



RAPPORT FINAL

EVALUATION ANJE- U

Table des matières

INTRODUCTION	4
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
I. OBJECTIF DE L'ETUDE	5
I.1. Objectifs spécifiques	6
I.2. Questions d'évaluation	7
I.3. Les résultats attendus	7
II. METHODOLOGIE :	7
II.1. Cibles de l'évaluation	7
II.2. Méthodes et outils de collecte de données	8
II.3. Echantillonnage	9
II.4. Choix des femmes allaitantes	9
II.5. Sélection & formation des enquêteurs	9
II.6. Organisation et Supervision de la collecte de données	10
II.6. Analyse des données	10
II.7. Considérations éthiques	10
III. RESULTATS ET DISCUSSIONS	11
III.1. Profil des participants à l'évaluation	11
III.2. Connaissances sur l'ANJE des relais communautaires	12
III.3. Connaissances des agents de santé sur les pratiques ANJE	14
III.4. Connaissance des participants aux focus groups sur les pratiques ANJE	15
III.5. Connaissances des mères sur ANJE	17
III.6. La diversification alimentaire minimum chez les enfants de 6 – 23 mois (MDD)	24
III.7. La fréquence minimale alimentaire chez les enfants de 6 à 23 mois	25
III.7.1. Première boisson/aliment à donner au bébé	25
III.7.2. Allaitement exclusif et pratiques alimentaires	26
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	28
Annexes	29
1. Outils de collecte	29
2. Base de données collectées	29
3. Images des séances d'interview avec les différentes cibles de l'évaluation	29



Sigles

ANJE- U : Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant en situations d'urgence

PB : Périmètre Brachial

AME : allaitement maternel exclusif

TA : Technical Advisor

MEAL : Monitoring, Evaluation, Accountable And Learning

AECID : Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement

IPC : Integrated Food Security Phase Classification / Classification de la phase de sécurité alimentaire intégrée

GS- ANJE : Groupe de Soutien pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

CS : Centre de Sante

CSI : Centre de Sante Intégré

ECD : Equipe Cadre de District

FG : Focus Group

Liste des figures :

<i>Figure 1: Taille des participants à l'évaluation</i>	11
<i>Figure 2: Répartition des mères allaitantes en fonction de leur statut de résidence</i>	12
<i>Figure 3: % des relais communautaires selon les avantages du premier lait</i>	13
<i>Figure 4: % des relais communautaires selon l'effet de l'AME Jusqu'à 6mois</i>	13
<i>Figure 5: % des agents de sante selon leur connaissance sur les indicateurs clés ANJE</i>	14
<i>Figure 6: Avantages de l'allaitement selon les différents groupes de discussion.</i>	15
<i>Figure 7: Connaissance des quatre pratiques optimales d'ANJE selon les différents groupes de discussion</i>	16
<i>Figure 8: Responsables de comment nourrir les enfants au niveau du foyer, de la communauté</i>	16
<i>Figure 9: Les personnes fournissant l'argent nécessaire en cas d'achat</i>	17
<i>Figure 10: Les autres alternatives de traitement selon les focus groups</i>	17
<i>Figure 11: Taux des enfants de 6 à 24 mois dépistés avec MUAC</i>	18
<i>Figure 12: Répartition relative à la connaissance des groupes de soutien à l'ANJE (GSANJE) par les mères</i>	18
<i>Figure 13: Répartition des mères selon ses connaissances de la préparation de bouillie enrichie</i>	19
<i>Figure 14: Répartition des mères selon ses connaissances des ingrédients pour la préparation de bouillie enrichie</i>	19
<i>Figure 15: Pourcentage, poids et longueur des enfants des mères enquêtées</i>	20
<i>Figure 16: Fréquence de l'allaitement en 24 heures</i>	21
<i>Figure 17: Poids de l'enfant par rapport au PB de la mère</i>	21
<i>Figure 18: Types personnes ayant assisté ou aidé les femmes lors de l'accouchement</i>	23
<i>Figure 19: Temps passé dans l'établissement de sante après l'accouchement</i>	23
<i>Figure 20: Fréquence à laquelle les enfants sont nourris avec des aliments de complément</i>	24
<i>Figure 21: Type de première boisson/ aliment</i>	26
<i>Figure 22: % des femmes selon ce qui peut influencer la production du lait maternel</i>	27



INTRODUCTION

Save the Children est une Organisation Non-Gouvernementale (ONG) fondée le 19 mai 1919 en Angleterre. Depuis septembre 2005, elle intervient au Niger, promouvant et défendant efficacement les droits de l'enfant dans plusieurs régions, notamment Tillabéry, Maradi, Zinder et Diffa.

Save the Children International (SCI) a débuté ses activités au Niger en septembre 2005 en réponse à une crise nutritionnelle touchant plusieurs régions du pays. Au fil des années, SCI-Niger a élargi ses domaines et ses zones d'intervention pour inclure des programmes de développement à long terme ainsi que des interventions d'urgence multisectorielles. Ces efforts intègrent une approche transversale sensible au genre, couvrant la protection de l'enfance, la santé, la nutrition, la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance, l'éducation, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).

Avec le soutien financier de l'Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement (AECID), l'ONG a mis en œuvre le projet « Amélioration des conditions de vie des populations affectées par la crise du Lac Tchad ». Ce projet vise spécifiquement à faciliter l'accès aux services de protection/VBG intégrés au système de santé dans six (6) communes des départements de Diffa et Mainé Soroa sur une période d'un an (d'octobre 2022 à septembre 2023).

Le projet est articulé autour de trois (3) axes d'intervention :

- Faciliter l'accès des survivants de VBG (Violences Basées sur le Genre) à des espaces offrant des services appropriés.
- Renforcer et opérationnaliser les mécanismes communautaires de protection de l'enfance.
- Améliorer l'intégration de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les nourrissons.

Le projet cible 8635 bénéficiaires directs, dont 6568 femmes et 2077 hommes, principalement des personnes ayant subi des violations de leurs droits ainsi que des filles, femmes et garçons survivants de VBG parmi les populations réfugiées, déplacées, retournées et hôtes. De plus, 202 038 personnes bénéficieront indirectement de l'intervention.

L'objectif global du projet est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations touchées par la crise humanitaire dans la région de Diffa.



L'évaluation menée a spécifiquement porté sur le résultat 3 du projet, axé sur la nutrition avec une emphase sur l'approche ANJE-U (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant - Urgence). Cela a inclus le renforcement des pratiques alimentaires grâce à la formation des agents de santé et des relais communautaires. La méthodologie de l'étude comprenait une enquête ménages avec un échantillon représentatif tiré au sort à deux niveaux, avec une portée communale significative. Des entretiens ont également été menés avec 72 participants.

Les résultats globaux montrent que le projet a bien atteint son objectif pour le résultat 3 attendu. Notamment, on observe un taux de connaissance des pratiques ANJE allant de 70 % à 100 % parmi les femmes. De plus, 53,3 % des enfants de 0 à 23 mois ont été mis au sein précocement, et 62,3 % ont reçu du colostrum.

Le taux d'allaitement maternel exclusif est de 45,3 % parmi les enfants de 0 à 5 mois. Il est également noté que 92,6 % des mères ont introduit des aliments complémentaires à partir de 6 mois pour leurs enfants, tandis que 72,2 % poursuivent l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans.

Enfin, la diversité alimentaire minimale chez les enfants est de 5,2 %, avec une fréquence minimale des repas de 70,9 % et une alimentation minimale acceptable de 23,1 %.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Pour répondre aux besoins humanitaires décrits ci-dessus, Save the Children a planifié une intervention multisectorielle axée sur la protection, la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) et la nutrition dans les districts sanitaires de Diffa et Mainé, situés dans la région de Diffa.

À travers cette réponse intégrée, combinant la protection contre la VBG et la prise en charge nutritionnelle, le projet vise à développer une approche centrée sur les survivants de VBG. Cela inclut la création d'un environnement de soutien qui répond à leurs besoins essentiels, respecte leurs droits et leurs souhaits, et garantit leur sécurité et leur dignité.

Le rapport d'analyse IPC confirme ces besoins, en particulier dans le Département de Mainé, classé en phase 4 en raison de plusieurs facteurs contributifs : faible diversité alimentaire chez les femmes et les enfants, taux élevé de défécation à l'air libre, accès limité à des installations sanitaires adéquates au sein des ménages, prévalence élevée de maladies infantiles telles que diarrhées, paludisme et rougeole, régime alimentaire insuffisant pour les enfants, insécurité alimentaire aiguë des ménages, faible taux d'allaitement maternel exclusif, introduction tardive des aliments complémentaires, et nombre élevé de ménages appartenant aux quintiles de richesse les plus bas.



En avril 2023, trente groupes de soutien à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (GS-ANJE) ont été établis et équipés, encadrés par des relais communautaires pour renforcer les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants dans ces villages. Ces groupes sont supervisés chaque mois par deux agents d'appui technique du projet et par les agents de santé locaux. Des sessions de sensibilisation et des démonstrations culinaires sur l'utilisation des aliments locaux sont organisées en collaboration avec ces femmes.

