le sexe, on constate que beaucoup plus de cas de diarrhée chez les garçons que chez les filles (48,4 % contre 40,9%).

Tableau 5.7 : Prévalence de la diarrhée	
Parmi les enfants de moins de deux ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques	
Caractéristiques sociodémographiques	Prévalence de la diarrhée
Tranches d'âges	
< 3 mois	34,4
4 - 6 mois	49,0
7 - 9 mois	58,2
10 - 12 mois	47,3
13 - 15 mois	44,0
16 - 18 mois	48,4
19 - 21 mois	53,3
22 - 24 mois	31,3
Sexe	
Masculin	48,4
Féminin	40,9
Départements	
Aguié	43,2
Madarounfa	44,3
Tanout	43,6
Ensemble PPIND	43,9

En fonction de l'âge, on constate des variations, la tranche d'âge de 7-9 mois ainsi que celle de 19-21 mois sont les plus touchées. Cette dernière tranche correspond aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

4.2. Traitement de la diarrhée

A la question du régime alimentaire lors des épisodes de diarrhées, 82,8 % des mères affirment continuer à donner du lait maternel à leur enfant, 80 % aussi ont continué à donner de l'eau à leur enfant et 50 % affirment continuer à donner des aliments solides et semi solides aux enfants. En effet, au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Les fréquences dont ces différents aliments sont donnés aux enfants sont représentées à la figure 5.1. On constate pour le lait, la moitié des mères continuent à donner le lait comme d'habitude tandis que plus d'un tiers le donne moins que d'habitude. Pour l'eau, 42 % des mères le donne plus fréquemment que d'habitude, tandis que un tiers continue à le donner comme d'habitude. Enfin, pour les solides et semi liquide, 40 % les donnent de manière habituelle, tandis que près de la moitié (46,5 %) de manière moins fréquente.

Les attitudes et les pratiques des mères pendant les épisodes de diarrhée sont bonnes pour près de 42 %, tandis plus d'un tiers n'ont pas les bonnes habitudes en cas des diarrhées.

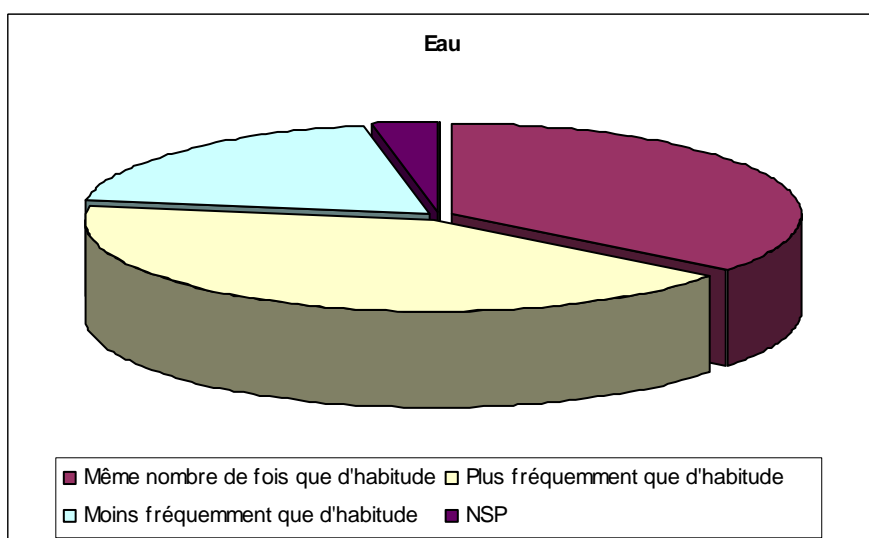
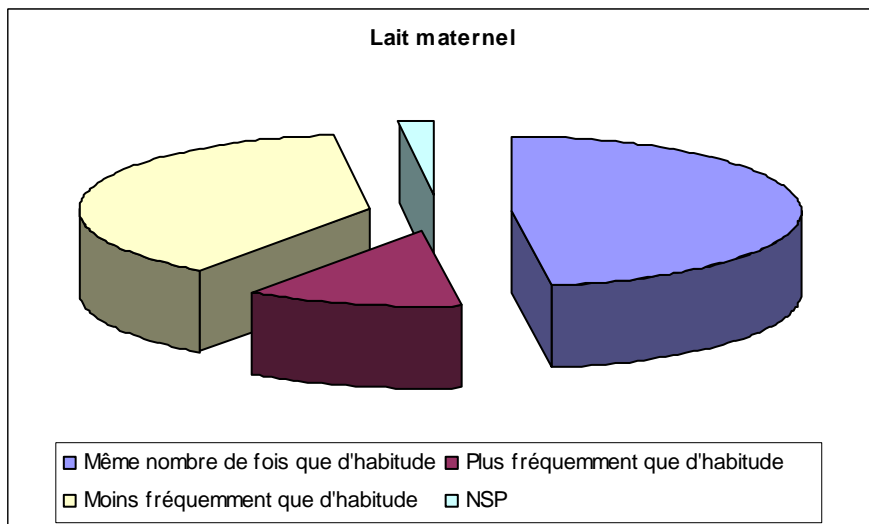
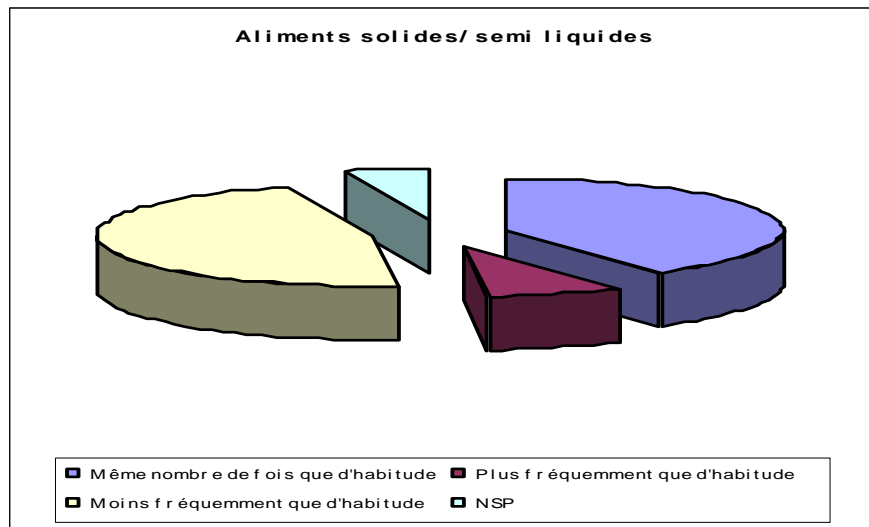


