



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# **Facteurs influençant l'utilisation des suppléments de fer et de la vitamine A et l'amélioration des pratiques alimentaires**

Résultats de la recherche formative à Maradi et Zinder, Niger



## À propos de l'USAID Advancing Nutrition

USAID Advancing Nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, USAID Advancing Nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles à travers les secteurs et les disciplines pour l'USAID et ses partenaires. L'approche multisectorielle du projet rassemble l'expérience mondiale en matière de nutrition pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagé à utiliser une approche systémique, USAID Advancing Nutrition s'efforce de maintenir des résultats positifs en renforçant les capacités locales, en soutenant le changement de comportement et en renforçant l'environnement favorable pour sauver des vies, améliorer la santé, renforcer la résilience, augmenter la productivité économique et faire progresser le développement.

## Clause de non-responsabilité

Ce rapport a été produit pour l'Agence américaine pour le développement international. Il a été préparé dans le cadre du contrat 7200AA18C00070 attribué à JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Son contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

## Citation recommandée

USAID Advancing Nutrition. 2022. *Facteurs influençant l'utilisation de la supplémentation en fer et en vitamine A et l'amélioration des pratiques alimentaires : Formative Research Findings from Maradi and Zinder, Niger*. Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition.

Version Française – traduite de la version originale (en anglais) publiée le 1er juin 2022

## Photo de couverture

UNICEF, consulté à partir de la banque d'images numériques de l'USAID Advancing Nutrition-UNICEF IYCF ([iycf.advancingnutrition.org](http://iycf.advancingnutrition.org)).

## USAID Advancing Nutrition

JSI Research & Training Institute, Inc.

2733 Crystal Drive

4<sup>th</sup> Floor

Arlington, VA 22202

Phone: 703-528-7474

Email: [info@advancingnutrition.org](mailto:info@advancingnutrition.org)

Web: [advancingnutrition.org](http://advancingnutrition.org)

# Table des Matières

Remerciements	iv
Acronymes	v
Résumé	vi
Objectifs	vi
Méthodologie	vi
Principaux Résultats	vii
Chapitre 1. Introduction	1
Justification et objectifs de l'étude	1
Arrière-plan / contexte du pays	1
Informations sur l'activité	3
Chapitre 2. Méthodologie	4
Méthodologie	4
Population étudiée	4
Plan d'échantillonnage	5
L'analyse des données	9
Éthique et confidentialité	9
Limites de l'étude	10
Chapitre 3. Résultats sur la supplémentation en fer-acide folique et en en vitamine A	11
Perceptions de la nutrition	11
Question de recherche 1 : Accès à la supplémentation en fer-acide folique	11
Question de recherche 2 : Adhérence à la Supplémentation en fer- acide folique	15
Question de recherche 3 : Supplémentation en Vitamine A	16
Chapitre 4. Résultats sur la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer	20
Accès à la nourriture et les normes alimentaires	20
Normes de genre et allocation alimentaire au sein du ménage	24
Question de recherche 4 : Consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer	27
Chapitre 5. Conclusions et Recommandations	35
Supplémentation en fer-acide folique	35
Supplémentation en vitamine A	38
Consommation d'aliments riches en fer et en vitamine A	39
Références	43
Annexe 1. Aliments potentiels à promouvoir	45
Annex 2. Guides pour la Collecte des Données	48
Annexe 3. Analyse et résultats du tri des aliments en tas	74

## Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la recherche. Premièrement, le gouvernement du Niger, pour avoir autorisé l'étude et les directions du ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires sociales qui y ont participé. Notre gratitude va particulièrement à l'endroit des Directions de la Nutrition ; Santé de la mère et de l'enfant ; Santé des adolescents et des jeunes ; et archives, information, documentation et relations publiques. Nous tenons également à remercier les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) de Maradi et de Zinder et les centres de santé des districts de Guidan Roumdji, Damagaran TaKaya et Magaria. USAID Advancing Nutrition adresse également toute sa reconnaissance à l'endroit des différentes parties prenantes des Nations Unies (UNICEF, PAM) et le personnel de projet des partenaires de mise en œuvre de l'USAID qui ont contribué à la conception, à la mise en œuvre et à l'analyse de la recherche (Breakthrough Action, Breakthrough Research, partenaires RISE II). Enfin, nous tenons à remercier le CESAF qui a collecté les données et coordonné toute la logistique. La recherche n'aurait pas été possible sans l'implication et les contributions des membres de la communauté de Maradi et de Zinder.