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les répercussions de l'approche ANJE-U, intégrée dans le projet AECID-AH, sur les connaissances, attitudes et pratiques des parents concernant les pratiques de nutrition chez les enfants de moins de 2 ans spécifiquement l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants ANJE, dans les zones ciblées par le projet. Le projet, d'une durée d'un an, sera évalué sur une période de six mois pour correspondre au moment où les activités ont débuté effectivement. Bien que le projet ait une durée d'un an, l'évaluation se déroulera sur une période de six mois, correspondant au début effectif des activités.

I.1. Objectifs spécifiques

- ✓ Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant (ANJE) chez les enfants de 0-23 mois. Les indicateurs mesurés sont
 - **L'allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois** : cet indicateur mesure la proportion d'enfants de 0 à 5 mois révolus qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel
 - **La diversification alimentaire minimum chez les enfants de 6 – 23 mois (MDD)** : Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments et des boissons d'au moins cinq des huit groupes d'aliments définis au cours de la journée précédente
 - **La fréquence minimale alimentaire chez les enfants de 6 à 23 mois** [Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des aliments dérivés du lait pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein) au moins le nombre minimum de fois ;L'apport alimentaire minimum acceptable chez les enfants de 6-23 mois : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable ;La consommation d'aliments riches ou enrichis en fer chez les enfants de 6 – 23 mois :
- ✓ Évaluer la mise en œuvre de l'approche à travers :
 - La réalisation d'un bilan des activités réalisées dans le cadre de l'implémentation de cette approche (des formations des agents de santé et des relais communautaires, La mise en place des groupes de soutien ANJE, Le suivi et la supervision des groupes ANJE, L'implication des maris, leaders communautaires, agents de santé et de l'équipe cadre du district dans ces activités)
 - La collecte de retours sur les formations reçues et les accompagnements qu'ils ont bénéficiés pour mettre en œuvre cette approche dans les communautés et les centres de santé



- Les défis rencontrés et les recommandations pour améliorer la mise en œuvre de l'approche dans le cadre de projet futur
- ✓ Collecter les données sur les enfants de petit poids de naissance et notamment :
 - Le nombre de nourrissons de faible poids à la naissance (< 2500g),
 - Le nombre de nourrissons nés prématurés (<36 semaines),
 - Le nombre de nourrissons de moins de 6 mois ayant une croissance insuffisante

I.2. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont porté aussi sur le niveau d'efficacité et d'efficience atteint du projet et de façon précise elles sont :

- ✓ Quel est le niveau de connaissance, d'attitude et de pratique des parents, en particulier des mères d'enfants de 0 à 23 mois, concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ?
- ✓ Quel est l'état nutritionnel des enfants de moins de 6 mois dans les ménages enquêtés?
- ✓ Quelles sont les principales leçons apprises de la mise en œuvre de l'approche?
- ✓ Quelles recommandations peuvent être formulées pour améliorer la mise en œuvre de l'approche?

I.3. Les résultats attendus

- Les connaissances, attitudes et pratiques ANJE des parents, notamment des mères d'enfants de 0 à 23 mois, sont évaluées, en mettant l'accent sur l'allaitement maternel exclusif, la diversité alimentaire et la fréquence minimale des repas.
- L'état nutritionnel des enfants de moins de 6 mois est déterminé dans les ménages enquêtés
- Les leçons apprises liées la mise en œuvre de l'approche sont collectées
- Des recommandations pour améliorer la mise en œuvre de l'approche sont formulées

I. METHODOLOGIE :

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, l'évaluation a été conduite dans les deux districts sanitaires de Diffa et Maine où cette approche a été mise en œuvre. Cette étude a impliqué :

- Des méthodes mixtes, qualitatives et quantitatives notamment les focus groupes et les entretiens individuels
- Une collecte de données secondaire
- Un échantillonnage aléatoire

II.1. Cibles de l'évaluation

Ménage :

- Mères d'enfants de 0 à 23 mois
- Grands-mères ou matrones (prenant en charge les soins des nouveau-nés) ;
- Maris des femmes qui ont des enfants de 0 à 24 mois.

Informateurs clés

- Chef du village ;
- Leaders religieux & coutumiers ;
- Femmes leaders ;
- Elus locaux.
- Relais communautaires

Personnel de sante



- Agents de santé au niveau des CSI ;
- Agents de santé au niveau des Cases de Santé (CS) ;
- Equipe Cadre de district sanitaire (ECD) : points focaux nutrition

II.2. Méthodes et outils de collecte de données

L'approche de collecte a été mixte (quantitative, qualitative et revue documentaire des données)

- **Questionnaire individuel** : Un questionnaire individuel a été administré aux mères d'enfants de 0 à 23 mois par des enquêteurs formés, au niveau des villages participants aux groupes de soutien à l'ANJE. Ce questionnaire a été le principal outil qui a été utilisé pour collecter les connaissances, attitudes, pratiques des mères sur l'ANJE et notamment les informations sur (i) les pratiques d'allaitement maternel optimal, (ii) les pratiques d'allaitement, (iii) l'introduction des aliments semi-solides et solides donnés depuis la naissance, (iv) tous les types d'aliments et de liquides, donnés à l'enfant dans les dernières 24 heures précédant l'enquête, (v) les connaissances sur l'allaitement maternel, l'introduction/la fréquence/la qualité et la quantité d'aliments complémentaires appropriés pour les nourrissons âgés de 6 à 23 mois, l'alimentation de l'enfant malade (vi) les sources d'informations sur l'ANJE, (vii) l'utilisation des services PF, (viii) les pratiques (sanitaires et nutritionnelles) recommandées chez les enfants et les FEFA, les petits poids à la naissance . Ce questionnaire a été numérisé avec l'application kobo collect et téléchargés sur les tablettes.
- **Grilles d'interviews** : Des grilles d'interviews ont été développées et été utilisées pour orienter les discussions avec les relais communautaires, les maris, les leaders communautaires, les agents de santé et les équipe cadre de districts.
- **Autres fiches de collecte de données** : des fiches de collecte de données additionnelles ont été aussi développées pour collecter des données dans les centres de santé ou les registres d'activité des groupes ANJE pour collecter d'autres informations nécessaires pour l'enquête.



II.3. Echantillonnage

Douze (12) villages sur les 30 où l'approche a été mise en œuvre ont été sélectionnés de manière aléatoire, comprenant 5 à Diffa et 7 à Maine Soroa. L'échantillonnage des mères à interroger a été déterminé sur la base d'une marge d'erreur de 5%, en utilisant une population mère (N) composée des mères participant aux groupes ANJE. Le coefficient de marge t , correspondant à un intervalle de confiance de 95% ($t = 1,96$), a été appliqué avec un surplus de 5% pour compenser les non-réponses. La méthodologie d'échantillonnage aléatoire en grappe à deux degrés a été utilisée pour la sélection des femmes dans les villages. Cette méthode implique une sélection à deux niveaux : d'abord, les villages ont été choisis avec une probabilité proportionnelle à leur taille, puis les mères ont été sélectionnées de manière équitable à l'intérieur de chaque village.

II.4. Choix des femmes allaitantes

L'échantillon de 454 femmes allaitantes a été sélectionné de manière proportionnelle à la taille de chaque village bénéficiaire du projet, selon la méthode de Probabilité Proportionnelle à la Taille (PPT). Pour choisir les femmes allaitantes, un point de départ a été déterminé au hasard à partir du centre du village (par exemple, la mosquée ou la maison du chef de village). Ensuite, en suivant un intervalle prédéfini (par exemple, sauter deux ménages ayant une femme allaitante), les enquêteurs ont sélectionné les ménages à interroger jusqu'à ce que la taille d'échantillon désirée soit atteinte. Ce processus a été répété en choisissant aléatoirement d'autres lignes de collecte jusqu'à ce que l'échantillon soit complété.

II.5. Sélection & formation des enquêteurs

12 enquêteurs ont été sélectionnés dans la base de données des prestataires de SCI Diffa. Les critères ayant permis de sélectionner les enquêteurs étaient :

- Avoir un niveau d'étude universitaire d'au moins Bac ou une licence en Sciences Sociales, ou en Santé Publique (infirmiers, nutritionniste)
- Avoir une solide expérience en enquêtes auprès des ménages, en milieu rural,
- Avoir participé au moins trois enquêtes dans le domaine de la santé/ de la nutrition.

La maîtrise des outils de collecte de données Kobo collecte, étaient indispensables. La connaissance des principales langues des communautés de la zone d'intervention était obligatoire : kanouri, peul, haoussa.

Les enquêteurs ont été formés du 08 au 10 décembre 2023 pendant trois jours. La formation avait pour but de doter les agents de terrain des connaissances et aptitudes leur permettant de bien mener les activités de collecte de données. Les principaux thèmes abordés ont été les suivants :

- La connaissance des objectifs du projet (y compris les zones d'interventions et la population cible),
- La connaissance des politiques de sauvegarde de SCI,
- Le code de conduite du personnel de SCI,
- L'approche ANJE- U,
- La description de la méthodologie globale de l'enquête,
- L'explication du contenu des questionnaires et des grilles d'interview,



- La simulation des interviews.

Cette phase de formation a permis de faire un pré-test dans un village environnant non compris dans l'échantillonnage afin d'adapter les outils et de faire les derniers.

II.6. Organisation et supervision de la collecte de données

Les enquêteurs avaient pour objectif d'administrer des questionnaires numériques sur des tablettes en respectant les procédures et les directives reçues lors de la formation. Ils ont eu la charge de vérifier la complétude du remplissage des questionnaires avant leur transmission.