Figure 5.1 : Fréquence de consommation des aliments durant les épisodes de diarrhées

En cas de diarrhée de leur enfant, dans la zone du projet, des 50,5 % mères ont demandé conseil. Elles s'adressent tout d'abord au niveau des structures de santé (20 %), ensuite au niveau des parents et amis (8,2 %) (Tableau 5.8). Au niveau des départements, les mêmes tendances s'observent. Les mères s'adressent toujours aux formations sanitaires ensuite aux parents.

Tableau 5.8 : Conseils en cas de diarrhée				
Répartition en pourcentage des personnes ou structures auprès desquelles les mères demandent conseil en cas de diarrhée de leur enfant, selon les départements				
Structure	PPIND	AGUIE	MADAROUNFA	TANOUT
Formations sanitaires	20,3	18,6	25,3	2,8
Secouristes/éducateurs	2,1	4,3	1,3	0,0
Matrones	1,4	3,2	0,7	0,0
Animatrices de village	1,1	2,1	0,0	2,9
Agents de projets	0,0	0,0	0,0	0,0
Pharmacies/dépôts pharmaceutiques	0,0	0,0	0,0	0,0
Marabouts/Bokas	1,1	2,1	0,7	0,0
Voisins (es)/parents (es)	8,2	11,7	6,6	5,7
Autres	4,3	5,3	2,7	8,6

Quant au tableau 5.9, il donne les différents traitements effectués par les mères en cas de diarrhée de leur enfant. On constate que 14 % des mères n'effectuent aucun traitement en cas de diarrhées. Bien que 78 % des mères connaissent les sachets SRO, on remarque que seulement 15 % utilise ce produit lors des diarrhées. Ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique leur connaissance des SRO, peut être pour des raisons d'accessibilité à des centres de santé et de disponibilité des traitements. La même remarque peut être faite pour les comprimés de zinc. On constate enfin une utilisation plus importante que celle du SRO des médicaments tout venant (17 %). L'eau salée sucrée n'est pas trop utilisée, elle concerne le pourcentage de femme que les solutions à base de mil.

Tableau 5.9 : Traitements en cas de diarrhée				
Pourcentage de mère ayant opté pour ce traitement, selon les départements				
Type de traitement	PPIND	AGUIE	MADAROUNFA	TANOUT
Aucun	14,0	14,6	11,9	21,6
ESS (Eau Salée Sucrée)	2,4	2,1	2,6	2,7
Sachet SRO	15,3	13,5	19,3	2,7
Ruwan dawo	1,7	1,1	1,9	2,7
Solution à base de mil	2,1	2,1	1,9	2,7
Décoction	7,6	7,4	8,9	2,7
Médicaments	17,2	21,2	15,2	15,4
Comprimés de Zinc	3,8	2,1	5,7	0,0
Autres	14,0	10,4	8,2	5,4

Les symptômes ou signes qui poussent les mères à chercher conseil sont par ordre d'importance une diarrhée de plus de trois jours, une fièvre et des vomissements et un état de fatigue de l'enfant. L'ensemble des résultats y afférents sont consignés au Tableau 5.10.

Tableau 5.10 : Symptômes				
Répartition (%) des signes et symptômes qui conduisent les mères à chercher conseils ou traitements lorsque l'enfant a la diarrhée, selon les départements				
Symptômes et signes	PPIND	AGUIE	MADAROUNFA	TANOUT
Vomissement	19,5	21,8	21,0	5,4
Fièvre	33,2	31,5	36,5	21,6
Diarrhée plus de trois jours	61,3	68,7	57,6	57,9
Signes de déshydratation	24,0	21,9	26,3	18,4
Sang dans les selles	8,2	9,2	8,2	5,4
Très grande fatigue	19,2	12,7	19,9	34,2
Perte d'appétit	11,5	7,3	10,4	28,9
A très soif	3,7	2,8	2,8	10,8
Yeux enfoncés	8,2	3,7	10,9	8,1
Pas d'amélioration	8,2	11,2	7,1	5,1
Autre	5,8	2,6	7,6	5,1
NSP	4,9	10,2	2,4	2,6

4.3. Connaissance des sachets de SRO et du comprimé de Zinc

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années ayant précédé l'enquête, 78 % ont déclaré connaître le sel de réhydratation par voie orale ou SRO et seulement 23 % connaissent le comprimé du zinc (Tableau 5.11). Les résultats sur la connaissance du sachet SRO sont conformes à ceux de la dernière EDSN-MICS3 qui révèle également 77,9% de femmes connaissant le SRO.