# Acronymes

ANJE	alimentation du nourrisson et du jeune enfant
COGES	Comité de gestion des établissements scolaire
CPN	consultation pré-natale
CSI	centre de santé intégré
DRSP	Direction régionale de la santé publique
FAP	femme en âge de procréer
FGD	Focus Group Discussion
HKI	Helen Keller Intl
INS	Institut National de la Statistique du Niger
JSI	John Snow, Inc.
MSP/P/AS	Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales
ONG	Organisation non-gouvernementale
RFSA	Resilience Food Security Activity
RISE	Resilience in the Sahel Enhanced
SVA	supplémentation en vitamine A
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

# Résumé

## Objectifs

L'USAID Advancing Nutrition Niger a mené de la recherche formative dans les régions de Maradi et de Zinder pour mieux comprendre les facteurs qui soutiennent ou inhibent les objectifs souhaités du programme : réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) et les adolescents et la carence en vitamine A (VAD) chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones d'intervention de l'USAID Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II.

L'étude a recueilli des informations auprès des communautés, des prestataires de soins de santé, des parties prenantes du gouvernement et des Nations Unies (ONU) et des projets financés par l'USAID pour éclairer la conception d'activités visant à renforcer les capacités des partenaires et des parties prenantes gouvernementales et des systèmes de prestation de services, ainsi qu'à améliorer les comportements clé de la nutrition. L'étude s'est concentrée sur la compréhension des facteurs spécifiques liés à l'augmentation de la couverture et de l'utilisation de la supplémentation en fer et en vitamine A et à l'amélioration des pratiques alimentaires, à savoir :

- Améliorer l'accès et l'adhésion à la supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes et les adolescentes (pas les adolescentes non enceintes).
- Améliorer l'accès et l'utilisation opportune de la supplémentation en vitamine A (SVA) pour les enfants de moins de cinq ans.
- Augmenter la consommation d'aliments riches en fer et en vitamine A chez les femmes en âge de procréer, les adolescentes (10–14) et les enfants (6–59 mois).

## Méthodologie

Cette étude de recherche formative était qualitative et utilisait une conception transversale pour explorer les perspectives et les expériences des participants à un moment donné. L'étude a utilisé une combinaison de méthodes de recherche de traditionnelles, participatives et de cartographie cognitive pour recueillir des données auprès des femmes enceintes, des personnes qui s'occupent d'enfants de moins de cinq ans, des adolescentes, des membres influents de la famille et des dirigeants communautaires (traditionnels, religieux) afin de comprendre les facteurs qui stimulent l'utilisation des services, l'adhésion à la supplémentation et les choix alimentaires, ainsi que de générer des idées de solutions locales.

## Questions de recherche

1. Quels facteurs influencent la capacité des femmes enceintes (15-49 ans) et des très jeunes adolescentes enceintes (10-14 ans) à accéder à la supplémentation en fer acide-folique par le biais de services de soins prénatals (CPN) de qualité dans les centres de santé et autres services de nutrition ?
2. Quels défis réduisent, et quel soutien améliorerait, l'adhésion des femmes enceintes et des adolescents à la supplémentation en fer acide-folique ?
3. Quels facteurs inhibent ou facilitent la supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans ?
4. Quels facteurs influencent la consommation d'une alimentation riche en fer et en vitamine A chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans), les très jeunes adolescentes (10-14 ans) et les jeunes enfants (6-59 mois) ?

L'équipe de recherche a mené 51 discussions de groupe, des entretiens en binôme et des entretiens avec des informateurs clés avec 180 répondants. Nous avons délibérément échantillonné des femmes enceintes, des influenceurs familiaux et communautaires et des adolescentes dans le district de Guidan Roundji à Maradi, et dans les districts de Magaria et de Damagaram Takaya à Zinder. Dans chaque district, l'équipe de recherche a travaillé avec les partenaires financés par l'USAID, y compris Breakthrough RESEARCH et Breakthrough ACTION, et les responsables de la santé pour identifier et valider la sélection de deux communautés dans leurs zones de mise en œuvre avec des niveaux élevés et faibles d'accès aux services de supplémentation, qui étaient pastorale et agro-pastorale, et avec les adolescentes. Au sein de chaque district, nous avons réparti l'échantillon équitablement entre les deux communautés sélectionnées. Nous avons utilisé des données qualitatives recueillies par le biais d'entretiens individuels et de groupe avec le personnel national et sous-national du ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires sociales, les parties prenantes des Nations Unies, le personnel du projet financé par l'USAID, les agents de santé et les volontaires de santé communautaires (ASC). La taille de l'échantillon nous a permis de désagréger les résultats globaux par district et par quatre catégories de répondants clés dans les districts (mais pas par chaque groupe de répondants dans chaque district).