Trois équipes ont été formées, dont une pour la zone de Maine et deux pour Diffa. Chaque équipe a été composée de quatre enquêteurs (au moins 2 femmes) sous la supervision d'un chef d'équipe (identifié parmi les enquêteurs) appuyé par le personnel du projet, les membres de l'équipe cadre des Districts sanitaires. Les enquêteurs ont non seulement collecté les données mais aussi saisi les données collectées pendant les groupes de discussion. Ensuite, ces données ont été transférées sur la plateforme Kobo à la fin de chaque journée. Pour la collecte des données, chaque équipe a eu cinq jours. Ces chefs d'équipe étaient responsables de la supervision générale des activités quotidiennes des enquêteurs en collaboration avec les officiers Nutrition et du Senior MEAL Coordinator tout au long de l'évaluation.

Plus précisément, les tâches des superviseurs ont été de :

- Superviser les enquêteurs et assurer la collecte quotidienne des données en mettant particulièrement l'accent sur le maintien d'une qualité élevée des données.
- Fournir une assistance technique et un mentorat aux enquêteurs sur le terrain.
- Assurer que la méthodologie de l'enquête est correctement suivie et que les instruments sont correctement remplis.
- Examiner et vérifier les données collectées.
- Assurer la confidentialité et la sécurité des données collectées

II.6. Analyse des données

L'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées par l'équipe MEAL, avec le soutien de la spécialiste en nutrition, la spécialiste MEAL de SC Espagne. Les données issues de l'enquête ont été extraites sous le format EXCEL pour les analyses. Un programme de nettoyage des données a été rigoureusement conçu pour traiter les données brutes de l'enquête. Une fois les données apurées, elles ont fait l'objet d'une analyse descriptive et de la détermination des informations recherchées dans cette étude.

Les données qualitatives issues des entretiens réalisés ont été transcrites et analysées aussi en développant des thèmes et sous thèmes et les résultats ont été utilisés pour illustrer les données quantitatives mais également donner plus d'information à l'équipe du projet sur la mise en œuvre de l'approche.

II.7. Considérations éthiques

Bien que n'ayant pas été soumise à un comité d'éthique quelconque, cette étude a respecté les règles éthiques essentielles (respect des techniques et bonnes pratiques d'enquête). Avant toute administration des questionnaires, les chefs de ménage et les femmes en âge de procréer ont été informés des objectifs et des modalités de l'étude et ont donné leur assentiment ou



consentement à participer à l'étude. La participation a été libre et volontaire. Aussi, au niveau des entretiens, le consentement de la personne ou du groupe interviewé était demandé avant la collecte des données.

II. RESULTATS ET DISCUSSIONS

III.1. Profil des participants à l'évaluation

Le tableau 1 ci-dessous présente la taille de l'échantillon selon les informations qui seront collectées auprès des cibles de l'évaluation. Ainsi les cibles interviewées étaient :

- 454 mères d'enfants de 0 à 24 mois ;
- 64 pères d'enfants de 0- 24 mois ;
- 72 leaders religieux et coutumiers ;
- 72 grands-mères/ matrones
- 8 relais communautaires et 8 agents de santé.

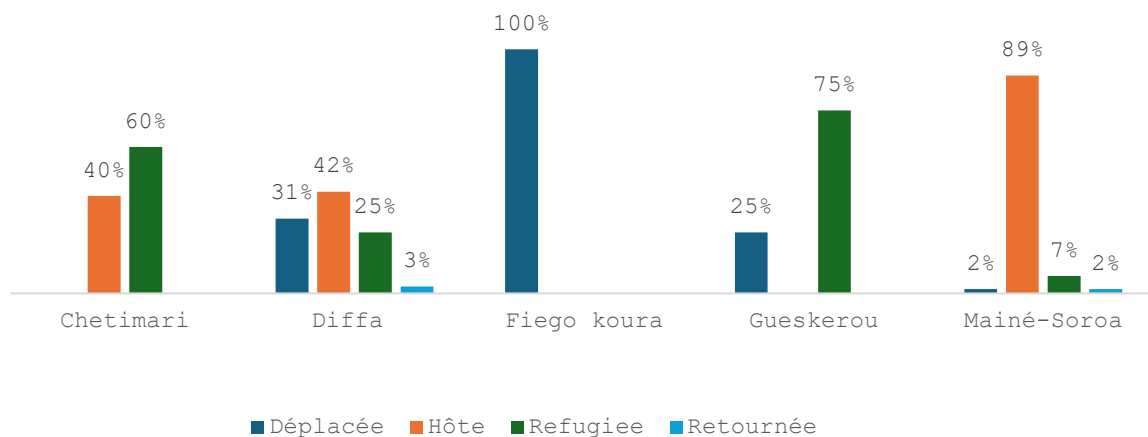
Figure 1: Taille des participants à l'évaluation

	Méthode	Taille touchée
Mères d'enfants de 0 à 24 mois	Quantitative	Sur les 454 entretiens prévus avec des femmes allaitantes ayant un enfant de 6 à 24 mois, 261 ont été réalisés à Diffa et 89 à Maine. Par ailleurs, 57 entretiens ont été menés à Maine et 47 à Diffa auprès de femmes allaitantes ayant un enfant de 0 à 6 mois.
Maris des femmes qui ont des enfants de 0 à 24 mois	Qualitative	4 groupes de discussion ont été organisés à Diffa et 4 autres à Maine, avec 8 participants par groupe, pour un total de 64 participants.
Leaders religieux & coutumiers Elus locaux	Qualitative	5 groupes de discussion ont été organisés à Diffa et 4 autres à Maine, avec 8 participants par groupe, pour un total de 72 participants.
Grand-mères ou matrones (prenant en charge les soins des nouveau-nés)	Qualitative	4 groupes de discussion ont été organisés à Diffa et 5 autres à Maine, avec 8 participants par groupe, pour un total de 72 participants.
Relais communautaires (hommes et femme)	Qualitative	4 entretiens à Diffa et 4 entretiens à Maine.
Agents de santé au niveau des CSI ou Agents de santé au niveau des Cases de Santé (CS)	Qualitative	4 entretiens à Diffa et 4 entretiens à Maine.



La figure 1 fournit les informations sur la répartition des femmes allaitantes en fonction de leur statut de résidence. L'on constate que les mères allaitantes sont pour la plupart des PDI, à hauteur de 69,6%. Cette situation se justifie par les déplacements récurrents des populations à la suite de l'insécurité.

Figure 2: Répartition des mères allaitantes en fonction de leur statut de résidence



III.2. Connaissances sur l'ANJE des relais communautaires

Tous les relais communautaires interviewés lors de cette évaluation ont bénéficié d'une formation. Les résultats des données analysées montrent que dans la commune de Diffa et de Maine où il y a eu la formation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ont été dotés en équipements pour la sensibilisation sur l'ANJE. De ces mêmes résultats, il ressort que plus de 81% des relais communautaires traitent des thématiques liées à l'ANJE contre seulement 19% pour les thématiques liées à l'hygiène corporelle.

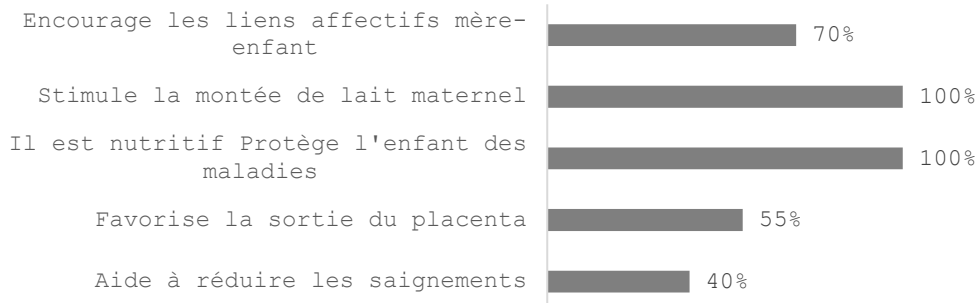
À la question sur la durée après l'accouchement à laquelle le nouveau-né doit être mis au sein, 100% des relais communautaires ont répondu dans l'heure qui suit la naissance qui correspond le temps optimal de mise au sein précoce.

A la question de savoir si on devrait donner ou non le premier lait à l'enfant (colostrum), il y a 98% des relais communautaires qui affirment qu'il faut donner le premier lait au nouveau-né.

En ce qui concerne les bienfaits de donner le premier lait au nouveau-né, les réponses sont les suivantes : Aide à réduire les saignements, Favorise la sortie du placenta, Il est nutritif Protège l'enfant des maladies, Stimule la montée de lait maternel, Encourage les liens affectifs mère-enfant.