Le tableau 5.11 montre également que plus de 72 % des mères connaissent l'utilité des sachets SRO dans la lutte contre la diarrhée et 24 %, lui reconnaît son action contre la déshydratation lors des épisodes des diarrhées. Quant au comprimé de Zinc son action contre la diarrhée n'est pas totalement connue parmi les mères enquêtées car seulement 15,5 % lui reconnaît son action contre la diarrhée.

En fonction des départements, c'est à Madarounfa que l'on enregistre une bonne connaissance du sachet SRO avec près de 92 % contre 61,5 et 59 pour cent à Tanout et Aguié respectivement. C'est aussi à Madarounfa que la connaissance du comprimé de Zinc est la plus élevée (33% contre 8 et 10 % à Aguié et Tanout respectivement.

Pour l'utilité des deux produits c'est aussi à Madarounfa que l'utilité du SRO et du Zinc est la plus reconnue (Tableau 5.11).

Tableau 5.11 : Connaissance de SRO et de comprimé de Zinc					
Pourcentage des mères connaissant le sachet de SRO et du comprimé de Zinc ainsi que leur utilité					
Produits	Département	Connaissance des produits	Utilité des produits		
			Lutte contre la diarrhée	Lutte contre la déshydratation	Autres
Sachet de SRO	Aguié	59,2	52,3	26,9	6,5
	Madarounfa	91,8	87,0	23,5	0,5
	Tanout	61,5	46,2	20,5	5,1
	PPIND	78,1	72,2	24,2	6,8
Comprimé de Zinc	Aguié	7,8	8,2	5,2	0,0
	Madarounfa	33,3	22,2	8,0	10,1
	Tanout	10,3	0,0	2,7	8,1
	PPIND	23,0	15,5	6,5	6,8

CONCLUSION GENERALE

La collecte des données de l'étude de base a été effectuée d'octobre à novembre 2007 auprès 628 ménages, 710 femmes âgées de 15-49 ans et 710 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès pour la planification familiale et 1010 enfants de moins de cinq ont été pesés et toisés.

Le niveau de fécondité demeure élevé dans la zone d'intervention du projet PPIND. Les femmes donnent naissance, en moyenne, à 7 enfants au cours de leur vie féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 85,5 % des femmes ont déjà eu au moins une naissance vivante avant l'âge 20 ans.

De manière globale, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union est de 11 %, toutes méthodes confondues actuellement. La prévalence d'utilisation est surtout élevée pour la pilule et les injectables.

On constate que dans la zone du projet, près de 53 % des femmes bénéficient de soins prénatals. C'est le département de Madarounfa qui enregistre le plus de femmes ayant suivie les consultations prénatales, 64,1 % contre 48,2 % à Aguié et 8,6% à Tanout lors de la première consultation.

La couverture vaccinale est encore faible dans la zone du projet où seulement 7,2 % d'enfants ont reçu tous les vaccins du programme élargie de vaccination. A Tanout seul 1,7 % d'enfants sont complètement vaccinés.

La diarrhée, est l'une des maladies les plus fréquentes chez les enfants. Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'un enfant de moins de cinq ans sur deux (44 %) a souffert de diarrhée.

L'allaitement est une pratique largement répandue dans la zone d'intervention du projet puisque plus de 84 % des enfants sont allaités et ceci quelque soit le statut de vulnérabilité des mères. Cependant, l'allaitement exclusif des enfants reste très faible seuls 4,4 % sont allaités de manière exclusive.

Le calcul du risque de déficience en vitamine A d'origine animale fait ressortir un taux de 83,3 % dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet. Au niveau des départements, il est de 100 % à Madarounfa, près de 82 % à Aguié et de 57 % à Tanout.

Près de la moitié des enfants souffrent de la malnutrition chronique (retard de croissance) : 44,6 % avec 20,7 de cas sévères. La malnutrition aigue touche 13,6 % des enfants avec 3,4 % des cas sévères. Près de 38,9 % des enfants (avec 14,3 % de cas sévères) présente une insuffisance pondérale.

