



*Analyse des connaissances, attitudes,
perceptions et pratiques des populations en
matière de santé de la mère et de l'enfant
dans le département de Gaya*

Rapport final

Présenté par :

Ibrah Bara, MD, MPH

Expert en nutrition et gestion des systèmes de santé, Consultant principal

Aboubacar Souley

Socio-anthropologue

Septembre 2012

Table des matières

Table des matières	1
Abréviations	3
Résumé.....	5
1. Présentation générale.....	9
1.1. Contexte et justification de l'intervention.....	9
1.2. Objectifs de l'étude.....	9
1.3. Approche méthodologique et déroulement de l'étude	10
1.3.1. Préparation de l'étude.....	11
1.3.2. Composition de l'équipe d'enquête	11
1.3.3. Échantillonnage	11
1.3.4. Formation des enquêtrices-teurs et pré-test des outils de collecte des données.....	12
1.3.5. Collecte des données.....	12
1.3.6. Saisie et traitement des données.....	13
1.3.7. Considérations éthiques.....	13
1.3.8. Limites	13
2. Caractéristiques des personnes enquêtées	14
2.1. Les personnes clés au niveau de la communauté.....	14
2.2. Les mères d'enfants de moins de 5 ans.....	14
2.3. Les femmes enceintes et accouchées récentes.....	14
3. Présentation des résultats sur les CAP en santé et nutrition de la femme et de l'enfant.....	16
3.1. Allaitement maternel.....	16
3.1.1. Connaissance de l'allaitement maternel	16
3.1.2. Attitudes et pratiques de l'allaitement maternel.....	16
3.1.3. Déterminants des mauvaises pratiques de l'allaitement maternel	17
3.1.4. Perception de la population de l'allaitement maternel	19
3.2. Complémentation alimentaire de l'enfant	19
3.2.1. Connaissance de l'intérêt de la complémentation alimentaire à l'enfant.....	19
3.2.2. Attitudes et pratiques de la complémentation alimentaire.....	20
3.2.3. Perception de la population de la complémentation alimentaire à l'enfant.....	21
3.3. Vaccination et <i>supplémentation</i> en vitamine A de l'enfant	21
3.3.1. Connaissance de l'importance de la vaccination et des maladies ciblées	21
3.3.2. Attitudes et pratiques de la vaccination/ <i>supplémentation</i> en vitamine A	22
3.3.3. Déterminants de non vaccination et <i>supplémentation</i> en vitamine A de l'enfant	23
3.4. Traitement et alimentation adéquats de l'enfant malade à domicile et recherche des soins appropriés hors domicile	24
3.4.1. Traitement de la diarrhée de l'enfant à domicile.....	24
3.4.2. Alimentation de l'enfant malade.....	24
3.4.3. Reconnaissance des signes de danger du paludisme et des IRA.....	25
3.4.4. Recherche des soins appropriés hors domicile	26
3.5. Consultation prénatale (CPN) et paquet de services reçus	27
3.5.1. Connaissance des femmes de consultation prénatale.....	27
3.5.2. Pratique de la consultation prénatale.....	28
3.5.3. Paquet de services reçus à la consultation prénatale	28
3.6. Urgences obstétricales, accouchement et consultation postnatale.....	30

3.6.1. Reconnaissance des urgences obstétricales	30
3.6.2. Attitude et pratique de l'accouchement	31
3.6.3. Attitude et pratique de la consultation postnatale (CPON)	32
3.7. Planification familiale et espacement des naissances	33
3.7.1. Connaissance des femmes des méthodes contraceptives	33
3.7.2. Pratique de la contraception et méthodes utilisées	34
3.7.3. Perception de la population et du couple de la planification familiale.....	34
3.8. Rôle des hommes dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum	36
3.8.1. Prise de décision au sein du ménage pour la recherche des soins	36
3.8.2. Accompagnement de la femme et de l'enfant par le mari à la recherche des soins	36
3.8.3. Perception de la population du rôle des hommes dans la recherche des soins aux enfants malades et aux femmes enceintes et accouchées récentes	37
3.9. Hygiène et lavage des mains.....	37
3.9.1. Sources et utilisation d'eau de boisson	37
3.9.2. Lavage des mains.....	38
3.9.3. Utilisation des latrines et élimination des excréta humains.....	39
3.9.4. Perception de la population de l'hygiène et de l'assainissement	40
3.10. Utilisation de moustiquaire et prévention contre le paludisme.....	40
3.10.1. Connaissance de l'intérêt de dormir sous moustiquaire.....	40
3.10.2. Disponibilité et accessibilité des moustiquaires.....	41
3.10.3. Personnes dormant sous moustiquaire	42
3.10.4. Perceptions du rôle de la moustiquaire dans la lutte contre le paludisme	42
4. Analyse et discussions des résultats	43
5. Contraintes et opportunités pour les interventions	48
5.1. Facteurs favorisant de la mise en œuvre des interventions	48
5.2. Facteurs de contrainte de la mise en œuvre des interventions	48
5.3. Propositions de pistes d'actions pour la mise en œuvre des interventions.....	48
6. Conclusion/recommandations	50
Références.....	51
Annexes	i
A. Tableaux.....	i
B. Termes de référence de l'étude	xii
C. Chronogramme détaillé de l'étude.....	xvii
D. Liste des villages ciblés de HKI visités.....	xviii
E. Liste des personnes clés rencontrées dans les villages.....	xviii
F. Composition de l'équipe d'enquête.....	xxi
G. Questionnaire mère d'enfant de moins de 5 ans.....	xxi
H. Questionnaire Femme enceinte de plus de 4 mois et accouché dans les 3 mois	xxvii
I. Guide d'entretien avec les personnels de santé et les leaders communautaires	xxxiii

Abréviations

AEN :	Actions essentielles en nutrition
AGR :	Activité génératrice de revenu
ASC :	Agent de santé communautaire
ATPC :	Assainissement total piloté par la communauté
CAP :	Connaissances, attitudes et pratiques
CFA :	Communauté financière africaine
COGES :	Comité de gestion
CPN :	Consultation prénatale
CPON :	Consultation postnatale
CRAMS :	Centre de recherche action par la médiation sociale
CSI :	Centre de santé intégré
DBC :	Distribution à base communautaire
DIU :	Dispositif intra-utérin
DN :	Direction de la nutrition
DS :	District sanitaire
DTC :	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EDS :	Enquête démographique et de santé
FAO :	Organisation des Nations Unies pour l'agriculture
HKI :	Helen Keller International
INS :	Institut national de la statistique
ISF :	Indice synthétique de fécondité
IRA :	Infection respiratoire aigue
JNM :	Journée nationale des micronutriments
JNV :	Journée nationale de vaccination
MICS :	<i>Multiple indicators clustery survey</i>
MILDA :	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MSP :	Ministère de la santé publique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OMD :	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG :	Organisation non gouvernementale
PEV :	Programme élargi de vaccination
PDS :	Plan de développement sanitaire
PF :	Planification familiale
PFE :	Pratiques familiales essentielles

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SRO : Solution de réhydratation orale

SSS : Solution salée sucrée

TDR : Termes de références

USAID: Agence des Etats-Unis pour le développement international

VAR: Vaccin anti-rougeoleux

VAT: Vaccin antitétanique

Résumé

L'étude des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en matière de santé-nutrition de la mère et de l'enfant dans le département de Gaya, commanditée par l'ONG Helen Keller International (HKI), s'est déroulée en septembre 2012. Elle a été conduite sous l'égide du Centre de Recherche Action par la Médiation Sociale (CRAMS). Le but était de disposer de données fiables sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des communautés en matière de santé-nutrition de la mère et de l'enfant, de la zone d'intervention de HKI de Gaya composée de 6 CSI, 12 cases de santé et 18 villages sans formations sanitaires.

Les objectifs assignés à l'étude étaient de :

- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles/communautés concernant la santé et la nutrition des mères et des enfants en rapport avec : l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; le suivi de la croissance de l'enfant ; l'hygiène ; la prise en charge de la diarrhée, du paludisme, de la toux et des difficultés respiratoires, la reconnaissance des signes de dangers de ces trois maladies et la recherche des soins ;
- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles/communautés concernant la santé et la nutrition des femmes enceintes, des femmes nouvellement accouchées et des femmes allaitantes en rapport avec : la consultation prénatale ; l'accouchement ; la consultation postnatale ; l'utilisation des moustiquaires imprégnées ; l'alimentation de la femme enceinte et allaitante ; la recherche des soins et la planification familiale ;
- Identifier les déterminants de ces comportements ;
- Identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention axée sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant.

L'enquête a combiné approche quantitative (utilisation de questionnaires) et approche qualitative (recours à un guide d'entretien semi-directif). Elle s'est passée dans tous les 36 villages de la zone d'intervention de HKI de Gaya.

Au niveau de l'approche quantitative, 23 femmes dont 16 mères d'enfants de moins de 5 ans et 7 femmes enceintes ou accouchées récentes ont été sélectionnées de façon aléatoire et enquêtées dans chaque village. L'échantillon est de 828 femmes (576 mères d'enfants de moins de 5 ans et 252 femmes enceintes ou accouchées récentes).

Quant à l'approche qualitative, elle a été marquée par des entretiens avec des groupes d'hommes et de femmes leaders et des relais communautaires dans chaque village.

Les principaux résultats de l'étude ressortent les points saillants ci-dessous :

Environ 90% des femmes sont âgées de 18 à 40 ans et donc en pleine période de fécondité ; une femme sur 2 est grande multipare et a au moins 4 enfants ; contre une sur 7 qui a seulement 1 seul enfant, voire même primipare. Au moins 85% de ces femmes sont sans niveau d'instruction ou analphabètes. Plus de 70% sont ménagères, sans

aucune source de revenu ou activité économique ; et la principale activité pour 80% des chefs de ménage dont elles sont issues est l'agriculture. Globalement, l'échantillon de 828 femmes enquêtées (sur 809 requises) est homogène sur divers aspects.

Sur l'allaitement, 91,3% des mères d'enfants enquêtées ont un bon niveau de connaissance de l'importance de l'allaitement maternel ; 99,7% ont l'intention d'allaiter ou allaitent leurs enfants. Elles sont 40,1% qui ont automatiquement mis au sein (allaité) leurs enfants dans l'heure qui a suivi leur naissance ; et le taux d'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois est seulement de 6,6%.

Par rapport à la complémentation alimentaire adéquate, seulement 10,8% des mères savent que l'introduction des aliments de complément se fait à partir de 6 mois. Ainsi, pour alimenter leurs enfants, 98,8% des mères ont continué à les allaiter après 6 mois. 60,0% des enfants de 6 à 8 mois ont reçu adéquatement au moins 2 repas par jour en plus du lait maternel ; 56,2% des enfants de 9 à 23 mois ont reçu au moins 3 repas par jour en plus du lait maternel ; et 69,1% des enfants de 20 à 23 mois ont consommé du lait au cours des 24 dernières heures. Concernant le score de diversité alimentaire, 15,0% des enfants âgés de 6 à 23 mois ont consommé 4 groupes d'aliments ou plus dans les dernières 24 heures.

De l'état vaccinal, 95,5% des mères ont indiqué que leurs enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés. Selon les tranches d'âge, 93,3% des enfants de 0 à 11 mois ont reçu le VAR/DTC3/HepB3 ou Pentavalent3 ; 80,4% des enfants de 9 à 11 mois ont reçu le VAR ; 88,5% des enfants de 6 à 11 mois ont reçu la vitamine A ; et 67,5% des enfants de 12 à 19 mois ont reçu la vitamine A. Ces bons chiffres se justifient par rapport aux différentes campagnes de vaccination et de *supplémentation* de masse qui se sont déroulées.

En guise de traitement lorsqu'ils ont fait de la diarrhée dans les 2 dernières semaines précédant l'étude, 15,8% des enfants ont reçu la SRO et Zinc, et 8,7% la solution salée sucrée. Durant l'épisode de maladie, seules 0,6% des mères des enfants de 0 à 6 mois ont augmenté la fréquence des tétées ; contre 2,1% qui ont gardé la même fréquence que d'habitude ; et pire 96,5% qui l'ont diminuée. De même, 3,3% des mères des enfants de 6 à 59 mois ont augmenté le nombre de repas supplémentaire ; contre 0,8% qui l'ont gardé comme d'habitude ; pire 93,1% qui l'ont diminué et 0,6% qui l'ont même Supprimé. Aux fins de la recherche des soins appropriés hors domicile, moins de 61,3% des mères reconnaissent les principaux signes de danger du paludisme ; et moins de 48,1% pour les IRA. Quant au pourcentage des ménages où un membre a effectué une visite dans un centre de santé au cours des 6 derniers mois, il est de 76,7% ; contre 17,0% pour l'automédication ; 4,7% pour le guérisseur traditionnel ; et 1,0% qui n'ont fait aucun recours.

Pour la consultation prénatale, la couverture des femmes enceintes est de 88,9% (au moins une visite). Mais la couverture en CPN recentrée (au moins 4 visites) est de 17,8%. Lors des CPN, 85,3% des femmes ont reçu un traitement préventif, dont essentiellement la vaccination au VAT et la *supplémentation* en fer/acide folique ; et seules 4,8% ont reçu des conseils. Ainsi, 74,7% des femmes enceintes ont reçu 2 doses de VAT2 ; 36,7% ont reçu les comprimés de fer/acide folique. De ces femmes ayant reçu les comprimés de fer/acide folique, 53,7% les ont pris régulièrement tous les jours. Lorsque des conseils sont donnés lors des CPN, 48,2% des femmes enceintes ; et 40,2% des femmes allaitantes ont bénéficié de conseils nutritionnels. En application aux conseils,

43,5% des femmes enceintes ont consommé un repas supplémentaire tous les jours ; et 54,9% des femmes allaitantes ont consommé deux repas supplémentaire tous les jours.

Pour les accouchements, 31,1% des femmes enquêtées ont accouché la dernière fois au centre de santé ; contre 68,9% à domicile. Dans le cas de l'accouchement au centre de santé, moins de 58,6% des nouveau-nés ont bénéficié de prise en charge de qualité, lorsqu'on a demandé aux femmes ce dont leurs nouveau-nés ont bénéficié. Les femmes accouchées ont été assistées à 49,8% par les matrones ou accoucheuses traditionnelles ; contre un taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 24,4%. La couverture en CPON des femmes ayant accouché est de 58,3%, même si pour l'essentiel elle est faite au delà des 3 jours recommandés.

Concernant la planification familiale, 94,8% des femmes enquêtées ont accès à l'information sur la contraception. Les méthodes contraceptives les plus connues sont la pilule pour 85,7% et l'injectable pour 64,3%. Le préservatif a été évoqué que par 0,8% des femmes, sans doute du fait de barrière socioculturelle. Quant au taux d'utilisation de la contraception, il est seulement de 8,7%.

Du rôle des hommes dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, on retient que c'est le chef de ménage qui prend la décision à 72,7% pour les soins de l'enfant malade et à 41,3% pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et le postpartum. Pour la recherche des soins, le mari accompagnent l'enfant malade au centre de santé dans 71,8% des cas ; et dans 43,7% des cas la femme, pour le suivi de la grossesse, lors de l'accouchement ou dans le postpartum.

Sur le plan de l'eau, hygiène et lavage des mains, les ménages utilisent pour leur eau de boisson 8,0% de sources améliorées. Avant de la consommer, seules 18,8% des femmes ont dit faire quelque chose pour la rendre plus propre, notamment le filtrage pour 86,2% et la cuisson pour 6,2%. Même si la quasi-totalité des femmes (99,0%) connaissent l'intérêt de se laver les mains, elles sont moins de 79,7% qui ont indiqué se laver les mains pendant les 5 moments critiques. Les produits utilisés pour le lavage des mains sont l'eau seule dans 72,5% des cas ; et l'eau plus savon dans 22,2% des cas. De la gestion des excréta humains, 45,5% des ménages utilisent des latrines ; contre 54,5% qui font leurs besoins à ciel ouvert. De même pour les excréments des bébés, 42,5% des ménages les éliminent de manière hygiénique, en les recueillant dans un pot pour les verser dans des latrines ou les enterrer ; contre 57,5% qui les jettent à l'air libre.

A propos de l'utilisation des moustiquaires, 60,5% des ménages disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée, et 23,7% de moustiquaire non imprégnée ; contre 15,8% qui n'en disposent d'aucune. La proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et accouchées récentes ayant reçu une moustiquaire imprégnée est respectivement de 69,2% et 68,3%. Quant à la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire la dernière nuit précédant l'interview, elle est de 98,5% ; et celle des femmes enceintes et accouchées récentes est de 89,6%.

Globalement, en termes de connaissances et attitudes, les résultats montrent des très bonnes dispositions des mères d'enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et accouchées récentes. Ce qui ne dispense tout de même pas de continuer à promouvoir des actions d'éducation et de sensibilisation, pour un changement de comportement des populations. De ce qui est des pratiques en santé-nutrition de la femme et de l'enfant, les

taux sont faibles dans presque tous les domaines, même s'ils sont à certains niveaux relativement meilleurs que ceux rapportés dans l'EDS-MICS 2006. Comparativement aux objectifs nationaux pour 2012, fixés dans le cadre du suivi-évaluation du PDS 2011-2015, ces taux sont nettement inférieurs, sauf pour ce qui est de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. De ce fait, un certain nombre de pistes d'actions ont été tracées, pouvant être exploitées par HKI pour affiner ses stratégies d'interventions en santé-nutrition de la femme et l'enfant, dans le département de Gaya.

Au terme de cette étude, un certain nombre de recommandations sont élaborés. Il s'agit de contribuer à :

- promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- mettre en place un programme communautaire intégré de santé-nutrition ;
- initier un programme de promotion des latrines, en adoptant la stratégie ATPC ;
- renforcer les activités foraines de santé-nutrition de la femme et de l'enfant ;
- renforcer le suivi des activités de santé-nutrition de la femme et de l'enfant ;
- rehausser le niveau des prestataires de services de santé ;
- autonomiser davantage les femmes et alléger leur charge de travail ;
- renforcer les capacités et la fonctionnalité des structures de santé ;
- améliorer les services sociaux de base et le niveau de vie des ménages ;
- mobiliser et renforcer la participation communautaire ;
- renforcer la sensibilisation sur les problèmes prioritaires de santé-nutrition.

1. Présentation générale

1.1. Contexte et justification de l'intervention

D'après le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2001, la population du Niger est estimée en 2012 à 16.274.738 habitants. Sur le plan de l'éducation et de la santé, l'analphabétisme dans la tranche d'âge de 15 ans et plus est de 71% et seuls 64% de la population ont accès aux soins de santé. En termes d'indicateurs démographiques¹, l'indice synthétique de fécondité (ISF) s'élève à 7,1 enfants par femme, les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle sont respectivement de 81‰, 198‰ et 648 pour 100000. Or, un certain nombre de causes de mortalité maternelle et infantile identifiables peuvent être prévenues ou traitées, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment les objectifs n°1, 4 et 5.

Le Niger est confronté à des crises alimentaires et nutritionnelles récurrentes, particulièrement celle de 2005. Ces crises ont une forte répercussion sur les groupes les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Suite à la crise de 2005, Helen Keller International (HKI) avec l'appui financier d'OFDA/USAID a exécuté un programme d'urgence et de renforcement des capacités des structures sanitaires et communautaires pour la prévention et le traitement de la malnutrition. Le but est de renforcer et consolider durablement le système de santé, dans sa zone d'intervention.

Actuellement, une phase de consolidation et d'appropriation des acquis des phases précédentes est acquise. Elle couvre une période de 12 mois, allant de juin 2012 à mai 2013. Il s'agit pour HKI, en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), de mettre à profit cette phase pour réaliser des interventions en matière de santé et de nutrition dans 36 villages du district sanitaire de Gaya. Ces interventions seront axées sur le changement progressif d'attitudes, de pratiques et l'adoption de comportements favorables à la santé et à la nutrition des femmes en âge de procréer et des enfants.

Pour évaluer les progrès qui seront réalisés, il est indispensable de disposer de données fiables de base, de la zone d'intervention. Ce qui implique l'exécution de l'étude sur l'analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des communautés en matière de santé de la mère et de l'enfant.

1.2. Objectifs de l'étude

A travers cette étude, il s'agit d'évaluer le niveau des CAP en matière de santé et de nutrition dans la zone d'intervention de HKI du district sanitaire (DS) de Gaya. Pour atteindre ce but, plusieurs objectifs sont visés :

- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles/communautés concernant la santé et la nutrition des mères et des enfants en rapport avec : l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; le suivi de la croissance de l'enfant ; l'hygiène ; la prise en charge de la diarrhée, du paludisme, de la toux et des difficultés respiratoires, la

¹ Source : Le Niger en chiffres 2011, Institut national de la statistique (INS)

reconnaissance des signes de dangers de ces trois maladies et la recherche des soins ;

- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles/communautés concernant la santé et la nutrition des femmes enceintes, des femmes nouvellement accouchées et des femmes allaitantes en rapport avec : la consultation prénatale ; l'accouchement ; la consultation postnatale ; l'utilisation des moustiquaires imprégnées ; l'alimentation de la femme enceinte et allaitante ; la recherche des soins et la planification familiale ;
- Identifier les déterminants de ces comportements ;
- Identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention axée sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant.

1.3. Approche méthodologique et déroulement de l'étude

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, le CRAMS a utilisé une démarche socio-anthropologique fondée sur des travaux antérieurs réalisés dans plusieurs régions du Niger relativement aux questions de santé-nutrition², et particulièrement les pratiques familiales essentielles (PFE). Il s'agit d'une approche qui combine des outils et techniques d'enquête de type qualitatif et quantitatif. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs élaborés de commun accord avec les personnes/institutions commanditaires d'études, sont renseignés et traqués de manière à permettre un suivi systématique des progrès (effets) issus des activités opérationnelles. A travers la démarche méthodologique du CRAMS, l'on vise à obtenir une cartographie rigoureuse de l'évolution des CAP des populations tout au long de la mise en œuvre des projets. Le CRAMS a donc opté pour une démarche participative, qui inclut l'équipe d'enquête, HKI ainsi que les agents de santé à tous les niveaux et les relais communautaires. L'étude a été, de la conception à la mise en œuvre opérationnelle, le produit d'une dynamique de construction commune.

Dans la présente section, l'on traitera des étapes de l'étude (phase préparatoire, composition de l'équipe d'enquête, échantillonnage, formation des enquêteurs et pré-test des outils de collecte des données, collecte des données, saisie et traitement des données), de quelques considérations éthiques, et des limites de l'exercice.

² Etude sur les connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en matière de santé de la mère et de l'enfant dans les régions de Diffa, Maradi et Zinder (Save the Children, juillet 2012) ; Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux 8 pratiques familiales essentielles (PFE) dans le département de Mayahi (ACH, février 2010, septembre 2011 et juin 2012) ; Evaluation finale du projet de promotion des initiatives en faveur de la nutrition et la démographie – PPIND – (CARE, novembre 2011) ; Étude de capitalisation des études nutrition-démographie au Niger (UNFPA, juillet 2011) ; Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés sur les 7 pratiques familiales essentielles dans le département de Téra (ONG HELP, avril 2011) ; Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en santé de l'enfant basée sur les 7 pratiques familiales essentielles (PFE) dans la région de Zinder (CRF, novembre 2010).

1.3.1. Préparation de l'étude

La phase préparatoire a débuté avec les démarches administratives en lien avec la contractualisation entre le CRAMS et HKI. Les échanges/réunions de cadrage méthodologique entre les deux parties ont permis de passer au crible la méthodologie proposée par le CRAMS. Ainsi, les différents domaines à explorer et les indicateurs à renseigner, issus des termes de référence (TDR) de l'étude ont été examinés ; la méthode d'échantillonnage et les cibles de l'enquête ont été précisées ; et les outils de collecte (questionnaires et grille d'entretien) ont été amendés et validés. Au vu des tâches à accomplir, l'équipe d'enquête a été recrutée. De concert avec le district sanitaire et l'équipe HKI de Gaya, deux circuits (sud-ouest Gaya et nord-est Gaya) ont été constitués, et les responsables des cases de santé et CSI concernés ont été informés de la mission.

1.3.2. Composition de l'équipe d'enquête

Elle est constituée de : 1 consultant principal, responsable de l'étude ; 1 assistant/superviseur ; et 6 enquêtrices-teurs (4 femmes et 2 hommes). A noter que HKI a mis à la disposition de l'équipe un agent qui a joué le rôle de 2^e assistant/superviseur.

Le consultant principal ou coordinateur de l'étude, expert en nutrition et gestion des systèmes de santé, a servi de trait d'union entre le commanditaire et le CRAMS d'une part et le reste de l'équipe d'autre part. Il fut le responsable de la rédaction du rapport de l'étude et de l'organisation de l'atelier de restitution.

Sous l'autorité du coordinateur de l'étude, l'assistant/superviseur, socio-anthropologue de niveau master, ayant une forte expérience de supervision des enquêtes de terrain, et parlant couramment les langues locales a conduit la collecte des données sur le terrain avec la collaboration du superviseur HKI de Gaya et des enquêtrices-teurs. De même, il a contribué au recrutement et à la formation des enquêtrices-teurs, ainsi qu'au pré-test des outils de collecte. Enfin, il a apporté un appui au dépouillement des données.

Les enquêtrices-teurs, expérimenté-e-s en matière de collecte des données et maîtrisant parfaitement les langues dominantes du milieu, ont participé à la formation et au pré-test, et à la collecte des données sur le terrain.

A côté de cette équipe, l'étude a nécessité l'utilisation des services d'une experte qui a été chargée de la conception et de la réalisation du masque de saisie, puis de la gestion du dépouillement et de la saisie des données statistiques. Elle a été épaulée par 2 agents de saisie.

Enfin, l'ensemble de ce dispositif a été renforcé par l'implication et la participation du Coordonnateur du CRAMS qui, de la conception de l'étude (propositions technique et financière) à l'élaboration du rapport final, a assuré la supervision administrative et technique du travail.

1.3.3. Échantillonnage

Toute la zone d'intervention de HKI à Gaya a été considérée comme une strate. Par choix raisonné et de façon exhaustive, tous les 36 villages (6 CSI, 12 cases de santé et 18 villages sans formations sanitaires) ont été sélectionnés pour être visités, soient 36 grappes.

La taille de l'échantillon est calculée sur la base³ de la formule : $n = (t^2 \times p(1-p))/m^2$; où n = taille de l'échantillon requise, t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96), p = proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée dans l'étude (lorsque cette proportion est ignorée, une pré-étude peut être réalisée, sinon $p=0,5$ sera retenue), m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05). Ce qui nous donne ainsi $n = (1,96^2 \times 0,5(1-0,5))/0,05^2 = (3,8416 \times 0,25)/0,0025 = 0,9604/0,0025 = 384,16 = 385$. L'enquête repose sur un échantillon en grappes (sélection représentative de villages), et non pas sur un échantillon aléatoire simple. Pour corriger la différence, on multiplie la taille de l'échantillon par l'effet du plan d'échantillonnage qui est généralement de 2 pour les enquêtes faisant appel au sondage en grappes, soit $385 \times 2 = 770$. On ajoute encore 5% à l'échantillon pour tenir compte d'impondérables comme les non-réponses ou les erreurs d'enregistrement soit $770 \times 1,05 = 808,5 = 809$ femmes. Ce qui donne 809 femmes/36 grappes ou villages = 22,4722, soit 23 femmes par village. L'échantillon est représentatif de la zone d'intervention de HKI à Gaya.

Quant au choix des 23 femmes enquêtées par village ou grappe (16 mères d'enfants de moins de 5 ans, et 7 femmes enceintes ou accouchées ou allaitantes ; suivant leur proportion dans la population générale), il s'est fait au hasard, de ménage en ménage à partir du domicile du chef ou du centre du village, suivant la direction indiquée par le jet d'un stylo ou d'une bouteille.

1.3.4. Formation des enquêtrices-teurs et pré-test des outils de collecte des données

La formation des enquêtrices-teurs s'est tenue à Gaya et a été assurée par le consultant principal et l'assistant/superviseur. Elle a été combinée au pré-test des outils de collecte, dans les villages de Tara et Gnakoye Tounga, non concernés par l'étude, représentant les deux axes, et distants respectivement de 19 km au sud-ouest et 20 km au nord-est de la ville de Gaya. Il s'est agi lors de la formation de présenter l'étude, de partager la problématique, et de parcourir et traduire en hausa et zarma (langues locales dominantes de la zone d'intervention) les questionnaires. La formation et le pré-test se sont déroulés sur une journée. Ils ont permis d'harmoniser la compréhension des outils et la technique pour leur administration par les enquêtrices-teurs.

Après la formation et le pré-test, 2 sous-équipes (1 superviseur et 3 enquêtrices-teurs dont 2 femmes et 1 homme) ont été constituées, pour couvrir chacune 1 axe ou zone agro-écologique de 18 villages ou grappes (3 CSI, 6 cases de santé et 9 villages sans formations sanitaires).

1.3.5. Collecte des données

La collecte des données sur le terrain a été assurée par les 6 enquêtrices-teurs. Elle a duré 9 jours (à raison de 2 villages par jour) pour chacune des 2 sous-équipes. Elle s'est faite sur la base d'entretien individuel directif ou semi-directif, avec utilisation de 2 questionnaires (adressés aux mères d'enfants de moins de 5 ans, et aux femmes enceintes ou accouchées récentes). A l'aide d'un guide, les superviseurs ont fait des entretiens de qualité avec des groupes de personnes clés au niveau village (personnels de

³ Sources : Conduite de petites enquêtes nutritionnelles, Manuel de terrain, Rome (FAO, 1992) ; Choisir l'échantillon, Statistiques, logiciels et enquête, Benoit Le Maux.

santé, responsables coutumiers, élus locaux, leaders religieux, relais communautaires, membres de groupements féminins et associations, etc.).

Les assistants ont supervisé la collecte des données. Au fur à mesure de l'évolution de l'enquête, ils ont vérifié les questionnaires remplis, ont retourné ceux qui avaient été insuffisamment renseignés, afin que les enquêtrices-teurs reprennent contact avec les enquêtées pour corriger les erreurs décelées. Chaque matin, les assistants ont, après avoir fait le point de la qualité de recueil des données de la journée précédente, procédé à la répartition des tâches aux enquêtrices-teurs.

1.3.6. Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été faits sur Epi-info pour les données recueillies à travers les questionnaires. Quant à la compilation de celles issues des entretiens qualitatifs de groupe, elle a été faite manuellement. Dans le présent rapport, les résultats sont présentés de façon globale pour toute la zone d'intervention HKI de Gaya.

1.3.7. Considérations éthiques

Pour le besoin de cette étude, une autorisation a été délivrée par la Direction de la nutrition (DN) du MSP. L'inclusion des personnes enquêtées dans l'échantillon s'est faite de façon libre et volontaire. Ces personnes n'ont nullement été influencées dans leurs réponses, qui resteront d'ailleurs confidentielles, et ne pourront pas être utilisées de façon à porter préjudice à leurs auteur-e-s.

1.3.8. Limites

La méthodologie utilisée correspond aux normes édictées pour une étude CAP. Cependant, un certain nombre de faits peuvent constituer des limites à cette étude, sans pour autant avoir au final une incidence sur la fiabilité des données.

Certaines données n'ont pas pu être systématiquement vérifiées (cas de l'état vaccinal des femmes et des enfants, parce que les cartes de vaccination ou carnets de santé n'étaient pas disponibles car perdues ou autres), auquel cas les résultats mentionnés dans ce rapport ne reflètent que les dires des femmes.

Parfois, les femmes ont répondu aux questions pensant qu'une aide alimentaire allait suivre, surtout que certaines ont été victimes des inondations, ce qui peut également constituer un biais dans la sincérité des informations fournies par les enquêtées. Dans ce cas HKI et ses partenaires peuvent considérer que la situation peinte par ces femmes est moins grave qu'elle ne paraît.