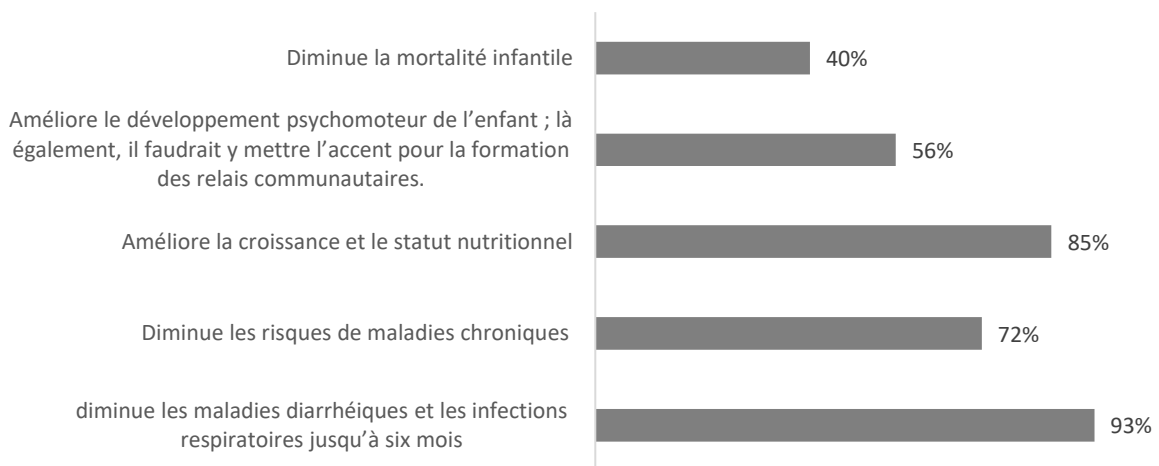
Figure 3: % des relais communautaires selon les avantages du premier lait



Ce tableau montre une bonne connaissance de l'importance du colostrum par les relais communautaires.

Il ressort de l'analyse des données que les relais communautaires ont une très bonne connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Aussi on remarque que 93% des relais estiment que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois diminue les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires.

Figure 4: % des relais communautaires selon l'effet de l'AME Jusqu'à 6 mois



85% pensent que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois améliore la croissance et le statut nutritionnel tandis que 72% pensent que l'allaitement maternel exclusif diminue les risques de maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, asthme, cancers). 40% et 56% pensent respectivement que l'allaitement maternel exclusif diminue la mortalité infantile et améliore le développement psychomoteur de l'enfant ; là également, il faudrait y mettre l'accent pour la formation des relais communautaires.



Selon l'analyse des données, 50 % des relais communautaires interrogés affirment que les enfants âgés de 6 -8 mois doivent recevoir 2 de repas au cours de la journée 40% d'entre eux pensent que les enfants de 6 – 23 mois doivent recevoir 3 repas par jour. 10 % pensent que le nombre d'aliments complémentaires que l'enfant doit recevoir est de 4 repas par jour. Selon les recommandations de l'OMS la fréquence minimale des aliments de compléments que les nourrissons allaités âgés de 6 à 8 mois doivent recevoir est 2 à 3 repas par jour.

Quant aux enfants de 9 – 23, 15% des relais communautaires s sont d'accord pour 3 repas par jour, 20% pour 4 repas par jour, 30 % pour 5 repas par jour, 35% pour 6 repas a plus par jour.

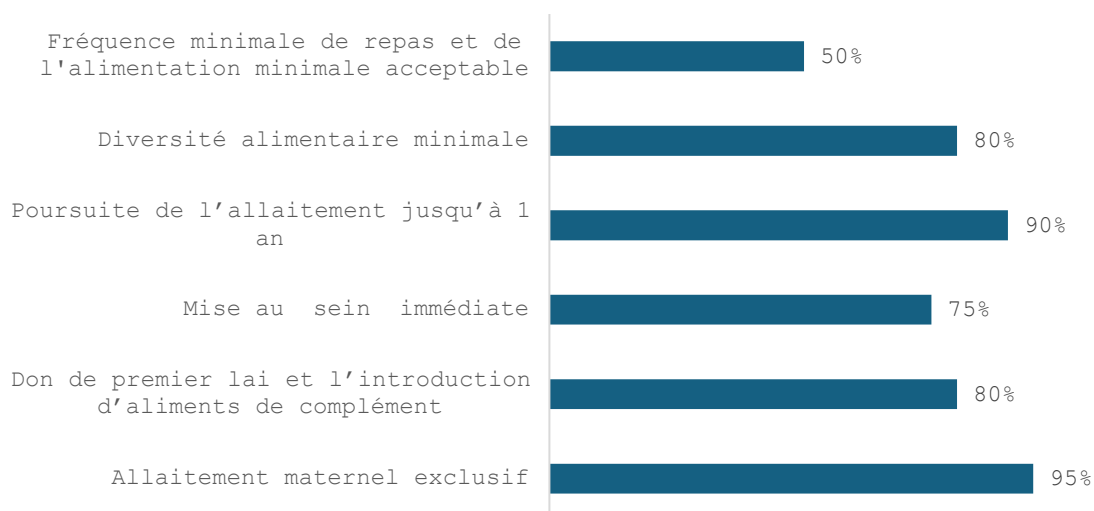
Pour cette tranche d'âge la fréquence minimale recommandée qui est de donner 4 à 5 repas par jour.

III.3. Connaissances des agents de santé sur les pratiques ANJE

Tous les agents de santé ont affirmé avoir été formés sur l'ANJE et de l'analyse des données, il ressort que tous les agents de santé affirment aborder les thématiques d'ANJE au cours des consultations prénatales et lors des consultations Nourrissons Sains. Quant aux consultations curatives 95% des agents de santé y abordent les questions liées à l'ANJE contre 70% lors des consultations Post natales.

De l'analyse des données, il ressort que les connaissances des agents de santé sur les indicateurs clés de l'ANJE sont variés. En effet, comme indicateurs les agents de santé ont cité l'allaitement maternel exclusif, le don de premier lai et l'introduction d'aliments de complément, la mise au sein immédiate et pour la poursuite de l'allaitement jusqu'à 1 an, connaissance de la diversité alimentaire minimale, la fréquence minimale de repas et de l'alimentation minimale acceptable.

Figure 5: % des agents de sante selon leur connaissance sur les indicateurs clés ANJE





Tous les agents de santé enquêtés ont été unanimes que l'âge optimal d'introduction d'aliments de complément est 6 mois et affirment connaître la période idéale de sevrage de l'enfant, qui est de 24 à 48 mois d'enfants.

En ce qui concerne la fréquence de repas, de l'analyse des données, l'on retient que tous les agents de santé ont des connaissances sur la fréquence de repas par jour chez les enfants de 6-8 mois qui sont allaités (2 repas) et chez ceux de 09 à 23 mois qui sont allaités (3 repas). Ils ont tous proposé au minimum 2 repas pour les enfants de 6-8 mois qui sont allaités et au minimum 3 repas pour ceux de 09 à 23 mois qui sont allaités. Aucun des agents de santé n'a donné une fréquence en dessous de la fréquence minimale recommandée quelque la catégorie.

III.4. Connaissance des participants aux focus groups sur les pratiques ANJE

Le tableau 3 ci-dessous nous montre que 90% des mères et 100% des grands-mères connaissent les avantages de l'initiation précoce à l'allaitement maternel : « protège l'enfant des maladies, stimule la montée du lait maternel » favorise une bonne réduction des saignements à l'accouchement, etc..» alors que les hommes et les leaders communautaires ont une connaissance faible. Par exemple, seuls 30% des hommes et 20 % des leaders savent que le fait que l'allaitement réduit les saignements des femmes après l'accouchement.

Vu que L'allaitement maternel précoce et exclusif aide à protéger les enfants contre les infections, procure une nutrition optimale et favorise une croissance idéale, il serait très important de renforcer les connaissances des hommes pour les encourager à faciliter l'adoption de cette pratique par les mères.

Figure 6: Avantages de l'allaitement selon les différents groupes de discussion.

		Aide à réduire les saignements	Favorise la sortie du placenta	Permet à l'enfant de bénéficier du premier lait	Protège l'enfant des maladies	Stimule la montée de lait maternel	Favorise une bonne relation entre la mère et son enfant
Focus Mères	Group	90%	100%	100%	100%	95%	100%
Focus Pères	Group	30%	60%	60%	85%	40%	100%
Focus Grand-mères	Group	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Focus Leaders	Group	20%	100%	40%	80%	10%	100%

81% des membres des focus groups (mères, grands-mères, pères et leaders communautaires) ont souligné que c'est à partir de 6 mois que l'on doit commencer à donner de l'eau à l'enfant. La lecture des données analyse et synthèse permet de dire que les focus groups avec les leaders et



les focus groups des hommes, ont indiqué un taux le moins élevé de connaissances sur l'âge normal d'introduction de l'eau dans les habitudes de consommation de l'enfant. En effet, ces taux sont respectivement de 72% et 67%.

La plupart des différents focus groups étant unanime sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois pour la mère et l'enfant (95%). Et 90% des différents focus groups affirment que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois protège le bébé des maladies, contre 89% qui pensent qu'il améliore la croissance et le statut nutritionnel de l'enfant.

De la synthèse des données des différents focus groups confondus (tableau 4), l'on constate que 70% des différents focus groups connaissent au moins 4 pratiques optimales d'ANJE. 30% ne répondent pas au critère de connaissances défini ici. L'on constate que le taux de connaissance au niveau de différents focus group sont réellement différents. Cependant, force est de reconnaître que cet indicateur est beaucoup moins élevé que celui obtenu au niveau des femmes allaitantes.

Ces connaissances appréciables des mères sont probablement dues aux activités des groupes de soutien à l'allaitement maternel mis en œuvre par le projet pour soutenir ces pratiques auprès de ces groupes cibles.