- **Population cible adulte du projet** : 56 femmes enceintes (15-49 ans) et femmes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans dans le cadre de 6 groupes de discussion « focus group » (FGD).
- **Population cible du projet pour adolescents** : 34 adolescentes (10-14 ans) à travers 6 entretiens en binôme et 3 groupes de discussion FGD
- **Influenceurs familiaux et communautaires** : 44 membres de la famille et 61 leaders communautaires dans le cadre de 12 groupes de discussion FGD
- **Agents de santé et parties prenantes** : 32 agents de santé et 12 intervenants du ministère de la Santé et des Nations Unies et partenaires de mise en œuvre de l'USAID.

Pour toutes les questions de recherche, nous avons utilisé une analyse thématique appliquée pour analyser les données.

## Principaux Résultats

### Question de recherche I

Les femmes enceintes et celles qui prennent en charge de jeunes enfants, ainsi que les personnes influentes au sein de la famille et de la communauté, ont montré qu'elles connaissaient bien les recommandations relatives au fer-acide folique pendant la grossesse et qu'elles avaient une attitude positive à l'égard des suppléments, mais elles ont néanmoins reconnu qu'il y avait de multiples raisons pour la couverture incomplète. Les membres de la communauté ont ainsi déclaré que la distance jusqu'aux centres de santé est particulièrement difficile à parcourir pendant la grossesse, car les femmes évitent de prendre le risque de se déplacer à moto, et les coûts sont inabordables. L'approvisionnement en suppléments est également un facteur majeur qui entrave l'accès. Les femmes ont déclaré qu'elles devaient souvent retourner plusieurs fois dans les centres de santé pour obtenir leur fer-acide folique ou qu'elles devaient s'approvisionner dans les pharmacies.

Peu de parties prenantes ont fait des suggestions pour lever les obstacles financiers, mais ont formulé des recommandations pour accroître l'accès des femmes enceintes au fer-acide folique au niveau communautaire si les approvisionnements sont garantis....

- Convoquer les parties prenantes du gouvernement et de l'ONU pour approfondir les stratégies visant à déplacer la dépendance des parties prenantes externes vers la budgétisation et l'achat du fer-acide folique par le biais du système de santé gouvernemental.
- Systématiser les rôles et les responsabilités et coordonner à chaque niveau du système de santé afin que les agents de santé disposent de processus et de délais clairs pour passer et suivre les commandes et informer les clients.
- Intégrer le fer-acide folique dans les rôles des ASC au sein des communautés, et dans d'autres activités de santé du gouvernement (gestion intégrée des cas communautaires) avec une formation adéquate et des systèmes de supervision de soutien.
- L'élargissement de la distribution par le biais de plateformes communautaires telles que la distribution communautaire de contraceptifs, l'assistance alimentaire et les caravanes.

En outre, les agents de santé et de nombreuses parties prenantes ont reconnu que la carence en fer n'est pas à l'origine de toutes les formes d'anémie dans cette région et ont recommandé de mener des recherches sur l'étiologie de l'anémie, avant de préconiser une extension des recommandations de supplémentation en fer au-delà de la grossesse et du post-partum.

### Question de recherche 2

Même les femmes enceintes qui ont reçu le fer-acide folique ont noté que de nombreuses femmes ne prennent pas les suppléments quotidiennement comme recommandé en raison de l'odeur, des effets secondaires et de l'oubli de prendre les suppléments. Pourtant, les femmes ont estimé que le fait d'avoir un membre de la famille de leur choix pour les motiver à prendre les suppléments tous les jours les aiderait à surmonter ces problèmes. Les membres de la famille ont convenu qu'ils seraient prêts et capables de servir de "partenaire d'observance". Ce terme devrait être modifié avec les femmes pour qu'il ait une signification locale. Les conseils prodigués par les agents de santé lors des consultations prénatales seraient renforcés par l'introduction de ce concept de soutien familial et en aidant les femmes à connaître les effets secondaires auxquels elles peuvent s'attendre et les moyens de les surmonter. En outre, les femmes elles-mêmes sont capables de bien articuler leurs propres expériences du fer-acide folique et pourraient partager ces expériences et ces conseils avec leurs pairs pour faire évoluer les normes.