Le nombre important de questionnaire à remplir par enquêteur et par jour (14 et 16) a parfois joué sur le respect de règles préalablement établies.

L'impraticabilité des routes entre les villages, engendrée par les fortes pluies, a rendu difficiles l'accès et ralenti la progression de l'équipe sur le terrain. Cela a même entraîné le remplacement par son voisin d'un village échantillonné non accessible ni par pirogue ni sur charrette à cause des eaux.

2. Caractéristiques des personnes enquêtées

2.1. Les personnes clés au niveau de la communauté

Les personnels de santé, responsables coutumiers, élus locaux, leaders religieux, relais communautaires, membres de groupements féminins et associations (voir liste en annexe), ont été mis à contribution dans cette étude CAP. Elles sont au total 159 personnes ressources rencontrées à travers des entretiens qualitatifs de groupe, réalisés dans 36 villages. On a parmi ces personnes des infirmiers et sages-femmes des CSI, des agents de santé communautaire (ASC) des cases de santé ; des chefs de villages ou leurs représentants et chefs de quartiers ; des conseillers communaux ; des imams et marabouts ; des matrones, secouristes, tradi-praticiens, agent DBC et membres des équipes villageoises de surveillance de la croissance des enfants ; des présidentes de groupements féminins, commerçants, animateur radio, représentants des jeunes, et membres des comités locaux (COGES, comité de salubrité et d'hygiène).

2.2. Les mères d'enfants de moins de 5 ans

Elles sont au total 576 mères d'enfants de moins de 5 ans, incluses dans l'échantillon. En effet, la totalité des 16 questionnaires par village et pour les 36 villages ont été validés après épuration des données. Des caractéristiques de ces mères, on note que :

- 68,2% d'entre elles ont entre 18 et 30 ans ; 21,9% entre 31 et 40 ans ; soit au total 90,1% de ces mères qui sont dans la tranche d'âge de 18 à 40 ans ou en période active de fécondité ;
- 50,7% de ces mères ont 4 enfants et plus et donc sont des grandes multipares expérimentées dans l'élevage et la prise en charge de l'enfant ; contre 15,3% qui ont 1 seul enfant ;
- 87,0% n'ont aucun niveau d'instruction et donc sont analphabètes ; contre 9,9% de niveau primaire et 3,1% de niveau secondaire ;
- 49,3% vivent dans un ménage peuplé de 8 personnes et plus ;
- 55,7% ont un enfant âgé de 6 à 24 mois, qui sont donc confrontées à la question de diversification alimentaire et de sevrage de l'enfant ;
- le sexe ratio de leurs enfants est de 49,3% de filles pour 50,7% de garçons ;
- 73,8% sont des ménagères, sans aucune source de revenu ou activité économique ; contre 14,2% qui font le petit commerce ; 6,1% qui bénéficient de certaines activités génératrices de revenus (AGR) ; et 5,4% qui sont des artisanes ;
- 83,2% des chefs de ménages dont sont issues ces mères d'enfants sont principalement des agriculteurs ; contre 7,6% qui sont des commerçants et 7,3% des artisans.

2.3. Les femmes enceintes et accouchées récentes

Au total, 252 femmes enceintes de plus de 4 mois et accouchées récentes de moins de 3 mois sont incluses dans l'échantillon. La totalité des 7 questionnaires par

village et pour les 36 villages ont été validés après épuration des donnés. Les caractéristiques de ces femmes sont :

- 59,8% d'entre elles ont entre 18 et 30 ans ; 28,3% entre 31 et 40 ans ; soit au total 88,1% de ces femmes qui sont dans la tranche d'âge de 18 à 40 ans ou en période active de fécondité ;
- 41,2% des femmes ont 4 enfants et plus ; contre 13,2% qui ont 1 seul enfant ;
- 39,7% des femmes ont 5 grossesses et plus ; contre 13,9% qui sont à leur première expérience de grossesse ;
- 85,7% n'ont aucun niveau d'instruction et donc sont analphabètes ; contre 7,5% de niveau primaire et 6,7% de niveau secondaire ;
- 72,1% sont des ménagères, sans aucune source de revenu ou activité économique ; contre 19,9% qui font le petit commerce ou bénéficient des certaines activités génératrices de revenus ; et 6,4% sont des artisanes ;
- 78,6% des chefs de ménages dont sont issues ces femmes enceintes et accouchées récentes sont principalement des agriculteurs ; contre 8,3% qui sont des commerçants et 10,3% des artisans.

En somme, les 2 groupes des mères d'enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et accouchées récentes ont pratiquement les mêmes caractéristiques. Environ 90% sont âgées de 18 à 40 ans et donc en pleine période de fécondité ; une femme sur 2 est grande multipare et a au moins 4 enfants ; contre une sur 7 qui a seulement 1 seul enfant, voire même primipare. Au moins 85% des femmes des 2 groupes sont sans niveau d'instruction ou analphabètes. Plus de 70% sont ménagères, sans aucune source de revenu ou activité économique ; et la principale activité pour 80% des chefs de ménage dont elles sont issues est l'agriculture. Globalement, l'échantillon de 828 femmes enquêtées (sur 809 requises) est homogène sur divers aspects.

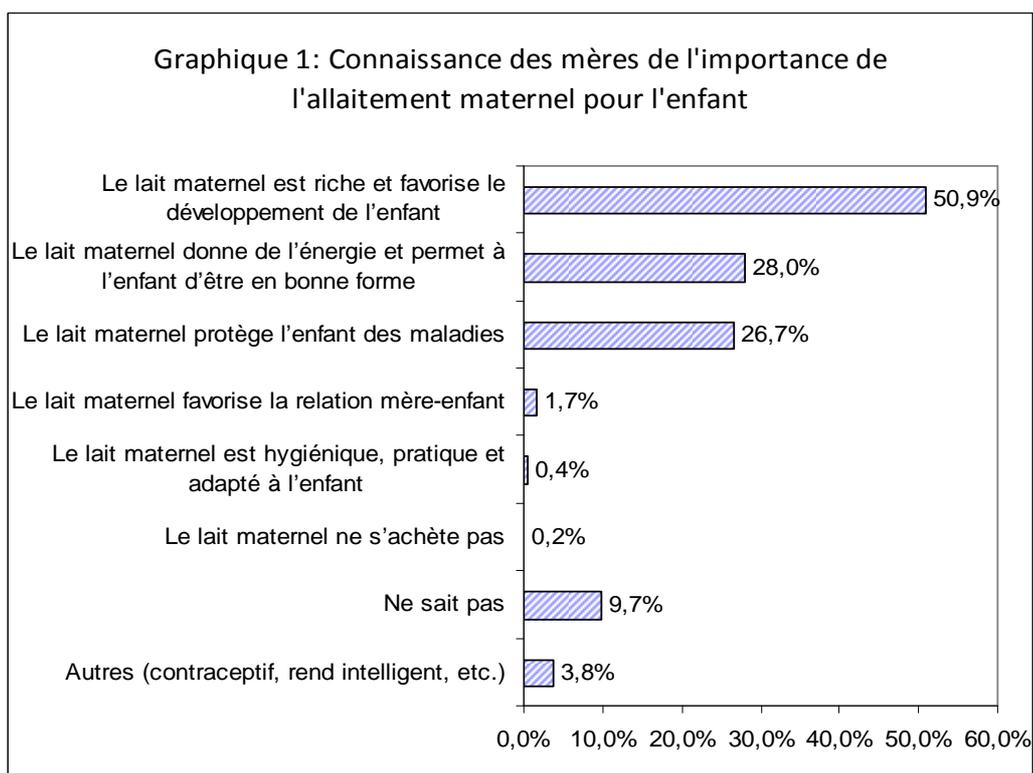
3. Présentation des résultats sur les CAP en santé et nutrition de la femme et de l'enfant

3.1. Allaitement maternel

A ce niveau, il a été demandé aux mères d'enfants de moins de 5 ans si elles connaissent l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant, si elles le pratiquent et comment ; sinon, pourquoi.

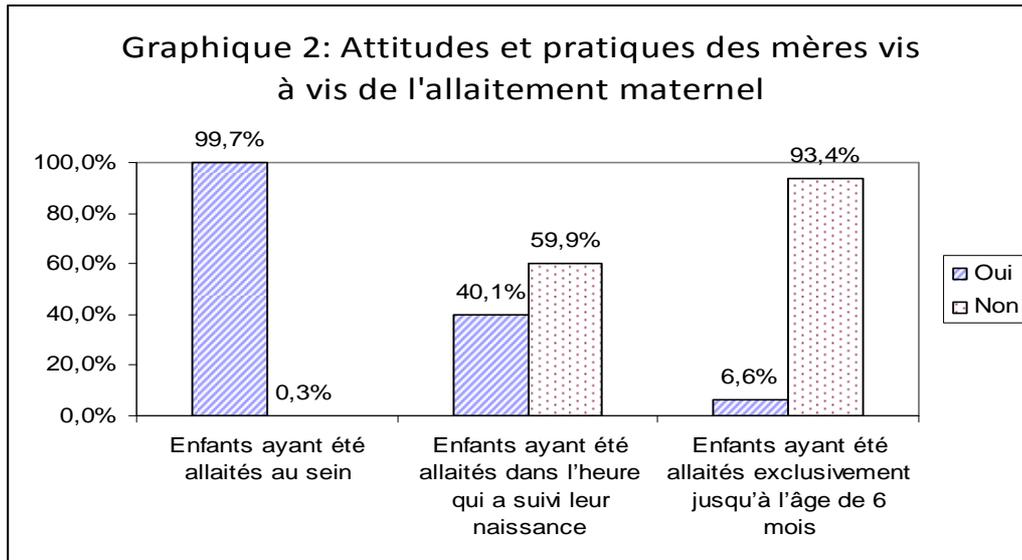
3.1.1. Connaissance de l'allaitement maternel

A la question de savoir quelle est l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant, 50,9% des mères d'enfants de moins de 5 ans ont dit que le lait maternel est riche et favorise le développement de l'enfant ; 28,0% ont affirmé qu'il donne de l'énergie et permet à l'enfant d'être en bonne forme ; 26,7% ont signifié qu'il protège l'enfant des maladies. Seules 1,7% des mères ont évoqué le fait qu'il favorise la relation mère-enfant ; 0,3% le caractère hygiénique et pratique du lait maternel ; et 0,2% son aspect économique. Ainsi, 91,3% des mères ont cité au moins un avantage de l'allaitement maternel pour l'enfant ; contre 9,7% qui ne savaient pas (Graphique 1).

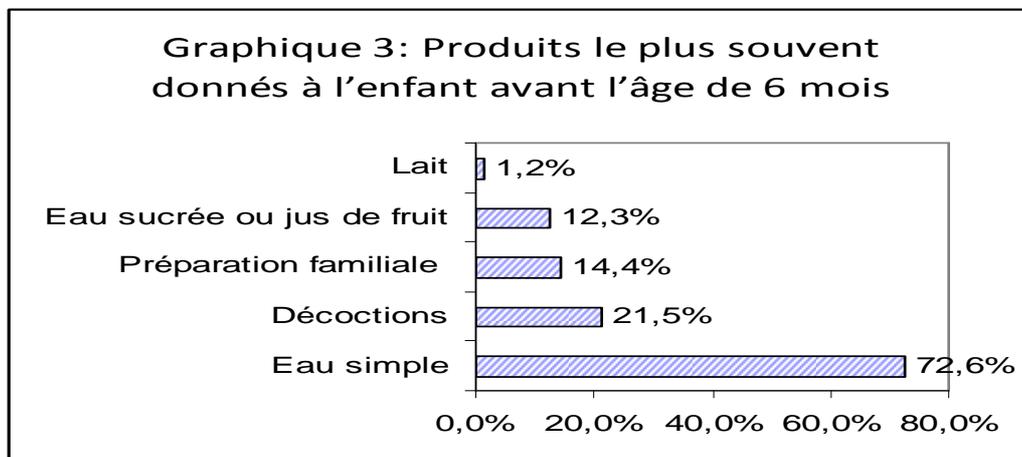


3.1.2. Attitudes et pratiques de l'allaitement maternel

Comme le montre le graphique 2, la quasi-totalité des mères (99,7%) ont affirmé avoir allaité leurs derniers enfants de moins de 5 ans. Elles sont 40,1% qui ont indiqué les avoir automatiquement mis au sein (allaité) dans l'heure qui a suivi leur naissance. Seulement, 6,6% des mères ont dit avoir allaité exclusivement leurs enfants jusqu'à l'âge de 6 mois.



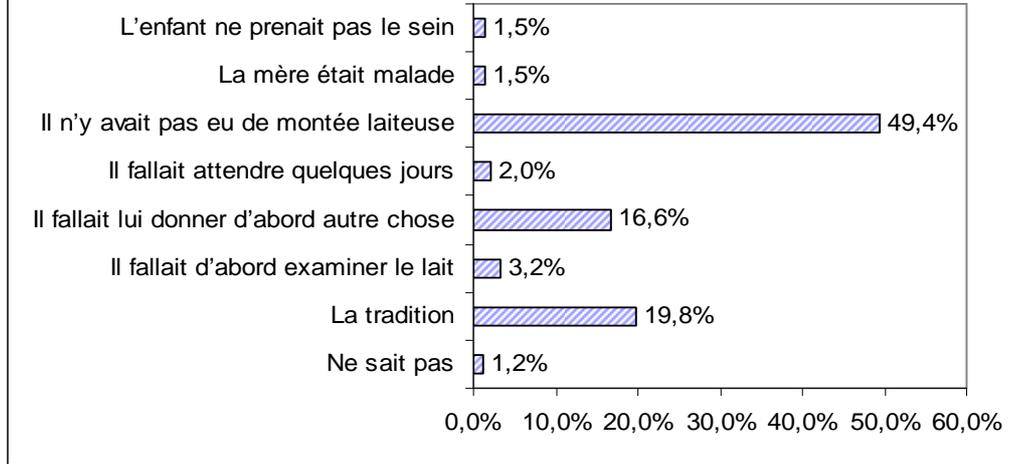
Aussi, 86,8% des mères ont donné autre chose que le lait maternel à leurs enfants avant même l'âge de 1 mois. Le graphique 3 montre les produits le plus souvent donnés avant 6 mois qui sont : l'eau simple (72,6%) ; les décoctions de feuilles ou de racines (21,5%) ; la préparation familiale à savoir pate, boule, bouillie, sauce, riz (14,4%) ; l'eau sucrée ou le jus de fruit (12,3%) ; le lait d'animaux ou industriel (1,2%) ; etc. L'entretien de qualité a révélé ceci : « ce qu'on fait généralement ici, on fait boire de l'eau, du sucre, du jus de fruit au nouveau-né, pendant 2 jours de suite avant la montée laiteuse » (propos de leader religieux).



3.1.3. Déterminants des mauvaises pratiques de l'allaitement maternel

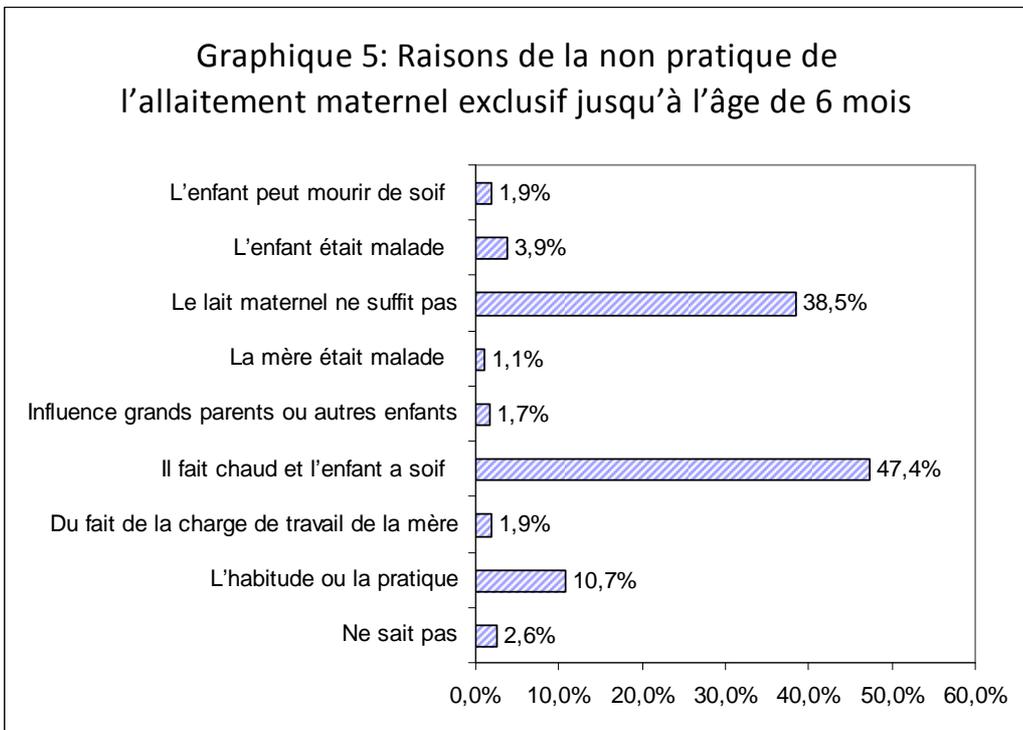
Les raisons évoquées par les mères, qui ont fait que l'enfant n'a pas été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance sont de plusieurs ordres (Graphique 4). Pour 49,4% des mères, c'est parce qu'il n'y avait pas eu de montée laiteuse ; pour 19,8% du fait de la tradition ; pour 16,6% il fallait lui donner d'abord autre chose ; pour 3,2% il fallait au préalable examiner le lait ; pour 2,0% il fallait nécessairement attendre quelques jours ; et pour 1,5% l'enfant ne prenait pas le sein ou la mère était malade. Autre exemple, « **jusqu'ici, le lavage avec du soum bala et le don du sucre à l'enfant avant tout allaitement est effectué pour prévenir les allergies** » (propos de femme leader).

Graphique 4: Raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance



De la non pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, les mères ont cité plusieurs raisons (Graphique 5). Il fait chaud et l'enfant a soif (47,4%) ; le lait maternel ne suffit pas (38,5%) ; l'habitude ou la pratique (10,7%) ; l'enfant était malade (3,9%) ; du fait de la charge de travail de la mère (1,9%) ; l'enfant peut mourir de soif (1,9%) comme le confirme le propos d'un leader d'opinion : **« comment un être humain peut vivre sans eau ? là c'est envoyer l'enfant à une mort certaine »** ; l'influence des grands parents de l'enfant ou d'autres enfants (1,7%) ; et la mère était malade (1,1%).

Graphique 5: Raisons de la non pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois



3.1.4. Perception de la population de l'allaitement maternel

Selon les personnes ressources rencontrées en entretien de groupe, "toutes les femmes des villages allaitent leurs enfants".

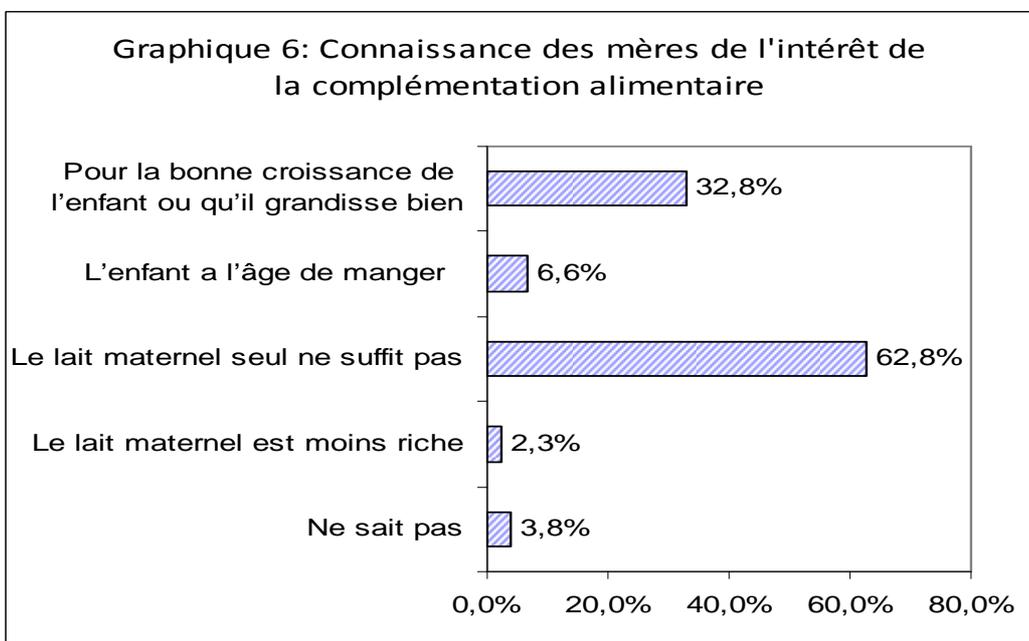
Pour eux, "le lait maternel est l'aliment nourricier de l'enfant" ; et **« l'enfant allaité par sa mère est tolérant et respectueux » (propos de chef de village)**. Plusieurs autres caractéristiques sont reconnues à l'allaitement maternel : **« il faut vous dire que c'est grâce à l'allaitement que certaines femmes sont protégées contre les grossesses indésirables ; le retour des cycles intervient uniquement après le sevrage de l'enfant. J'en sais quelque chose, puisque c'est mon cas » (propos de femme leader d'opinion)**.

3.2. Complémentation alimentaire de l'enfant

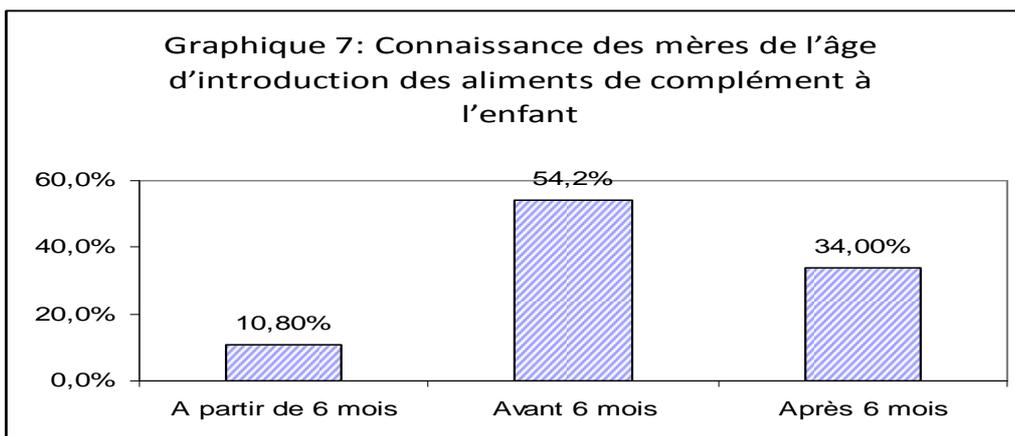
Pour apprécier l'alimentation complémentaire donnée à l'enfant, des questions sur l'intérêt et l'âge de l'introduction des aliments de complément, la continuation de l'allaitement après 6 mois, le nombre de repas par jour en plus de l'allaitement maternel après 6 mois, et le score de diversité alimentaire ont été posées aux mères enquêtées.

3.2.1. Connaissance de l'intérêt de la complémentation alimentaire à l'enfant

A la question de savoir pourquoi un enfant a besoin d'une alimentation spécifique à part le lait maternel à partir de 6 mois, 62,8% des mères ont répondu que le lait ne suffit pas ; 32,8% que c'est pour la bonne croissance de l'enfant et qu'il grandisse bien ; 6,6% parce que l'enfant a l'âge de manger ; 2,3% parce que le lait est moins riche ; et 3,8% ne savent pas pourquoi (Graphique 6).



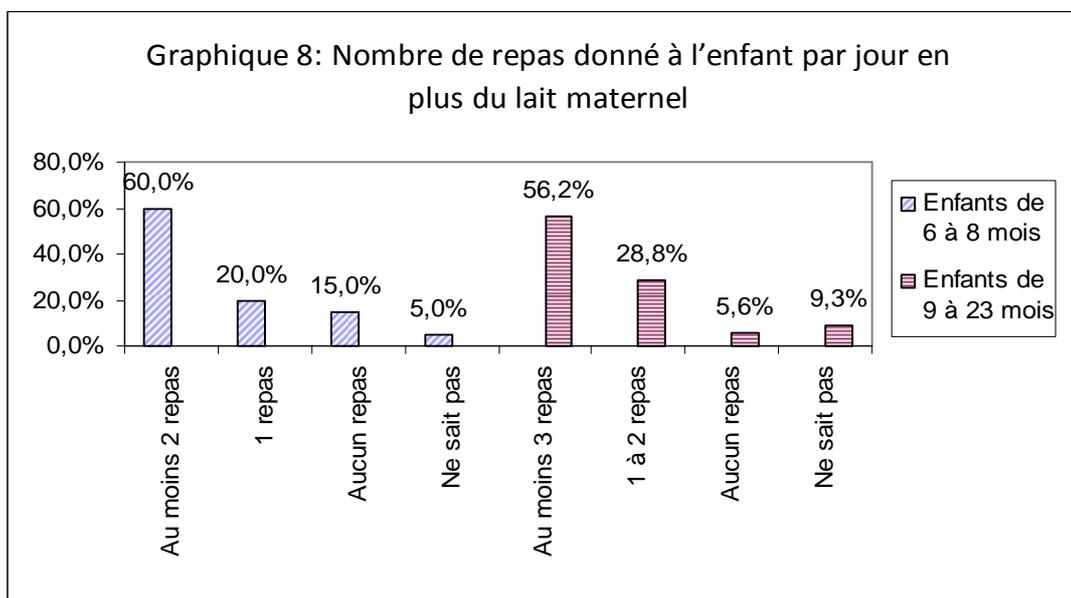
Par rapport à l'âge d'introduction des aliments de complément, 10,8% des mères savent qu'elle se fait à partir de 6 mois ; contre 54,2% qui pensent qu'elle s'opère avant 6 mois, et 34,0% après cet âge (Graphique 7).



3.2.2. Attitudes et pratiques de la complémentation alimentaire

Pour alimenter leurs enfants, 98,8% des mères ont affirmé avoir continué à les allaiter après 6 mois. Ainsi, 69,1% des enfants de 20 à 23 mois ont consommé du lait au cours des 24 dernières heures. Pour 98,1% il s'est agi du lait maternel et 1,9% de lait industriel (d'animaux).

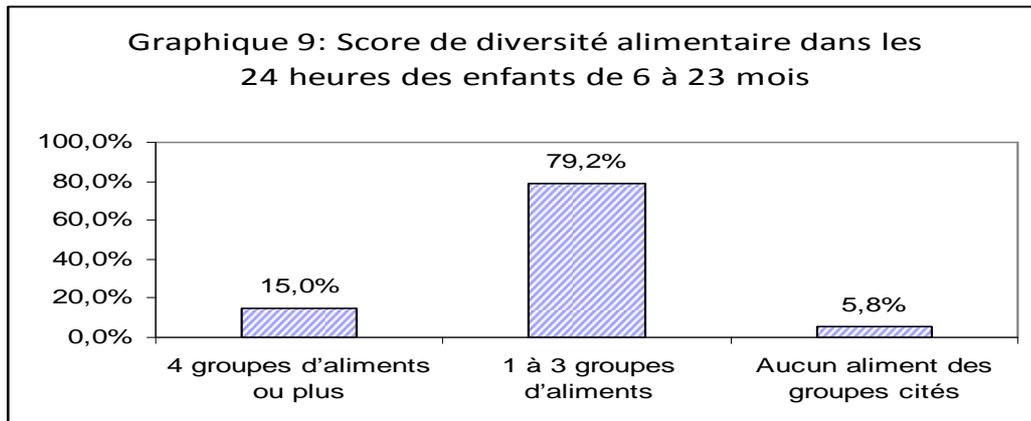
Du nombre de repas donné à l'enfant (Graphique 8), 60,0% des enfants de 6 à 8 mois ont reçu adéquatement au moins 2 repas par jour en plus du lait maternel ; et 56,2% des enfants de 9 à 23 mois ont reçu au moins 3 repas par jour en plus du lait maternel.



Par rapport au score de diversité alimentaire (Graphique 9), 15,0% des enfants âgés de 6 à 23 mois ont consommé 4 groupes d'aliments⁴ ou plus dans les dernières 24

⁴ Groupe 1 : plat courant (pate ou tuwo, riz, pates alimentaires, tubercules, boule ou fura ou donou)
 Groupe 2 : sauce de gombo, arachide, légumes et autres feuilles, au gras
 Groupe 3 : viande, poisson, œufs, foie, sardine, haricot
 Groupe 4 : boisson (lait et autres produits laitiers, jus de fruits, bissap, sucreries)
 Groupe 5 : autres en-cas (galettes, biscuits, arachide simple, bonbon, chocolat, beignet...)

heures ; contre 79,2% qui ont consommé des aliments de 1 à 3 groupes, et 5,8% qui n'ont consommé aucun des aliments des groupes cités.



3.2.3. Perception de la population de la complémentation alimentaire à l'enfant

Dans la mentalité des gens au village, la complémentation alimentaire à l'enfant est toujours assimilée aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou aux farines infantiles.

"Elle permet à l'enfant d'avoir une bonne constitution physique, et c'est pourquoi toutes les mères veulent en avoir pour leurs enfants". *« Pour les femmes rurales, la complémentation alimentaire est là pour tout le monde. Si l'enfant d'une telle est servi, pourquoi pas les autres enfants. Nous avons beau expliqué que le supplément alimentaire est destiné aux enfants malnutris, la situation reste confuse et cela crée des désagréments entre la population et l'agent de santé qui est accusé de vouloir détourner ces produits à son profit » (propos d'agent de santé).*

"L'enfant a besoin d'une alimentation spéciale mais les gens n'ont pas les moyens". *« Vous savez, cet appui en complémentation alimentaire à l'enfant fait partie de ce qui pousse les mères allaitante à fréquenter les centres de santé » (propos de matrone).*

"La complémentation alimentaire permet d'éviter à l'enfant la malnutrition sévère". *« Les avantages de la complémentation alimentaire ne sont plus à démontrer. Moi j'ai vu la preuve avec mon enfant. Aujourd'hui vous ne le reconnaitriez pas, tellement il a grossi, qu'il fait plaisir à voir. Je ne peux que dire Dieu merci » (Propos de président de comité de salubrité).*

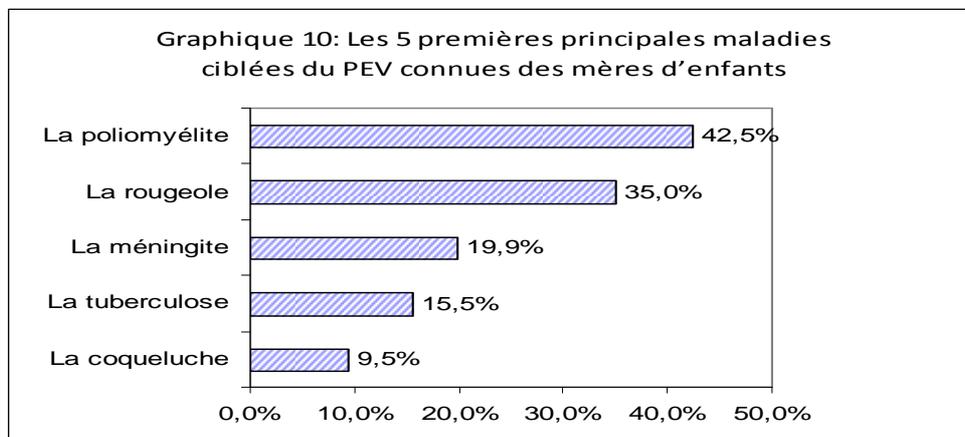
3.3. Vaccination et supplémentation en vitamine A de l'enfant

Des questions relatives aux connaissances de l'importance de la vaccination et des maladies ciblées, aux pratiques de la vaccination et la *supplémentation* en vitamine A, et aux raisons de non vaccination ou *supplémentation*, ont été posées aux mères d'enfants de moins de 5 ans.