Figure 7: Connaissance des quatre pratiques optimales d'ANJE selon les différents groupes de discussion

	FG_Mère	FG_Père	FG_Grand- Mère	FG_Leader
Connait au moins 4 pratiques optimales d'ANJE	80%	60%	90%	50%
Ne connait pas au moins 4 pratiques optimales d'ANJE	20%	40%	10%	50%

En ce qui concerne la responsabilité de nourrir les enfants au sein du foyer et de la communauté, les résultats des groupes de discussion indiquent que les principales personnes chargées de cette tâche sont, dans l'ordre, la mère de l'enfant, suivie de la grand-mère, et en troisième position, le père. Ces conclusions soulignent le rôle prépondérant des mères dans l'alimentation des enfants, ce qui confirme les normes sociales établies. Vous pouvez consulter le tableau ci-dessous pour plus de détails.

Figure 8: Responsables de comment nourrir les enfants au niveau du foyer, de la communauté

	FG_Mère	FG_Père	FG_Grand- Mère	FG_Leader
La mère	50%	53%	47%	50%
Le père		16%	20%	20%
La grand- mère	50%	32%	33%	30%



En ce qui concerne la répartition des responsabilités financières pour l'achat d'aliments destinés aux enfants, les données synthétisées des groupes de discussion révèlent que 67% des différents groupes ont désigné le père comme le principal pourvoyeur financier, suivi par 22% ayant désigné le chef de famille, et enfin 16% désignant la mère de l'enfant.

Figure 9: Les personnes fournissant l'argent nécessaire en cas d'achat

	FG_Mère	FG_Père	FG_Grand- Mère	FG_Leader
Père	60%	88%	56%	67%
Chef de famille ¹	20%	25%	22%	22%
Mère	20%	13%	22%	11%

Pour ce qui est de la visite des centres de sante lorsqu'un enfant est malade, les données soulignent que la plupart des parents de la communauté emmènent les enfants au centre de santé.

Selon les données des groupes de discussion, parmi les autres alternatives de traitement, vient en première position le tradipraticien, ensuite le vendeur ambulante. Ces autres alternatives de traitement sont utilisées en fonction des moyens financier du ménage.

Figure 10: Les autres alternatives de traitement selon les focus groups

	FG_Mère	FG_Père	FG_Grand- Mère	FG_Leader
Guérisseur	25%	25%	15%	20%
Tradipraticien	38%	45%	25%	40%
Vendeur ambulante	38%	30%	25%	40%

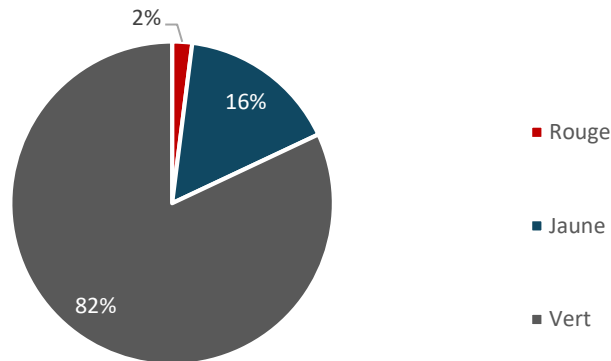
III.5. Connaissances des mères sur ANJE

Sur l'ensemble des mères d'enfants s de 0-23 mois, 95 % ont entendu parler du dépistage de la malnutrition (MUAC et recherche d'œdèmes). Parmi ces dernières, 88 % qui ont été formées sur l'utilisation du périmètre brachial (PB). En outre, le dépistage de la malnutrition avec le Périmètre brachial a montré que 82 % des enfants de 6-23 mois étaient bien nourris x, 16% étaient malnutris aigus modérés et 2% malnutris aigus sévères.

¹ Le chef de famille est le principal responsable moral et physique des membres des différents ménages composant la famille.



Figure 11: Taux des enfants de 6 à 24 mois dépistés avec MUAC

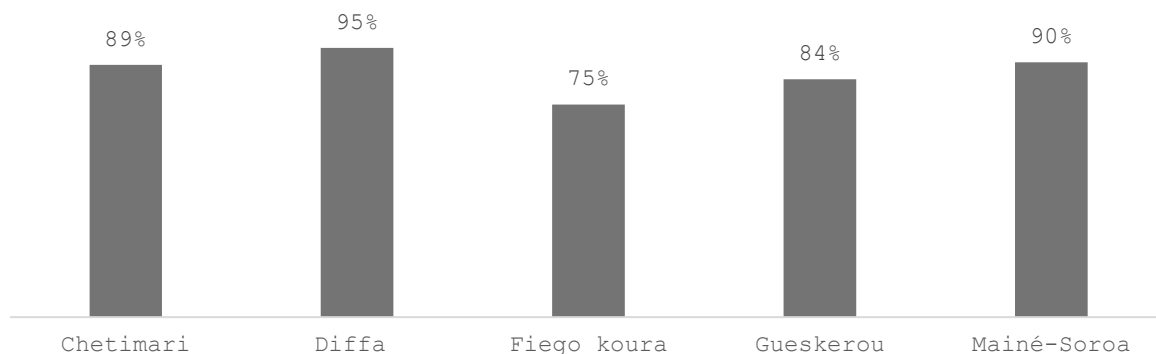


En considérant les mères ayant entendu parler de la recherche d'œdèmes, 75% d'entre elles ont été formées sur cette thématique. Et 90% des mères de bébés de 6-23 mois formées ont déjà dépisté leurs enfants à travers la recherche d'œdèmes.

La mise en place pour un fonctionnement optimal des groupes de soutien à l'ANJE (GSANJE) constitue un des piliers du projet. Ici, sur l'ensemble des mères enquêtées, 70% comprennent les activités de groupe de soutien à l'ANJE (GS-ANJE)

Les résultats de l'analyse des données sur les informations sur la répartition relative à la connaissance des groupes de soutien à l'ANJE (GSANJE) par les mères dans les communes d'enquête (voir le graphique) montrent que les mères enquêtées à Diffa ont une meilleure connaissance des activités des groupes de soutien à l'ANJE que celles des autres communes (93%), Mainé- Soroa (90%), Gueskerou, (80%), Chetimari (70%) et Fiego koura (62%). Cela peut s'expliquer par la performance des agents et des relais communautaires es où sont implantées les groupes de soutien à l'ANJE (GSANJE) mises en place par le projet.

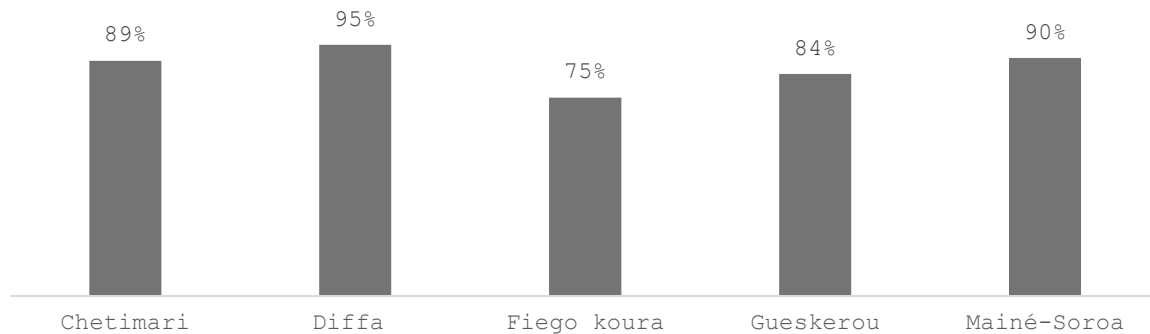
Figure 12: Répartition relative à la connaissance des groupes de soutien à l'ANJE (GSANJE) par les mères





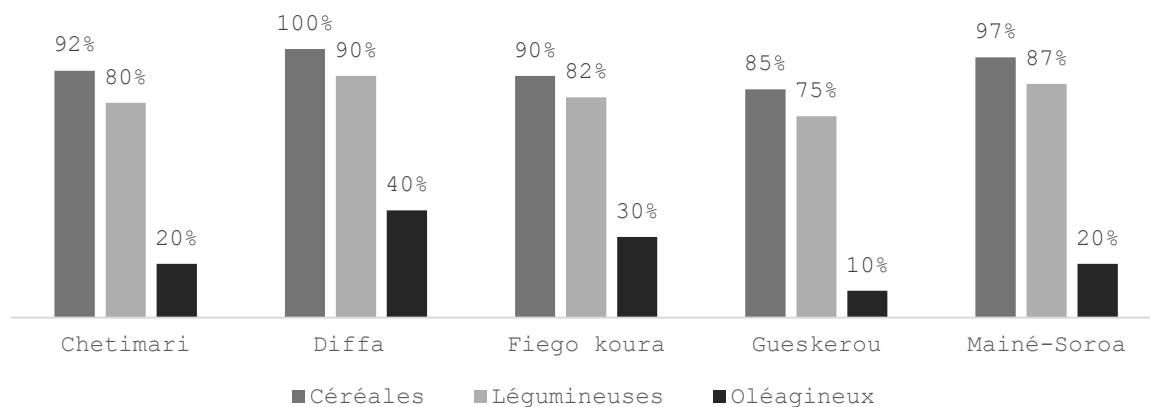
Presque l'ensemble des mères enquêtées (87%) savent comment préparer la bouillie enrichie. Plus de précision sur le graphique ci- après sur la répartition de ces mères par commune selon leurs connaissances de la préparation de la bouillie enrichie pour l'enfant à la maison.