Enfin, dans la zone d'intervention du projet PPIND, une proportion relativement importante de femmes (19,3 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, 6,2 % des femmes ont un indice élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des surpoids.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Listes des ouvrages consultés et/ou cités dans le rapport

1. Abarchi M. Reckia. Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans le département de Bouza (Tahoua). Mémoire de fin de cycle de Technicien supérieur en santé publique, option nutrition humaine. 101 p. 2006.
2. Bruce Cogill. Guide de mesure des indicateurs anthropométriques. Mars 2003.
3. CRESA. Etat des lieux de la vulnérabilité et de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle au niveau local. Projet APCAN-Care, 2007.
4. Delpeuch, Francis. Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. In atelier sur la surveillance nutritionnelle en Afrique de l'Ouest : méthodologie des enquêtes nutritionnelles. Documents de travail. Dakar, Sénégal : ORANA, ORSTOM et OMS.
5. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté DSRP, Niger, 2002
6. Geneviève Le Bihan, Francis Delpeuch, Bernard Maire. Cahier de propositions pour le 21^{ème} siècle. Alimentation, nutrition, politiques publiques. 36p. juin 2001.
7. Gouvernement du Niger et UNICEF. Enquête à indicateurs multiples de la fin de décennie (MICS2). Novembre, 2000.
8. Gouvernement du Niger et UNICEF. Enquête à indicateurs multiples de la fin de décennie (MICS3). Novembre, 2006.
9. Gouvernement du Niger. Plan National d'action pour la nutrition 2007-2015 (projet); Octobre 2006.
10. Helen Keller et PAM. Evaluation de base de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans les régions rurales de Maradi et de Zinder. Avril 2005.
11. Nation Unies. Les objectifs du millénaires pour le développement (OMD), <http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>, New York, 2005.
12. RGPH. Recensement général de la population et de l'habitat, Niger, 2001
13. Stéphane Arnaud. Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de Damé (Cote d'Ivoire). Mémoire de DESS en Nutrition et alimentation dans les pays en développement. 69p. 2004

ANNEXES

- FICHE DE DENOMBREMENT
- REPARTITION DES EQUIPES ET VILLAGES
- CALENDRIERS EVENEMENTIELS
- TDR DE L'ETUDE



PPIND
ENQUÊTE DE BASE



EXEMPLE DE LISTE DES MENAGES ET CLASSIFICATION

Département.....Code/___

___/

Commune.....Code

/___/

N°	NOMS ET PRENOMS	SEX E CM (H/F)	PRESEN T / ABSENT	CLASSE				TIRAG E (X)
				A	B	C	D	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								

NB : AJOUTER UNE FEUILLE POUR COMPLETER LA LISTE SI NECESSAIRE

Répartition des équipes pour le terrain

Région	Département	Chefs d'équipe	Membres des équipes		Village	Nbre ménages à faire	Nbre enfants 0-59 mois
4. Maradi	42. Madarounfa	4201. Mamane Nassourou Lawali 4202. Mme Maïga Habsatou Diakité	4203. Elh Souley Lawali	422. DJIRATAWA	4201 RIJIALBAGOUARI SOFOUA	44	59
			4204. Illiassou Chipkao	422. DJIRATAWA	4202 BAMO DAN JARI	25	34
			4205. Sani Dan Baou	423. GABI	4203 PEULH N'WALA	7	9
			4206. Zeinabou Issa Ousmane	423. GABI	4204 FOTOTOUA	40	55
			4207. Abdou Harouna	423. GABI	4205 KARE PEULH	8	10
			4208. Harouna Garba	425. SAFO	4206 SABON CARRE (DADIN KOWA)	33	45
			4209. Maman Azizou	425. SAFO	4207 SAFO SHADAOUA	43	59
			4210. Mme Amadou Rabi	426. SARKIN YAMMA	4208 GARIN GAJA	56	76
				421. DAN ISSA	4209 TOTCHIA	10	14
				425. SAFO	4210 BABBAN RAFFI	61	83
				421. DAN ISSA	4211 GUIDAN KATA	31	42
				424. MADAROUNFA	4212 KOUNTOUMI	52	70
			41. Aguié	4101. Antarou Chaibou 4102. Mme Hassane Aissatou Cissé	4103. Idi Ibrahim	412. GANGARA	4101 GUIDAN TANKO
	4104. Oubandawaki G. Adamou	411. AGUIE			4102 DAGAZARI	29	39
	4105. Doukia Moumouni	411. AGUIE			4103 DAN RAGO	71	96
	4106. Hamissou Na Yaou	411. AGUIE			4104 ROUGAGUE PEUL	13	17
	4107. Fibi Abdou	414. TCHADOUA			4105 BOUGOUN GABA	17	23
	4108. Kaïlou Inoussa	414. TCHADOUA			4106 GUIDAN BARA (VA)	29	40
	4109. Mahaman Bako	412. GANGARA			4107 GUIDAN JARI	16	22
	4110. Abdourahamane Brah	412. GANGARA			4108 OUMARAOUA	42	57
		412. GANGARA			4109 MADOBI	72	97
		412. GANGARA			4110 DAN BIANA	6	8
	7. Zinder	71. Tanout	7101. Dr Radjikou Hassane 7102. Soumana Adamou	7103. Samaila Oumarou	712. TARKA	7101 NEINO MOUIMDAYA	7
7104. Kassoum Aldja				712. TARKA	7102 LAY-LAY	5	6
7105. Ousmane Ibrahim				711. TANOUT	7103 MAI TAWASSA I	4	6
7106. Abarchi Gaya				711. TANOUT	7104 KELE-KELE	48	65
7107. Mme Fatimata Hamid				713. TEN HIA	7105 MOTCHOLE	1	2
7108. Mahamadou Oumarou				713. TEN HIA	7106 GOURBOBO PEULH	7	10
7109. Omar Ali Chérina				713. TEN HIA	7107 GUIDAN BOUJA	17	23
7110. Haram Boubacar							
7111. Diop Moussa							