3.3.1. Connaissance de l'importance de la vaccination et des maladies ciblées

93,2% des mères savent qu'on vaccine les enfants pour éviter les maladies. Les 5 premières principales maladies ciblées du PEV qui ont été fréquemment citées

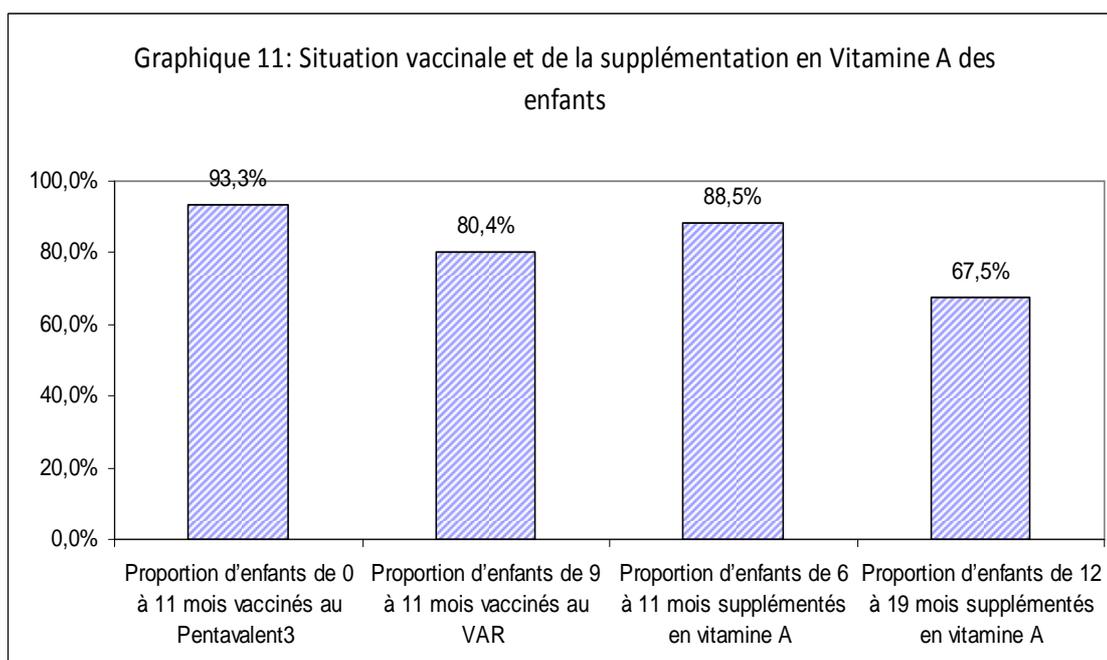
(Graphique 10) sont la poliomyélite (42,5%) ; la rougeole (35,0%) ; la méningite (19,9%) ; la tuberculose (15,5%) ; et la coqueluche (9,5%). Le tétanos et la fièvre jaune n'ont été cités respectivement qu'à 1,3% et 5,2%. « **L'intérêt de la vaccination et de la supplémentation c'est d'améliorer les conditions de vie et de santé des enfants** » (propos de matrone).



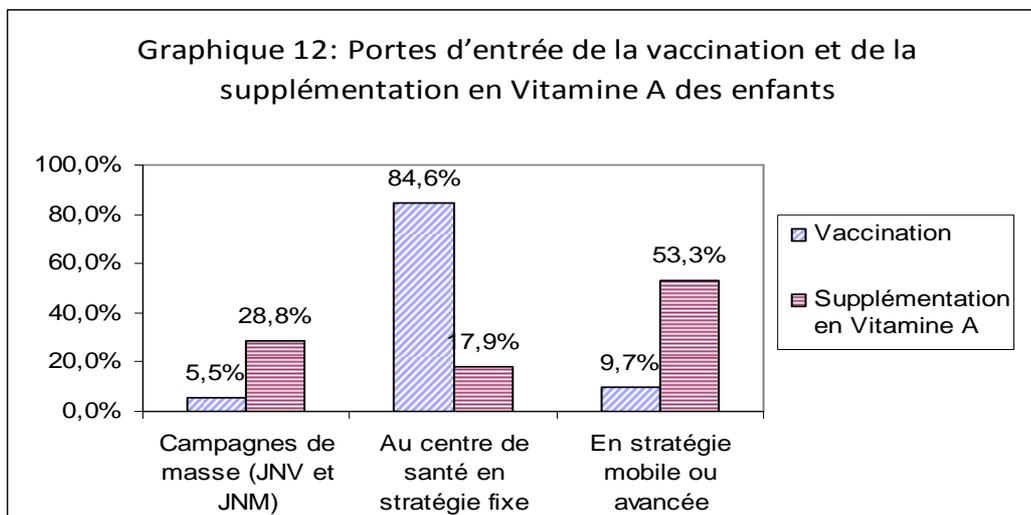
3.3.2. Attitudes et pratiques de la vaccination/supplémentation en vitamine A

Globalement, 95,5% des mères ont indiqué que leurs enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés, même si ça n'a pas été formellement vérifié dans les carnets et cartes de vaccination par les enquêteurs.

Le graphique 11 montre l'état de la situation vaccinale et de la supplémentation en Vitamine A des enfants selon les groupes d'âge, d'après leurs mères. Ainsi, 93,3% des enfants de 0 à 11 mois ont reçu le VAR/DTC3/HepB3 ou Pentavalent3 ; 80,4% des enfants de 9 à 11 mois ont reçu le VAR ; 88,5% des enfants de 6 à 11 mois ont reçu la vitamine A ; et 67,5% des enfants de 12 à 19 mois ont reçu la vitamine A.



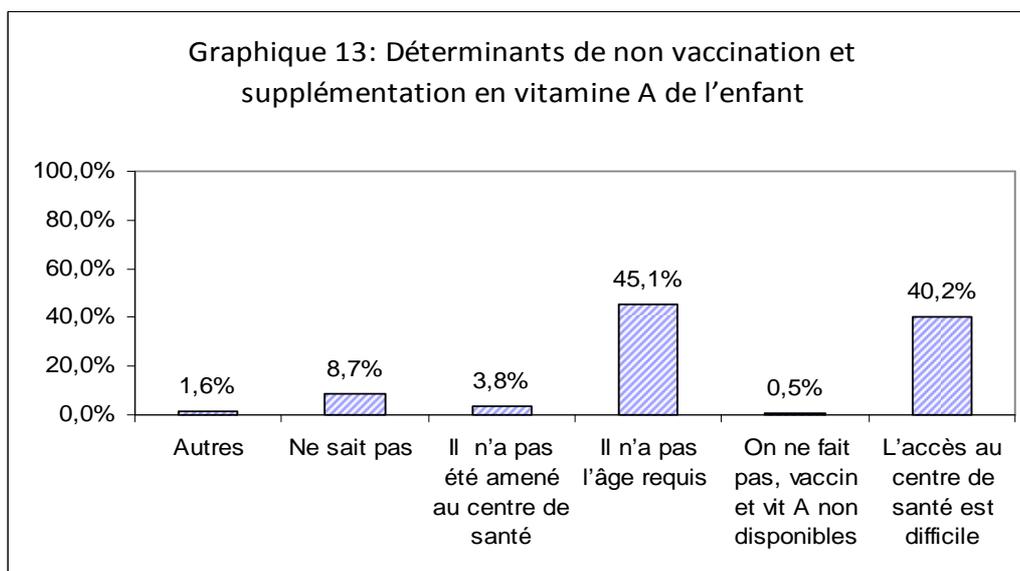
Trois portes d'entrée de la vaccination et la *supplémentation* en Vitamine A des enfants, ont été signalées par les mères (Graphique 12) : les campagnes de masse JNV et JNM (5,5% et 28,8%) ; au centre de santé en stratégie fixe (84,6% et 17,9%) ; et en stratégie mobile ou avancée (9,7% et 53,3%).



3.3.3. Déterminants de non vaccination et supplémentation en vitamine A de l'enfant

Le graphique 13 résume les principales raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas bénéficié de vaccination ou de *supplémentation* en vitamine A, qu'on indiqués les mères : il n'a pas l'âge requis (45,1%) ; l'accès au centre de santé est difficile (40,2%) ; il n'a pas été amené au centre de santé (3,8%) ; et on ne fait pas, ou le vaccin et la vitamine A ne sont pas disponibles au centre de santé (0,5%).

A l'entretien de qualité, les personnes ressources ont ajouté la négligence des mères, la corvée d'eau et autres activités champêtres exercées par les femmes, les effets secondaires et la souffrance que subiraient les enfants, le mauvais accueil, l'incompétence des agents de santé, et l'oubli.

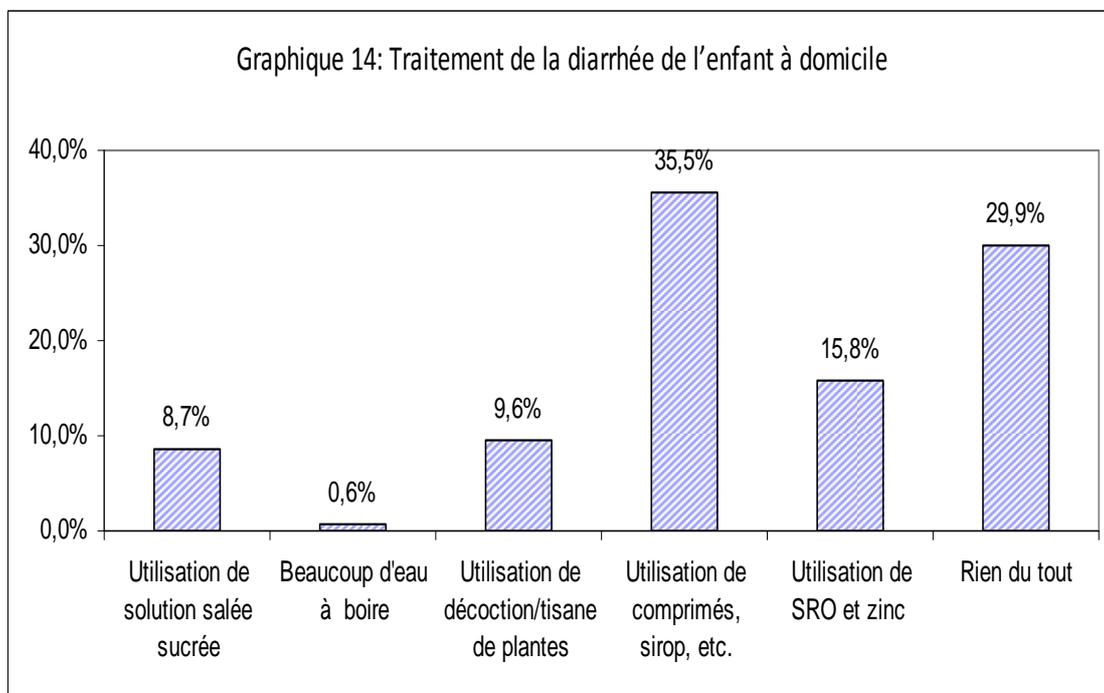


3.4. Traitement et alimentation adéquats de l'enfant malade à domicile et recherche des soins appropriés hors domicile

Il a été demandé aux mères comment elles traitent la diarrhée de l'enfant à domicile, comment elles alimentent l'enfant malade, les signes qui permettent de reconnaître le danger de certaines maladies chez l'enfant notamment le paludisme et les IRA, et leurs recours pour les soins.

3.4.1. Traitement de la diarrhée de l'enfant à domicile

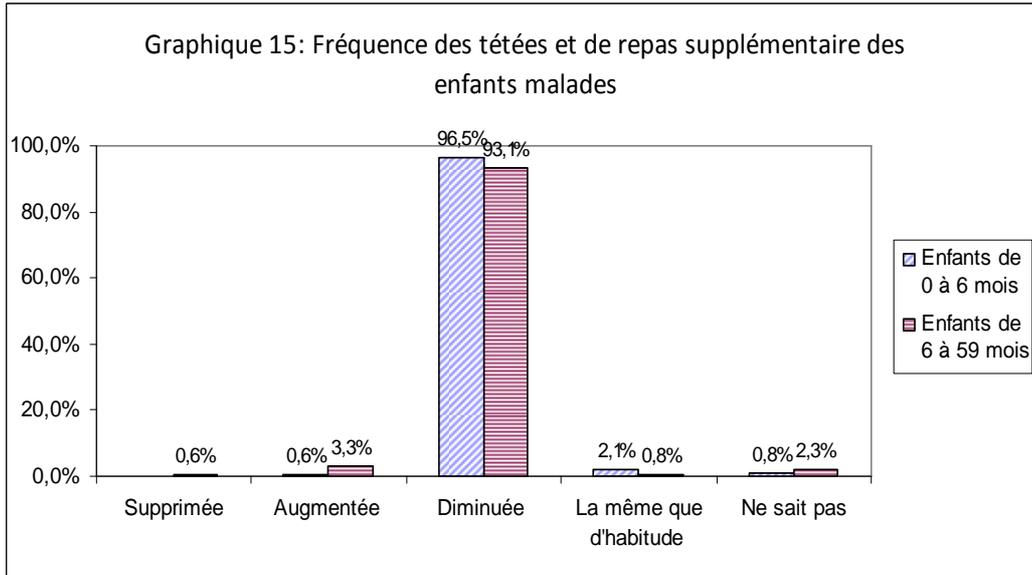
59,2% des mères ont indiqué que leurs enfants ont fait de la diarrhée dans les 2 dernières semaines précédant l'étude. Elles ont traité ces épisodes de diarrhée à domicile : 15,8% des enfants ont reçu la SRO et Zinc, 8,7% de solution salée sucrée, 35,5% de comprimés, 9,6% de décoction/tisane de plantes, 0,6% beaucoup d'eau ; et 29,9% des mères n'ont rien fait (Graphique 14). Aussi, elles sont 45,7% des mères qui ont entendu parler de solution salée sucrée (SSS), mais seules 12,9% savent correctement la préparer⁵.



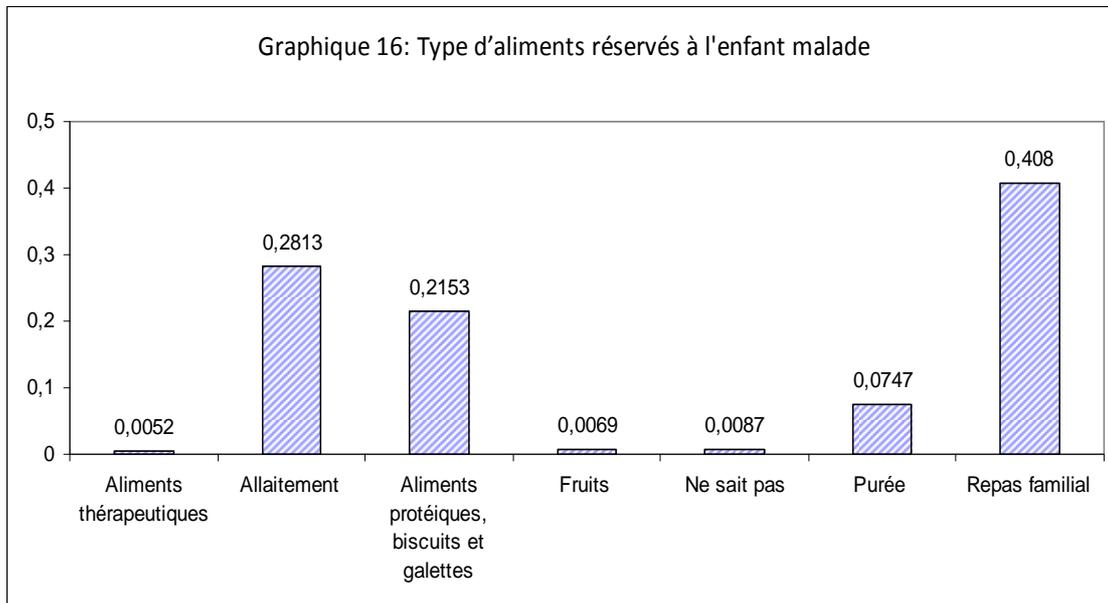
3.4.2. Alimentation de l'enfant malade

Durant l'épisode de maladie, seules 0,6% des mères des enfants de 0 à 6 mois ont augmenté la fréquence des tétées ; 2,1% ont gardé la même fréquence que d'habitude ; et pire 96,5% l'ont diminué. De même, 3,3% des mères des enfants de 6 à 59 mois ont augmenté le nombre de repas supplémentaire ; 0,8% l'ont gardé comme d'habitude ; pire 93,1% l'ont diminué et 0,6% l'ont même Supprimé (Graphique 15).

⁵ Préparation de SSS : 1litre d'eau propre + 8 morceaux de sucre + 1 capuchon de sel



A la question de savoir ce qu'il faut pour un enfant malade à part les médicaments, les mères ont évoqué le repas familial (40,8%) ; l'allaitement qu'il faut continuer (28,1%) ; les aliments protéiques⁶, biscuits et galettes (21,5%) ; la purée (7,5%) ; les fruits (0,7%) ; et les aliments thérapeutiques (0,5%). Elles sont 0,9% qui ne savent pas le type d'aliments qu'il lui faut (Graphique 16).

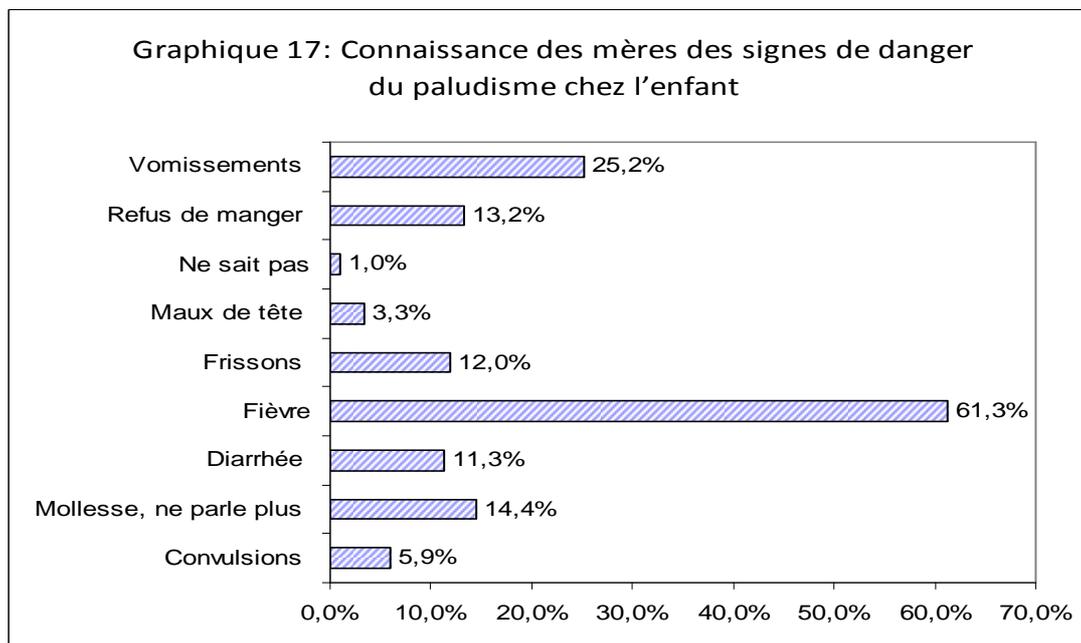


3.4.3. Reconnaissance des signes de danger du paludisme et des IRA

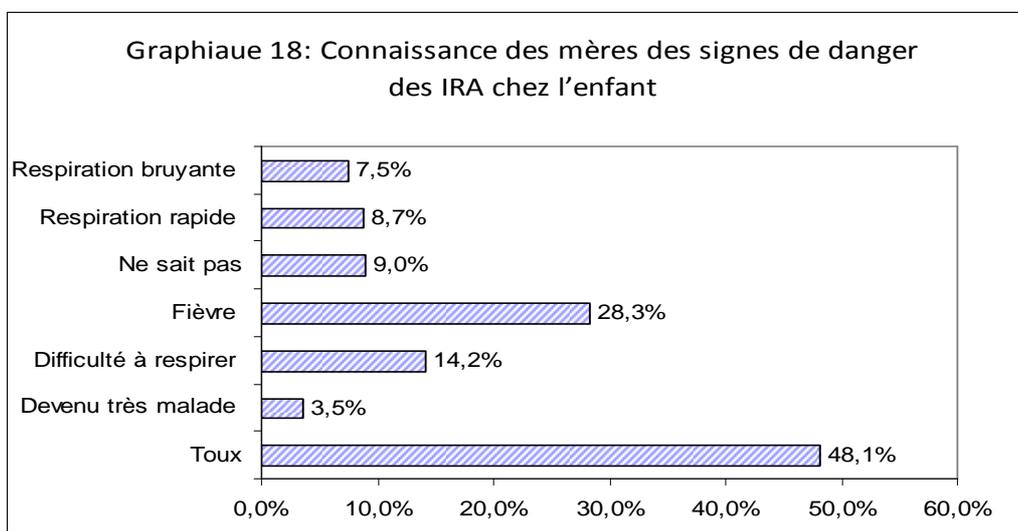
Les mères ont cité les signes de paludisme qui indiquent que l'enfant court un danger et qu'il doit être amené dans un centre de santé. Les 5 premiers principaux signes sont : la fièvre (61,3%), les vomissements (25,2%), l'enfant mou ne parlant plus (14,4%), le

⁶ Viande, poisson, œuf, lait, tourteau d'arachide...

refus de manger (13,2%), et les frissons (12,0%). Les convulsions et la diarrhée, ont été mentionnées respectivement à 5,9% et 11,3% (Graphique 17).

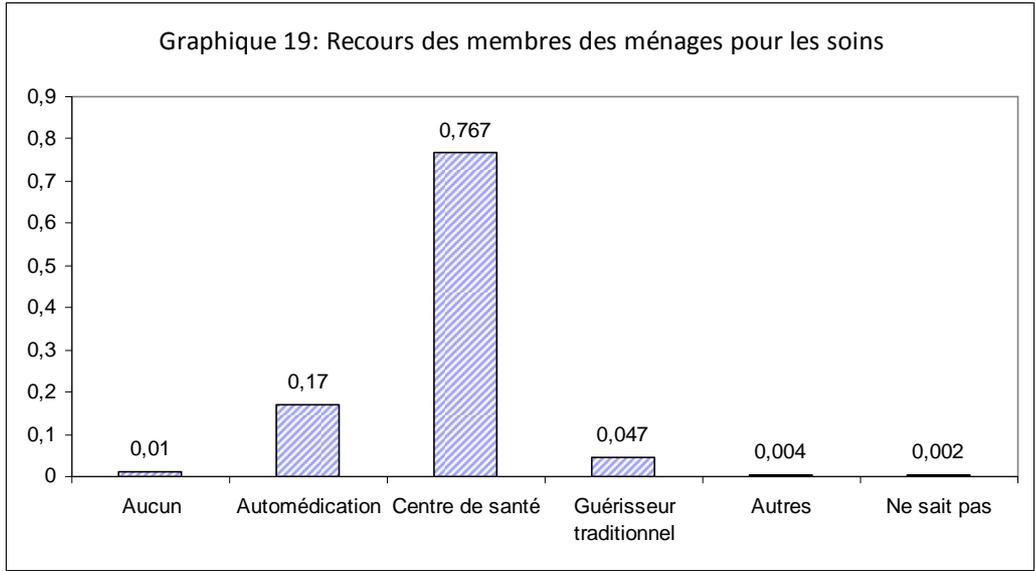


Pour les IRA chez l'enfant, les principaux signes de danger qui ont été reconnus par les mères sont : la toux (48,1%), la fièvre (28,3%), la difficulté à respirer (14,2%), la respiration rapide (8,7%), et la respiration bruyante (7,5%). Elles sont 9,0% des mères qui ne reconnaissent pas ces signes (Graphique 18).



3.4.4. Recherche des soins appropriés hors domicile

Lorsqu'il a été demandé aux mères d'enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et accouchées, le recours des membres de leurs ménages pour les soins, au cours des 6 derniers mois, elles ont répondu à 76,7% au centre de santé ; 17,0% à l'automédication ; et 4,7% au guérisseur traditionnel. Ils sont 1,0% des membres de ménages qui n'ont fait aucun recours (Graphique 19).



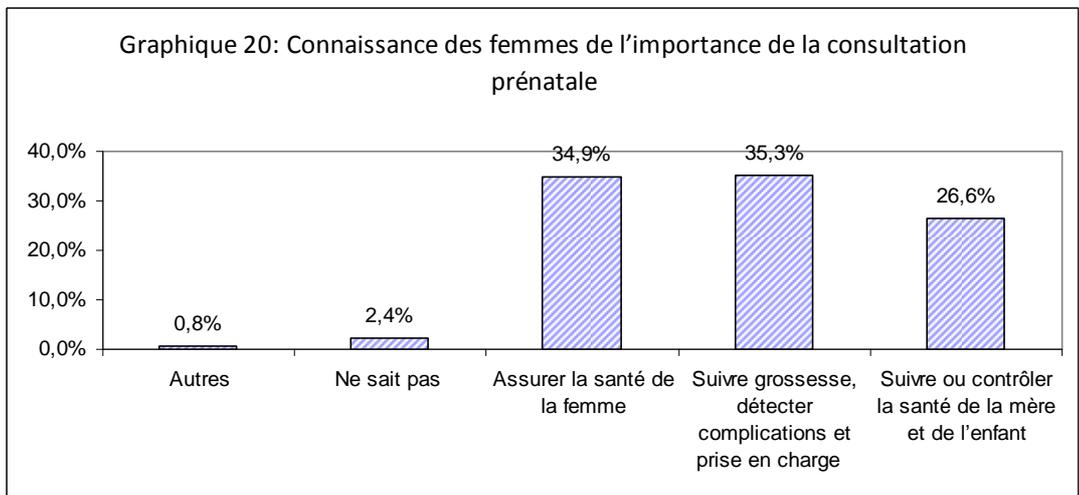
3.5. Consultation prénatale (CPN) et paquet de services reçus

Ici, des questions ont été posées aux femmes enceintes et accouchées récentes sur l'importance de la CPN, le moment pour se rendre chez un agent de santé pour la première CPN, la pratique de la CPN, et le paquet de services reçus à la CPN y compris les conseils nutritionnels et l'alimentation de la femme enceinte et allaitante.

3.5.1. Connaissance des femmes de consultation prénatale

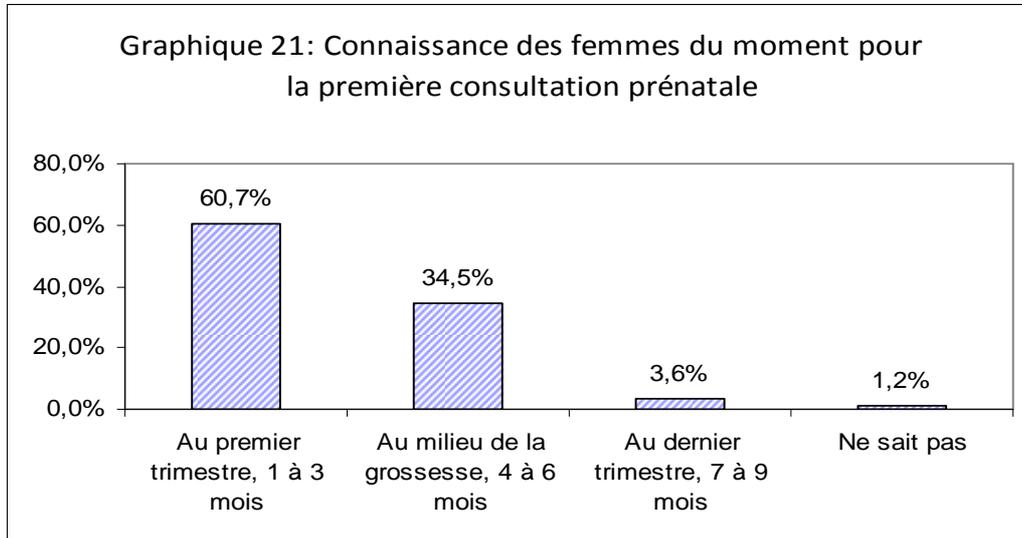
Importance de la consultation prénatale

A la question de savoir quelle est l'importance de la CPN, les femmes ont répondu pour suivre la grossesse, détecter les complications et les prendre en charge (35,3%) ; pour assurer la santé de la femme (34,9%) ; et pour suivre ou contrôler la santé de la mère et de l'enfant. Elles sont 2,4% les femmes enceintes qui ne connaissaient pas l'importance de la CPN (Graphique 20). Aussi, à l'entretien de qualité, les femmes leaders ont ajouté : qu'elle permet d'éviter la fistule à certaines femmes ; et d'obtenir un extrait de naissance pour l'enfant.



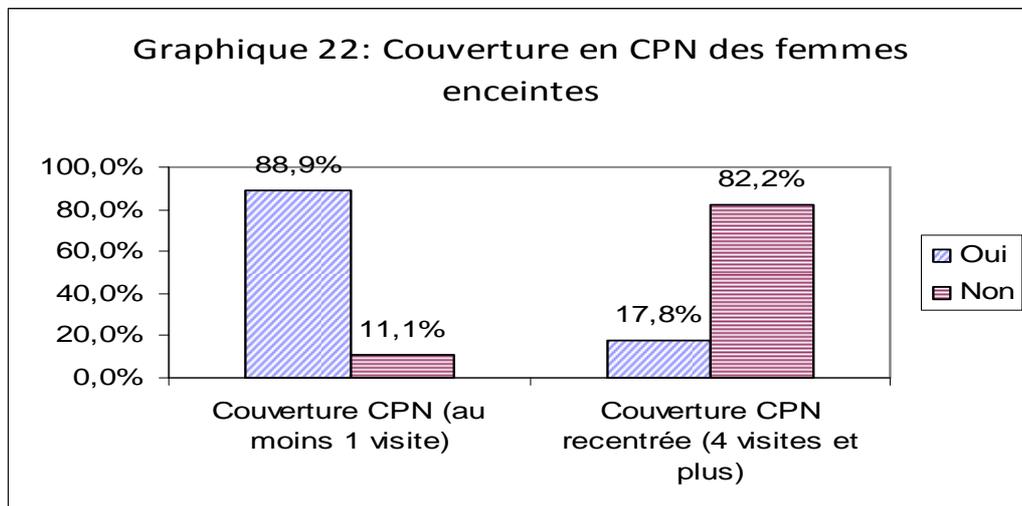
Moment pour la première consultation prénatale

De la connaissance du moment de la première CPN, 60,7% des femmes ont indiqué qu'elle doit être faite au premier trimestre de la grossesse ; 34,5% au deuxième trimestre ; et 3,6% au troisième trimestre (Graphique 21).