Figure 13: Répartition des mères selon ses connaissances de la préparation de bouillie enrichie



Selon la connaissance des ingrédients utilisés pour la préparation de la bouillie enrichie, la répartition des mères est résumée sur le graphique ci-dessous.

Figure 14: Répartition des mères selon ses connaissances des ingrédients pour la préparation de bouillie enrichie



Pendant les six premiers mois de la vie, le nourrisson doit être uniquement allaité au sein, sans aucun autre apport d'aliments liquides ou solides : on parle d'Allaitement Maternel Exclusif (AME).

Les résultats des analyses des données collectées montrent que 26% des enfants des mères enquêtées ont des enfants d'un mois, 25% qui ont un poids moyen entre 5,65 kg et 6 kg. Ce qui montre une croissance acceptable en comparaison avec la courbe de croissance de l'OMS. Cependant on note un poids moyen de 5,37kg chez 18% des enfants de 3 mois, 13% des enfants de 4 mois avec un poids moyen de 6kg, 25% des enfants de 5 mois avec un poids de 6kg.



Ces données montrent que plus l'enfant grandit, plus son poids s'écarte de la norme de croissance. Cela peut s'expliquer par le non-respect de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'alimentation et d'hygiène.

On note également la présence d'œdème chez 1 % des enfants. 99 % des mères des enfants enquêtés ont un âge moyen de 26,2 ans. Environ 10 % des femmes confirment que leurs enfants sont nés prématurément, avec un poids moyen de 4,1 kg, et 8 % de ces enfants sont issus de naissances multiples (jumeaux, triplés).

Figure 15: Pourcentage, poids et longueur des enfants des mères enquêtées

	%	Poids Moyen des enfants 0 à 6 mois	Normes	Longueur
5 mois	25%	6	7,6	53
4 mois	13%	6	7	56
3 mois	18%	5,37	6,6	53,33
2 mois	18%	3,87	5,6	50
1 mois	26%	5,65	4,4	50,35

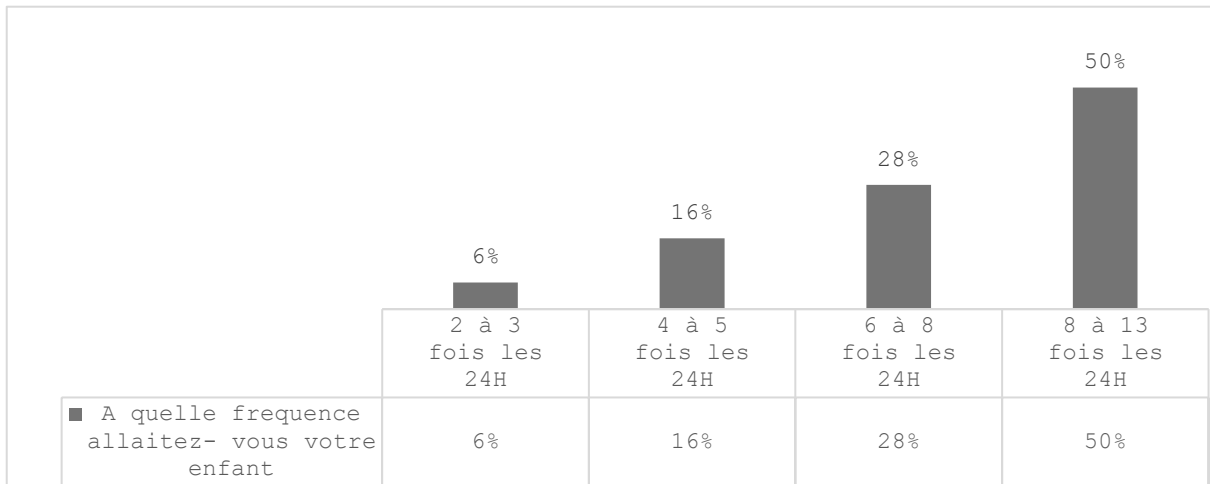
La proportion des nourrissons allaités dans les heures qui suivent la naissance (initiation précoce à l'allaitement maternel) est de 89 %. Cette proportion est de 91 % chez les nourrissons allaités un jour ou plus après la naissance. La proportion de nourrissons ayant été allaités à la naissance est acceptable, même si l'on s'attendrait à ce qu'elle soit de 100 %. Seuls 35 % des nourrissons sont allaités immédiatement dans l'heure qui suit la naissance, cette proportion est trop faible par rapport à la pratique recommandée. L'allaitement immédiat permet aux nourrissons de commencer à recevoir les éléments nutritionnels et antiviraux/antibactériens dont ils ont besoin. Il les protège contre les bactéries et les virus. L'allaitement immédiat permet également de maintenir la chaleur du corps après l'accouchement.

Les résultats de l'analyse des données montrent que 75 % des mères ont donné le premier lait (colostrum) à leur nouveau-né. Parmi celles qui n'ont pas donné le premier lait, beaucoup pensent qu'il n'est pas bon pour le bébé, car il est sale et impur. Ceci est une croyance fréquente car le colostrum a une couleur inhabituelle pour du lait (jaune) et une odeur forte. Le fait de ne pas donner le premier lait indique qu'une partie des répondants n'ont pas vraiment compris l'importance du colostrum. Lorsque le nourrisson reçoit le colostrum, premier lait jaune ou doré qu'il obtient le premier jour de sa vie, il est protégé des maladies. Le colostrum agit comme un premier vaccin grâce à ses propriétés anti-infectieuses. Il contient des concentrations élevées en nutriments, est présent en petite quantité et agit comme laxatif nettoyant l'estomac et les intestins du nourrisson. Il est jaune parce qu'il est riche en vitamine A.

97 % des femmes nourrissent leurs enfants au sein. Parmi elles, 16 % ajoutent d'autres aliments ou boissons à l'alimentation du nourrisson, tandis que 84 % des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif. De plus, 89 % des mères affirment n'avoir pas de difficultés à nourrir leur enfant.



Figure 16: Fréquence de l'allaitement en 24 heures

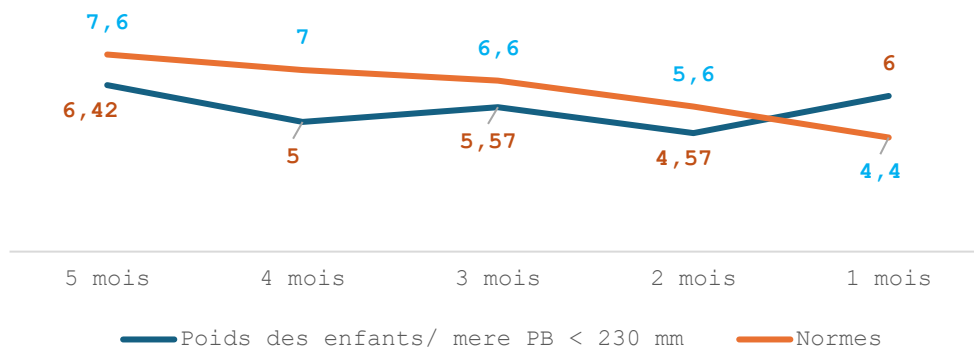


Selon les résultats de l'analyse des données, la plupart des bébés (50 %) sont allaités 8 à 12 fois par jour. La recommandation de la stratégie ANJE est d'allaiter l'enfant au moins 8 à 12 fois par jour et par nuit, selon les besoins de l'enfant. La recommandation principale est que l'enfant soit allaité à la demande.

Pendant la maladie de l'enfant, il est recommandé de poursuivre l'allaitement comme d'habitude, voire d'en augmenter la fréquence. Les résultats de l'analyse des données montrent que 24 % des mères allaitent moins pendant la maladie. Les raisons peuvent être multiples : le bébé manque d'appétit, les mères pensent que le lait maternel n'est pas bon pour la guérison, voire qu'il est la cause de la maladie.

Les résultats de l'analyse des données soulignent que le poids des enfants de 0 à 6 mois dont les mères ont un périmètre brachial (PB) inférieur à 230 mm est en dessous du poids normal, sauf pour les enfants âgés d'un mois, dont le poids est supérieur au poids normal (voir la figure 3). Seulement 2,63 % de ces femmes affirment recevoir actuellement un soutien nutritionnel et participent à un programme de lutte contre la malnutrition.

Figure 17: Poids de l'enfant par rapport au PB de la mère





88 % des mères d'enfants de 0 à 6 mois ne sont pas inscrites au PCIMA. Parmi celles qui le sont, 42 % reçoivent la ration. Ces femmes se sont inscrites dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire (case de santé). 36 % de ces femmes ajoutent que la personne qui les a référées a utilisé des outils pour dépister. Parmi ces outils, on cite la balance, la toise, le MUAC et le PV.