CALENDRIER DES PRINCIPAUX EVENEMENTS

Evénements	Date de l'événement	Age (mois) à ce jour
Fête de Ramadan officiel	11 octobre 2007	0
Début ramadan officiel 2007	12 septembre 2007	1
Election Chef canton Tessaoua	30 Août 2007	2
Houtoungo	Août 2007	2
Fête de l'arbre	3 août 2007	2
Bac	29 Juillet 2007	2 à 3
CFEPD/Brevet	27 Juin 2007	3 à 4
Premières pluies	Mai/juin 2007	4 à 5
Motion de censure	Début juin 2007	5
Grande Chaleur	Avril 2007	6
Mouloud	30 Mars 2007	7
Fin froid	Février/Mars 2007	7 à 8
Final Lutte traditionnelle à Agadez	26 Février 2007	8
Début année civile	Janvier 2007	9
Tabaski 2006	31 Décembre 2006	10
Fête 18 décembre à Zinder	18 Décembre 2006	10
Election de Dan Dadi de Madarounfa	Décembre 2006	10
Début froid	Novembre 2006	11
Fête Ramadan 2006	23 Octobre 2006	12
	Septembre 2006	13
Fête Indépendance 2006	3 Août 2006	14
Journée de l'allaitement/visite Fati Tandja dans la région de Maradi	Début Août 2006	14
	Juillet 2006	15
	Juin 2006	16
Premières pluies	Mai 2006	17
Grandes chaleurs	Avril 2006	18
Eclipse solaire	29 Mars 2006	19
Fin froid	Février/Mars 2006	19 à 20
Tabaski 2005	10 Janvier 2005	21
Jeux de la Francophonie	7 au 17 Décembre 2005	22
Fête 18 décembre 2005	Décembre 2005	22
Fête Ramadan 2005	03 Novembre 2005	23
Arrivée Koffi Anane à Zinder	Octobre 2005	24
Election Chef de Province de Katsina	Octobre 2005	24
	Septembre 2005	25
Fête Indépendance 2005	3 Août 2005	26
	Juillet 2005	27
Début Kwamaso	Juin 2005	28
Premières pluies	Mai 2005	29
Mouloud 2005	21 Avril 2005	30
Gratuité de la césarienne	Mars 2005	31
Fin froid	Février 2005	32

Fête de Tabaski 2004	24 Janvier 2004	33
Elections présidentielles et législatives	Décembre 2004	34
Fête Ramadan 2004	15 Novembre 2004	35
	Octobre 2004	36
	Septembre 2004	37
Fête Indépendance 04	3 Août 2004	38
Elections locales	Juillet 2004	39
Saison pluies (semis)		40
Mouloud 2004	03 Mai 2004	41
Chaleur	Avril 2004	42
Début chaleur	Mars 2004	43
Tabaski	02 Février 2004	44
Froid	Janvier 2004	45
Fête 18 décembre 03	Décembre 2003	46
Fête de Ramadan 2003	25 Novembre 2003	47
	Octobre 2003	48
	Septembre 2003	49
Fête Indépendance	3 Août 2003	50
Saison pluies	Juillet 2003	51
Saison pluies (semis)	Juin 2003	52
Premières pluies	Mai 2003	53
Chaleur	Avril 2003	54
Début chaleur	Mars 2003	55
Fin froid	Février 2003	56
Froid	Janvier 2003	57
Fête du 18 décembre 02	Décembre 2002	58
Tabaski 2002	15 Décembre 2002	59
Début froid	Novembre 2002	60
Fin récolte	Octobre 2002	61
Début récolte	Septembre 2002	62
Fête Indépendance 2002	Août 2002	63
	Juillet 2002	64
Premières pluies 2002	Juin 2002	65
	Mai 2002	66
	Avril 2002	67
	Mars 2002	68
	Février 2002	69
	Janvier 2002	70
	Décembre 2001	71

Généralités

1. **Projet :** Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et Démographie PPIND NER081
2. **Activité :** Réalisation d'une étude de base
3. **Zone d'intervention :** Aguié, Madarounfa et Nord Tanout
4. **Durée de l'activité :** 1 mois
5. **Démarrage de l'activité :** 16 Octobre 2007
6. **Fin de l'activité :** 25 octobre 2007
7. **Responsable :** Lawali Mamane Nassourou, AT/SE PPIND
8. **Superviseur :** Maman Sani Laminou, C PPIND

1. Contexte

Le Niger est un vaste pays sahélien qui vit presque une année sur trois une sécheresse d'envergure nationale. Cette situation rend le pays chroniquement déficitaire et sujet à des périodes d'insécurité alimentaire à impact mortel sur les plus vulnérables et particulièrement les enfants et les femmes. Selon l'indice de développement humain calculé par le PNUD, le Niger est parmi les pays les plus pauvres du monde; il se classe au 174ème rang sur 175 pays. La population en deçà du seuil de pauvreté représente 63% de l'ensemble. La majorité de ces pauvres se trouve en milieu rural (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté DSRP, 2002). La pauvreté limite l'accès aux services sociaux et aux autres satisfactions matérielles et morales.

La situation de santé de la population est aggravée par les insuffisances des conditions du cadre de vie, la sous alimentation et la malnutrition. Le système de santé souffre des charges récurrentes élevées, des faiblesses de recouvrement des coûts, de la mauvaise allocation des ressources humaines, des insuffisances de gestion des ressources matérielles et de la centralisation excessive des pouvoirs de décision et d'initiative.