Les parties prenantes ont suggéré d'utiliser les activités et les plateformes des programmes financés par l'USAID pour intégrer l'augmentation du soutien de la famille et de la communauté pour l'adoption et l'adhésion des femmes enceintes à l'utilisation du fer-acide folique.

### Question de recherche 3

Les femmes enceintes et les femmes qui s'occupent de jeunes enfants, ainsi que les influenceurs familiaux et communautaires, ont montré une connaissance et une appréciation élevées de la supplémentation en vitamine A pour les jeunes enfants. La plupart ont déclaré que les enfants recevaient des suppléments de vitamine A deux fois par an pendant les campagnes, bien que certaines mères/gardiennes d'enfant aient partagé qu'elles cachaient les enfants pendant les campagnes en raison de la peur du vaccin contre la poliomyélite. De nombreuses parties prenantes ont reconnu que l'approvisionnement en suppléments dans les centres de santé dépendait des excédents des campagnes. Compte tenu du passage du gouvernement des campagnes de masse à l'intégration par le biais du système de santé et de la forte dépendance à l'égard du financement externe pour les suppléments de vitamine A, l'approvisionnement en suppléments de vitamine A peut être confronté aux mêmes défis que le fer-acide folique.

Les parties prenantes ont formulé quelques recommandations pour surmonter les obstacles à l'accès et à la disponibilité des suppléments de vitamine A :



- Convoquer les parties prenantes du gouvernement et des Nations Unies pour identifier des opportunités pour déplacer la dépendance des parties prenantes externes en faveur de la budgétisation et l'approvisionnement en vitamine A par le biais du système de santé national.
- Soutenir le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) dans le déploiement du plan opérationnel de supplémentation en vitamine A et de déparasitage et la formation des *relais communautaires* pour la distribution des suppléments parmi d'autres stratégies comme les cliniques mobiles et les journées de sensibilisation.
- Intégrer la distribution de suppléments de vitamine A par le biais des activités des partenaires du programme de l'USAID au sein des communautés, dont une grande variété de plateformes.

#### Question de recherche 4

Les répondants de la communauté et des parties prenantes ont convenu que l'accès limité à la nourriture ainsi que le prix des aliments sont des contraintes majeures pour augmenter la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer. Les membres de la communauté ont compris l'importance de consommer ces aliments, connaissaient les aliments riches en micronutriments, et les agents de santé et les dirigeants communautaires ont recommandé leur consommation. Cependant, les répondants n'ont pas pu accéder à ces aliments en raison des rendements agricoles qui ne durent pas toute l'année, des prix élevés des denrées alimentaires, de la disponibilité limitée d'aliments nutritifs sur les marchés et de la difficulté à atteindre les marchés. La production agricole était une source majeure de nourriture et de revenus pour les ménages répondants, mais la production agricole n'était généralement pas suffisante pour répondre aux besoins des ménages. Les normes de genre patriarcales limitent le pouvoir de décision des femmes dans la production agricole et les achats alimentaires. Les femmes dépendent donc largement de la prise de décision et des revenus des hommes pour accéder à la nourriture et préparent et servent ce qui est mis à leur disposition.

Les normes sociales et de genre ainsi que les perceptions de la santé et de l'alimentation influencent l'allocation de nourriture pour les femmes, les adolescentes et les enfants—

- Les participants considèrent les femmes comme un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel, mais s'attendent également à ce qu'elles se servent en dernier aux repas. Dans un contexte de pénurie, cela signifie qu'ils n'ont pas toujours accès à suffisamment de nourriture.
- Les participants ne considéraient pas les adolescentes comme étant vulnérables sur le plan nutritionnel et certains hommes chefs de famille percevaient leur alimentation comme un fardeau.
- Les participants ont perçu les enfants comme ayant besoin d'aliments nutritifs, mais leur consommation est limitée par l'accès à la nourriture et le pouvoir d'achat des ménages. Certains aliments, comme les légumes à feuilles vert foncé et les œufs, n'étaient pas considérés comme bons pour les enfants.