83 % des mères d'enfants de 0 à 6 mois déclarent que leur enfant s'est déjà rendu au centre de santé et/ou a été examiné par un agent de santé. Selon 4 %, leur enfant souffre de malnutrition, ne grandit pas bien et/ou ne se développe pas bien. Les femmes précédemment inscrites au PCIMA, dont les enfants ne sont plus inscrits, avancent les raisons suivantes :

- Inquiétudes quant aux coûts financiers
- Le site du programme est trop éloigné/difficile d'accès
- Ne pense pas que ce soit nécessaire
- Ne sont pas sûrs des services
- Ne disposent pas de suffisamment d'informations
- Pas le temps/trop occupé pour participer au programme

En ce qui concerne la nutrition prénatale, lors de la dernière grossesse des mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois, 92 % de ces femmes affirment ne pas avoir été informées du risque d'avoir un nouveau-né de petite taille et à risque. Celles qui ont reçu cette information ont déclaré avoir bénéficié des soutiens additionnels suivants : des conseils, des suppléments nutritionnels tels que SFP/BSFP/RUSF/CSB/WSB/LQNS, un soutien en micronutriments, ainsi qu'une orientation vers un Centre mère et enfant.

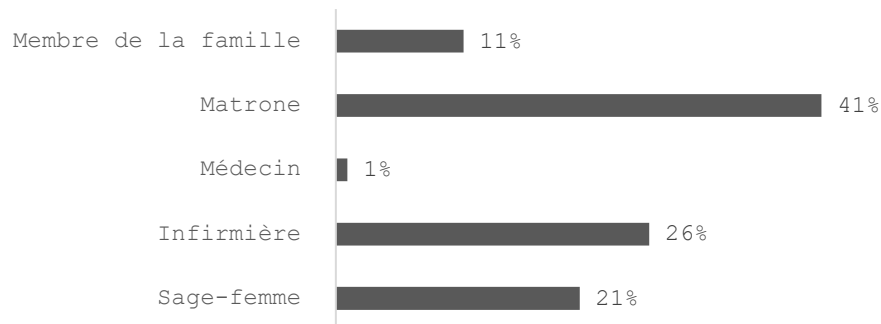
Dans le cadre des consultations prénatales ou d'une visite à domicile, seulement 12 % des femmes ont été suivies au moins une fois (23 % lors d'une visite à domicile et 77 % lors d'une visite au centre de santé). La grande majorité des femmes interrogées ne se sont pas rendues à la clinique pour des consultations médicales prénatales, soit parce que le centre de santé est trop éloigné de leur domicile, soit parce qu'il n'y a pas de centre de santé accessible.

Ce résultat n'est pas surprenant car l'accès aux infrastructures de santé est très faible dans la région. Il convient toutefois de noter que 15 % des femmes ont déclaré que les soins prénatals n'étaient pas nécessaires.

En ce qui concerne la santé des nouveau-nés, les résultats montrent que 51 % des femmes, mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois, ont accouché à domicile, tandis que le reste a accouché dans un établissement de santé tel qu'un hôpital, un centre de santé intégré (CSI) ou un centre de santé (CS).

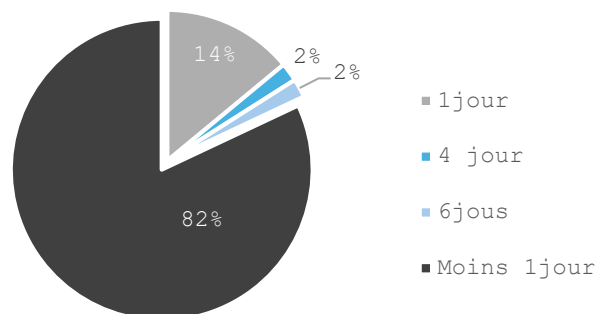


Figure 18: Types personnes ayant assisté ou aidé les femmes lors de l'accouchement



41 % de ces femmes ont été aidées ou assistées lors de l'accouchement par une matrone, suivies par une infirmière (26,47 %). Parmi celles ayant accouché dans un établissement de santé, 82 % sont restées moins d'une journée après l'accouchement, et 50 % de ces femmes déclarent avoir reçu des instructions sur les soins à donner à leur bébé.

Figure 19: Temps passé dans l'établissement de sante après l'accouchement



Ces instructions sont entre autres :

- Signes de danger (Incapable de téter ou de boire, trop chaud ou trop froid, Respiration rapide, Absence de mouvement, Convulsions/ frissons, Paume des mains ou plante des pieds jaune),
- Nourrir uniquement au lait maternel,
- Ne rien mettre sur le cordon du bébé,
- Faire vacciner votre bébé, Planification familiale,
- Nourrir uniquement au lait maternel,
- Se laver les mains,
- Comment gérer les problèmes mammaires courants.



III.6. La diversification alimentaire minimum chez les enfants de 6 – 23 mois (MDD)

Les résultats de l'analyse des données montrent que 54 % des enfants sont des garçons et que 89 % ont entre 6 et 24 mois. La plupart des femmes ont allaité leur enfant la journée ou la nuit précédant l'enquête. Parmi celles qui ne l'ont pas fait (7 %), certaines ont donné de l'eau, des préparations pour nourrissons, du jus de fruit ou des bouillies.

L'enfant qui ne reçoit pas de lait maternel le doit à 52 % à une mère malade et incapable d'allaiter, suivi par des mères mal nourries, des mères décédées, ou des mères préférant les préparations pour nourrissons au lait maternel.

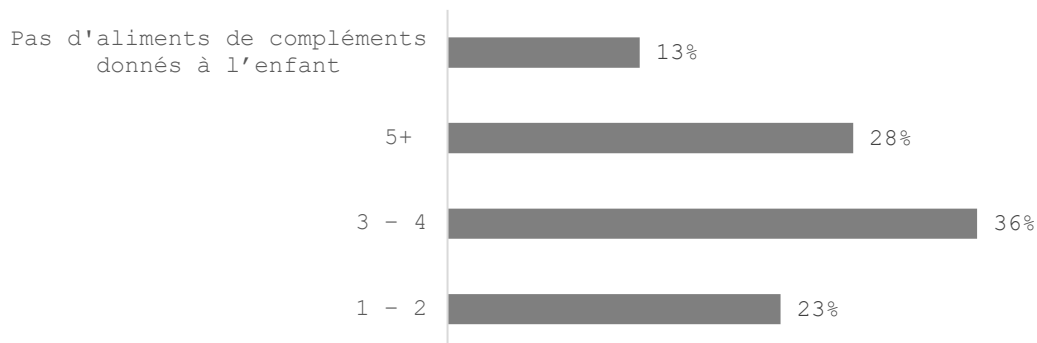
Parmi les femmes dont l'enfant reçoit exclusivement du lait maternel, 50 % allaitent plus fréquemment, 34 % allaitent autant que d'habitude et 13 % allaitent moins qu'avant la crise.

Les problèmes rencontrés par les femmes pour allaiter leur bébé comprennent le manque de lait maternel, le manque de temps et le manque d'intimité pour allaiter.

Pour les femmes utilisant du lait pour nourrisson ou d'autres types de lait, les problèmes rencontrés pour nourrir le bébé sont les suivants : pas assez de lait, manque de bois de chauffe ou de charbon, et impossibilité de stériliser le biberon.

Pour celles donnant d'autres aliments, les problèmes rencontrés sont : pas assez de nourriture, manque de combustible et manque d'eau potable pour boire et cuisiner.

Figure 20: Fréquence à laquelle les enfants sont nourris avec des aliments de complément



La plupart des femmes affirment nourrir leur bébé avec du riz, des pâtes (41,67 %), des bouillies (33,33 %), suivi de lait (12,50 %), de poisson, d'œufs, de fruits et légumes (8,33 %), de lait en boîte, de biscuits et des plats familiaux (4,17 %).

36 % des mères donnent ces aliments à leur bébé de 3 à 4 fois par jour, tandis que 28 % le font plus de cinq fois par jour.

En ce qui concerne l'allaitement à la demande, presque toutes les mères (98 %) considèrent les pleurs comme un signe de faim. Toutefois, il est important de noter que les pleurs peuvent



également exprimer la douleur ou d'autres besoins. Concernant l'allaitement, 78 % des mères répondent aux besoins du bébé en le nourrissant à chaque fois qu'il en exprime le besoin. En revanche, 18 % le font selon leur propre disponibilité, notamment lorsqu'elles ne travaillent pas ou lorsqu'elles ont du temps libre.

En ce qui concerne les pratiques alimentaires des enfants, bien que la majorité soit encore nourrie au sein entre 6 et 24 mois comme recommandé, l'introduction des aliments complémentaires semble souvent inappropriée ou insuffisante. 46 % des mères ont arrêté l'allaitement brusquement et ont modifié l'alimentation de l'enfant de manière soudaine au lieu de le faire progressivement.

De plus, 35 % des mères ont introduit les aliments complémentaires trop tôt, c'est-à-dire avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 6 mois ; en revanche, 19 % les ont introduits après l'âge d'un an. Ces pratiques peuvent compromettre les besoins nutritionnels de l'enfant. Seuls 45 % des enfants reçoivent une alimentation spécifique adaptée à leurs besoins ; les autres mangent des plats familiaux, ce qui signifie qu'ils consomment exactement les mêmes aliments que les autres membres de la famille.