La malnutrition est l'une des principales causes de mortalité des enfants nigériens. Selon l'EDSN/MICS III le retard de croissance est présent chez 50% des enfants, l'émaciation chez 11% et l'insuffisance pondérale chez 44%.

Selon toujours cette enquête EDSN/MICS III, l'indice de fécondité se situe au niveau national à 7,1 enfant par femme ; quand à la vaccination, la couverture est complète chez seulement 29% des enfants. Cette situation est plus grave si on regarde les données désagrégées par région : Fécondité 8,0 à Maradi et 7,4 à Zinder ; couverture vaccinale : 25% à Maradi et 17% à Zinder ; retard de croissance : 62% à Maradi et 59% à Zinder ; émanciation : 12% à Maradi et 11% à Zinder ; insuffisance pondérale : 54% à Maradi et 53% à Zinder.

Au vue d'une telle situation qui appelle à des interventions immédiates et multisectorielles, le Niger et ses partenaires au développement sont de plus en plus engagés dans la recherche d'une réponse adéquate et de longue durée à ce déficit. C'est dans ce cadre que la Délégation de la Commission Européenne au Niger, en collaboration avec les structures nationales concernées (Dispositif National de sécurité alimentaire, Division Santé du Ministère de la Santé publique, Direction de la Démographie du Ministère de la Population et des Réformes Sociales, a initié et engagé un appel à proposition local en vue du financement de projets intervenant sur les aspects nutritionnels et démographiques concourant à la sécurité alimentaire. Ces projets seront supportés par la ligne budgétaire "Aide et Sécurité alimentaire, Allocation aux ONG" de la Commission Européenne (CE), instrument financier spécifique de la Commission Européenne exclusivement utilisé pour le financement de projets à mettre en œuvre par des ONG.

En visant à mieux connaître les causes profondes de la malnutrition et de la croissance démographique, l'Action privilégiera la recherche de solutions durables à travers des stratégies de prise en charge de la malnutrition et de contrôle de la démographie. Il s'agira également d'une part de promouvoir l'approche à base communautaire qui favorisera une meilleure appropriation et durabilité des interventions et d'autre part de combiner démographie et malnutrition. Cette innovation rompt donc avec une gestion 'rétroactive' de la problématique pour une gestion 'proactive' de la malnutrition et de la croissance démographique. A terme, l'Action permettra de disposer d'un réseau d'acteurs conscients des questions de prise en charge et de prévention de la malnutrition et de la maîtrise de la croissance démographique, mais aussi de disposer de modèles adaptés.

L'objectif assigné à l'appel à proposition en direction des ONG est double et est en adéquation avec les préoccupations du Dispositif National et des structures techniques de l'Etat :

- Contribuer à la mise au point de modèles d'action adaptés pour prévenir et gérer la malnutrition en milieu rural dans toutes ses dimensions et conséquences ;
- Mettre au point des stratégies et méthodes d'approche pour contribuer à la résolution des problèmes démographiques en milieu rural.

A l'issue du processus d'appel à propositions, quatre (4) projets ont été approuvés et financés dans plusieurs zones géographiques du pays. Le Projet de Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie (PPIND) de CARE Niger (à travers CARE International UK) est l'un des ces quatre projets approuvés. Il a démarré officiellement le 1^{er} Avril 2007 et a son siège à Maradi pour couvrir les régions de Maradi (Aguié, Madarounfa), et Zinder (Nord Tanout). La durée opérationnelle du projet est fixée à 48 mois.

2. Justification,

Pour le besoin de planification et pour mieux connaître la zone d'intervention, l'équipe du projet a besoin au démarrage d'avoir un référentiel qui doit renseigner sur le niveau des indicateurs du cadre logique du projet pour des fins de comparaison à mi-parcours et à la fin de l'intervention. Il est aussi nécessaire que cette étude de base permette à l'équipe du projet de disposer d'une base d'informations fiables et récentes sur les comportements, aptitudes et pratiques des communautés cibles en matière de nutrition et de la gestion de croissance démographique.

3. Rappel des objectifs et résultats attendus du PPIND

Le projet promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie a pour :

- *Objectif global 1.* Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois et des femmes enceintes et allaitantes dans les régions de **Zinder** (Nord Tanout), **Maradi** (Madarounfa, Aguié) ;
- *Objectif global 2.* Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique pour le bien être des populations vulnérables dans les régions de **Zinder** (Nord Tanout), **Maradi** (Madarounfa, Aguié).

L'objectif spécifique de l'Action est « Développer des stratégies durables de nutrition et de gestion de la croissance démographique pour réduire l'incidence de l'insécurité alimentaire dans les régions **Zinder** (Nord Tanout), **Maradi** (Madarounfa) de 2007 à 2010 ».

Pour atteindre cet objectif, quatre principaux résultats sont attendus du projet:

- Des modèles à assise communautaire de prévention et de la prise en charge de la malnutrition et de gestion de la croissance démographique sont testés, validés et diffusés ;
- les communautés locales ont adopté de bonnes pratiques alimentaires, nutritionnelles, sanitaires et de planification familiale ;
- les capacités des partenaires institutionnels et communautaires et des structures communales et nationales en matière de nutrition et de démographie sont renforcées ;
- les initiatives (y.c plaidoyer) sont développées pour favoriser la prise en compte de la dimension nutrition et démographie dans la planification à tous les niveaux.