En outre, la qualité des conseils aux femmes et aux mères pendant les consultations prénatales (CPN), les soins postnatals et les consultations nourrissons peut être améliorée. Les conseils étaient axés sur la participation des femmes et comprenaient souvent des recommandations pour donner aux enfants des aliments qui ne sont pas accessibles.

Le gouvernement du Niger, les parties prenantes des Nations Unies et les partenaires de mise en œuvre considéraient l'accès et le prix des aliments nutritifs comme des contraintes importantes, causées par les coûts alimentaires élevés et le manque d'eau et d'intrants agricoles de qualité (en particulier les semences). Les normes culturelles concernant l'allocation alimentaire au sein du ménage limitent également ce que les femmes et les filles peuvent manger. Ils ont formulé plusieurs recommandations

pour améliorer l'accès aux aliments nutritifs grâce aux plateformes des projets partenaires de l'USAID et pour améliorer la coordination et la collaboration multisectorielles.

### **Recommandations**

Nous identifions les actions et le soutien que l'USAID Advancing Nutrition peut mettre en œuvre ou que d'autres partenaires pourraient mettre en œuvre avec le soutien de l'USAID Advancing Nutrition. Bon nombre de ces sujets seront explorés plus en détail à travers un examen approfondi des activités du programme des partenaires de mise en œuvre financés par l'USAID, de l'environnement alimentaire dans lequel ils opèrent et des opportunités de collaboration. Par conséquent, des recommandations supplémentaires peuvent émerger dans les ateliers ultérieurs avec les partenaires. Étant donné que plusieurs des obstacles nécessitent un changement systématique (politique, financement), l'USAID Advancing Nutrition continuera à réunir les parties prenantes des Nations Unies et du MSP/P/AS Ministère de la Santé Publique pour élaborer des stratégies là où des changements pourraient être apportés avec des engagements et une collaboration.

# Chapitre I. Introduction

L'USAID Advancing Nutrition Niger a mené de la recherche formative dans les régions de Maradi et de Zinder pour mieux comprendre les facteurs qui soutiennent ou inhibent les objectifs souhaités du programme : réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) et les adolescents et la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones d'intervention de l'USAID Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II.

## Justification et objectifs de l'étude

Cette recherche visait à identifier les facteurs spécifiques qui influencent l'accès et l'adhésion à la supplémentation en fer-acide folique et en vitamine A et la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer et à suggérer des approches d'intervention acceptables pour atteindre les FAP, les adolescents, et les mères/gardiennes des enfants de moins de cinq ans. Les résultats éclaireront la stratégie de changement social et comportemental de l'USAID Advancing Nutrition, ainsi que diverses interventions politiques et des programmes visant à améliorer la couverture et l'utilisation de la supplémentation en fer et en vitamine A et à améliorer les pratiques alimentaires. Cette recherche formative visait à compléter et à s'appuyer sur les informations recueillies lors de l'examen documentaire initial et de la visite de cadrage de l'USAID Advancing Nutrition (comprenant des entretiens avec des informateurs clés et des discussions FGD) pour élaborer le premier plan de travail annuel.

L'objectif de cette étude était de recueillir des informations auprès des participants pour éclairer la conception d'activités d'appui à l'assistance technique visant à renforcer les systèmes de prestation dans les structures sanitaires et les communautés. L'étude s'est concentrée sur les facteurs liés à l'amélioration de la couverture et de l'utilisation de la supplémentation en fer et en vitamine A et sur les pratiques alimentaires, à savoir :

- Améliorer l'accès et l'adhésion à la supplémentation en fer acide-folique chez les femmes enceintes et les adolescentes (pas les adolescentes qui ne sont enceintes).
- Améliorer l'accès et l'utilisation régulière de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de moins de cinq ans.
- Augmenter la consommation d'aliments riches en fer et en vitamine A chez les femmes en âge de procréer, les adolescentes (10–14) et les enfants (6–59 mois).

## Arrière-plan / contexte du pays

La malnutrition reste un problème sérieux pour les femmes en âge de procréer, (FAP) et les enfants de moins de cinq ans au Niger. Selon la dernière enquête nationale normalisée de suivi et d'évaluation des secours et des transitions (SMART) en 2020, les taux de malnutrition aiguë globale (MAG) à Maradi et Zinder étaient de 13,3 % et 14,9 %, respectivement, tandis que le taux le plus élevé du pays était à Diffa (19,3%). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit des taux de MAG de 15 % ou plus comme très élevés. La malnutrition chronique est également élevée et la prévalence est restée inchangée, Maradi et Zinder ayant à nouveau la prévalence la plus élevée du pays à 58 et 55,8 %, respectivement (INS 2020).