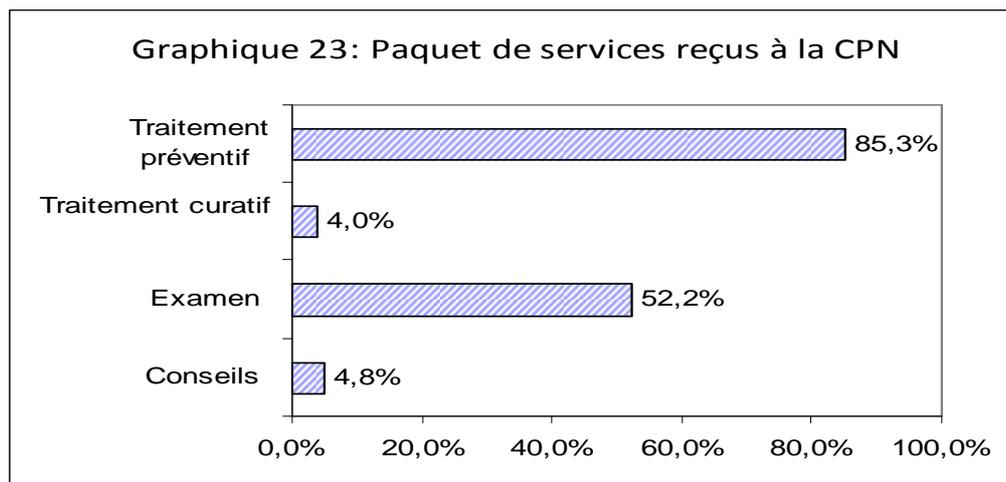
3.5.2. Pratique de la consultation prénatale

Pour la couverture en CPN, 88,9% des femmes enceintes ont indiqué avoir effectuée durant leur dernière grossesse, au moins une visite. Mais elles ne sont que 17,8% en CPN recentrée à avoir fait 4 visites et plus (Graphique 22).



3.5.3. Paquet de services reçus à la consultation prénatale

En termes de prestations de services, les femmes enceintes ont essentiellement reçu lors de la consultation prénatale, un traitement préventif pour 85,3% ; un examen pour 52,2% ; des conseils pour 4,8% ; et un traitement curatif pour 4,0% (Graphique 23).



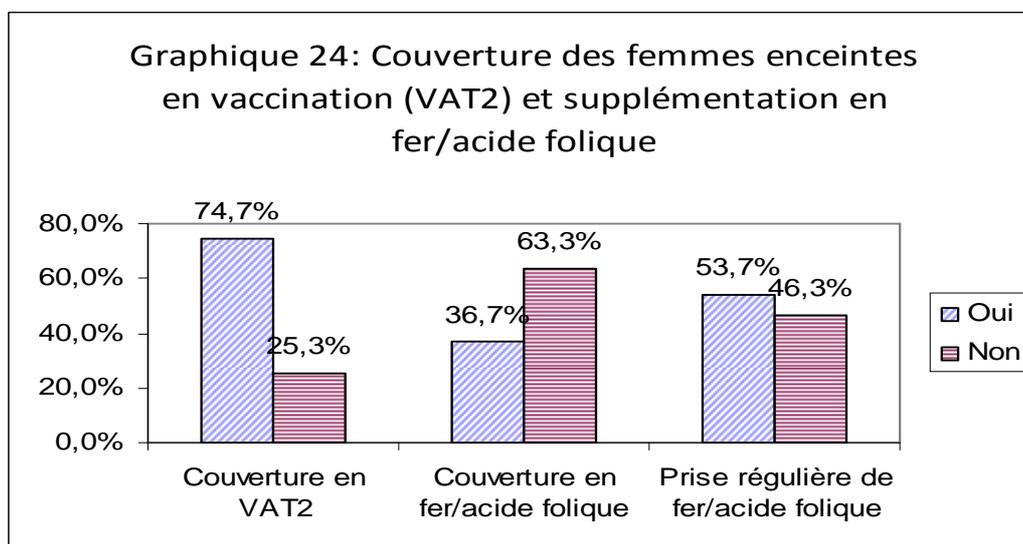
Traitement préventif (vaccination au VAT2 et *supplémentation* en fer/acide folique)

Lors des CPN, le traitement préventif essentiel que reçoivent les femmes enceintes sont la vaccination au VAT et la *supplémentation* en fer/acide folique (Graphique 24).

Elles sont 74,7% des femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de VAT2, même si seules 17,9% savent qu'il protège contre le tétanos.

La proportion des femmes enceintes qui ont reçu les comprimés de fer/acide folique est de 36,7% ; et 47,2% savent qu'ils permettent de prévenir l'anémie.

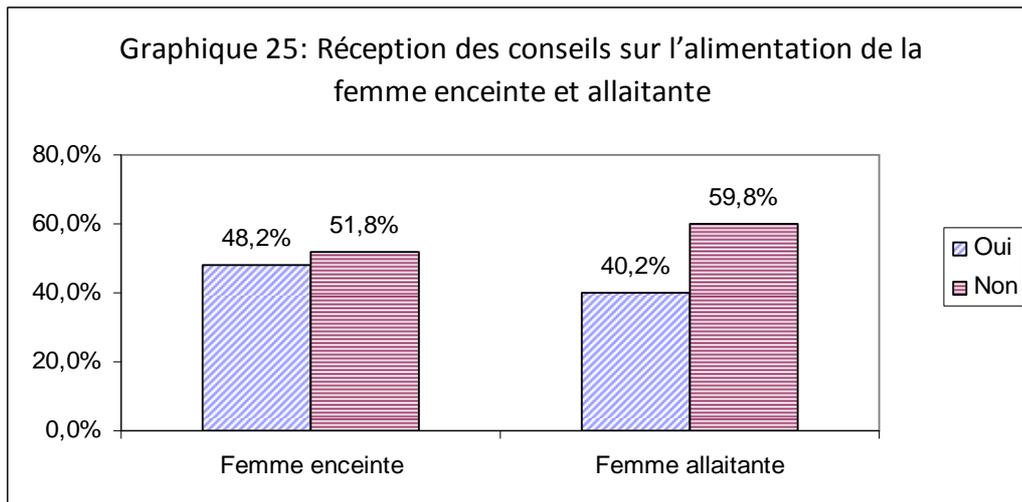
De ces femmes ayant reçu les comprimés de fer/acide folique, 53,7% ont indiqué les avoir pris régulièrement tous les jours.



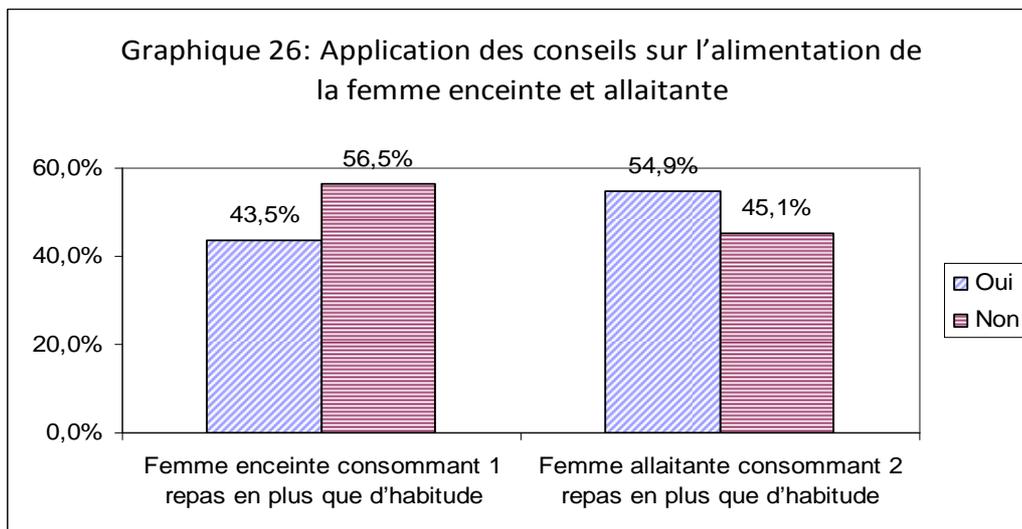
Conseils nutritionnels et alimentation de la femme enceinte et allaitante

Parmi les conseils donnés lors des CPN, figurent ceux relatifs à la nutrition et alimentation de la femme enceinte et allaitante.

Les femmes enceintes ont bénéficié des conseils nutritionnels pour 48,2% ; contre 40,2% des femmes allaitantes (Graphique 25).



Aussi, 43,5% des femmes enceintes ont indiqué avoir consommé un repas supplémentaire tous les jours ; et 54,9% des femmes allaitantes ont dit consommer deux repas supplémentaire tous les jours (Graphique 26).

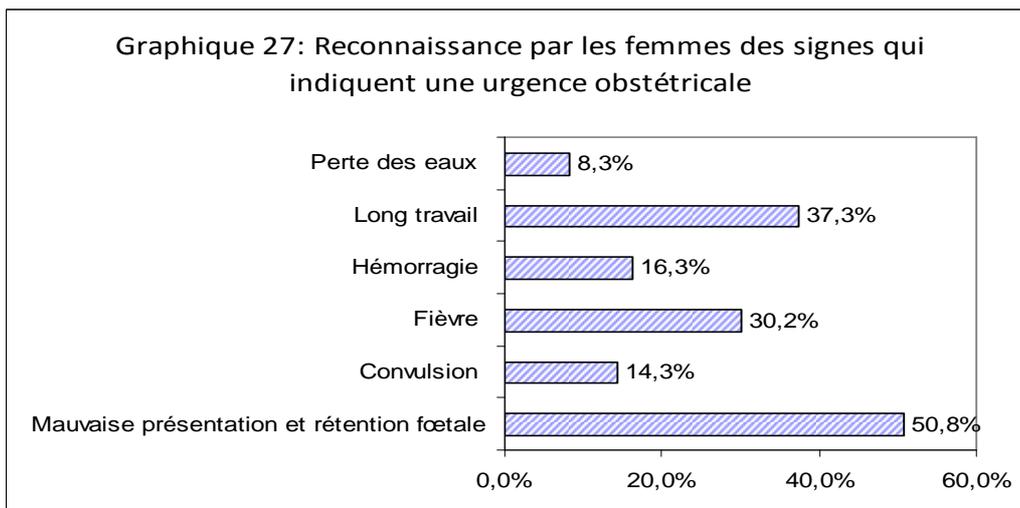


3.6. Urgences obstétricales, accouchement et consultation postnatale

Afin de cerner la problématique de l'accouchement et de la gestion des urgences obstétricales, des questions sur la reconnaissance des urgences obstétricales, le lieu où elles ont accouché la dernière fois et pourquoi, les personnes qui les ont assistées, et les soins donnés aux nouveau-nés, ont été posées aux femmes enquêtées. Aussi, il leur a été demandé le moment après l'accouchement pour faire la consultation postnatale (CPON), sa pratique et sinon pourquoi.

3.6.1. Reconnaissance des urgences obstétricales

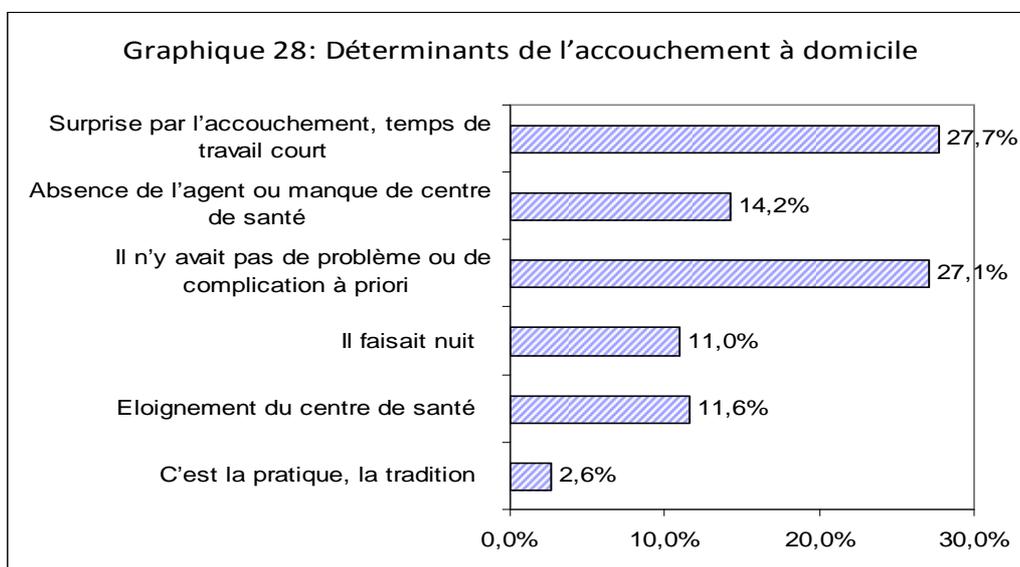
Lorsqu'on a demandé aux femmes les signes qui indiquent une urgence obstétricale, elles ont cité en premier lieu comme le montre le graphique 27, la mauvaise présentation ou la rétention du fœtus (50,8%) ; le long travail (37,3%) ; la fièvre (30,2%) ; l'hémorragie (16,3%) ; les convulsions (14,3%) ; et la perte des eaux (8,3%).



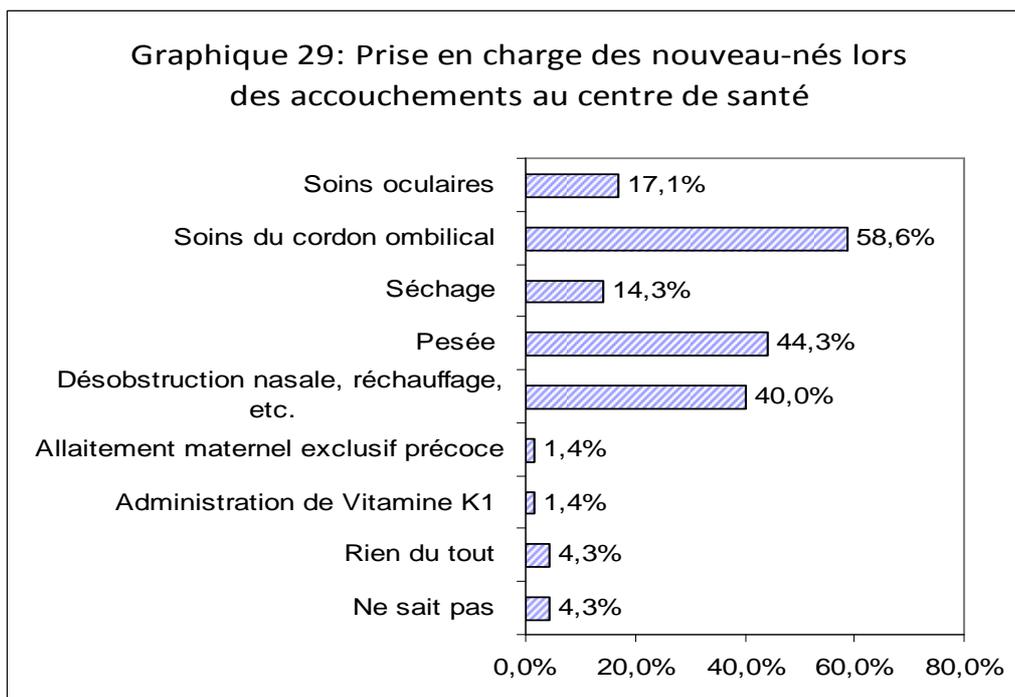
3.6.2. Attitude et pratique de l'accouchement

Les femmes enquêtées ont accouché la dernière fois au centre de santé pour 31,1% ; contre 68,9% à domicile.

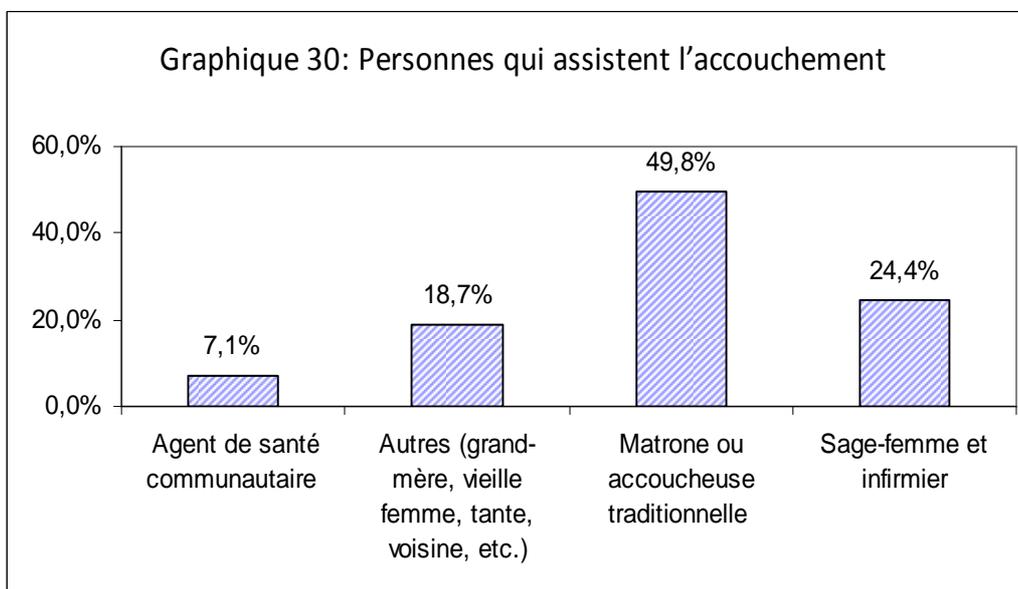
Les principales raisons de l'accouchement à domicile avancées sont : la surprise ou le temps de travail court (27,7%) ; l'absence de problème ou de complication (27,1%) ; l'absence de l'agent ou le manque de centre de santé (14,2%) ; l'éloignement du centre de santé (11,6%) ; la survenu de l'accouchement la nuit (11,0%) ; et la tradition (2,6%). On note à ce niveau que la présence de personnel masculin dans les centres de santé n'a pas été évoquée comme un déterminant de l'accouchement à domicile (Graphique 28).



Lorsque l'accouchement a été effectué au centre de santé, les nouveau-nés ont bénéficié de prise en charge dont les soins du cordon ombilical (58,6%) ; la pesée (44,3%) ; la désobstruction nasale et le réchauffage (40,0%) ; les soins oculaires (17,1%) ; et le séchage (14,3%). L'allaitement maternel exclusif précoce et l'administration de la vitamine K1 n'ont été évoqués qu'à 1,4% chacun. D'après les femmes, ils sont 4,35% de nouveau-nés qui n'ont pas reçu de soins (Graphique 29).

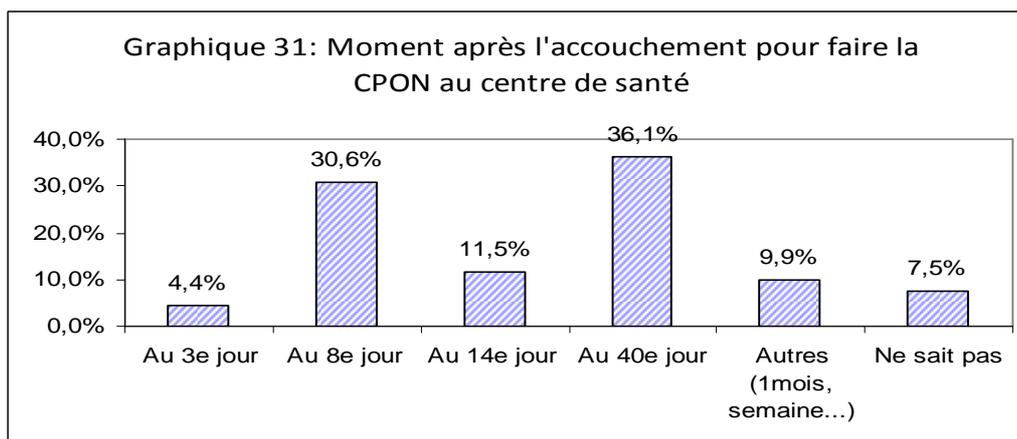


Le graphique 30 montre que les femmes accouchées ont été beaucoup plus assistées par les matrones ou accoucheuses traditionnelles (49,8%) ; que par un personnel qualifié (24,4%) ; les vieilles femmes, grand-mères et autres tantes et voisines (18,7%) ; et les agents de santé communautaire (7,1%).



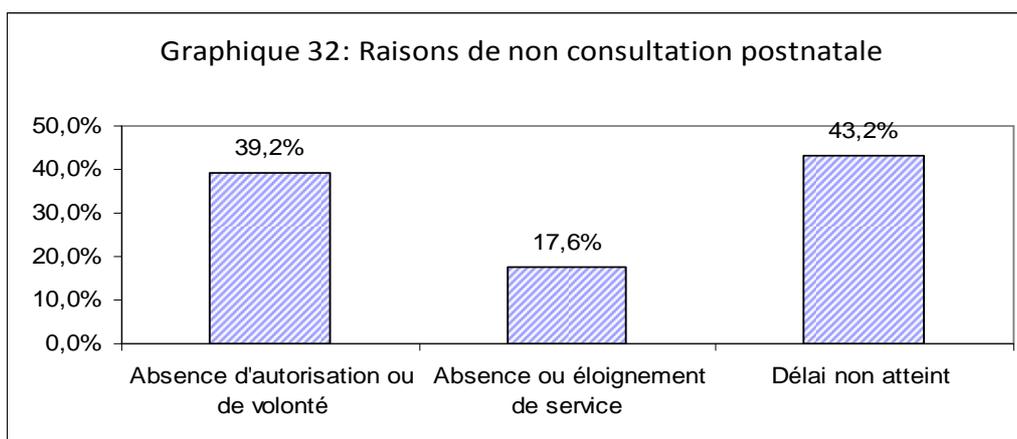
3.6.3. Attitude et pratique de la consultation postnatale (CPON)

Seules 4,4% des femmes enquêtées ont indiqué que la CPON doit s'effectuer au 3^e jour ; contre 30,6% au 8^e jour ; 11,5% au 14^e jour ; et 36,1% au 40^e jour (Graphique 31).



Elles sont au total 58,3% des femmes accouchées qui ont indiqué avoir effectué la CPON ; contre 41,7% qui ne l'ont pas faite.

Comme le montre le graphique 32, les raisons de non consultation postnatale qui ont été avancées par les femmes sont : le délai non atteint (43,2%) ; l'absence ou l'éloignement de service (17,6%) ; et l'absence d'autorisation ou de volonté (39,2%). Aussi, la longue attente au niveau du centre de santé a été évoquée lors de l'entretien de qualité.



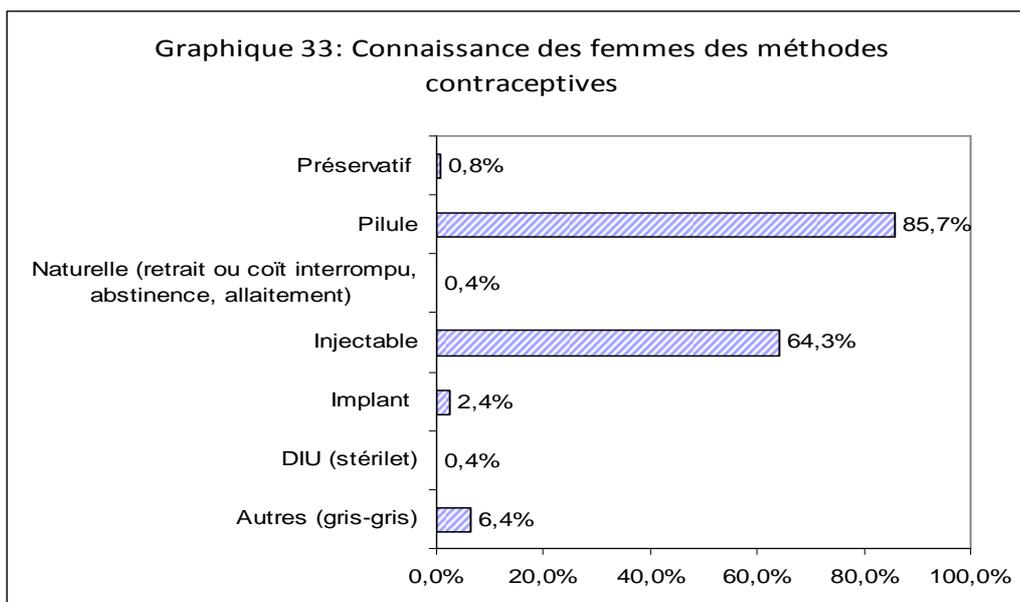
3.7. Planification familiale et espacement des naissances

Des questions sur la connaissance des méthodes contraceptives, la pratique de la contraception et les méthodes utilisées, la perception du couple sur la planification familiale, ont été posées aux femmes.

3.7.1. Connaissance des femmes des méthodes contraceptives

De l'accessibilité à l'information sur les méthodes contraceptives, 94,8% des femmes enquêtées ont dit avoir entendu parler de la contraception.

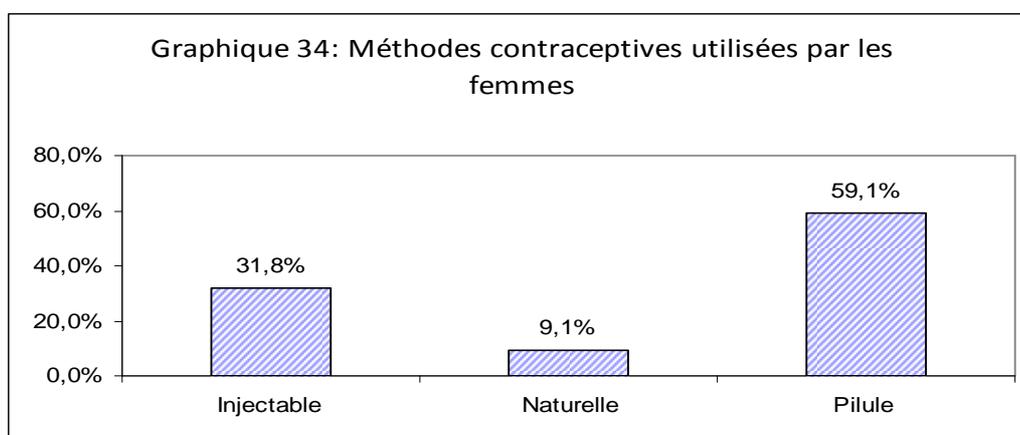
Les méthodes contraceptives les plus connues sont la pilule (85,7%) et l'injectable (64,3%). L'implant, le préservatif, le DIU ou stérilet, et la méthode naturelle n'ont été évoqués respectivement qu'à 2,4%, 0,8%, 0,4% et 0,4%. Les femmes ont fait cas d'autres méthodes comme le gris-gris à 6,4% (Graphique 33).



3.7.2. Pratique de la contraception et méthodes utilisées

Elles sont 8,7% des femmes enquêtées qui ont indiqué avoir utilisé une méthode contraceptive (Taux d'utilisation de la contraception).

Le graphique 34 montre la répartition des méthodes contraceptives utilisées : la pilule (59,1%), l'injectable (31,8%), et la méthode naturelle (9,1%).



3.7.3. Perception de la population et du couple de la planification familiale

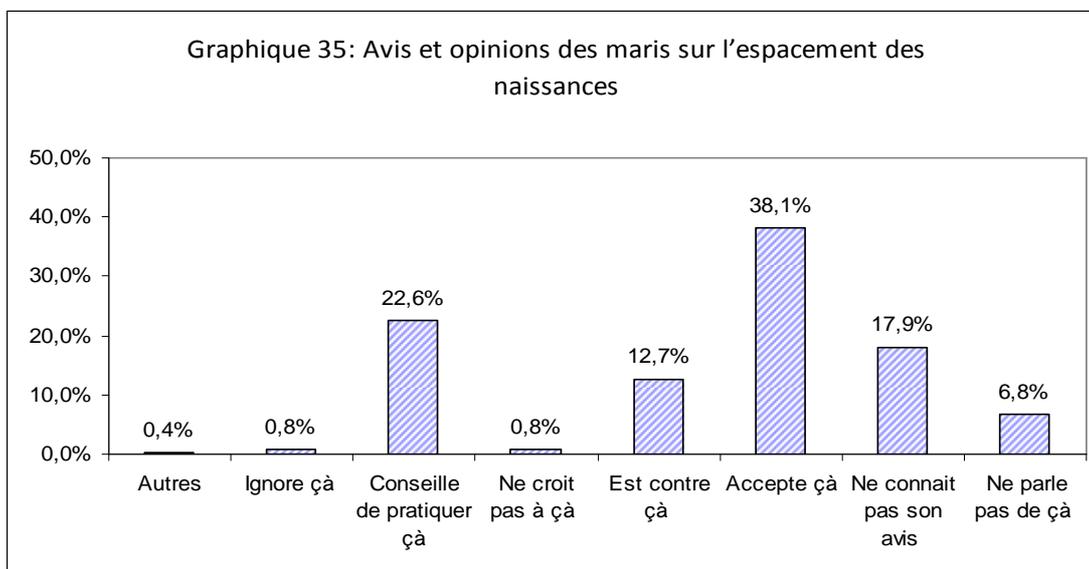
La PF est la possibilité pour les individus et les couples de choisir librement le nombre de leurs enfants, et le moment de les avoir. C'est donc une manière de penser et de vivre que l'on adopte sur la base d'informations précises et utiles.

L'entretien de qualité avec les groupes des personnes clés dans les villages fait ressortir que la population perçoit la planification familiale comme un moyen de permettre à la femme de se reposer ; de réduire la charge de la famille ; et d'assurer l'harmonie de la famille et la bonne compréhension du couple.

En vue d'évaluer son acceptabilité au sein du couple, il a été demandé aux femmes, leur avis et celui de leur conjoint.

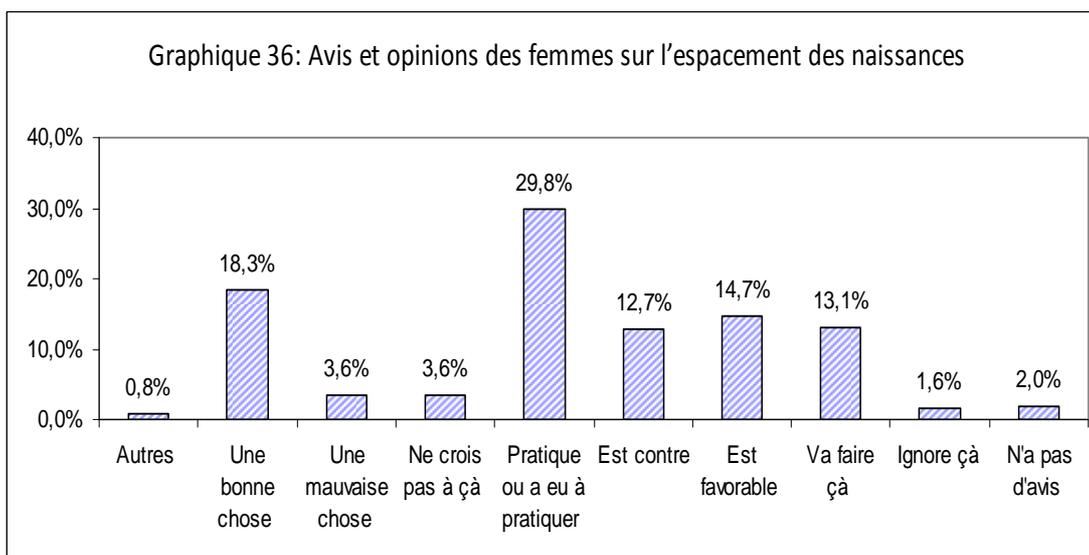
Avis et opinions du mari sur l'espacement des naissances

Selon les femmes enquêtées, les avis de leurs maris sont favorables (60,7%). Ainsi, 38,1% de femmes ont dit que leurs maris acceptent l'espacement des naissances ; et 22,6% conseillent de le pratiquer. Pour les avis défavorables (13,5%) : 12,7% ont indiqué que leurs maris n'acceptent pas l'espacement des naissances ; et 0,8% ne croient pas à ça (Graphique 35).



Avis et opinions de la femme sur l'espacement des naissances

Les avis des femmes enquêtées sont aussi globalement favorables (75,9%). Ainsi, 29,8% ont indiqué qu'elles pratiquent ou ont eu à pratiquer l'espacement des naissances ; 18,3% ont dit que c'est une bonne chose ; 14,7% sont favorables ; et 13,1% vont faire ça. Pour les avis formellement défavorables (19,9%) : 12,7% ont indiqué qu'elles sont contre l'espacement des naissances ; 3,6% que c'est une mauvaise chose ; et 3,6% ne croient pas à ça (Graphique 36).