La démarche opérationnelle du projet se propose onze activités clés regroupés autour des ces résultats :

Activité 1.1. Analyse et capitalisation des expériences des organisations spécialisées et les pratiques des groupes cibles en matière de gestion de la nutrition et de la démographie pour inspirer le développement des modèles

Activité 1.2. Mise en place des structures communautaires pour l'expérimentation de modèles et de contrôle qualité

Activité 1.3. Formation des différents acteurs sur la malnutrition et la croissance démographique ;

Activité 2.1. Promotion des initiatives locales en faveur de la nutrition et de la planification familiale au niveau local et national

Activité 2.2. Élaboration et mise en œuvre (y.c évaluation) d'un plan de communication pour un changement de comportement (prise en compte des causes profondes, barrières, risques, etc.) en matière de pratiques alimentaires, nutritionnelles, sanitaires et de planification familiale.

Activité 2.3. Facilitation dans l'accès aux services de la planification familiale [Méthodes Modernes de Contraception (MMC) pour les Hommes et Femmes en Age de Procréer (HAP, FAP), vaccination, prise en charge intégrée de la maladie de l'enfance (PCIME), suivi croissance, etc.]

Activité 3.1. Formation des partenaires sur la démographie, la planification familiale, la nutrition, la santé, l'hygiène et l'assainissement.

Activité 3.2. Apprentissage, Capitalisation et partage des leçons apprises et des bonnes pratiques en nutrition et démographie :

Activité 4.1. Conduite de sessions IEC et CCC (témoignages des Maman Lumière, caravane, théâtres, chansons, exposés).

Activité 4.2: Mise en œuvre d'actions de plaidoyer/lobbying en faveur des politiques en matière de nutrition et de démographie (Identification et présentation des thématiques, Création des alliances, etc.);

Activité 4.3. Mobilisation sociale sur les thématiques nutrition et démographie à travers les animations publiques (théâtre, chansons, témoignages, etc.), les prêches, les caravanes).

4. Objectifs et résultats attendus de l'activité

Comme annoncé ci haut l'étude de base proposé poursuit les objectifs ci-après :

- Disposer des informations actualisées devant permettre de calculer tous les indicateurs d'effets et d'impact du cadre logique ;
- Disposer des informations actualisées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations cibles en matière de nutrition et de démographie.

A la fin de l'étude les résultats ci après doivent être observés :

- Un rapport détaillé présentant l'état de lieu en terme de connaissance, attitude et pratique des communautés et une synthèse des indicateurs du cadre logique, est élaboré, ce rapport doit comporter aussi un résumé de 8 à 10 pages en français et en anglais;
- Une base des données fiables pouvant permettre le développement des outils du système de suivi et évaluation est disponible.

5. Méthodologie

Le projet va toucher 75 communautés dans les trois départements (Madarounfa, Aguié et Tanout) de sa zone d'intervention. La collecte des données doit se faire sur échantillon représentatif de la zone en tenant compte des caractéristiques et spécificités des différentes communautés. L'échantillon des ménages sera stratifié selon le sexe du Chef du ménage d'une part et de l'autre, le statut socio-économique du ménage. A l'intérieur de chaque ménage il sera enquêté toutes les personnes éligibles aux critères des questionnaires élaborés à cet effet.

L'étude sera conduite par un consultant et seront associées toutes les principales parties prenantes : la communauté, les services techniques, les autorités locales ainsi que les autres partenaires et le personnel du CARE. Le consultant principal coordonnera toutes les activités du terrain, il supervisera toutes les équipes avec l'appui du staff du projet.

Cette étude qui se veut quantitative, utilisera des outils qui permettront de produire des données statistiques fiables pouvant permettre de mesurer le niveau des indicateurs communs et spécifiques relatifs à chaque objectif ou résultat et dont la connaissance de leurs niveaux nécessite une observation directe des unités participantes (membres des ménages, ménages et communautés). Le niveau de ces indicateurs et les aspects qualitatifs complémentaires qui seront ultérieurement produits avec les MARP constitueront la situation de référence du projet sur laquelle sera basée toute évaluation. Ces outils devraient permettre aussi de produire des données sur les connaissances, aptitudes et pratiques des communautés cibles en matière de la nutrition et de la démographie.

Le processus de réalisation de cette étude se fera suivant le cheminement ci-après :

- L'approbation finale des TDR, y compris la méthode avec les ONG partenaires (AFUA, ANBEF, AREN et VALPRO) ;
- Le recrutement du consultant principal chargé de réaliser l'étude ;
- La finalisation des outils et de la méthode d'enquête : une compréhension harmonisée des outils de collecte et de la méthodologie de l'enquête est nécessaire pour tous les participants à l'enquête;
- La formation des enquêteurs : le consultant sera chargé de former les enquêteurs et de leur permettre une internalisation des outils de collecte et de la méthode de l'enquête à travers un pré test et une supervision de la collecte des données;
- La saisie, le traitement et l'analyse des données : il s'agit d'arriver au processus de génération d'informations conformément aux objectifs assignés à l'étude.
- La rédaction du rapport provisoire qui sera soumis pour validation à l'équipe du projet et ses partenaires ;
- L'organisation d'un atelier de restitution et de validation des résultats d'étude : enfin les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du projet se regrouperont au cours d'un atelier qui sera placé sous la facilitation du chef du projet. Les appréciations issues de cet atelier feront l'objet d'intégration pour la production du rapport final.