Les adolescentes du Niger ont le taux de fécondité des adolescentes le plus élevé au monde, ce qui est dû en partie aux taux élevés de mariage précoce - à l'âge de 18 ans, 59 % des filles sont déjà mariées. Parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans au Niger, 9 % ont accouché avant l'âge de 15 ans et 51 % ont accouché avant l'âge de 18 ans (Barroy et al. 2016).

Les taux de fécondité au Niger sont élevés en général ; en moyenne, les femmes nigériennes donnent naissance à plus de sept enfants et plus de la moitié (57 %) de la population du pays a moins de 15 ans. Bien qu'en baisse, la mortalité maternelle est toujours de 535 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile est de 60 pour 1 000 naissances vivantes à Zinder et 73 pour 1 000 naissances vivantes à Maradi (INS et ICF International 2013).

### **Anémie et supplémentation en fer acide-folique**

Les données sur la prévalence de la carence en fer au Niger sont limitées au niveau national ; cependant, la prévalence de l'anémie globale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est de 58 %, bien au-dessus du seuil sévère de 40 % fixé par l'OMS. Les données les plus récentes de l'Enquête démographique et de santé indiquent que 43 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiques à Maradi et 50 % sont anémiques à Zinder (INS et ICF International 2013).

Actuellement, les structures sanitaires fournissent la supplémentation en fer acide-folique exclusivement lors des consultations prénatales (CPN) pour les femmes enceintes. La supplémentation préventive pour les femmes enceintes est généralement intégrée aux soins prénatals. Les femmes sont invitées à prendre un comprimé quotidien contenant 60 mg de fer et 400 mcg d'acide folique pendant la grossesse, et dans les zones où les taux de prévalence sont de 40 % ou plus, de continuer pendant 3 mois après l'accouchement. Cependant, la faible couverture sanitaire du pays fait en sorte que les agents de santé n'atteignent pas toutes les femmes enceintes via les CPN. La plupart des femmes (47 %) assistent à 2 à 3 CPN et assistent généralement à leur première visite au cours du cinquième mois de grossesse. Parmi les femmes qui assistent aux visites prénatales à Maradi et Zinder, 86 % et 76 %, respectivement, ont déclaré avoir reçu des suppléments en fer acide-folique lors d'une CPN (INS et ICF International 2013).

Le fer-acide folique figure sur la liste des médicaments essentiels du Niger et devrait être budgétisé et achetée par les structures sanitaires. Cependant, le fer acide-folique est confronté aux défis des options limitées de recouvrement des coûts, car les services de soins prénatals sont gratuits. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et, dans une moindre mesure, les organisations non gouvernementales (ONG) fournissent un certain soutien pour l'achat du fer acide-folique mais ne fournissent pas systématiquement le fer acide-folique dans toutes les localités. Cet approvisionnement irrégulier fait en sorte que de nombreuses femmes qui fréquentent les CPN constatent que les suppléments nécessaires ne sont pas disponibles dans la structure sanitaire. La distance aux centres de santé pour CPN est également un obstacle fréquemment signalé. À Maradi, environ un tiers des femmes (38 %) ont déclaré avoir pris des suppléments du fer acide-folique pendant 90 jours ou plus de grossesse. À Zinder, encore une fois, seulement un tiers (30 %) des femmes ont déclaré avoir pris les 90 jours recommandés ; la plupart des femmes ont pris moins de 60 jours (31 %) ou entre 60 et 89 jours (14 %) (INS et ICF International 2013).

Parmi les femmes qui reçoivent des suppléments du fer acide-folique l'adhérence reste un problème en raison des effets secondaires et de l'acceptabilité. Une étude menée à Zinder en 2016 a révélé que parmi les femmes ayant reçu des suppléments lors d'une visite CPN, 68,6 % ont déclaré adhérer quotidiennement à la supplémentation recommandée en fer acide-folique (Begum 2016).