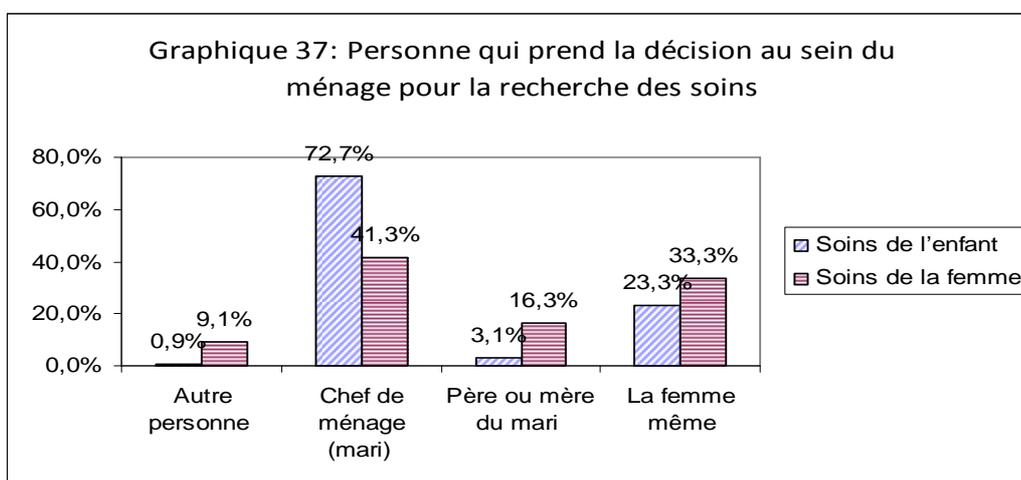


3.8. Rôle des hommes dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum

Des questions ont été posées aux enquêtés, sur celui qui prend la décision au sein du ménage et le rôle d'accompagnement du mari, lorsqu'il s'agit de rechercher les soins aux enfants malades et aux femmes enceintes et accouchées récentes.

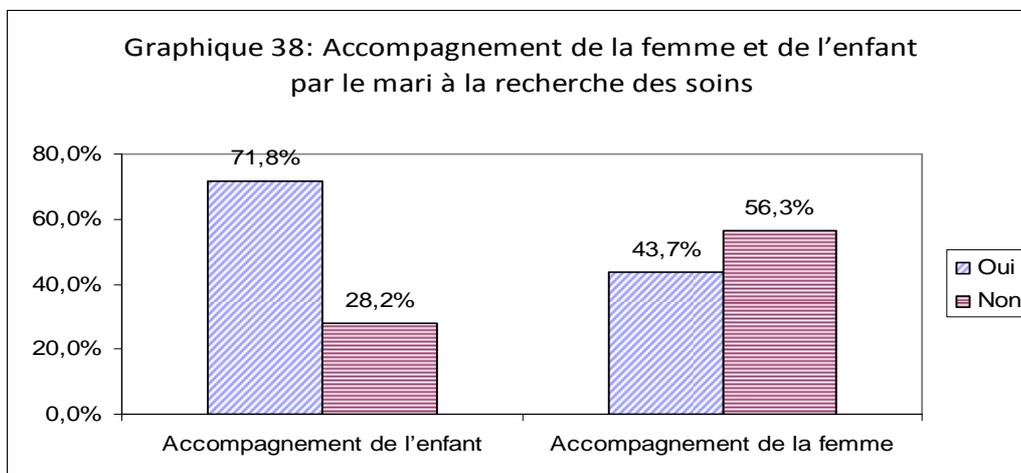
3.8.1. Prise de décision au sein du ménage pour la recherche des soins

Dans l'optique de la recherche des soins, les femmes enquêtées ont indiqué que c'est le chef de ménage qui prend la décision à 72,7% pour les soins de l'enfant malade et à 41,3% pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et le postpartum ; que c'est elles-mêmes qui prennent la décision à 23,3% lorsqu'il s'agit de l'enfant et 33,3% de la femme enceinte ou accouchée récente. Pour 4,0% d'entre elles lors des soins de l'enfant, et 25,4% de la femme, c'est une autre personne notamment le père ou la mère du mari qui prend la décision (Graphique 37).



3.8.2. Accompagnement de la femme et de l'enfant par le mari à la recherche des soins

Les femmes ont répondu que leurs maris les accompagnent au centre de santé, à 71,8% pour la recherche des soins à l'enfant malade ; et à 43,7% pour le suivi de la grossesse, lors de l'accouchement ou dans le postpartum (Graphique 38).



3.8.3. Perception de la population du rôle des hommes dans la recherche des soins aux enfants malades et aux femmes enceintes et accouchées récentes

L'entretien de qualité révèle que les hommes ont un rôle important à jouer dans la recherche des soins aux enfants et aux femmes, parce que :

- ils sont responsables de leurs familles ;
- ils ont plus de revenu que les femmes ;
- le poids de la famille repose sur eux ;
- il est du devoir de l'homme de protéger sa famille ;
- il faut simplifier la tâche aux femmes ;
- la religion et la tradition l'exige ;
- il faut tenir l'engagement contracté au moment du mariage.

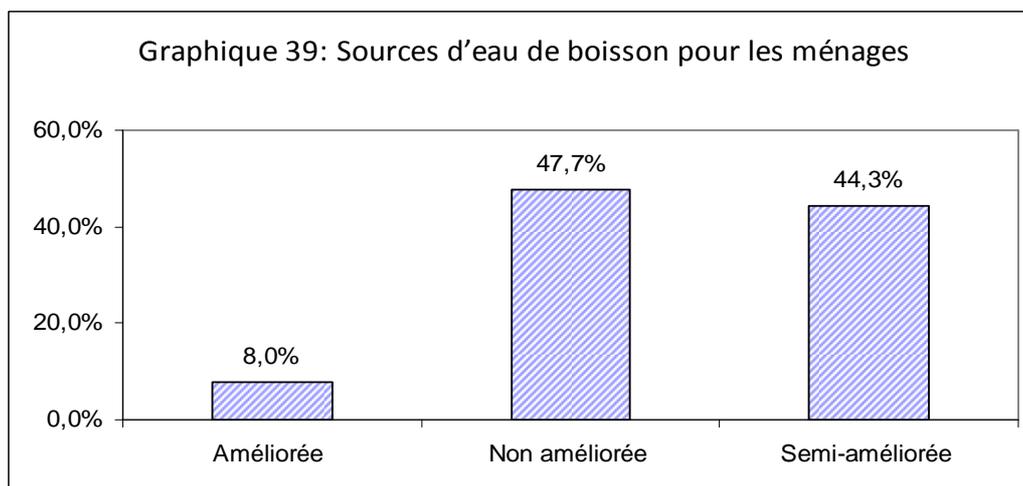
S'il arrive qu'ils ne jouent pas suffisamment ce rôle, c'est à cause de la pauvreté ou par manque de moyens, de l'exode, de la maladie, et de l'ignorance.

3.9. Hygiène et lavage des mains

A ce niveau, des questions sur les sources et l'utilisation d'eau de boisson, le lavage des mains, l'utilisation des latrines et l'élimination des excréta humains, ont été posées aux mères d'enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et accouchées.

3.9.1. Sources et utilisation d'eau de boisson

Les femmes ont indiqué que les ménages utilisent pour leur eau de boisson, 8,0% de sources améliorées⁷ ; 44,3% de sources semi-améliorées⁸ ; et 47,7% de sources non améliorées⁹ (Graphique 39).



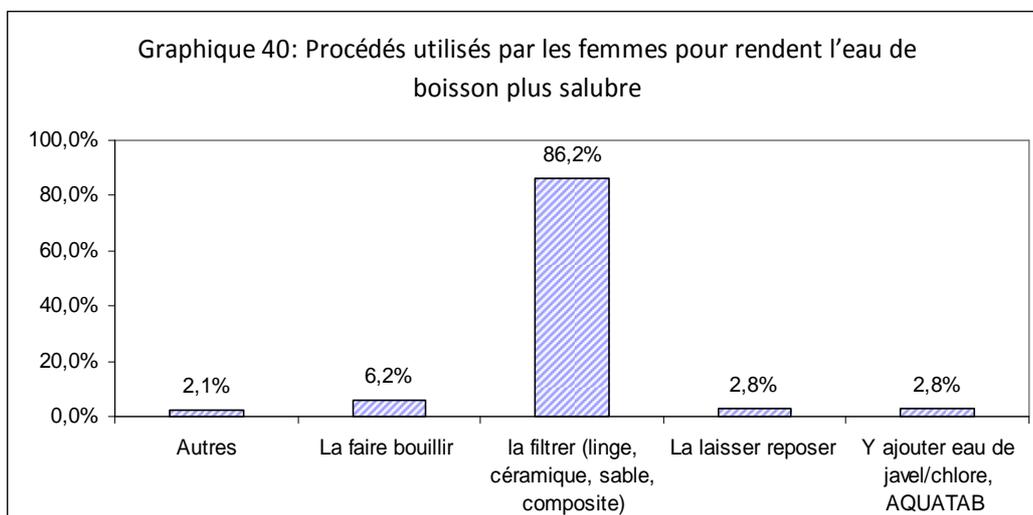
⁷ Sources d'eau améliorées : forage, pompe ou robinet, puits creusé à la main fermé équipé d'une pompe manuelle ou électrique, eau chlorée à la source, source protégée avec réseau d'adduction et robinets

⁸ Sources d'eau semi-améliorées : puits ouvert cimenté, pompe à main en mauvais état sans drainage

⁹ Sources d'eau non améliorées : eaux de surface, marigot, rivière, puits traditionnel

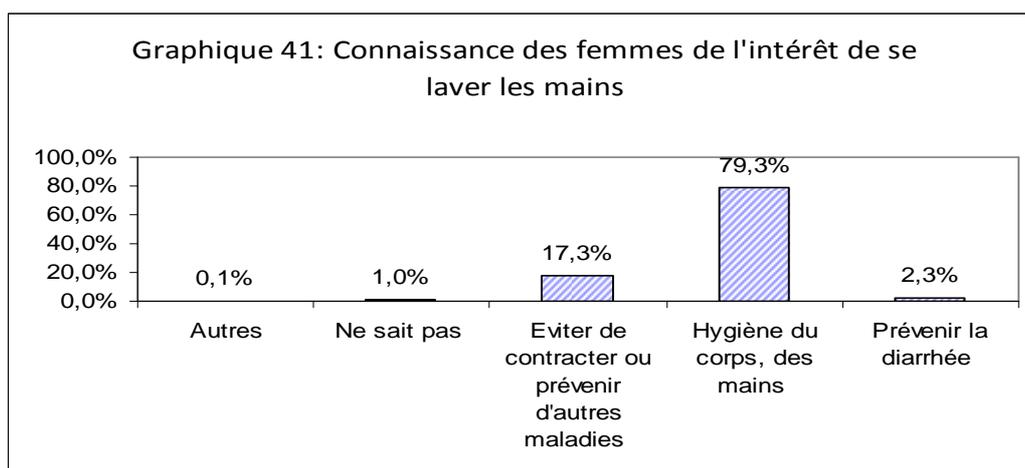
Avant de consommer l'eau, seules 18,8% des femmes ont dit faire quelque chose pour la rendre plus propre (salubre).

Ainsi, les procédés ont consisté (Graphique 40) essentiellement à la filtrer à travers un linge, du céramique, du sable ou un filtre composite (86,2%) ; à la faire bouillir (6,2%) ; à la laisser reposer (2,8%) ; et à y ajouter de l'eau de javel/chlore, ou de AQUATAB (2,8%).

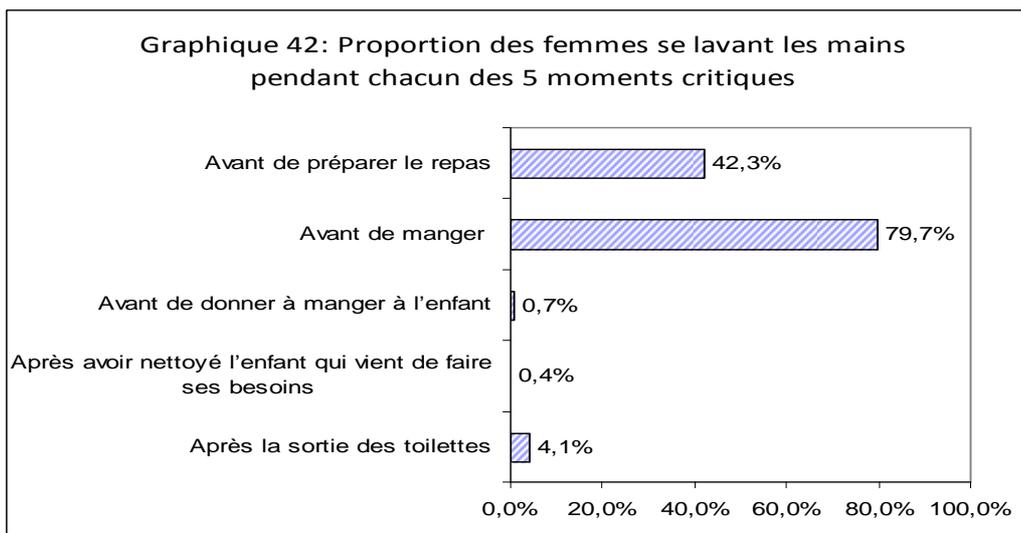


3.9.2. Lavage des mains

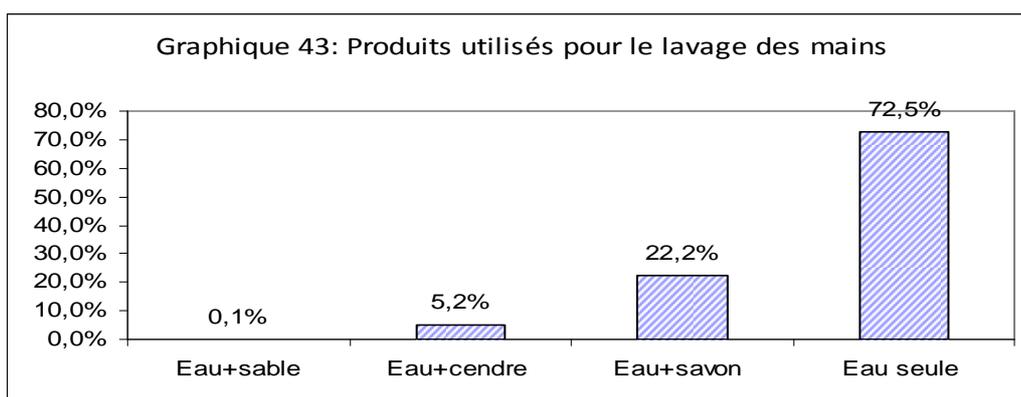
La quasi-totalité des femmes connaissent l'intérêt de se laver les mains (99,0%), comme le montre le graphique 41. Elles ont indiqué que c'est, soit pour prévenir la diarrhée (2,3%) ; soit pour éviter de contracter ou prévenir d'autres maladies (17,3%) ; et soit pour l'hygiène du corps et des mains (79,3%).



A la question de savoir à quels moments les femmes se lavent habituellement les mains, elles ont cité chacun des 5 moments critiques : avant de manger pour 79,7% ; avant de préparer le repas pour 42,3% ; après la sortie des toilettes pour 4,1% ; avant de donner à manger à l'enfant pour 0,7% ; et après avoir nettoyé l'enfant qui vient de faire ses besoins pour 0,4% (Graphique 42). A noter que, après avoir mangé a été cité par 35,0% des femmes.

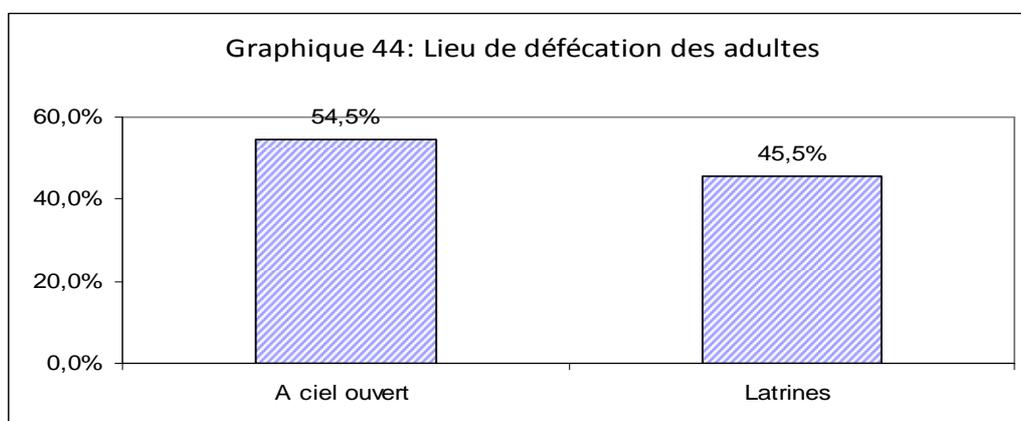


Les produits utilisés pour le lavage des mains se répartissent comme suit : eau seule 72,5% ; eau plus savon 22,2% ; eau plus cendre 5,2% ; et eau plus sable 0,1% (Graphique 43). Néanmoins, chez celles qui ont prétendu en utiliser, le savon était présent physiquement dans 12,5% des cas lors du contrôle au point de lavage des mains.

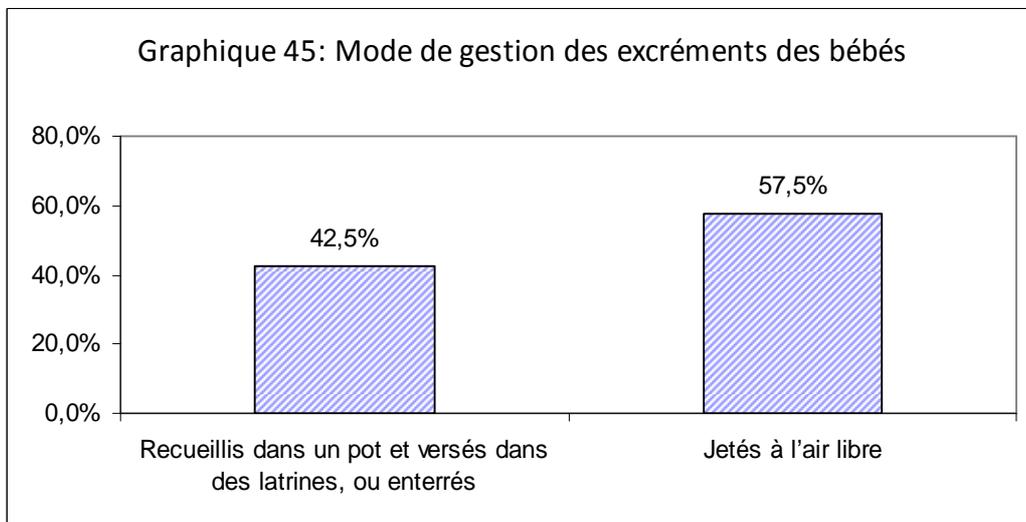


3.9.3. Utilisation des latrines et élimination des excréta humains

D'après les réponses des femmes enquêtées, 45,5% des ménages utilisent des latrines, contre 54,5% qui font leurs besoins à ciel ouvert (Graphique 44).



Quant au mode de gestion des excréments des bébés, 42,5% des ménages les éliminent de manière hygiénique, en les recueillant dans un pot pour les verser dans des latrines ou les enterrer. 57,5% les jettent à l'air libre (Graphique 45).



3.9.4. Perception de la population de l'hygiène et de l'assainissement

Les personnes ressources l'ont reconnu en entretien de qualité que l'insalubrité est à la base de la prolifération des maladies. Ils ont dit que la promiscuité avec les animaux domestiques, la présence des eaux stagnantes dans les ménages et la défécation à l'air libre menacerait les conditions de vie des populations rurales.

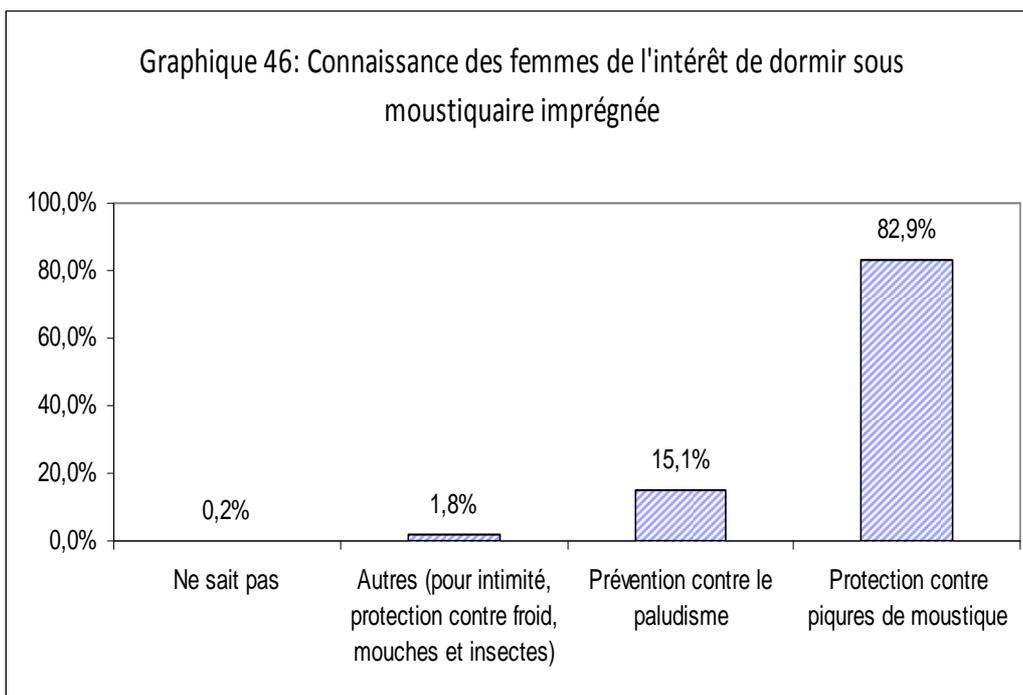
Elles ont mis l'accent sur le problème d'eau potable dans la plupart des villages qui disposent de peu de puits cimentés mais en majorité de puits traditionnels ; et l'absence des latrines. Elles ont exprimé le besoin de sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement, et l'encadrement des séances collectives de salubrité. Pour promouvoir la salubrité, un comité féminin d'hygiène a été mise en place dans certains villages, même s'il n'est toujours pas fonctionnel. **« Une amende est appliquée à toute femme qui ose laisser la devanture de sa maison avec de la saleté, elle s'élève à 50F ou 100F CFA ; elle est dérisoire à vos yeux mais énorme pour nous. » (Propos président de COGES)**

3.10. Utilisation de moustiquaire et prévention contre le paludisme

L'utilisation de moustiquaires au niveau des ménages est appréciée, grâce à des questions sur l'intérêt de dormir sous moustiquaire, la disponibilité et l'accessibilité des moustiquaires, et les personnes dormant sous moustiquaires, qui ont été posées aux femmes enquêtées.

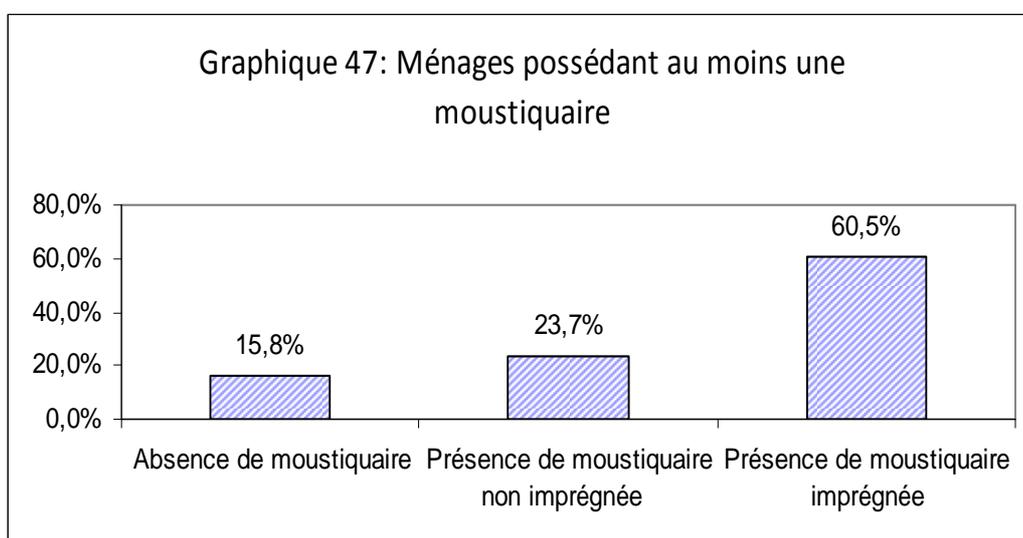
3.10.1. Connaissance de l'intérêt de dormir sous moustiquaire

Les femmes ont indiqué que l'intérêt de dormir sous moustiquaire, c'est soit pour se protéger des piqûres de moustiques à 82,9%, soit pour prévenir le paludisme à 15,1% (Graphique 46).

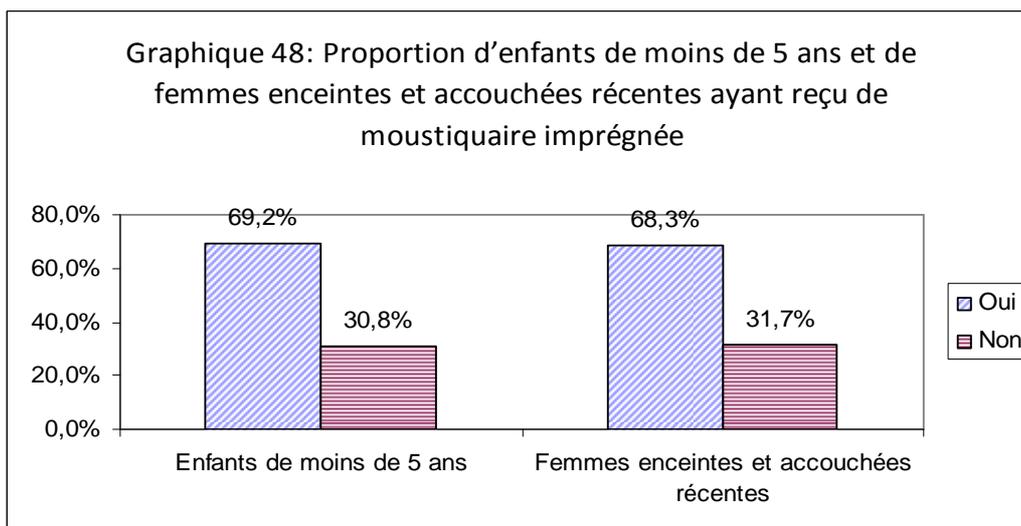


3.10.2. Disponibilité et accessibilité des moustiquaires

Selon les femmes enquêtées et suivant vérification des enquêteurs, 60,5% des ménages disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée ; et 23,7% de moustiquaire non imprégnée. Ils sont 15,8% de ménages qui ne disposent d'aucune moustiquaire (Graphiques 47).

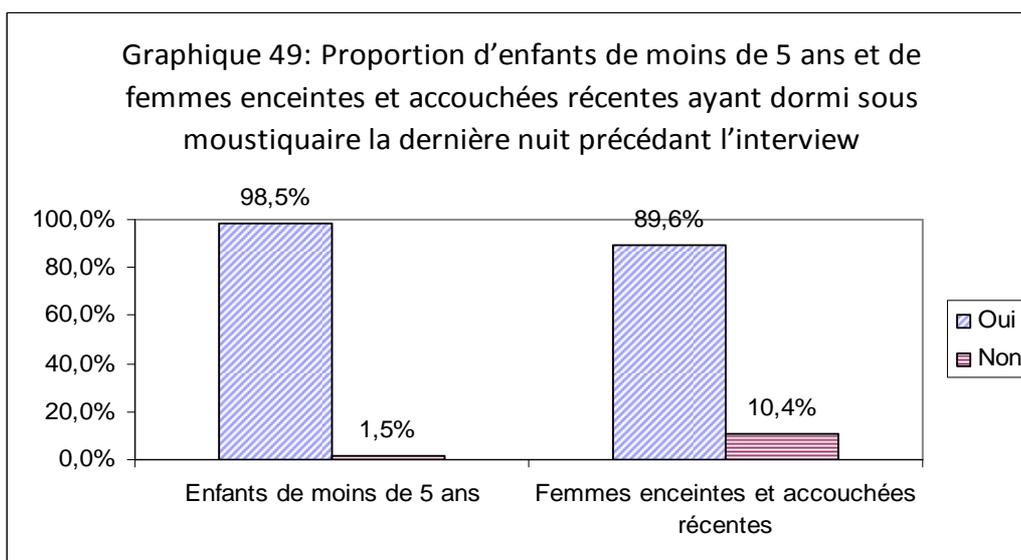


Quant à la proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et accouchées récentes ayant reçu de moustiquaire imprégnée, elle est respectivement de 69,2% et 68,3% (Graphique 48).



3.10.3. Personnes dormant sous moustiquaire

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire la dernière nuit précédant l'interview est de 98,5% ; et celle des femmes enceintes et accouchées récentes est de 89,6% (Graphique 49).



3.10.4. Perceptions du rôle de la moustiquaire dans la lutte contre le paludisme

Selon les groupes de personnes lors des entretiens de qualité, la moustiquaire assure la protection contre les moustiques et les autres insectes, favorise l'intimité et permet de bien dormir. **« La moustiquaire fait partie de notre vie, sans elle on ne peut pas dormir ; mais la non imprégnée n'est ni aérée et ni efficace contre les piqures des moustiques, c'est juste pour ne pas dormir sans moustiquaire » (Propos de jeune leader).** Après tout, la majorité de personnes utilise la moustiquaire pour lutter contre le paludisme.