6. Equipe de l'étude

En plus du consultant l'équipe d'enquêteurs sera composée de :

- 5 agents de terrain du projet et 1 stagiaire: nouvellement recrutés, la conduite de cette collecte des données les aidera surtout à se familiariser aux questionnements que doit poursuivre la mise en œuvre du projet d'une part et d'autre part ils feront du coup une reconnaissance du terrain ;
- 12 agents qui proviendront des services techniques partenaires du projet et représentés dans les départements de Aguié, Madarounfa et Tanout. Il y aura un participant par service à savoir développement communautaire, développement agricole, district sanitaire et population.
- 4 représentants des ONGs partenaires (1 par ONG) : AFUA, ANBEF, AREN et VALPRO
- 2 représentants des DRSP (1 par région) de Zinder et Maradi.
- 3 cadres des Minsitères (1 par ministère) : MSP, MDA, MP/RS
- 3 assistants techniques du projet et le chef de projet
- Des agents de saisie et des chauffeurs dont le nombre seront déterminés selon le besoin
- 3 cuisiniers à recruter

Dans la pratique, il sera constitué 3 équipes avec chacune 8 enquêteurs et 2 chefs d'équipe. Le consultant et le chef de projet assureront la supervision générale.

7. Conditions et critères de consultation

- **Activités clefs**
 - Proposer la méthodologie d'échantillonnage
 - Discuter et amender les outils et la méthodologie avec l'équipe du projet

- Former le personnel de collecte des données quantitatives
- Participer à la supervision de la collecte des données
- Former les agents de saisie
- Superviser la saisie des données
- Nettoyer et analyser les données
- Produire les tableaux récapitulatifs des résultats
- Rechercher des données secondaires pour des fins de comparaison
- Rédiger le rapport de l'enquête quantitative

- **Qualifications**

Le consultant peut être un nutritionniste, un démographe, un statisticien ou un spécialiste en santé publique ayant une solide expérience en évaluation des projets de développement rural en général et en particulier ceux axés sur les aspects liés à la nutrition et à la démographie (au moins 3 évaluations conduites). Il doit également avoir une maîtrise des méthodes statistiques et des logiciels SPSS, Epi info et Access.

- **Conditions d'application**

Les candidats à cette évaluation devront en plus des qualifications requises, soumettre à l'équipe du projet une offre qui ressortira :

- La méthodologie détaillée d'échantillonnage;
- Une proposition financière de la prestation (offre financière).

NB : L'offre financière ne doit pas inclure la prise en charge du personnel de collecte et de la saisie des données. La durée de la consultation ne doit pas excéder 21 jours calendaires.

8. Calendrier

PERIODE	ACTIVITES	RESPONSABLE
1 ^{er} au 15 Octobre 07	Recrutement du consultant	CARE Niamey
05 au 16 Octobre 07	Recrutement des enquêteurs et agents de saisie	AT Suivi évaluation
16 au 17 Octobre 07	Validation des outils et de la méthodologie avec le consultant	Chef de projet
18 au 21 Octobre 07	Formation des enquêteurs/pré test/amendement des outils	Consultant/Chef de projet
22 au 23 Octobre 07	Elaboration masque de saisie	AT Suivi évaluation
22 au 29 Octobre 07	Collectes des données quantitatives	Chefs d'équipes
24 au 28 Octobre 07	Supervision de l'étude	Consultant
25 Octobre 07	Formation des agents de saisie	Consultant/Chef de projet
26 Octobre au 03 Novembre 07	Saisie des données	Consultant/Chef de projet
03 au 05 Novembre 07	Apurement des données	Consultant/Chef de projet
06 au 08 Novembre 07	Analyse et production du draft du rapport de l'enquête	Consultant

PERIODE	ACTIVITES	RESPONSABLE
09 Novembre 07	Envoi du rapport aux partenaires et à Niamey	Chef de projet
13 Novembre 07	Réception feed-back des partenaires sur le rapport	AT suivi évaluation
14 Novembre 07	Envoi des différents feed-back au consultant	Chef de projet
21 Novembre 07	Restitution des résultats de l'étude de base	Chef de projet
24 Novembre 07	Dépôt rapport final de l'étude de base	Consultant
25 au 30 Novembre 07	Diffusion du rapport de l'étude de base	Chef de projet

9. Prise en charge

Pour le consultant l'honoraire sera fixé après discussion avec l'équipe du projet.

Pour les cadres du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de Développement Agricole et de celui de la Population et des Reformes Sociales, le taux sera un forfait fixé à 15000 FCFA par jour de la formation jusqu'à la fin de la collecte des données .

Pour le personnel des services techniques des régions et départements le taux est fixé à 7000 FCFA par jour (terrain et ville).

Pour le personnel des ONGs partenaire et du projet ils sont soumis aux taux de CARE : 7000 FCFA à Maradi et Zinder et 3000 FCFA sur le terrain.

L'hébergement et le remboursement des frais de transports sont à la charge du projet.

Préparé par :
Laouali Maman Nassourou

Approuvé par :
Laminou Sani