### **Carence en vitamine A et supplémentation**

Il existe peu de données disponibles sur la carence en vitamine A au Niger, en particulier pour les enfants de moins de cinq ans. Cependant, l'enquête SMART la plus récente comprend des informations sur la couverture de la supplémentation en vitamine A, qui est de 80 % à Maradi et de 66 % à Zinder. Cependant, la couverture varie considérablement à l'intérieur de Zinder, avec un minimum de 7 % à Tesker et jusqu'à 88 % à Kantché. Parmi les enfants allaités âgés de 6 à 23 mois, 29 pour cent consommaient des aliments riches en vitamine A. Bien qu'elle soit plus élevée chez les enfants non allaités du même âge (43 pour cent), la consommation reste inférieure à ce qui serait souhaitable (INS et ICF International 2013).

Pendant plus d'une décennie, la majorité de la supplémentation en vitamine A(SVA) a eu lieu par le biais de campagnes de masse coordonnées par le gouvernement avec le soutien des partenaires de mise en œuvre, souvent associées à des campagnes de vaccination. Ces campagnes de masse, généralement organisées deux fois par an, touchent jusqu'à 80 % des enfants âgés de 6 à 59 mois. Cependant, en raison des récents progrès réalisés par les principales campagnes de vaccination contre des maladies telles que la poliomyélite, la disponibilité des ressources de financement pour les campagnes de SVA de masse a diminué. Une récente enquête de couverture post-événement menée par Helen Keller International, basée sur le rappel des mères et les vérifications des carnets de santé, a révélé qu'au cours des six derniers mois, seuls 37 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu la SVA.

### **Améliorer la qualité de l'alimentation**

De nombreux Nigériens ont une alimentation pauvre, notamment une faible diversité alimentaire et une forte dépendance aux aliments de base. Le mil et le sorgho constituent une grande partie des calories consommées par les Nigériens, en particulier parmi les populations rurales vivant dans la pauvreté. Wessels et al. a constaté que seule une femme sur six respectait la diversité alimentaire minimale à Zinder (2019). Le régime alimentaire de ces femmes était déficient en une gamme de nutriments essentiels à la prévention de l'anémie ferriprive (Wessells et al. 2019).

Les régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants sont également inadéquats ; en 2012, seulement 23 pour cent des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement allaités et seulement 6 pour cent des enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable. À Zinder, seulement 8 % des enfants de 6 à 23 mois ont consommé des aliments riches en fer (y compris de la viande, du poisson, de la volaille et des œufs) et 26 % ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures. À Maradi, 11 pour cent des enfants de 6 à 23 mois ont consommé des aliments riches en fer (y compris de la viande, du poisson, de la volaille et des œufs) et 29 pour cent ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures (INS et ICF International 2013). Plus de la moitié des ménages de Maradi et Zinder (59 à 75 % à Zinder et 74 à 79 % à Maradi) ne peuvent pas se permettre une alimentation qui réponde aux besoins nutritionnels (PAM 2021) à cause des prix non-abordables.

### **Informations sur l'activité**

À la demande de la mission de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au Niger, l'USAID Advancing Nutrition entreprendra une activité visant à contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes à l'âge de procréer (FAP), des adolescentes et des enfants de moins de cinq ans au Niger. L'USAID Advancing Nutrition cherche à réduire la prévalence de la carence en fer chez les femmes en âge de procréer et les adolescents, et la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones d'intervention RISE II à Maradi et Zinder. Pour atteindre cet objectif, le projet soutiendra les investissements nutritionnels existants de l'USAID, du gouvernement et des agences partenaires des Nations Unies avec une assistance technique pour renforcer les systèmes pour la provision de supplémentation de qualité en fer acide-folique et en vitamine A et pour améliorer les pratiques alimentaires. Les activités cibleront à la fois les établissements de santé et les plateformes et acteurs au niveau communautaire. Dans la mesure du possible, l'USAID Advancing Nutrition intégrera ses activités dans les plateformes partenaires existantes et les exécutera via celles-ci.

## Chapitre 2. Méthodologie

Cette étude formative était qualitative et utilisait une conception transversale pour explorer les perspectives et les expériences des participants à un moment donné. L'étude a utilisé une combinaison de méthodes de recherche qualitative traditionnelles, participatives et de cartographie cognitive pour recueillir des données afin d'éclairer la conception du programme. Voir le tableau 2 pour un résumé des domaines d'enquête, des méthodes de collecte de données et des sources de données utilisées pour répondre à chaque question de recherche.