4. Analyse et discussions des résultats

Les mères ont un bon niveau de connaissances de l'importance de l'allaitement maternel (91,3%) et la quasi-totalité de celles-ci (99,7%) allaitent ou ont allaité leurs enfants de moins de 5 ans; comme il a été d'ailleurs rapporté dans l'EDS-MICS 2006 (98%). Plus d'une mère sur deux (59,9%) n'a pas automatiquement mis au sein l'enfant dans l'heure qui a suivi sa naissance. Ce chiffre est plus élevé et donc moins bon que ceux rapportés par la même EDS-MICS de 2006 au plan national (51,7%) et à Dosso (56,5%). Il a fallu ainsi d'abord donner autre chose au nouveau-né. **« Ce qu'on fait généralement ici, on fait boire de l'eau, du sucre, du jus de fruit au nouveau-né, pendant 2 jours de suite, avant la montée laiteuse » (propos de leader religieux).** Or, si l'enfant n'est pas allaité dans les premières 24 heures qui suivent la naissance, il risque de ne pas bénéficier de colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour résister à de nombreuses maladies. Aussi, lorsqu'il reçoit à la place du lait maternel, d'autres liquides cela peut le mettre en contact avec des agents pathogènes. Le taux de 6,6% d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, est inférieur à la moyenne nationale de 14%¹⁰, mais aussi à ceux de 40-60% rapportés par une étude récente similaire menée en juillet 2012¹¹, menée dans des départements (Mainé Soroa, Nguigmi, Aguié, Tessaoua, Magaria et Matameye) où l'ONG Save the Children a appuyé d'importantes actions de promotion de l'allaitement maternel depuis 2005. Dans le domaine, il est donc possible d'atteindre des bons résultats, et ainsi contribuer à la réduction de la mortalité infantile. Ce, en tablant sur la sensibilisation accrue et la communication pour un changement de comportement des populations ; et en prônant la vertu par l'exemple. **« Il faut se dire les choses en face, nous les villageois nous gardons encore les enseignements et autres pratiques de nos anciens ; pour nous convaincre des avantages de l'allaitement maternel exclusif, il faut qu'on le voit de visu » (propos de chef de village).**

La complémentation alimentaire de l'enfant après 6 mois est sujette au "problème d'accessibilité" des aliments, surtout en période de soudure. "Les familles sont pauvres de sorte que les aliments de complément se limitent pour la majorité des ménages aux plats quotidiens ou familiaux et en cas d'achat ce sont les maris qui s'en chargent". **« Cela est permanent et reconnue de tous, nous donnons de la bouillie simple à base de mil ou mélangée avec des décoctions à l'enfant, à partir de 4 jusqu'à 8 mois, pour son alimentation et pour prévenir les maux de ventre » (propos de chef de village).** L'alimentation complémentaire des enfants est pauvre du point de vue nutritionnel, même si presque toutes les mères (98,8%) continuent à les allaiter après 6 mois ; et 2 sur 3 enfants de 20 à 23 mois (69,1%) consomment du lait au cours des 24 heures. En termes de nombre de repas par 24 heures, c'est environ 1 sur 2 enfants de 6 à 8 mois (60,0%) et de 9 à 23 mois (56,2%) qui reçoivent au moins 2 repas et au moins 3 repas. Or, en général, l'OMS recommande pour un nourrisson en bonne santé 4 ou 5 repas par jour, plus 1 ou 2 collations ; en fonction de la densité énergétique des aliments locaux consommés à

¹⁰ Source : EDSN-MICS III Niger, 2006

¹¹ Analyse des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en matière de santé de la mère et de l'enfant dans les régions de Diffa, Maradi et Zinder, juillet 2012

chaque fois. Aussi, seule 1 mère sur 10 (10,8%) sait que l'introduction d'aliments de complément se fait à partir de l'âge de 6 mois ; et 1 enfant sur 7 de 6 à 23 mois (15,0%) consomme les aliments issus de 4 groupes, dans les 24 heures. Globalement, la situation n'est pas satisfaisante. Pour assurer la complémentation alimentaire adéquate à l'enfant, en plus de l'éducation et de la sensibilisation des populations notamment des mères, doivent être entreprises des actions tendant à diversifier et rendre disponibles et accessibles les aliments aux ménages. Cela nécessite d'être intégré dans un contexte plus global pour en assurer la pérennité. Reste donc à savoir si les orientations nationales comme l'initiative les "Nigériens Nourrissent les Nigériens" prennent en compte de telle préoccupation.

D'après les mères, même si ça n'a pas été formellement vérifié dans les carnets et cartes de vaccination (perdus, le temps long pour les chercher, etc.), presque tous les enfants de 0 à 11 mois (93,3%) ont reçu le Pentavalent3 ; 4 sur 5 enfants de 9 à 11 mois (80,4%) ont reçu le VAR ; 9 sur 10 enfants de 6 à 11 mois (88,5%) ont reçu la vitamine A ; et 7 sur 10 enfants de 12 à 19 mois (67,5%) ont reçu la vitamine A. Ces taux sont nettement supérieurs aux objectifs nationaux attendus en 2012 (PDS 2011-2015) de 60% pour tous les antigènes et la vitamine A ; et de 90% pour le pentavalent3. Pourtant, des problèmes subsistent dans le domaine ; comme la non fréquentation des centres de santé et les ruptures des antigènes, rapportées par les entretiens de qualité. Ce qui signifie que ces taux ne représentent nullement les résultats de vaccination et *supplémentation* de routine. Ils ne peuvent se justifier que par rapport aux différentes campagnes de masse (JNV et JNM) qui se sont déroulées et concernant essentiellement 2 à 4 maladies (poliomyélite, rougeole, méningite, tétanos) et la vitamine A, au cours desquelles sont souvent rapportés des taux de plus de 100%. Une telle situation amène à se poser des questions sur la qualité des données et la réelle couverture de la vaccination et *supplémentation*. Néanmoins, il y a nécessité de poursuivre la sensibilisation pour amener les couvertures à au moins 90% surtout pour ce qui concerne la vitamine A.

Pour prendre en charge la diarrhée à domicile, il est recommandé par l'OMS d'utiliser soit la solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO) et zinc, soit la solution préparée avec de l'eau, du sucre et du sel. Dans cette étude, moins d'1 enfant sur 4 (24,5%) a reçu lors du dernier épisode de diarrhée un de ces traitements appropriés, (15,8% pour la SRO et Zinc, et 8,7% pour la solution salée sucrée) contre 9,7% à Diffa, 5,0% à Maradi et 10,8% à Zinder, rapportés dans l'étude de juillet 2012. Il y'a à ce niveau une impérieuse nécessité d'éduquer et sensibiliser les femmes quant à la prise en charge de la diarrhée à domicile.

Selon les mères, l'alimentation des enfants malades se limite au plat familial dans 40,8% des ménages ; contre 40,2% à Diffa, 58,6% à Maradi et 22,5% à Zinder, rapportés dans l'étude de juillet 2012. D'après les personnes ressources, c'est la pauvreté qui empêche aux parents de spécifier les plats de leurs enfants ou de leur donner les aliments qu'ils désirent. Le nombre de repas donné par jour aux malades est très souvent diminué. Cela fut confirmé par les chiffres (seules 0,6% des mères des enfants de 0 à 6 mois ont augmenté la fréquence des tétées ; 2,1% ont gardé la même fréquence que d'habitude ; et pire 96,5% l'ont diminué. De même, 3,3% des mères des enfants de 6 à 59 mois ont augmenté le nombre de repas supplémentaire ; 0,8% l'ont gardé comme d'habitude ; pire 93,1% l'ont diminué et 0,6% l'ont même Supprimé). Lorsque l'enfant malade refuse de manger, les parents procèdent le plus souvent par le gavage. « **Nous avons l'habitude**

quand un enfant de bas âge est malade et qu'il refuse de prendre la bouillie car c'est d'elle que nous disposons à longueur de journée, de le maintenir de force entre nos jambes puis de le forcer à ouvrir la bouche afin de lui introduire la bouillie » (propos de leader religieux). Pourtant, l'OMS et l'Unicef recommandent pendant une maladie d'augmenter l'apport d'eau et encourager l'enfant à manger ses aliments préférés tendres, variés et appétissants. En fait, il y'a urgence d'entreprendre des actions pour la promotion de "l'alimentation active et assistée de l'enfant malade", et la mise en œuvre des actions essentielles en nutrition (AEN).

Pour la recherche des soins, les gens ont le plus souvent recours au centre de santé (76,7%) surtout lorsque l'état de santé de la personne se complique ; à l'automédication (17,0%) ; et au guérisseur traditionnel (4,7%). Pourtant, à l'entretien de groupe, un autre son de cloche se dégage : **« pour ne rien vous cacher, nous les habitants des campagnes on a des habitudes qui partent difficilement avec le temps, c'est pour vous dire que le premier reflexe qu'on a lorsque notre santé est chancelante, c'est de payer les produits par terre, malgré la promiscuité du centre de santé » (propos de matrone).** Ainsi, la question de la fréquentation des services de santé et de leur dotation en médicaments, voire de leur fonctionnalité, doit être réglée.

L'étude rapporte un taux de couverture en CPN des femmes enceintes de 88,9% (au moins une visite), similaire à celui de 90% obtenu dans une étude réalisée en octobre 2011 dans les départements d'Aguié et Tessaoua. **« La consultation prénatale n'est plus à présenter, son importance est telle qu'il y'a aujourd'hui rupture de carnet de santé de la mère et de l'enfant au niveau du centre de santé ; tellement la demande est forte » (propos de président de COGES).** Le taux d'utilisation de la CPN4 (CPN recentrée) de 17,8% est nettement inférieur à l'objectif attendu en 2012 de 41% (PDS 2011-2015). Cela amène à se demander si les femmes ne viennent pas subir la première CPN afin d'avoir seulement un carnet de maternité. Lors de la CPN, un traitement préventif (VAT et fer/acide folique) est donné à 85,3% des femmes ; un examen à 52,2% ; et des conseils à 4,8%. Cependant, seule 1 femme sur 2 (53,7%) prend régulièrement les comprimés de fer tous les jours. **« Il faut qu'on vous dise la vérité : lorsqu'elles sont enceintes, nos filles ne prennent pas le fer, elles le jettent sous le lit, sous prétexte que la prise de ces comprimés fait grossir l'enfant et cause des difficultés au moment de l'accouchement » (propos de matrone).** En plus de la faiblesse des conseils nutritionnels aux femmes, il se pose le problème de disponibilité de compléments alimentaires pour celles-ci. **« Je vais vous dire une réalité connue de tous, aujourd'hui, les cases de santé sont de plus en plus abandonnées par les malades car elles ne disposent pas de médicaments ni des compléments alimentaires. Pour faire face à la forte demande on oriente les femmes vers les grands centres » (propos de jeune leader d'opinion).** En matière de consultation prénatale, des problèmes subsistent et des efforts de sensibilisation doivent être entrepris pour amener les femmes à la débiter au 1^{er} trimestre, à faire les 4 visites, et à bien observer le traitement préventif et autres conseils nutritionnels.

Le taux d'accouchement à domicile rapporté est de 68,9%, contre 31,1% au centre de santé. Au vu des déterminants de l'accouchement à domicile dont certains sont d'ordre structurel car liés au système de santé et d'autres d'ordre culturel et comportemental, la solution demeure très complexe. Même lorsque l'accouchement s'effectue au centre de santé, les parturientes sont beaucoup plus assistées par les matrones ou accoucheuses traditionnelles (49,8%), que par un personnel qualifié (24,4%).

Ce dernier taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est loin de l'objectif attendu pour 2012 de 44,4%, dans le cadre du suivi du PDS 2011-2012. L'entretien de qualité révèle que les accoucheuses traditionnelles ont un faible niveau de formation. **« Cette activité nous l'avons apprise de nos parents et nous l'exerçons pour venir en aide aux femmes, on ne gagne pas grand-chose » (propos de matrone)**. En effet, il est fondamental de généraliser et de rendre plus opérationnelle l'expérience de la gratuité de l'accouchement assisté par un personnel qualifié ; dès lors qu'on pense à l'atteinte à l'horizon 2015 des objectifs du millénaire pour le développement, notamment celui relatif à la réduction de 3/4 de la mortalité maternelle.

La plupart de décès maternels et néonataux surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. De façon générale, toute accouchée récente doit effectuer la première consultation postnatale dans les deux à trois jours qui suivent l'accouchement. Ici, environ 1 accouchée sur 2 (58,3%) a effectuée la CPON ; pourtant elle est aussi gratuite. En fait, la problématique est la même que celle de l'accouchement.

Presque toutes les femmes ont accès à l'information sur la contraception (94,8%). Au Niger, un niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception égal à 72% chez les femmes a été rapporté dans l'EDS-MICS 2006 ; et le préalable à l'utilisation de la contraception est avant tout, la connaissance d'au moins une méthode. La présente étude rapporte un taux d'utilisation contraceptive moderne de 8,7% ; contre 5% à l'EDS-MICS 2006 et 25% pour l'objectif national attendu pour 2012. Ce qui signifie que beaucoup reste à faire. Néanmoins, les méthodes contraceptives les plus utilisées sont la pilule (59,1%) et l'injectable (31,8%). Le préservatif a été très peu évoqué (0,8%), sans doute du fait de barrière socioculturelle. A noter qu'aucune femme n'a fait cas de méthode traditionnelle comme les charmes magiques communément appelés gris-gris. Cela dénote-t-il une bonne couverture des besoins en contraceptifs ? Pas si sûr, dès lors qu'il ressort à l'entretien de qualité, **« le besoin de ravitaillement au niveau de certaines cases de santé et l'inaccessibilité des femmes aux contraceptifs même pour payer »**. En ce sens l'accent doit être mis sur l'amélioration de la distribution à base communautaire des contraceptifs. Nonobstant le faible taux de couverture contraceptive, les avis et opinions des femmes et de leurs maris sont plutôt favorables à l'espacement des naissances (75,9% et 60,7%). En effet, il est possible de rehausser la pratique contraceptive dans la zone enquêtée. En matière de planification familiale et vu, la prépondérance d'avis des maris dans le contexte sociétal, il s'avérerait important de focaliser aussi sur les hommes et tenir compte des aspects socioculturels.

Les hommes jouent un rôle important dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum. En effet, c'est eux qui prennent les décisions (72,7% pour les soins de l'enfant malade et 41,3% pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et le postpartum) ; et seulement en leur absence que les femmes elles-mêmes ou les beaux-parents le feront. Au vu de l'importance du leadership de ces derniers dans le ménage, il est souhaitable de les avoir comme partenaires et de les sensibiliser eux aussi car, **« imaginez en présence d'une urgence obstétricale, la belle-mère qui demande à la parturiente d'aller voir un guérisseur traditionnelle ou de rester accoucher à domicile »**. Aussi, les hommes accompagnent les enfants et leurs femmes au centre de santé (71,8% et 43,7%) ; l'entretien de qualité révèle que c'est surtout pour en assurer les frais de prise en charge. Ainsi, il est nécessaire d'entreprendre des actions

pour l'autonomisation des femmes en particulier et le renforcement du pouvoir d'achat de ménage en général.

Environ un ménage sur deux (47,7%) utilise pour l'eau de boisson les eaux de surface, de marigot, de rivière, ou de puits traditionnel. Et moins d'une femme sur 5 (18,8%) la rend plus salubre avant la consommation. Pourtant en entretien de groupe, les personnes ressources ont reconnu que l'insalubrité est à la base de la prolifération des maladies. Ainsi, au delà de la sensibilisation tout azimut, il convient d'améliorer la couverture en sources d'eau potable des populations. L'intérêt du lavage de mains est bien connu par la quasi-totalité des femmes (99,0%). Pour celles qui le font pendant les moments critiques, elles utilisent de l'eau seule à 72,5%. Il est souhaitable de leur permettre d'utiliser du savon ; ce, en leur facilitant la mise en place des activités génératrices de revenu (AGR), afin qu'elles puissent se l'acheter. Le taux d'utilisation des latrines est de 45,5%, et celui d'élimination hygiénique des excréments des bébés de 42,5% ; contre 54,5% de défécation à l'air libre et 55,7% de mauvaise gestion des excréments humains. Cela a été confirmé par les entretiens de groupe, où le besoin de sensibilisation et d'encadrement des séances collectives de salubrité s'est fait sentir. Pour changer un tel comportement malsain, il est utile d'initier ou de renforcer un programme de promotion de latrines dans les villages, en appliquant l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC).

L'intérêt de dormir sous moustiquaire est connu de toutes les femmes enquêtées (98,0%), et affirmé par l'entretien de qualité. Malgré la distribution gratuite lors des multiples campagnes de masse, de la CPN, des accouchements, et de récupération nutritionnelle, 15,8% de ménages ne disposent d'aucune moustiquaire. En termes d'utilisation, l'objectif attendu en 2012 (PDS 2011-2015) de 75% d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et accouchées dormant sous MILDA¹² est quasiment atteint pour les 2 groupes cibles. Cela ne signifie pas que la partie est gagnée, car tant les besoins des populations, exprimés en entretiens de groupe sont importants : appui en moustiquaires imprégnées, mise à disposition des médicaments contre le paludisme et produits d'imprégnation, mise en place des comités de salubrité, sensibilisation, pulvérisation du milieu, vaccination des enfants, etc.

¹² Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

5. Contraintes et opportunités pour les interventions

5.1. Facteurs favorisant de la mise en œuvre des interventions

Lors des entretiens de qualité, les personnes ressources ont énuméré les conditions qui peuvent être des facteurs favorisant de la mise en œuvre des interventions de santé-nutrition de la femme et de l'enfant. Il s'agit entre autres de :

- la disponibilité des intrants et leur accès facile ;
- l'implication des autorités coutumières et locales ;
- la disponibilité des agents de santé compétents ;
- l'amélioration de la couverture sanitaire ;
- l'amélioration de la couverture en eau potable et en structures d'assainissement ;
- la sensibilisation et la mobilisation des populations sur les questions relatives à la santé-nutrition de la femme et de l'enfant, en tenant compte des réalités locales ;
- le soutien fonctionnel aux comités locaux et autres structures communautaires intervenant dans la santé-nutrition de la femme et de l'enfant ;
- l'allègement de la charge de travail des femmes ;
- l'autonomisation des femmes par la création des AGR, le renforcement de leurs moyens d'existence et leur implication dans le processus de prise de décision ;
- la scolarisation et l'alphabétisation des femmes ;
- l'effectivité de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans, aux soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement ;
- l'instauration et la poursuite des sorties foraines dans les villages éloignés ;
- l'amélioration de l'accueil dans les services de santé ;
- l'établissement de partenariat avec les autochtones ;
- l'implication des communautés locales dans la gestion des questions de santé-nutrition de la femme et de l'enfant ; etc.

5.2. Facteurs de contrainte de la mise en œuvre des interventions

Les principaux facteurs de contrainte dans la mise en œuvre des interventions qui se dégagent ont trait à :

- la non satisfaction des conditions ci-haut énumérées ;
- la pauvreté des ménages ;
- la survenue des catastrophes et des crises ;
- la mauvaise campagne agricole ; etc.

5.3. Propositions de pistes d'actions pour la mise en œuvre des interventions

Au vu des résultats issus de la collecte quantitative des données, et des différents facteurs favorisant et de contrainte évoqués par les personnes clés lors des entretiens qualitatifs, nous estimons sans être exhaustif avancer quelques pistes d'actions, pouvant

être exploitées dans la mise en œuvre des interventions de santé-nutrition de la femme et de l'enfant. Il s'agit d'aider à :

- mettre en place et opérationnaliser des groupes de soutien à l'allaitement maternel ;
- développer et promouvoir des compléments alimentaires à base des produits locaux, pour l'enfant de moins de 5 ans, la femme enceinte et allaitante ;
- renforcer la disponibilité, la diversité, et l'accessibilité des ménages aux produits maraichers, à travers le petit jardinage ;
- organiser des activités foraines de vaccination, de *supplémentation* en vitamine A et fer, et de déparasitage ;
- initier un programme de vulgarisation de SRO et Zinc et d'utilisation de solution salée sucrée dans la prise en charge de la diarrhée à domicile ;
- doter les structures sanitaires en médicaments et autres intrants nécessaires pour la prise en charge de la femme et de l'enfant ;
- renforcer les capacités des prestataires des services aux femmes et enfants ;
- opérationnaliser la gratuité de l'accouchement assisté par un personnel qualifié ;
- mettre en œuvre un programme de distribution à base communautaire des contraceptifs ;
- faire bénéficier les femmes des activités génératrices de revenus (AGR) ;
- mettre en place des centres d'alphabétisation fonctionnelle des femmes ;
- alléger la charge de travail des femmes, par la mise en place de moulins à grains par exemple ;
- améliorer la couverture en eau potable et le traitement de l'eau de boisson ;
- promouvoir la construction et l'utilisation des latrines ;
- mettre en place et opérationnaliser des comités de salubrité ;
- promouvoir la lutte contre le paludisme et l'assainissement du milieu ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de communication en santé-nutrition de la femme et l'enfant ; etc.

6. Conclusion/recommandations

L'étude sur l'analyse des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en matière de santé de la femme et de l'enfant dans le département de Gaya, s'est globalement bien déroulée et tous les objectifs sont atteints.

Elle a permis de disposer des données de base et d'indicateurs fiables, pouvant permettre de suivre l'évolution de la mise en œuvre des interventions qu'aurait à mener HKI dans sa zone d'intervention de Gaya.

Globalement, en termes de connaissances et attitudes, les résultats montrent de très bonnes dispositions des mères d'enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et accouchées récentes. Ce qui ne dispense tout de même pas de continuer à promouvoir des actions d'éducation et de sensibilisation, pour un changement de comportement des populations. De ce qui est des pratiques en santé-nutrition de la femme et de l'enfant, les taux sont faibles dans presque tous les domaines, même s'ils sont à certains niveaux relativement meilleurs que ceux rapportés dans l'EDS-MICS 2006. Comparativement aux objectifs nationaux pour 2012, fixés dans le cadre du suivi-évaluation du PDS 2011-2015, ces taux sont nettement inférieurs, sauf pour ce qui est de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. De ce fait, un certain nombre de pistes d'actions ont été tracées, pouvant être exploitées par HKI pour affiner ses stratégies d'interventions en santé-nutrition de la femme et l'enfant, dans le département de Gaya.

Au terme de cette étude, un certain nombre de recommandations sont élaborés. Il s'agit de contribuer à :

- promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- mettre en place un programme communautaire intégré de santé-nutrition ;
- initier un programme de promotion des latrines, en adoptant la stratégie ATPC ;
- renforcer les activités foraines de santé-nutrition de la femme et de l'enfant ;
- renforcer le suivi des activités de santé-nutrition de la femme et de l'enfant ;
- rehausser le niveau des prestataires de services de santé ;
- autonomiser davantage les femmes et alléger leur charge de travail ;
- renforcer les capacités et la fonctionnalité des structures de santé ;
- améliorer les services sociaux de base et le niveau de vie des ménages ;
- mobiliser et renforcer la participation communautaire ;
- renforcer la sensibilisation sur les problèmes prioritaires de santé-nutrition.

Références

- Bara, I., juillet 2012, Analyse des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en matière de santé de la mère et de l'enfant dans les régions de Diffa, Maradi et Zinder, Rapport final. Niamey : CRAMS/Save the Children
- FAO, 1992, Conduite de petites enquêtes nutritionnelles. Manuel de terrain. Rome
- Institut National de la Statistique et Banque mondiale, 2007, Troisième Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des ménages, Niger
- Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. février 2007, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006. Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.
- Kamal Kar et Robert Chambers, mars 2008, Manuel de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté, Plan International (UK)
- Ministère de la Santé Publique, juin 2011, Guide du suivi-évaluation du PDS 2011-2015, Niger
- Ministère de la Santé Publique, octobre 2010, Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015, Niger
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2006, Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. Genève/OMS/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Unicef, 2003, Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève/OMS/UNICEF
- Save the Children, octobre 2011, Rapport d'enquête nutritionnelle et de survie, Départements d'Aguié et Tessaoua, Save the Children
- Souley, A., septembre 2011, Evaluation de la gratuité de l'accouchement assisté dans les régions de Diffa, Tahoua, Tillabéry et Zinder, Rapport final. Niamey : CRAMS/MSP/UNFPA/UE
- Souley, A., novembre 2011, Rapport de l'évaluation finale du Projet de Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie dans les régions de Maradi et Zinder. Niamey : CRAMS/CARE

Annexes

A. Tableaux

Tableau 1: Connaissance des mères de l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant

Quelle est l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant?	Fréquence	Pourcentage
Le lait maternel donne de l'énergie et permet à l'enfant d'être en bonne forme	161	28,0%
Le lait maternel favorise la relation mère-enfant	10	1,7%
Le lait maternel est hygiénique, pratique et adapté à l'enfant	2	0,4%
Le lait maternel est riche et favorise le développement de l'enfant	293	50,9%
Le lait maternel ne s'achète pas	1	0,2%
Le lait maternel protège l'enfant des maladies	154	26,7%
Ne sait pas	56	9,7%
Autres	22	3,8%

Tableau 2: Attitudes et pratiques des mères vis à vis de l'allaitement maternel

Attitudes et pratiques vis à vis de l'allaitement maternel (Réponses des mères)	Enfants ayant été allaités au sein		Enfants ayant été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance		Enfants ayant été allaités exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	574	99,7	230	40,1	38	6,6
Non	2	0,3	344	59,9	536	93,4
Total	576	100,0	574	100,0	574	100,0

Tableau 3: Raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance

Raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance	Fréquence	Pourcentage
Autres	26	7,6%
Ne sait pas	4	1,2%
La tradition	68	19,8%
Il fallait d'abord examiner le lait	11	3,2%
Il fallait lui donner d'abord autre chose	57	16,6%
Il fallait attendre quelques jours	7	2,0%
Il n'y avait pas eu de montée laiteuse	170	49,4%
La mère était malade	5	1,5%
L'enfant ne prenait pas le sein	5	1,5%

Tableau 4: Raisons de la non pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois

Raisons de la non pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Autres	86	16,2%
Ne sait pas	14	2,6%
L'habitude ou la pratique	57	10,7%
Du fait de la charge de travail de la mère	10	1,9%
Il fait chaud et l'enfant a soif	252	47,4%
Influence des grands parents de l'enfant ou d'autres enfants, etc.	9	1,7%
La mère était malade	6	1,1%
Le lait maternel ne suffit pas	205	38,5%
L'enfant était malade	21	3,9%
L'enfant peut mourir de soif	10	1,9%

Tableau 5: Connaissance des mères de l'intérêt de la complémentation alimentaire

Pourquoi un enfant a besoin d'aliments de complément en plus du lait maternel à partir de 6 mois?	Fréquence	Pourcentage
Autres	17	3,0%
Ne sait pas	22	3,8%
Le lait maternel est moins riche	13	2,3%
Le lait maternel seul ne suffit pas	362	62,8%
L'enfant a l'âge de manger	38	6,6%
Pour la bonne croissance de l'enfant ou qu'il grandisse bien	189	32,8%

Tableau 6: Connaissances des mères de l'âge d'introduction d'aliments de complément à l'enfant

Age d'introduction d'aliments de complément à l'enfant	Fréquence	Pourcentage
A l'âge de plus de 6 mois	196	34,0
A partir de l'âge de 6 mois	62	10,8
Avant l'âge de 6 mois	312	54,2
Ne sait pas	6	1,0
Total	576	100,0

Tableau 7: Les 5 premières principales maladies ciblées du PEV connues des mères d'enfants

Les 5 premières principales maladies ciblées du PEV connues des mères d'enfants	Fréquence	Pourcentage
La coqueluche	51	9,5%
La tuberculose	83	15,5%
La méningite	107	19,9%
La rougeole	188	35,0%
La poliomyélite	228	42,5%

Tableau 8: Situation vaccinale et de la *supplémentation* en Vitamine A des enfants

Situation vaccinale et de la <i>supplémentation</i> en Vitamine A des enfants	Fréquence	Pourcentage
Proportion d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés au Pentavalent3	551	93,3%
Proportion d'enfants de 9 à 11 mois vaccinés au VAR	422	80,4%
Proportion d'enfants de 6 à 11 mois supplémentés en vitamine A	508	88,5%
Proportion d'enfants de 12 à 19 mois supplémentés en vitamine A	386	67,5%

Tableau 9: Portes d'entrée de la vaccination et de la *supplémentation* en Vitamine A des enfants

Portes d'entrée de la vaccination et de la <i>supplémentation</i> en Vitamine A des enfants	Vaccination		<i>Supplémentation</i> en Vitamine A	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Campagnes de masse (JNV et JNM)	23	5,5%	158	28,8%
Au centre de santé en stratégie fixe	357	84,6%	98	17,9%
En stratégie mobile ou avancée	41	9,7%	292	53,3%

Tableau 10: Déterminants de non vaccination et *supplémentation* en vitamine A de l'enfant

Déterminants de non vaccination et <i>supplémentation</i> en vitamine A de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Autres	3	1,6
Ne sait pas	16	8,7
Il n'a pas été amené au centre de santé	7	3,8
Il n'a pas l'âge requis	83	45,1
On ne fait pas, ou le vaccin et la vitamine A ne sont pas disponibles au centre de santé	1	0,5
L'accès au centre de santé est difficile	74	40,2
Total	184	100,0

Tableau 11: Traitement de la diarrhée de l'enfant à domicile

Traitement de la diarrhée de l'enfant à domicile	Fréquence	Pourcentage
Lui donner la solution salée sucrée	29	8,7%
Lui donner à boire beaucoup d'eau	2	0,6%
Lui donner de décoction/tisane de plantes	32	9,6%
Lui donner de comprimés, sirop, etc.	119	35,5%
Lui donner de SRO, de zinc	53	15,8%
N'a rien fait	100	29,9%
Total	335	100,0%

Tableau 12 : Fréquence des tétées et de repas supplémentaire des enfants malades

Fréquence des tétées et de repas supplémentaire des enfants malades	Enfants de 0 à 6 mois		Enfants de 6 à 59 mois	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Supprimée	0	0,0%	3	0,6%
Augmentée	3	0,6%	17	3,3%
Diminuée	502	96,5%	484	93,1%
La même que d'habitude	11	2,1%	4	0,8%
Ne sait pas	4	0,8%	12	2,3%
Total	520	100,0%	520	100,0%

Tableau 13 : Type d'aliments réservés à enfant malade

Type d'aliments réservés à enfant malade	Fréquence	Pourcentage
Aliments thérapeutiques	3	0,52%
Allaitement	162	28,13%
Aliments protéiques, biscuits et galettes	124	21,53%
Fruits	4	0,69%
Ne sait pas	5	0,87%
Purée	43	7,47%
Repas familial	235	40,80%
Total	576	100,00%

Tableau 14 : Connaissance des mères des signes de danger du paludisme chez l'enfant

Reconnaitances des signes de danger du paludisme chez l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Convulsions	34	5,90%
Mollesse, ne parle plus	83	14,41%
Diarrhée	65	11,28%
Fièvres	353	61,28%
Frissons	69	11,98%
Maux de tête	19	3,30%
Ne sait pas	6	1,04%
Refus de manger	76	13,19%
Vomissements	145	25,17%

Tableau 15 : Connaissance des mères des signes de danger des IRA chez l'enfant

Reconnaitances des signes de danger des IRA chez l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Toux	277	48,1%
Devenu très malade	20	3,5%
Difficulté à respirer	82	14,2%
Fièvre	163	28,3%
Ne sait pas	52	9,0%
Respiration rapide	50	8,7%
respiration bruyante	43	7,5%

Tableau 16 : Recours des membres des ménages pour les soins

Recours des membres des ménages pour les soins	Fréquence	Pourcentage
Aucun	8	1,0%
Automédication	141	17,0%
Centre de santé	635	76,7%
Guérisseur traditionnel	39	4,7%
Autres	3	0,4%
Ne sait pas	2	0,2%
Total	828	100,0%

Tableau 17 : Connaissance des femmes de l'importance de la consultation prénatale

Connaissances de l'importance de la consultation prénatale	Fréquence	Pourcentage
Autres	2	0,8%
Ne sait pas	6	2,4%
Pour raison de santé de la femme	88	34,9%
Pour suivre la grossesse, détecter les complications et les prendre en charge	89	35,3%
Pour suivre ou contrôler la santé de la mère et de l'enfant	67	26,6%
Total	252	100,0%

Tableau 18 : Connaissance des femmes du moment pour la première consultation prénatale

Connaissances du moment pour la première consultation prénatale	Fréquence	Pourcentage
Au premier trimestre, 1 à 3 mois	153	60,7%
Au milieu de la grossesse, 4 à 6 mois	87	34,5%
Au dernier trimestre, 7 à 9 mois	9	3,6%
Ne sait pas	3	1,2%
Total	252	100,0%

Tableau 19 : Couverture en CPN des femmes enceintes

Couverture en CPN des femmes enceintes	Couverture CPN (au moins 1 visite)		Couverture CPN recentrée (4 visites et plus)	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	224	88,9%	40	17,8%
Non	28	11,1%	185	82,2%
Total	252	100,0%	225	100,0%

Tableau 20: Paquet de services reçus à la CPN

Paquet de services reçus à la CPN	Fréquence	Pourcentage
Autres	15	6,0%
Conseils	12	4,8%
Examen	131	52,2%
Traitement curatif	10	4,0%
Traitement préventif	214	85,3%

Tableau 21: Couverture des femmes enceintes en vaccination (VAT2) et *supplémentation* en fer/acide folique

Couverture en vaccination (VAT2) et <i>supplémentation</i> fer/acide folique	Couverture en VAT2		Couverture en fer/acide folique		Prise régulière de fer/acide folique	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	109	74,7%	54	36,7%	29	53,7%
Non	37	25,3%	93	63,3%	25	46,3%
Total	146	100,0%	147	100,0%	54	100,0%