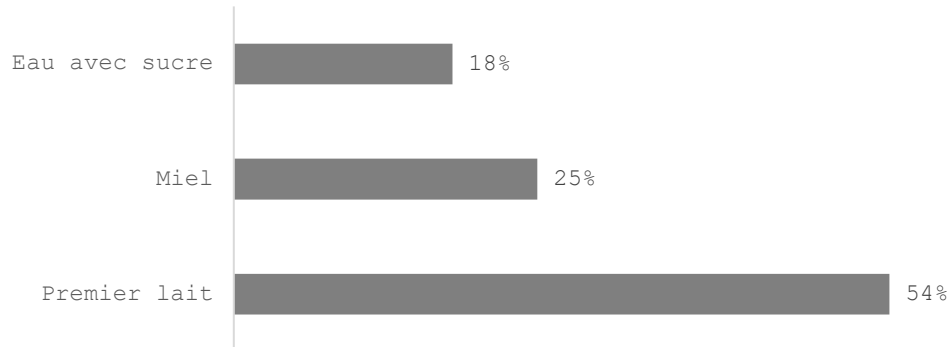
III.7. La fréquence minimale alimentaire chez les enfants de 6 à 23 mois

III.7.1. Première boisson/aliment à donner au bébé

Trois liquides principaux sont mentionnés par les enquêtées comme étant les plus appropriés à donner à la naissance : le premier lait, le miel, et l'eau avec du sucre ou des dattes. Selon l'analyse du graphique, 54 % des femmes interrogées affirment que la première boisson à donner au bébé est le premier lait. En revanche, 25 % ont mentionné le miel. Dans la région, il est courant de donner du miel aux nouveau-nés, croyant ainsi favoriser leur bonne santé.

Il est intéressant de comparer ces résultats avec les pratiques réelles. En effet, dans la section sur les pratiques d'alimentation des nourrissons (moins de 6 mois), il est indiqué que 75 % des mères ont donné le premier lait. Cependant, seulement 35,9 % mentionnent le premier lait comme le premier liquide donné au nouveau-né. Cela suggère que la plupart des mères donnent d'abord un autre liquide au bébé, principalement du miel ou de l'eau sucrée, avant de donner le premier lait.

Figure 21: Type de première boisson/ aliment



III.7.2. Allaitement exclusif et pratiques alimentaires

Environ 69 % des mères estiment que l'allaitement devrait durer au moins 6 mois, avec une préférence marquée (31 %) pour une prolongation au-delà de 2 ans, en accord avec les recommandations de l'OMS pour l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et la poursuite jusqu'à 2 ans ou plus.

Quant à l'introduction des aliments solides/semi-solides, 33 % des mères pensent qu'ils devraient être introduits à 6 mois, 25 % entre 6 mois et 1 an, et 42 % après un an. Ainsi, 77 % des femmes estiment que ces aliments devraient être introduits après 6 mois, malgré la recommandation de les commencer à 6 mois pour répondre aux besoins nutritionnels croissants de l'enfant.

Bien que 82 % des femmes reconnaissent que le lait maternel seul ne suffit pas pour couvrir les besoins nutritionnels du bébé, elles continuent à introduire d'autres liquides ou semi-liquides avant 6 mois, comme du lait ou de la bouillie.

Pour 51 % des mères, partager les repas familiaux est bénéfique pour les enfants de 6 à 12 mois, bien que cela ne puisse pas toujours répondre aux besoins spécifiques de l'enfant à cet âge. En moyenne, 82 % des femmes considèrent que les enfants d'un an devraient manger au moins trois fois par jour, adaptant ainsi la recommandation aux pratiques alimentaires courantes.

Les mères recommandent une alimentation diversifiée pour le sevrage, incluant des céréales, des fruits/légumes, des boissons, des produits laitiers, des produits sucrés, et des viandes/œufs/poissons. En outre, 71 % des enfants de 6 à 23 mois ont consommé des aliments provenant d'au moins cinq groupes alimentaires différents au cours de la journée précédente.

Concernant la production de lait maternel, 63 % des femmes pensent que la santé et la nutrition maternelles influencent sa production, alors que 25 % mentionnent une fréquence de tétée insuffisante comme facteur, tandis que 12 % sont incertaines de ces influences.

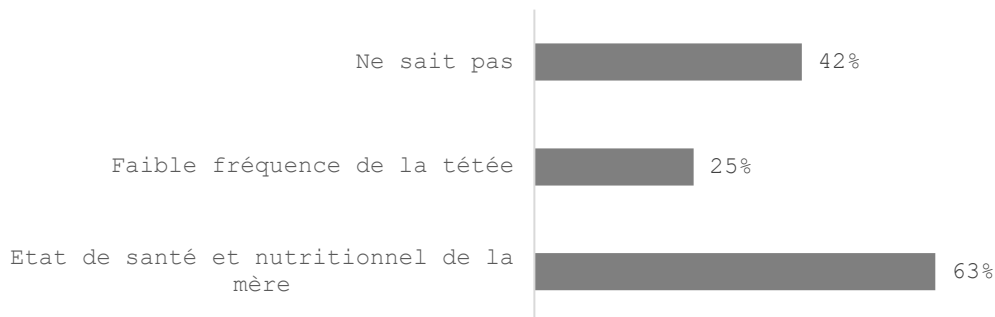
De l'analyse des données, il ressort que 33 % déclarent que l'alimentation semi-solide / solide devrait être introduits à l'âge de 6 mois, 25 % entre 6 mois et 1 an et 42 % après un an. En somme,



77 % des femmes pensent que les aliments solides ou semi-solides devraient être introduits dans l'alimentation du bébé lorsqu'il a plus de 6 mois et seulement 33 % pensent qu'ils peuvent être donnés plus tôt, par exemple à 6 mois, ce qui est en fait la pratique recommandée.

En effet, après 6 mois, l'enfant a des besoins alimentaires spécifiques qui ne peuvent être satisfaits par le seul lait maternel. C'est pourquoi les aliments complémentaires doivent être introduits à ce moment-là.

Figure 22: % des femmes selon ce qui peut influencer la production du lait maternel



La proportion de femmes qui pensent que la tétée a un impact sur la production de lait maternel est sur la production de lait maternel est très faible (25 %) alors qu'il s'agit du principal mécanisme de stimulation de sa production. Par ailleurs, il convient de noter qu'un nombre important de femmes (63 %) pensent que l'état de santé et nutritionnel de la mère est le principal facteur qui peut avoir un impact sur la production de lait. Même s'il n'est pas le plus déterminant, il peut en effet exercer une influence.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans l'ensemble, les pratiques d'alimentation des nourrissons sont satisfaisantes, avec une prévalence élevée de l'allaitement maternel, une consommation acceptable du colostrum, et un allaitement principalement à la demande du bébé. Cependant, il est important de noter qu'un nombre significatif de bébés reçoivent des aliments semi-liquides/liquides autres que le lait maternel, souvent en raison de perceptions culturelles erronées considérant le colostrum comme impur. Bien que la plupart des enfants soient encore allaités entre 6 et 24 mois comme recommandé, l'introduction et la qualité des aliments complémentaires semblent inefficaces, exposant ainsi les enfants à un risque de malnutrition.

Les connaissances et pratiques liées à l'allaitement maternel sont globalement satisfaisantes, mais des lacunes subsistent, notamment concernant la recommandation d'un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. L'enquête a révélé des pratiques inadaptées telles que l'introduction trop précoce ou tardive d'aliments semi-solides/solides, l'arrêt brutal de l'allaitement, et le manque de diversité alimentaire lors du sevrage, malgré la reconnaissance par la majorité des femmes que ces pratiques ne sont pas idéales avant l'âge de 6 mois.

Il est encourageant de constater une bonne sensibilisation communautaire sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans les communes de Diffa et de Maine. Les relais communautaires et les agents de santé démontrent une excellente connaissance des pratiques optimales de l'ANJE, comme en témoignent les taux de connaissances de 100% obtenus dans tous les districts concernant des aspects clés tels que l'âge optimal d'introduction des aliments complémentaires et la fréquence des repas chez les enfants de différents groupes d'âge (6-8 mois et 9-23 mois).

Pour améliorer davantage les pratiques d'alimentation des nourrissons, il est recommandé de renforcer la sensibilisation sur les avantages de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, de corriger les perceptions culturelles erronées sur le colostrum, et d'offrir un soutien continu aux mères pour promouvoir des pratiques alimentaires optimales pour leurs enfants. En outre, il est essentiel de poursuivre et d'élargir les efforts de formation et de sensibilisation des relais communautaires et des agents de santé pour garantir une meilleure compréhension et mise en œuvre des pratiques recommandées en matière d'ANJE.

EVALUATION ANJE

Décembre 2023, Diffa



Save the Children®

Annexes

1. Outils de collecte



OUTILS ANJE.zip



Base de
donnees.xlsx

2. Base de données collectées

3. Images des séances d'interview avec les différentes cibles de l'évaluation

Photo 1 : Séance d'entretien avec l'outil MAMI dans le village de Ariguiguidi



Photo 2 : Séance d'entretien dans la commune de Diffa

EVALUATION ANJE

Décembre 2023, Diffa



Save the Children®



Photo 3 : Séance d'entretien dans la commune de Foulatari



Photo 4 : Séance d'entretien avec l'outil ANJE dans le village de Boulangouri



Photo 5 : Séance d'entretien avec un Agent de sante dans la commune de Diffa



Photo 6 : Séance d'entretien avec un Agent de sante dans la commune de Maine Soria



Photo 7 : Séance de groupe de discussion avec les grand-mères et matrones



Photo 8 : Séance de groupe de discussion avec les hommes pères d'enfants