Tableau 22: Réception des conseils sur l'alimentation de la femme enceinte et allaitante

Réception des conseils sur l'alimentation de la femme enceinte et allaitante	Femme enceinte		Femme allaitante	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	82	48,2%	33	40,2%
Non	88	51,8%	49	59,8%
Total	170	100,0%	82	100,0%

Tableau 23: Application des conseils sur l'alimentation de la femme enceinte et allaitante

Application des conseils sur l'alimentation de la femme enceinte et allaitante	Femme enceinte consommant 1 repas en plus que d'habitude		Femme allaitante consommant 2 repas en plus que d'habitude	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	96	56,5%	37	45,1%
Non	74	43,5%	45	54,9%
Total	170	100,0%	82	100,0%

Tableau 24: Signes qui indiquent une urgence obstétricale

Signes qui indiquent une urgence obstétricale	Fréquence	Pourcentage
Mauvaise présentation et rétention fœtale	128	50,8%
Convulsion	36	14,3%
Fièvre	76	30,2%
Hémorragie	41	16,3%
Long travail	94	37,3%
Perte des eaux	21	8,3%

Tableau 25: Déterminants de l'accouchement à domicile

Déterminants de l'accouchement à domicile	Fréquence	Pourcentage
Autres	12	7,7%
C'est la pratique, la tradition	4	2,6%
Eloignement du centre de santé	18	11,6%
Il faisait nuit	17	11,0%
Il n'y avait pas de problème ou de complication à priori	42	27,1%
Absence de l'agent ou manque de centre de santé	22	14,2%
Surprise par l'accouchement, temps de travail court	43	27,7%

Tableau 26: Prise en charge des nouveau-nés lors des accouchements au centre de santé

Prise en charge des nouveau-nés lors des accouchements au centre de santé	Fréquence	Pourcentage
Ne sait pas	3	4,3%
Rien du tout	3	4,3%
Administration de Vitamine K1	1	1,4%
Allaitement maternel exclusif précoce	1	1,4%
Désobstruction nasale, réchauffage, etc.	28	40,0%
Pesée	31	44,3%
Séchage	10	14,3%
Soins du cordon ombilical	41	58,6%
Soins oculaires	12	17,1%

Tableau 27: Personnes qui assistent l'accouchement

Personnes qui assistent l'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé communautaire	16	7,1%
Autres (grand-mère, vieille femme, tante, voisine, etc.)	42	18,7%
Matrone ou accoucheuse traditionnelle	112	49,8%
Sage-femme et infirmier	55	24,4%
Total	225	100,0%

Tableau 28: Moment après l'accouchement pour faire la CPON au centre de santé

Moment après l'accouchement pour faire la CPON au centre de santé	Fréquence	Pourcentage
Au 3 ^e jour	11	4,4%
Au 8 ^e jour	77	30,6%
Au 14 ^e jour	29	11,5%
Au 40 ^e jour	91	36,1%
Autres (1 mois, semaine, etc.)	25	9,9%
Ne sait pas	19	7,5%
Total	252	100,0%

Tableau 29: Raisons de non consultation postnatale

Raisons de non consultation postnatale	Fréquence	Pourcentage
Absence d'autorisation ou de volonté	29	39,2%
Absence ou éloignement de service	13	17,6%
Délai non atteint	32	43,2%
Total	74	100,0%

Tableau 30: Accessibilité des femmes à l'information sur les méthodes contraceptives

Accessibilité des femmes à l'information sur les méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage
Oui	239	94,8%
Non	13	5,2%
Total	252	100,0%

Tableau 31: Connaissance des femmes des méthodes contraceptives

Connaissance des femmes des méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage
Autres (gris-gris)	16	6,4%
DIU (stérilet)	1	0,4%
Implant	6	2,4%
Injectable	162	64,3%
Naturelle (retrait ou coït interrompu, abstinence, allaitement)	1	0,4%
Pilule	216	85,7%
Préservatif	2	0,8%

Tableau 32: Utilisation par les femmes des méthodes contraceptives

Utilisation par les femmes des méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage
Oui	22	8,7%
Non	230	91,3%
Total	252	100

Tableau 33: Méthodes contraceptives utilisées par les femmes

Utilisation par les femmes des méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage
Injectable	7	31,8%
Naturelle	2	9,1%
Pilule	13	59,1%
Total	22	100,0%

Tableau 34: Avis et opinions des maris sur l'espace des naissances

Avis et opinions des maris sur l'espace des naissances	Fréquence	Pourcentage
Autres	1	0,4%
Ignore ça	2	0,8%
Conseille de pratiquer ça	57	22,6%
Ne croit pas à ça	2	0,8%
Est contre ça	32	12,7%
Accepte ça	96	38,1%
Ne connaît pas son avis	45	17,9%
Ne parle pas de ça	17	6,8%
Total	252	100,0%

Tableau 35: Avis et opinions des femmes sur l'espace des naissances

Avis et opinions des femmes sur l'espace des naissances	Fréquence	Pourcentage
Autres	2	0,8%
Une bonne chose	46	18,3%
Une mauvaise chose	9	3,6%
Ne crois pas à ça	9	3,6%
Pratique ou a eu à pratiquer	75	29,8%
Est contre	32	12,7%
Est favorable	37	14,7%
Va faire ça	33	13,1%
Ignore ça	4	1,6%
N'a pas d'avis	5	2,0%
Total	252	100,0%

Tableau 36: Personne qui prend la décision au sein du ménage pour la recherche des soins

Personne qui prend la décision au sein du ménage pour la recherche des soins	Soins de l'enfant		Soins de la femme	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Autre personne	5	0,9%	23	9,1%
Chef de ménage (mari)	419	72,7%	104	41,3%
Père ou mère du mari	18	3,1%	41	16,3%
La femme même	134	23,3%	84	33,3%
Total	576	100,0%	252	100,0%

Tableau 37: Accompagnement de la femme et de l'enfant par le mari à la recherche des soins

Accompagnement de la femme et de l'enfant par le mari à la recherche des soins	Accompagnement de l'enfant		Accompagnement de la femme	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	412	71,8%	110	43,7%
Non	162	28,2%	142	56,3%
Total	574	100,0%	252	100,0%

Tableau 38: Sources d'eau de boisson pour les ménages

Sources d'eau de boisson pour les ménages	Fréquence	Pourcentage
Améliorée	66	8,0%
Non améliorée	395	47,7%
Semi-améliorée	367	44,3%
Total	828	100,0%

Tableau 39: Procédés utilisés par les femmes pour rendre l'eau de boisson plus salubre

Comment les femmes rendent plus salubre l'eau de boisson	Fréquence	Pourcentage
Autres	3	2,1%
La faire bouillir	9	6,2%
la filtrer (linge, céramique, sable, composite)	125	86,2%
La laisser reposer	4	2,8%
Y ajouter eau de javel/chlore, AQUATAB	4	2,8%
Total	145	100,0%

Tableau 40: Connaissance des femmes de l'intérêt de se laver les mains

Connaissance des femmes de l'intérêt de se laver les mains	Fréquence	Pourcentage
Autres	1	0,1%
Ne sait pas	8	1,0%
Eviter de contracter ou prévenir d'autres maladies	143	17,3%
Hygiène du corps, des mains	657	79,3%
Prévenir la diarrhée	19	2,3%
Total	828	100,0%

Tableau 41: Proportion des femmes se lavant les mains pendant chacun des 5 moments critiques

Femmes se lavant les mains pendant les 5 moments critiques	Fréquence	Pourcentage
Après avoir mangé	290	35,0%
Après la sortie des toilettes	34	4,1%
Après avoir nettoyé l'enfant qui vient de faire ses besoins	3	0,4%
Avant de donner à manger à l'enfant	6	0,7%
Avant de manger	660	79,7%
Avant de préparer le repas	350	42,3%

Tableau 42: Produits utilisés pour le lavage des mains

Produits utilisées pour le lavage des mains	Fréquence	Pourcentage
Eau+sable	1	0,1%
Eau+cendre	43	5,2%
Eau+savon	184	22,2%
Eau seule	600	72,5%
Total	828	100,0%

Tableau 43: Résultat du contrôle de la présence physique du savon au point de lavage des mains

Contrôle de la présence physique du savon au point de lavage des mains	Fréquence	Pourcentage
Absence de savon	45	24,5%
N'existe pas de point de lavage	116	63,0%
Présence de savon	23	12,5%
Total	184	100,0%

Tableau 44: Lieu de défécation des adultes et proportion des ménages utilisant des latrines

Lieu de défécation des adultes	Fréquence	Pourcentage
A ciel ouvert	451	54,5%
Latrines	377	45,5%
Total	828	100,0%

Tableau 45: Mode de gestion des excréments des bébés

Mode de gestion des excréments des bébés	Fréquence	Pourcentage
Excréments recueillis dans un pot et versés dans des latrines, ou enterrés	352	42,5%
Résidus jetés à l'air libre	476	57,5%
Total	828	100,0%

Tableau 46: Connaissance des femmes de l'intérêt de dormir sous moustiquaire imprégnée

Intérêt de dormir sous moustiquaire imprégnée	Fréquence	Pourcentage
Ne sait pas	2	0,2%
Autres (pour intimité, protection contre froid, mouches et insectes)	15	1,8%
Prévention contre le paludisme	125	15,1%
Protection contre piqûres de moustique	686	82,9%
Total	828	100,0%

Tableau 47: Ménages possédant au moins une moustiquaire

Présence de moustiquaire dans le ménage (contrôlée physiquement)	Fréquence	Pourcentage
Absence de moustiquaire	131	15,8%
Présence de moustiquaire non imprégnée	196	23,7%
Présence de moustiquaire imprégnée	501	60,5%
Total	828	100,0%

Tableau 48: Proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et accouchées récentes ayant reçu de moustiquaire imprégnée

Enfants et femmes ayant reçu de moustiquaire imprégnée	Enfants de moins de 5 ans		Femmes enceintes et accouchées récentes	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	330	69,2%	157	68,3%
Non	147	30,8%	73	31,7%
Total	477	100,0%	230	100,0%

Tableau 49: Proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et accouchées récentes ayant dormi sous moustiquaire la dernière nuit précédant l'interview

Enfants et femmes ayant dormi sous moustiquaire la dernière nuit précédant l'interview	Enfants de moins de 5 ans		Femmes enceintes et accouchées récentes	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Oui	470	98,5%	206	89,6%
Non	7	1,5%	24	10,4%
Total	477	100,0%	230	100,0%

B. Termes de référence de l'étude

Programme Communautaire de lutte contre la Malnutrition au Niger, HKI/OFDA/USAID, 2012-2013

Termes de référence

Analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques des Ménages en matière de santé/nutrition de la mère et de l'enfant

1. Contexte et justification de l'étude

Le programme de Renforcement des capacités des structures sanitaires et communautaires pour la prévention et le traitement de la malnutrition au Niger, exécuté par HKI avec l'appui financier d'OFDA/USAID, a démarré ses activités depuis 2005 suite à la crise alimentaire et nutritionnelle de 2004-2005. Il a pour but de renforcer/consolider durablement le système de santé par des interventions partant du niveau communautaire en mettant l'accent sur le suivi régulier des enfants, la communication pour un changement de comportement, la promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN), les techniques de négociation, le dépistage actif des malnutris, leur référence précoce vers les centres appropriés de traitement et le soutien à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée dans les formations sanitaires.

Les activités du programme sont d'une part mises en œuvre de manière intégrée au système sanitaire étatique et d'autre part au niveau communautaire. L'exécution est réalisée par des relais choisis de manière consensuelle par les communautés.

Ce programme a bénéficié aussi de l'appui du PAM notamment dans son volet, prise en charge de la malnutrition aigue modérée avec le ravitaillement en suppléments alimentaires et matériel de préparation du prémix et de la bouillie. L'UNICEF apporte également un appui, principalement dans la fourniture des intrants thérapeutiques pour la prise en charge des cas sévères ainsi que celle des intrants/médicaments pour le traitement systématique des malnutris à tous les niveaux en plus de l'équipement ou du matériel technique pour la prise des mesures anthropométriques.

Ce programme s'inscrit dans le cadre des interventions d'urgence mis en œuvre, en réponse aux crises alimentaires récurrentes au Niger. La phase actuelle est acquise pour une période de 12 mois, allant de Juin 2012 à Mai 2013. Elle constitue ainsi, la phase de consolidation et d'appropriation des acquis des phases précédentes dans les zones d'intervention de Diffa, Zinder et Doutchi.

Cette phase sera mise à profit, pour réaliser des interventions en matière de santé/nutrition dans le district sanitaire de Gaya. Ces interventions seront axées sur le changement progressif d'attitudes, de pratiques et l'adoption de comportements favorables à la santé et à la nutrition des mères et des enfants. Sa mise en œuvre permettra à HKI de démontrer son expertise et de documenter son expérience à travers des recherches opérationnelles, des enquêtes CAP et de couverture en vue de l'obtention d'un financement pour le développement d'une phase de longue durée (au moins 5 ans).

Afin de rendre ces interventions efficaces, leur mise en œuvre doit s'appuyer sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements des communautés. Ainsi, dans le but d'évaluer les progrès qui seront réalisés dans la zone d'intervention en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants, il sera procédé à une étude de base dans le district sanitaire de Gaya, notamment dans la zone d'intervention.

2. But de l'étude

Evaluer le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques des ménages en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants dans la zone d'intervention du district sanitaire de Gaya. Cette étude CAP produira des données de base avant la mise en œuvre des interventions de HKI dans le district.

3. Objectifs de l'étude

- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles/communautés concernant la santé et la nutrition des mères et des enfants en rapport avec : l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le suivi de la croissance de l'enfant, l'hygiène, la prise en charge de la diarrhée, du paludisme, de la toux et des difficultés respiratoires, la reconnaissance des signes de dangers de ces trois maladies et la recherche des soins ;
- Collecter et analyser les informations relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des individus/ménages/familles /communautés concernant la santé et la nutrition des femmes enceintes, des femmes nouvellement accouchées et des femmes allaitantes en rapport avec : la consultation prénatale, l'accouchement, la consultation postnatale, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'alimentation de la femme enceinte et de la femme allaitante, la recherche des soins et la planification familiale ;
- Identifier les déterminants de ces comportements ;
- Identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention axée sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant.

4. Résultats attendus

- Le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques des ménages en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants dans la zone d'intervention du district sanitaire de Gaya est évalué ;
- Les données de base sont générées pour la mise en œuvre des interventions de HKI dans le district.

5. Méthodologie

Le/la consultant(e) proposera dans son offre technique et financière, la démarche qu'il adoptera pour pouvoir atteindre les objectifs ci-dessus énumérés. Il/elle inclura entre autres les techniques suivantes pour ce travail : analyse documentaire, discussion de groupe, interviews individuelles, observation directe de la situation et du cadre de vie.

Domaines d'intérêt à explorer chez l'enfant

- Allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'à six mois ;

- Alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois y compris l'allaitement maternel prolongé ;
- Hygiène et lavage des mains ;
- Vaccination ;
- Utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Traitements adéquats des maladies de l'enfant à domicile ;
- Alimentation des enfants malades ;
- Recherche de soins appropriés hors domicile.
- Rôle des hommes dans les soins aux enfants

Domaines d'intérêt à explorer chez la femme enceinte et la femme allaitante

- Consultation prénatale ;
- Accouchement ;
- Consultation postnatale ;
- Hygiène et lavage des mains ;
- Vaccination ;
- Utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Alimentation de la femme enceinte ;
- Alimentation de la femme allaitante ;
- Recherche des soins appropriés hors domicile ;
- Rôle des hommes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- Planification familiale et espacement des naissances.

6. Proposition des indicateurs

Domaines d'intérêt à explorer	Indicateurs
Allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'à six mois	<ul style="list-style-type: none"> • % des enfants de 0 à 6 mois ayant été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance ; • % des enfants de 0 à 6 mois exclusivement allaités
Alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois y compris l'allaitement maternel prolongé	<ul style="list-style-type: none"> • % de mères d'enfants âgés de 6-23 mois qui connaissent l'âge approprié d'introduction des aliments de complément ; • % des enfants de 6 à 8 mois recevant une alimentation adéquate (au moins de 2 repas par jour en plus du lait maternel) ; • % des enfants de 9 à 23 mois recevant une alimentation adéquate (au moins de 3 repas par jour en plus du lait maternel) ; • % des enfants âgés de 6-23 mois dont l'alimentation est composée de 4 groupes d'aliments ou plus au cours des dernières 24 heures ; • % des enfants âgés de 20 – 23 mois ayant consommé du lait au cours des dernières 24 heures
Hygiène et lavage des mains	<ul style="list-style-type: none"> • % des mères (personnes en charge des enfants) qui se lavent les mains pendant les cinq moments critiques (avant de manger, avant de donner à manger à l'enfant, avant de préparer les repas ; après la sortie des toilettes, après avoir nettoyé l'enfant qui vient de faire ses besoins) ; • % des ménages utilisant des latrines ; • % des ménages éliminant de manière hygiénique les excréta humains (y compris ceux des nouveaux nés)
Vaccination et supplémentation en vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> • % des enfants de 0-11 mois ayant reçu le VAR/DTC3/HepB3 : Pentavalent3 • % des enfants de 9 à 11 mois ayant reçu le VAR ; • % de femmes qui connaissent l'âge d'administration de la 1ere dose de vitamine A ; • % des enfants de 6-11 mois ayant reçu la vitamine A ; • % des enfants de 12-59 mois ayant reçu la vitamine A
Utilisation des moustiquaires imprégnées	<ul style="list-style-type: none"> • % d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des MII ; • % des ménages possédant au moins une MII ; • % d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire au cours de la dernière nuit ayant précédé l'interview
Traitements adéquats des maladies de l'enfant à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • % des enfants ayant reçu la SRO et Zinc pendant les épisodes de diarrhée ; • % des mères ayant connaissance des signes précoces de la diarrhée

Alimentation des enfants malades	<ul style="list-style-type: none"> • % des mères des enfants de 0 à 6 qui ont augmenté la fréquence des tétées durant le dernier épisode de maladie. • % d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu un repas supplémentaire durant le dernier épisode de maladie
Recherche de soins appropriés hors domicile	<ul style="list-style-type: none"> • % des mères (personnes en charge des enfants) qui reconnaissent les principaux signes de dangers des IRA, palu et diarrhée ; • % des ménages où un membre ayant effectué une visite pour des soins de santé (curatif, préventif, promotionnel) au CSI/Case de santé au cours des 6 derniers mois.
Rôle des hommes dans les soins aux enfants	Donnée qualitatives
Consultation prénatale	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture en CPN des femmes enceintes • Couverture en CPN recentrée des femmes enceintes.
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié.. • % de nouveaux nés ayant bénéficié d'une prise en charge de qualité (désobstruction nasale, sécher, soins oculaires, soins cordon ombilical, réchauffer, AME précoce, pesée, administration de vitK1).
Consultation postnatale	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture en CPON des femmes ayant accouché
Hygiène et lavage des mains	<ul style="list-style-type: none"> • % des mères (personnes en charge des enfants) qui se lavent les mains pendant les cinq moments critiques (avant de manger, avant de donner à manger à l'enfant, avant de préparer les repas ; après la sortie des toilettes, après avoir nettoyé l'enfant qui vient de faire ses besoins) ; • % des ménages utilisant des latrines ; • % des ménages éliminant de manière hygiénique les excréta humains (y compris ceux des nouveaux nés)
Vaccination/supplémentation en fer/acide folique	<ul style="list-style-type: none"> • % des femmes enceintes ayant reçu le VAT2 • % des femmes enceintes ayant reçu les comprimés de fer/acide folique au niveau du centre de santé ; • % des femmes enceintes ayant reçu les comprimés de fer/acide folique et qui en prennent un tous les jours ; • Couverture des besoins en fer/acide folique
Utilisation des moustiquaires imprégnées	<ul style="list-style-type: none"> • % des femmes enceintes ayant bénéficié de MII • % de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire la dernière nuit précédant l'interview.
Alimentation de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> • % des femmes enceintes ayant reçu des conseils nutritionnels • % des femmes enceintes qui consomment un repas supplémentaire tous les jours
Alimentation de la femme allaitante	<ul style="list-style-type: none"> • % des femmes allaitantes ayant reçu des conseils nutritionnels. • % des femmes allaitantes qui consomment deux repas supplémentaires tous les jours
Recherche des soins appropriés hors domicile	<ul style="list-style-type: none"> • % des ménages où un membre ayant effectué une visite pour des soins de santé (curatif, préventif, promotionnel) au CSI/Case de santé au cours des 6 derniers mois.
Rôle des hommes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Donnée qualitatives
Planification familiale et espacement des naissances	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation de la contraception • Couverture des besoins en contraceptifs.

7. Cible de l'étude

Ménage

- Parents d'enfants (pères et mères des enfants de moins de 5 ans) ;
- Femmes enceintes de plus de 4 mois ;
- Femmes en post partum ;
- Femmes allaitantes ;
- Grands parents.

Informateurs clés

- Chef du village ;

- Responsables religieux ;
- Responsables coutumiers ;
- Elus locaux ;
- Tradipraticiens.

Relais communautaires

Personnel de sante

- Agents de santé au niveau des CSI ;
- Agents de santé au niveau des Cases de Santé (CS) ;
- Agents de santé communautaire au niveau des CS ;
- Agents de santé des formations sanitaires privées ;
- Equipe Cadre de district sanitaire (ECD).

8. Charge de travail

L'étude couvrira l'ensemble des CSI, des cases de santé et des villages sans structures sanitaires de la zone d'intervention à Gaya (Voir tableau ci-dessous).

Description des sites appuyés	Gaya
Nombre des districts sanitaire	1
Nombre de CSI	6
Nombre de CS	12
Nombre de village sans formations sanitaires	18

9. Taches du/de la consultant(e)

1. Organiser la collecte de données en fonction de la méthodologie retenue (distribution et collecte des questionnaires) ;
2. S'assurer de la qualité des données collectées ;
3. Faire une analyse approfondie des indicateurs qualitatifs et quantitatifs en vue d'atteindre les objectifs de l'étude ;
4. Organiser un atelier de restitution des résultats de l'analyse ;
5. Produire et transmettre le rapport final avec toutes les données ainsi que des recommandations pratiques à HKI.

10. Profil/domaines de compétences du/de la consultant(e)

- Le consultant ou les membres du cabinet devrait démontrer qu'il(s) satisfait (font) aux conditions suivantes :
- Avoir au moins un diplôme minimum Bac +5 en sociologie - anthropologie, démographie - statistiques, santé publique - épidémiologie ou disciplines similaires ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle dans la sphère du Suivi-Evaluation ou d'analyse socio sanitaire ou des matières similaires ;
- Avoir l'expérience dans le développement et l'implémentation des enquêtes CAP-ménages incluant l'élaboration de questionnaires, la formation des équipes d'enquête, la collecte et l'analyse des données ;
- Faire preuve d'un très bon niveau de rédaction en Français ;
- Avoir une très bonne connaissance du système de santé au Niger et particulièrement au niveau périphérique ;
- Avoir une expérience avérée en matière de conception méthodologique d'enquêtes statistiques, de traitement et d'analyse des données socio économiques ;
- Expertise prouvée en matière de méthodes et d'analyse statistiques.

11. Durée de la consultation

Une durée d'un mois est prévue à compter du 1^{er} Août 2012.

Dispositions Finales

Les personnes physiques ou morales satisfaisant au profil ci dessus intéressées par le présent avis peuvent retirer les termes de références au niveau de bureau d'Helen Keller International (HKI) à Niamey, sis au Quartier Plateau, N° 97, Rue IB 067 BP: 11728, téléphone : (00227) 20 75 33 15/14.

Les offres techniques et financières pour cette étude doivent être déposées sous plis fermé aux bureaux d'Helen Keller International (HKI) à Niamey, à Diffa, à Zinder et à Dosso, au plus tard le 23 Juillet 2012 à 17 h. ou envoyer directement par mail à l'adresse suivante : rzeine@hki.org.

C. Chronogramme détaillé de l'étude

Analyse des CAP des populations en santé nutrition de la femme et de l'enfant à Gaya **Indication de chronogramme d'activités**

Mercredi 22 – jeudi 30 août

- Formalités administratives
- Finalisation du recrutement des enquêteurs
- Elaboration de masque de saisie
- Multiplication des questionnaires

Vendredi 31 août

- Départ sur Gaya
- Prise de contact et séance de travail avec ECD et équipe HKI Gaya

Samedi 01 septembre

- Formation des enquêteurs
- Pré-test des questionnaires
- Constitution de 2 sous équipes
- Finalisation des itinéraires et circuits de collecte des données

Dimanche 02 septembre – lundi 10 septembre

- Collecte intensive des données
- Vérification des données
- Saisie des données

Mardi 11 septembre

- Retour à Niamey

Mercredi 12 – vendredi 14 septembre

- Analyse des données
- Elaboration/dépôt des tables par l'expert informaticien, au CRAMS
- Elaboration/dépôt de rapport de l'assistant de recherche, au CRAMS

Samedi 15 – dimanche 23 septembre

- Rédaction de rapport de l'étude

Lundi 24 septembre

- Dépôt de rapport provisoire à HKI

Mardi 25 – jeudi 27 septembre

- Amendement de rapport provisoire par HKI
- Elaboration de PowerPoint en vue de la restitution

Vendredi 28 septembre

- Restitution des résultats de l'étude

Samedi 29 – dimanche 30 septembre

- Finalisation du rapport de l'étude
- Dépôt de rapport final à HKI

D. Liste des villages ciblés de HKI visités

Villages avec formation sanitaire (FS)	Type de FS	Distances entre CSI et CS	Distances entre CSI/CS et HD	Distances entre CSI/CS et CHR	Villages sans formation sanitaire
BANA	CSI	0	30	150	Oumboutché (Bezougou), Massana, Dongon Dagji
FASKA	CS	9	39	169	
MALLAN KADI	CS	6	36	156	
BENGOU	CSI	0	24	154	Kari Guéfo, Hamdalaye, Nadéwa
KOIRA TEGUI	CS	10	20	140	
GARIN TOMO	CS	14	37	172	
MALGOROU	CSI	0	40	110	Lesso, Dabaga, Goumandey
GARIN HAMANI	CS	9	49	118	
TANAGAYE	CS	12	43	122	
SIA	CSI	0	35	115	Tassobou Bayi Koira, Zaroumey Tounga, Bouma2
LADAN KOIRA	CS	11	46	125	
MAIKASSOUA KOIRA	CS	4	39	141	
TANDA	CSI	0	20	170	Kourroumoukou, Kakorey, Konza
MOUMBOYE TOUNGA	CS	10	30	180	
ALFAGAYE-BELANDE	CS	11	31	181	
TOUNOUGA	CSI	0	23	173	Bouney Bouney, Tounga Nadania, Tounga Doutchi
GATTAWANI-BERI	CS	8	15	165	
BANIZOUMBOU	CS	5	20	170	

E. Liste des personnes clés rencontrées dans les villages

Villages	Noms et prénoms	Statuts
MALGOROU	Halirou Mamane	Représentant chef de village
	Djibo Maiguizo	Représentant leader religieux
	Mme Oumarou Garba	Relais communautaire
	Major Moumouni Hassane	Chef du CSI
DABAGA	Abdoulaye Saidou	Chef de village
	Abdou Zakari	Relais communautaire
	Garba Noma	Leader religieux
	Djibrila Hinsa	Leader d'opinion
	Djibo Soumana	Leader d'opinion
TANAGAYE	Ibrahim Sala	Chef de village
	Mai Ali Sambo	Agent de santé
	Mallam Cheffou	Leader religieux
	Rakia Saley	Matrone
	Maimouna	Matrone
	Adamou Ibrahim	Président COGES
GARIN HAMANI	Moumouni Hamani	Chef de village
	Djamila Idi	Agent de santé
	Hassane Djibo	Président de COGES
	Djamila Hassan	Trésorier
	Zara Adamou	Matrone
LESSO	Tahirou Chaibou	Chef de village
	Bizo Wahabou	Représentant de chef de village

	Mahamadou Boubé	Relais communautaire
	Mallam Hambali	Représentant leader religieux
	Abdou Ibrahim	Matrone
	Mairi Housseini	Matrone
GOUMANDEY	Harouna Hamidou	Chef de village
	Kadi Issaka	Relais communautaire
	Hamadou Beidou	Relais communautaire
	Hamsa Ali	Matrone
	Saley Karimou	Leader religieux
	Haoua Boureima	Comité de salubrité
	Zeinabou Ali	Comité de saubrité
SIA	Mahamadou Yacouba	Représentant chef du village
	Omarou Sani	Relais communautaire
	Saidou Mamane	Président COGES
	Mme Abdoulaziz Mariama	Sage femme
	Mme Guero Dijé	Présidente comté de salubrité
	Igué Harouna	Matrone
	Dadi Moussa	Matrone
	Mme Gourmou Aï	Matrone
BOUMA 2	Adamou Bassiyena	Chef de village
	Mahamadou Bassiyéna	Leader religieux
	Dijé Mahamdou	Comité d'hygiène
	Abdoulaye Gourgoni	Comité d'hygiène
	Oumarou Bassiyena	Relais communautaire
	Samou Oumarou	Matrone
	Salamatou Assoumane	Matrone
ZAROUMEY TOUNGA	Ousseini Mounkaila	Chef de village
	Fati amadou	Leader d'opinion
	Fati Moumouni	Leader d'opinion
	Amina Tinno	Présidente comité de salubrité
MAIKASSOWA KOIRA	Garba Anarouwa	Chef de village
	Mme Sa' adou Balki	Agent de santé
	Mme Boubé Ousseina	Comité D'hygiène
	Mme Maikassouwa Amina	Matrone
TASSOBON BAYI KOIRA	Djibrila kotegui	Chef de village
	Garba Barki	Secrétaire chef de village
	Issaka Ganda	Leader religieux
	Zeinabou ibrahim	Matrone
LANDAN KOIRA	Elhadji Garba Issaka	Chef de village
	Djibo Adamou	Relais communautaire
	Rabi Garba	Président comité de salubrité
	Hamsa Adamou	Matrone
TANDA	Abdou Bawa	Président COGES
	Oumarou Kaka	Trésorier
	Daouda Mairiga	Animateur de la radio
	Maria Labou	Matrone
	MAIMOUNA Garba	Matrone
KONZA	Issoufou Labo	Chef de village
	Moussa Amadou	Secouriste
	Sadou Kadjo	Leader religieux
	Mahamadou Djibrila	Leader religieux
	Rahanatou djibrila	Matrone
	Zouera Bawa	Matrone
	Maman Sadou	Leader d'opinion
	Oumarou Labo	Leader d'opinion

ALFAGAYE BELANDE	Amadou Abdoulaziz	Chef de village
	Mahamadou	Agent de santé
	Djibo Abdoulmoumouni	Leader religieux
	Hassan Issa	Président COGES
	Safi Mazou	Comité de salubrité
MOUBOYE TOUNGA	Saidou Hantchi	Chef de village
	Ali Idrissa	Chef de quartier
	Abdoulkarim Namata	Chef de quartier
	Tahirou Sonna	Leader d'opinion
	Ismael Idrissa	Leader d'opinion
	Idé Abdou	Leader d'opinion
	Abdou Assouman	Leader d'opinion
	Djibo Elhadji	Président COGES
	Elhadji Sani Oumarou	Conseil communal
Hamani Samna	Leader d'opinion	
KOUROUMOUKOU	Harouna Maman	Chef de village
	Souley Ibrah	Leader religieux
	Tinno Yamdo	Leader religieux
	Sanda Guiwa	Président COGES
	Jima Dan Baro	COGES
	Bonzougou	Matrone
KAKORE	Ali Halidou	Chef de village
	Yacouba Amadou	Leader religieux
	Chatou Halidou	Matrone
	Yahaya Halidou	Leader d'opinion
	Hamidou Oumarou	Leader d'opinion
	Nasirou Amadou	Leader d'opinion
	Ibrahim Halidou	Leader d'opinion
TOUNGA NADANIA	ELHADJI MAMANE	Leader d'opinion
	KANDE	Matrone
	AZOUMI	Matrone
	RAKIA	Leader d'opinion
TOUNGA DOUTCHI	HANTCHI	Matrone
	ALOU	Chef de village
GATTAWANI BERI	Abdoulaye Alou	Chef de village
	Salamatou oumarou	Leader d'opinion
	Garba Abdou	Leader d'opinion
BOUNE BOUNE	Maman Sani	Chef de village
	Adamou Maman	Leader d'opinion
BANIZOUMBOU	Hassane	Chef de quartier
	Idrissa Adamou	Agent de santé
	Salamatou	Matrone
TOUNGA	Baraka mamane	Matrone
	Harouna	Chef de village
	Manou	Président COGES
NADEWA	Haoua	Matrone
	Hadjo	Matrone
	Manou	Agent de santé
	Maman Gnalli	Leader d'opinion
GARIN GUEFO	Namata Djado	Chef de village
	Ali Namata	Agent DBC
	Ousseina Seydou	Leader d'opinion
BENGOU	Sâa	Leader d'opinion
	Salamatou	Leader d'opinion
	Issoufou Dobi	Chef de village

KOIRA TEGUI	Abdou Hassan	Chef de village
	Maïmouna	Matrone
	Hadjo	Leader d'opinion
GARIN TOMO	Mahamadou Namata	Chef de village
	Abou Yagi	Présidente du groupement féminin
	Haoua Moussa	Matrone
HAMDALLAYE	Fati Ali	Matrone
	Garba Hassan	Chef de village
	Aï	Leader d'opinion
MALAN KADI	Maïbourouyi Abareh	Chef de village
	Maman Gouzayé	Agent de santé
	Aï Sani	Leader d'opinion
BANA	Dawaki Ali	Chef de village
	Mme Allassane	Leader d'opinion
	Fati Ibrah	Leader d'opinion
FASKA	Maâzou Manou	Agent de santé
	Gagara Bogagi	Chef de village
	Gomma Manou	Matrone
DOGON DAGI	Attahirou Anatché	Chef de village
	Djamila Lihada	Leader d'opinion
	Hadiza	Matrone
BEZOUGO	Hamidou Djibo	Chef de village
	Ouna Moussa	Matrone
MASSAMA	SaâUdatou Djibo	Matrone
	Azoumi	Leader d'opinion
	Gouzayé Zongo	Leader d'opinion
	Alio Elhadji Mahamadou	Leader d'opinion

F. Composition de l'équipe d'enquête

Amadou Abdou Dangali, Sociologue, Assistant et superviseur
Mme Balkissa, Superviseur HKI Gaya, superviseur
Ibo Nouhou, Technicien d'hygiène et d'assainissement, Enquêteur
Melle Habibou Hassan Balkissa, Sociologue, Enquêtrice
Mme Ibo Saadia Adamou, Enseignante, Enquêtrice
Mahaman Salissou Elh, Saley, Juriste, Enquêteur
Mme Alkassoum Fati Hassane, Agent de développement, Enquêtrice
Mme Keita Rakiatou Mounkaila, Agent de développement, Enquêtrice

G. Questionnaire mère d'enfant de moins de 5 ans

Questionnaire "mère d'enfant de moins de 5 ans"

Date : Village de:

Enquêteur-teur : Numéro questionnaire (Ne pas remplir).....

I. Identification de l'enquêtée

- 1- Age : Moins de 18 ans [] 18 à 30 ans [] 31 à 40 ans [] Plus de 40 ans []
- 2- Parité : 1 enfant [] 2 à 3 enfants [] 4 à 6 enfants [] 7 enfants et plus []
- 3- Niveau d'instruction : Primaire [] Secondaire [] Supérieur [] Aucun []
- 4- Sexe du dernier enfant : Féminin [] Masculin []

- 5- Age dernier enfant : 6mois [] 6 à 8mois [] 9 à 11 mois [] 12 à 23mois [] 24 à 35mois [] 36 - 59mois []
- 6- Taille du ménage : 3 personnes [] 4 à 7 personnes [] 8 personnes et plus []
- 7- Activité de la femme : ménagère [] commerçante [] artisanne [] fonctionnaire [] autres []
- 8- Activité chef ménage : agriculture [] élevage [] commerce [] artisan [] fonctionnaire [] autre []

II. Attitudes et pratiques en santé et nutrition de l'enfant

2.1. Allaitement maternel

9- Selon vous quelle est l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant ? (*Plusieurs réponses sont possibles*) 

- Le lait maternel est riche et favorise le développement de l'enfant []
- Il protège l'enfant des maladies []
- Il donne de l'énergie et permet à l'enfant d'être en bonne forme []
- Il est hygiénique, pratique et adapté à l'enfant []
- Il ne s'achète pas [] Il favorise la relation mère-enfant []
- Il favorise l'espacement des naissances et réduit le risque de grossesse rapprochée []
- Ne sais pas [] Autre (à préciser)..... []

10- Votre dernier enfant, a-t-il été allaité?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

11- A-t-il été automatiquement mis au sein (dans l'heure qui suit la naissance)? 

- Oui [] Non [] Ne sais pas []

12- Si NON, pourquoi ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)

- L'enfant ne prenait pas le sein [] Il n'y avait pas eu de montée laiteuse []
- La mère était malade [] Il fallait attendre quelques jours []
- Il fallait d'abord examiner le lait []
- Il fallait lui donner d'abord autre chose (à préciser)..... []
- C'est la tradition [] Ne sait pas []
- Autre (à préciser)..... []

13- Pendant combien de temps votre enfant a été ou est alimenté uniquement avec le lait maternel, même pas de l'eau? 

- Moins d'1 mois [] 1 à 2 mois [] 3 à 4 mois []
- 5 à 6 mois [] Plus de 6 mois [] Ne sais pas []

14- Quels aliments ou produits autres que le lait maternel donnez-vous à votre enfant avant l'âge de 6 mois? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Rien du tout [] Eau simple [] Lait d'animaux ou industriel []
- Décoctions de feuilles ou de racines [] Eau sucrée ou jus de fruit []
- SRO [] Médicaments []
- Préparation familiale (pate, boule, bouillie, sauce, riz...) []
- Autre (à préciser) : []

15- Si OUI un aliment ou produit est donné avant l'âge de 6 mois à l'enfant, pourquoi? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Il fait chaud et l'enfant a soif [] Le lait maternel ne suffit pas []
- L'enfant peut mourir de soif [] L'enfant était malade []
- La mère était malade [] C'est l'habitude ou la pratique []
- Influence des grands parents de l'enfant ou d'autres enfants, etc. []
- Du fait de la charge de travail de la mère []
- Ne sait pas []
- Autre (à préciser) : []

2.2. Alimentation complémentaire à partir de 6 mois

16- Selon vous, pourquoi un enfant a besoin d'aliments de complément en plus du lait maternel **à partir de 6 mois**? *Plusieurs réponses sont possibles* 

- Le lait maternel seul ne suffit pas []
- Le lait maternel est moins riche []
- L'enfant a l'âge de manger []
- Pour la bonne croissance de l'enfant ou qu'il grandisse bien []
- Ne sais pas []
- Autre (à préciser) : []

17- A quel âge doit-on introduire des aliments de complément à l'enfant?

- Avant l'âge de 6 mois [] A partir de l'âge de 6 mois []
- A l'âge de plus de 6 mois [] Ne sait pas []

18- Continuez-vous à allaiter votre enfant au sein **après 6 mois**?

- Oui [] Non []

19- Si L'ENFANT A 6 à 8 MOIS : Depuis hier à la même heure que maintenant , combien de fois a-t-il mangé d'aliments de complément (repas par jour) en plus du lait maternel?

- Aucune fois [] 1 fois [] 2 fois []
- Plus de 2 fois [] Ne sait pas []

20- Si L'ENFANT A 9 à 23 MOIS : Depuis hier à la même heure que maintenant, combien de fois a-t-il mangé d'aliments de complément (repas par jour) en plus du lait maternel?

- Aucune fois [] 1 fois à 2 fois [] 3 fois []
- Plus de 3 fois [] Ne sait pas []

21- Cet enfant de 9 à 23 mois, de quels groupes d'aliments est composée son alimentation au cours des dernières 24 heures? 

Groupe 1 : plat courant (pate, ~~uwo~~, riz, pates alimentaires, tubercules, boule ou fura ou donou)

Groupe 2 : sauce de gombo, arachide, légumes et autres feuilles, au gras

Groupe 3 : viande, poisson, œufs, foie, sardine, haricot

Groupe 4 : boisson (lait et autres produits laitiers, jus de fruits, bissap, sucreries)

Groupe 5 : autres en-cas (galettes, biscuits, arachide simple, bonbon, chocolat, beignet...)

- Aucun aliment d'un de ces groupes n'est cité []
- Aliments de 1 à 3 groupes différents sont cités []
- Aliments de 4 groupes différents sont cités []
- Aliments de plus de 4 groupes différents sont cités []

22- Si L'ENFANT A 20 à 23 MOIS : Est-ce qu'il a consommé du lait au cours des dernières 24 heures?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

23- Si OUI, quel genre de lait?

- Lait maternel []  it local d'animaux [] Lait industriel []
- Autre (à préciser) : []

2.3. Eau, Hygiène et Assainissement

24- Quelle est la principale source d'eau que boivent les membres de votre ménage?

- Améliorée (forage / robinet / puits équipé de pompe manuelle ou électrique, eau chlorée à la source, en bouteille/sachet, source protégée avec réseau d'adduction et robinets) []
- Semi-améliorée (puits ouvert cimenté, pompe à main en mauvais état sans drainage) []
- Non améliorée (eaux de surface, marigot, rivière, puits traditionnel) []

25- Quelle est la distance moyenne entre votre foyer et la principale source d'eau potable?

- Moins de 100 mètres [] 100 à 200 mètres []
- 200 à 500 mètres [] 500 m et plus []

26- Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus propre avant de la boire?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

27- Si OUI, que faites-vous habituellement pour rendre plus salubre l'eau que vous buvez?

- La faire bouillir [] Y ajouter de l'eau de javel/chlore []
- La filtrer (à travers un linge, céramique, sable, composite) []
- Désinfection solaire [] Laisser reposer []
- Ne sais pas []
- Autre (à préciser) : []

28- Selon vous, quel est l'intérêt de se laver les mains?

- Pour prévenir la diarrhée []
- Pour éviter de contracter ou prévenir d'autres maladies []
- Pour l'hygiène du corps et des mains [] Ne sait pas []
- Autre (à préciser) []

29- Habituellement, à quels moments lavez-vous vos mains? *Plusieurs réponses sont possibles* 

- Avant de préparer à manger [] Avant de nourrir les enfants []
- Avant de manger [] Après avoir mangé []
- Après avoir été aux toilettes [] Après avoir nettoyé 1 enfant ayant fait des selles []
- Autre (à préciser) []

30- Qu'est-ce que vous utilisez pour laver vos mains? 

- Eau simple [] Eau + savon [] Eau + cendre []
- Autre (à préciser) []

31-  AVEC EAU + SAVON, contrôler la présence physique de savon au point de lavage des mains

- Présence de savon [] Absence de savon []
- N'existe pas de point de lavage des mains []

32- Quel est le lieu de défécation pour les adultes?

- Latrines [] Défécation à ciel ouvert []

33- Comment gérez-vous les excréments des bébés?

- Excréments recueillis dans un pot et versés dans des latrines, ou enterrés []
- Résidus jetés à l'air libre []

2.4 Vaccination et supplémentation en vitamine A

34- Selon vous pourquoi on vaccine les enfants?

- Pour éviter des maladies [] Ne sait pas []
- Autre (à préciser): []

35- Si POUR EVITER DES MALADIES, lesquelles? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Polio [] Tuberculose [] Fièvre jaune [] Coqueluche []
- Méningite [] Rougeole [] Tétanos [] Iphérie []
- Autres (à préciser): []

36- Est-ce que votre enfant a été au moins une fois vacciné?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

37- Si OUI, a-t-il reçu le VAR/DTC3/HepB3 : Pentavalent3 à l'âge de 0-11 mois? (vérifier carnets ou cartes de vaccination)

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

38- A-t-il reçu le VAR à l'âge de 9 à 11 mois? (vérifier carnets ou cartes de vaccination)

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

39- Si OUI (au 27 ou 28 ou 29), où votre enfant a-t-il bénéficié de cette vaccination ?

- Au Centre de santé [] A la campagne de vaccination (JNV) []
- Lors de stratégie mobile/avancée) []
- Autre (à préciser) []

40- Votre enfant a-t-il bénéficié de la supplémentation en vitamine A, à l'âge de 6-11 mois? (vérifier carnets ou cartes de vaccination)

- Oui [] Non [] Ne sais pas []

41- Votre enfant a-t-il bénéficié de la supplémentation en vitamine A, à l'âge de 12-59 mois? (vérifier carnets ou cartes de vaccination)

- Oui [] Non [] Ne sais pas []

42- Si OUI (au 31 ou 32), où votre enfant a-t-il bénéficié de cette supplémentation en vitamine A?

- Au Centre de santé [] A la campagne de supplémentation de masse (JNM) []
- Lors de stratégie mobile/avancée) [] Autre à préciser) []

43- Si NON, pourquoi l'enfant n'a pas bénéficié de vaccination ou de supplémentation en vitamine A?

- Il n'a pas l'âge requis []
- Il n'a pas été amené au centre de santé []
- L'accès au centre de santé est difficile []
- On ne fait pas, ou le vaccin et la vitamine A ne sont pas disponibles au centre de santé []
- Ne sais pas []
- Autre à préciser) []

2.5 Utilisation de la moustiquaire imprégnée

44- Selon vous, quel est l'intérêt de dormir sous moustiquaire?

- Protection contre le froid [] Pour l'intimité []
- Protection contre les piqûres de moustiques []
- Prévention contre le paludisme []
- Protection contre les mouches et autres insectes
- Ne sais pas []
- Autre à préciser) []

45- Disposez-vous de moustiquaire dans votre ménage ? (Contrôle physique de la moustiquaire)

- Présence de moustiquaire non imprégnée []
- Présence de moustiquaire imprégnée []
- Absence de moustiquaire []

46- Si OUI, quel en est le mode d'acquisition ?

- Achat []
- Don lors de distribution de masse []
- Don lors de consultation, de dépistage ou de prise en charge []
- Autre mode d'acquisition (à préciser) []

47- Habituellement, qui dort sous moustiquaire imprégnée dans votre ménage ?

- Le chef de ménage [] Les enfants [] Moi-même []
- Autre personne (à préciser) []
- Aucune personne []

48- La nuit dernière, est-ce que votre enfant de 0 à 5 ans a dormi sous moustiquaire imprégnée?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

49- Si OUI, à quel moment l'aviez mis sous moustiquaire?

- Avant Maghrib [] Tôt après Maghrib [] Longtemps après Maghrib []
- Tard dans la nuit [] Autre moment (à préciser) []

2.6 Traitements adéquats des maladies de l'enfant à domicile

50- Votre enfant a-t-il fait de la diarrhée dans les 2 dernières semaines?

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

51- Si OUI, qu'est-ce que vous aviez fait à domicile?

- Lui donner à boire beaucoup d'eau []
- Lui donner de SRO, de Zinc []
- Lui donner de médicaments []
- Lui donner de décoction/tisane
- Autre (à préciser) []
- N'a rien fait []

52- Avez-vous entendu parler de Solution Salée Sucrée (SSS)?

- Oui [] Non []

53- Si OUI, Comment on prépare la SSS?

(1litre d'eau propre + 8 morceaux de sucre + 1 capuchon de sel)

- Réponse correcte [] Réponse fausse [] Ne Sait Pas []

54- Quels moyens vous connaissez pour éviter la diarrhée chez l'enfant? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Lavage des mains [] Protection des aliments []
- Allaitement exclusif [] Utilisation d'eau potable []
- Utilisation des latrines []
- Autre (à préciser) []
- Ne sais pas []

2.7 Alimentation complémentaire aux enfants malades



55- Lorsque l'enfant de 0 à 6 mois fut malade, comment a été la fréquence des tétées?

- La même que d'habitude [] Diminuée []
- Augmentée [] Ne sait pas []

56- Lorsque l'enfant de 6 à 59 mois fut malade, comment a été son alimentation complémentaire?

- Aucune alimentation complémentaire []
- Même nombre de repas que d'habitude []
- Nombre de repas diminué []
- Nombre de repas augmenté []
- Ne sait pas []

57- Quel aliment faut-il pour un enfant malade à part les médicaments?

- Allaitement [] Fruit [] Aliments thérapeutiques []
- Purée [] Repas familial []
- Autre (à préciser) : []
- Ne sais pas []

2.8. Reconnaissance des signes de danger et recherche de soins appropriés hors domicile

58- Quels symptômes ou signes de paludisme vous connaissez, qui indiquent que l'enfant court un danger et doit être amené dans un centre de santé? *Plusieurs réponses sont possibles*



- Fièvre [] Maux de tête [] Frissons []
- Convulsions [] Diarrhée [] Refus de manger []
- Vomissements [] Devenu mou, ne parlant plus []
- Autre (à préciser) []
- Ne sais pas []

59- Quels moyens vous connaissez, pour protéger l'enfant du paludisme? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Le faire dormir sous moustiquaire [] le protéger du soleil []
- Bombe d'insecticides/spirales [] Lui faire prendre des médicaments []
- Lui faire boire infusion/tisane []
- Autre (à préciser) []
- Ne sais pas []

60- Quand un enfant souffre de toux, quels signes indiquent qu'il court un danger et doit être amené dans un centre de santé? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Respiration rapide [] Difficulté à respirer []
- Respiration bruyante [] Fièvre []
- Devenu très malade []
- Autre signes (à préciser) []
- Ne sait pas []

61- Au cours des 6 derniers mois, quel a été le recours des membres de votre ménage pour les soins?

- Automédication [] Centre de santé [] Guérisseur traditionnel []
- Autre recours (à préciser) []
- Ne sait pas [] Aucun []

2.9. Rôle des hommes dans les soins aux enfants

62- Habituellement, pour la recherche des soins aux enfants, qui prend les décisions dans votre ménage ?

- Le chef de ménage [] Moi-même []
- La grand-mère ou le grand-père de l'enfant []
- Autre personne (à préciser) []

63- Est-ce que votre mari accompagne l'enfant au centre de santé pour les soins?

- Oui [] Non []

III. Opportunités et contraintes

64- Selon vous qu'est ce qui peut favoriser la mise en œuvre des interventions de santé et de nutrition de l'enfant ?

.....

65- Selon vous qu'est ce qui peut être une contrainte pour la mise en œuvre des interventions de santé et de nutrition de l'enfant?

.....

H. Questionnaire Femme enceinte de plus de 4 mois et accouché dans les 3 mois

Questionnaire "femme enceinte de plus de 4 mois / ayant accouché récemment (dans les 3 mois)"
--

Date : Village de:

Enquêtrice-teur : Numéro questionnaire (Ne pas remplir).....

I. Identification de l'enquêtée

66- Age : Moins de 18 ans [] 18 à 30 ans [] 31 à 40 ans [] Plus de 40 ans []

67- Nombre de grossesse : 1^e grossesse [] 2^e à 4^e grossesse [] 5^e grossesse et plus []

68- Parité : 1 enfant [] 2 à 3 enfants [] 4 à 6 enfants [] 7 enfants et plus []

- 69- Niveau d'instruction : Primaire [] Secondaire [] Supérieur [] Aucun []
- 70- Activité de la femme : ménagère [] commerçante [] artisanne [] fonctionnaire [] autres []
- 71- Activité chef ménage : agriculture [] élevage [] commerce [] artisan [] fonctionnaire [] autre

II. Connaissances attitudes et pratiques en santé nutrition

*NB : L'enquêtrice-teur doit **absolument** poser les questions mais aussi demander à voir les carnets pour procéder à une vérification des déclarations de l'enquêtée*

2.1. Consultation prénatale

- 72- Selon vous, pourquoi il est important de faire la consultation prénatale?
- Pour suivre ou contrôler la santé de la mère et de l'enfant []
 - Pour suivre la grossesse, détecter les complications et les prendre en charge []
 - Pour raison de santé de la femme []
 - Autre (à préciser) : []
 - Ne sait pas []
- 73- A quel moment une femme enceinte doit se rendre chez un agent de santé pour la première consultation? (*chercher à connaître les mois*)
- Au premier trimestre, 1 à 3 mois [] Au milieu de la grossesse, 4 à 6 mois []
 - Au dernier trimestre, 7 à 9 mois [] Aucun besoin de voir l'agent de santé []
 - Ne sait pas []
- 74- Avez-vous effectué de consultations prénatales pour la grossesse de cet enfant?
- Oui [] Non []
- 75- Si NON, Pourquoi?
- Il n'y a pas de centre de santé [] L'agent de santé est absent []
 - Il n'est pas encore temps [] On ne m'a pas demandé de faire []
 - Je vais faire ça après [] Il n'y a pas de problème jusqu'ici []
 - Autre (à préciser) : []
 - Ne sait pas []
- 76- Si OUI, combien de CPN avez-vous faite?
- 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] Plus de 4 []
- 77- De quoi avez-vous bénéficié lors de ces consultations?
- De traitement curatif [] D'examen [] De conseils []
 - De traitement préventif [] Autre (à préciser) : []

2.2. Accouchement

- 78- Où avez-vous accouché la dernière fois?
- Au centre de santé [] A la maison [] N'a pas encore accouché []
- 79- Si A LA MAISON, pourquoi?
- Manque de centre de santé [] Eloignement du centre de santé []
 - Absence de l'agent de santé [] C'est la pratique, la tradition []
 - N'accepte pas de se faire accoucher par un homme []
 - Surprise par l'accouchement, temps de travail court [] Il faisait nuit []
 - Il n'y avait pas de problème ou de complication à priori [] Ne sait pas []
 - Autre (à préciser) : []
- 80- Si AU CENTRE DE SANTE, de quels soins a bénéficié le nouveau-né? *Plusieurs réponses sont possibles*
- Désobstruction nasale [] Séchage []
 - Soins oculaires [] Soins cordon ombilical []

90- Selon vous, quel est l'intérêt de se laver les mains?

- Pour prévenir la diarrhée [] Pour éviter de contracter ou prévenir d'autres maladies []
- Pour l'hygiène du corps et des mains [] Ne sais pas []
- Autre (à préciser) []

91- Habituellement, à quels moments lavez-vous vos mains? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Avant de préparer à manger [] Avant de nourrir les enfants []
- Avant de manger [] Après avoir mangé []
- Après avoir été aux toilettes []
- Après avoir nettoyé un enfant qui a émis des selles []
- Autre (à préciser) []

92- Qu'est-ce que vous utilisez pour laver vos mains?

- Eau simple [] Eau + savon [] Eau + cendre []
- Autre (à préciser) []

93- Si AVEC EAU + SAVON, contrôler la présence physique de savon au point de lavage des mains

- Présence de savon [] Absence de savon []
- N'existe pas de point de lavage des mains []

94- Quel est le lieu de défécation pour les adultes?

- Latrines [] Défécation à ciel ouvert []

95- Comment gérez-vous les excréments des bébés?

- Excréments recueillis dans un pot et versés dans des latrines, ou enterrés []
- Résidus jetés à l'air libre []

2.5. Vaccination au VAT 2 et supplémentation en fer/acide folique

96- Lors des CPN, avez-vous reçu 2 vaccinations antitétaniques (VAT2)? *Vérifier carnets de santé*

- Oui [] Non [] Ne sait pas []

Pour quelle raison principale une femme enceinte a besoin d'être vaccinée au VAT?

- Pour se protéger contre le tétanos [] Ne sait pas []

97- Lors des CPN, avez-vous régulièrement reçu de comprimés de fer/acide folique? *Vérifier carnets de santé*

- Oui [] Non [] Ne sait plus []

98- Si OUI, avez-vous pris tous les jours les comprimés de fer/acide folique?

- Oui [] Non [] Ne se souvient plus []

99- Pour quelle raison une femme enceinte a besoin de prendre de comprimés de fer/acide folique?

- Pour prévenir l'anémie [] Ne sait pas []

2.6. Utilisation de la moustiquaire imprégnée

100- Selon vous, quel est l'intérêt de dormir sous moustiquaire?

- Protection contre le froid [] Pour l'intimité []
- Protection contre les piqûres de moustiques []
- Prévention contre le paludisme []
- Protection contre les mouches et autres insectes []
- Ne sais pas [] Autre à préciser) []

101- Disposez-vous de moustiquaire dans votre ménage ? (Contrôle physique de la moustiquaire)

- Présence de moustiquaire non imprégnée []
- Présence de moustiquaire imprégnée []
- Absence de moustiquaire []

102- Si OUI, quel en est le mode d'acquisition ?

- Achat []
- Don lors de distribution de masse []
- Don lors de CPN, CPON, accouchement []
- Autre mode d'acquisition (à préciser) []

103- Habituellement, qui dort sous moustiquaire imprégnée dans votre ménage ?

- Le chef de ménage [] Les enfants [] Moi-même []
- Autre personne (à préciser) []
- Aucune personne []

104- La nuit dernière, est-ce que vous avez dormi sous moustiquaire imprégnée?

- Oui [] Non []

105- Si OUI, à quel moment vous vous êtes mise sous moustiquaire?

- Avant Maghrib []
- Tôt après Maghrib []
- Longtemps après Maghrib []
- Tard dans la nuit []
- Autre moment (à préciser) []

2.7. Alimentation de la femme enceinte

106- Une femme enceinte a-t-elle besoin d'une alimentation spécifique?

- Oui [] Non []

107- Si FEMME ENCEINTE, avez-vous reçu des conseils nutritionnels?

- Oui [] Non []

108- Du fait de la grossesse, consommez-vous tous les jours 1 repas en plus que d'habitude?

- Oui [] Non []

2.8. Alimentation de la femme allaitante

109- Une femme allaitante a-t-elle besoin d'une alimentation spécifique?

- Oui [] Non []

110- Si FEMME ALLAITANTE, avez-vous reçu des conseils nutritionnels?

- Oui [] Non []

111- Du fait de l'allaitement, consommez-vous tous les jours 2 repas en plus que d'habitude?

- Oui [] Non []

2.9. Reconnaissance des urgences obstétricales

112- Selon vous, quels signes indiquent une urgence obstétricale ? *Plusieurs réponses sont possibles*

- Hémorragie [] Perte des eaux [] Long travail []
- Convulsion [] Fièvre []
- Autres (à préciser) : []

2.10. Recherche de soins appropriés hors domicile

113- Au cours des 6 derniers mois, quel a été le recours des membres de votre ménage pour les soins?

- Automédication []
- Centre de santé []
- Guérisseur traditionnel []
- Autre recours (à préciser) []
- Ne sait pas [] Aucun []

I. Guide d'entretien avec les personnels de santé et les leaders communautaires

Guide d'entretien avec les personnels de santé et les leaders communautaires

Date :

Lieu :

Identité(s) enquêté(s) :

Statut(s) :

I. Allaitement maternel

1. Quelle perception la population a-t-elle de l'allaitement maternel ?
2. Quels facteurs favorisent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ?
3. Quels facteurs entravent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ?
4. Quelles bonnes pratiques avez-vous observées dans l'allaitement maternel exclusif ?
5. Quelles mauvaises pratiques avez-vous observées l'allaitement maternel exclusif ?

II. Alimentation complémentaire de l'enfant

6. Quelle perception la population a-t-elle de la complémentation alimentaire à l'enfant ?
7. Quelle est la disponibilité des aliments de complément pour l'enfant ? En cas d'achat, qui (des parents) assure la prise en charge ?

III. Traitement adéquat des maladies de l'enfant à domicile

8. Quelles sont les principales attitudes de soins à domicile observées chez les mères et/ou gardiennes d'enfant vis-à-vis de l'enfant ?

IV. Alimentation des enfants malades

9. Quelles sont les principales attitudes en matière d'alimentation des enfants malades observées chez les mères et/ou gardiennes d'enfant ?
10. Comment amener un enfant malade à accepter de manger lorsqu'il le refuse ?

V. Consultation prénatale

11. Quelle perception la population a-t-elle de la consultation prénatale ?
12. Quels sont les facteurs qui freinent la consultation prénatale ?

VI. Accouchement

13. Quelle perception la population a-t-elle de l'accouchement ?
14. Quels sont les facteurs qui favorisent les accouchements dans le centre de santé ?

15. Quel est le niveau de formation et d'équipement des actrices-teurs de l'accouchement ? Quels sont les besoins des actrices-teurs de l'accouchement ?
16. Quelles sont les raisons des accouchements à domicile ?

VII. Consultation postnatale (CPON)

17. Quelle perception la population a-t-elle de la consultation postnatale ?
18. Quelles sont les raisons qui empêchent la consultation postnatale ?

VIII. Alimentation complémentaire de la femme enceinte et allaitante

19. Quelle perception la population a-t-elle de la complémentarité alimentaire de la femme enceinte et allaitante ?
20. Quelle est la disponibilité des compléments alimentaires de la femme enceinte et allaitante ?

IX. Eau, hygiène et assainissement

21. Quelle perception la population a-t-elle de l'hygiène au niveau individuel et collectif ?
22. Existe-t-il de comité d'hygiène ? Est-il fonctionnel ? A-t-il des moyens ?
23. Quels sont les besoins en matière d'eau, hygiène et assainissement ?

X. Vaccination et supplémentation en vitamine A et fer/acide folique

24. Quelle perception la population a-t-elle de la vaccination et de la supplémentation ?
25. Par quel canal/moyen est reçue l'information sur la vaccination et la supplémentation ?
26. Qu'est-ce qui peut empêcher à l'enfant et à la femme d'être vaccinés ou supplémentés ?
27. Comment amener la population à prendre conscience du sens de la responsabilité collective en faveur de la vaccination et de la supplémentation en vitamine A et fer/acide folique ?
28. Quel est le problème le plus important à résoudre pour la bonne marche de la vaccination et de la supplémentation en vitamine A et fer/acide folique ?

XI. Utilisation de la moustiquaire imprégnée

29. Quelle la perception la population a-t-elle de la moustiquaire imprégnée et de la lutte contre le paludisme ?
30. Quels sont les besoins en matière de lutte contre le paludisme chez la femme et l'enfant ?

XII. Recherche de soins appropriés hors domicile

31. Quels sont les attitudes et la perception vis à vis du centre de santé ?
32. Quels sont les attitudes et la perception vis à vis de l'automédication et autre guérisseur traditionnel ?

XIII. Rôle des hommes dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

33. Quelle perception la population a-t-elle du rôle des hommes dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ?
34. Pourquoi les hommes ont un rôle important à jouer dans les soins aux enfants, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ?
35. Pourquoi les hommes ne jouent pas suffisamment ce rôle ?

XIV. Planification familiale et espacement des naissances

36. Quelle perception la population a-t-elle de la planification familiale et de l'espacement des naissances ?
37. Quelle est la couverture des besoins en contraceptifs (disponibilité, l'accessibilité) ?

XV. Sources ou canaux d'information

38. D'habitude, par quels canaux ou d'où recevez-vous les informations ou conseils relatifs à la santé et nutrition de la femme et de l'enfant ?

XVI. Contraintes et opportunités

39. Quels sont les facteurs favorisant la mise en œuvre des interventions de santé et de nutrition de la femme et de l'enfant ?
40. Quels sont les facteurs de contrainte pour la mise en œuvre des interventions de santé et de nutrition de la femme et de l'enfant ?
41. Quelle est la perception du rôle et de la contribution de HKI en matière de santé et de nutrition de la femme et de l'enfant ?

XVII. Autres perceptions et commentaires