Nous avons cherché à répondre aux questions de recherche suivantes à travers cette étude :

1. Quels facteurs influencent la capacité des femmes enceintes (15-49 ans) et des très jeunes adolescentes enceintes (10-14 ans) à accéder à la supplémentation en fer acide-folique par le biais de services CPN de qualité dans les centres de santé et d'autres services de nutrition ?
2. Quels défis réduisent et quel soutien améliorerait l'adhésion des femmes enceintes et des adolescents à la supplémentation en fer acide-folique ?
3. Quels facteurs inhibent ou facilitent la supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans ?
4. Quels facteurs influencent la consommation d'une alimentation riche en fer et en vitamine A chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans), les très jeunes adolescentes (10-14 ans) et les jeunes enfants (6-59 mois) ?
  - a. Quels comportements les soignants, les autres femmes, les filles et les membres de la famille sont-ils prêts à essayer pour améliorer leur alimentation ?

### Méthodologie

L'étude qualitative visait à fournir des informations sur la manière dont les agents exécutent les activités de supplémentation et sur les facteurs qui affectent l'offre et la demande de suppléments et d'alimentations saines chez les femmes, les adolescentes et les jeunes enfants. En d'autres termes, pourquoi les gens pratiquent-ils les comportements actuels et que seraient-ils prêts à faire différemment ? Il visait également à répondre aux questions sur les types d'activités potentielles, y compris le format, la durée et le contenu, et ce qu'il serait possible pour les partenaires de mise en œuvre d'intégrer dans leurs plateformes de programme.

L'USAID Advancing Nutrition a utilisé la même méthodologie pour répondre aux quatre questions de recherche : discussions FGD et entretiens de groupe, y compris des techniques participatives de piles de tri et de vignettes. Pour toutes les questions de recherche, nous avons utilisé une analyse thématique appliquée pour analyser les données. L'USAID Advancing Nutrition a analysé les données qualitatives recueillies par le biais de discussions FGD avec des femmes enceintes, des adolescentes, des membres de la famille et des leaders communautaires influents (traditionnels, religieux) pour comprendre les facteurs qui stimulent l'utilisation des services, l'adhésion à la supplémentation et les choix alimentaires, ainsi que pour générer des idées pour des solutions locales et de nouvelles pratiques à essayer. L'USAID Advancing Nutrition a utilisé des données qualitatives recueillies lors d'entretiens de groupe avec le personnel du MSP/P/AS, les parties prenantes des Nations Unies, les partenaires RISE II, les agents de santé et les relais communautaires pour comprendre les facteurs liés à l'offre qui influencent la qualité des services, y compris l'approvisionnement en suppléments.

### Population étudiée

La population étudiée pour les questions de recherche était constituée de femmes enceintes et de femmes allaitantes ou de femmes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, d'adolescents, de membres

influent de la famille et de leaders communautaires influents, y compris des chefs traditionnels et religieux. Nous avons donné la priorité aux mères/gardiennes d'enfant et aux membres de la famille participant à une activité RISE II et aux leaders communautaires. Les deux régions de cette étude étaient Maradi et Zinder, où l'USAID Advancing Nutrition concentrera ses efforts.

La population étudiée pour ces questions de recherche comprenait également les parties prenantes des Nations Unies, le personnel de l'UNICEF et du Programme alimentaire mondial (PAM), le personnel national et régional du MSP/P/AS les agents de santé du niveau district aux postes de santé, les ASC, ainsi que les partenaires de mise en œuvre, y compris RISE II et d'autres partenaires de la santé et de la nutrition.

## Plan d'échantillonnage

Dans les deux régions, nous avons collecté des données dans les trois districts sur lesquels l'USAID Advancing Nutrition se concentrera - à Maradi, ce district était Guidan Roudji, et à Zinder, les districts étaient Magaria et Damagaram Takaya. Ces districts représentent différentes zones agro-écologiques – Guidan Roudji est dans la zone agricole du mil et du sorgho, Magaria est dans la zone sud des jardins maraîchers et Damagaram Takaya est dans la zone agro-pastorale (PAM 2018). Dans chaque district, l'équipe a travaillé avec les partenaires RISE II et les responsables de la santé pour identifier et valider la sélection de deux communautés dans leurs zones de mise en œuvre, chacune avec : (1) des niveaux élevés et faibles d'accès aux services de supplémentation, et (2) essentiellement agro-pastorale ou agricole. Cependant, nous n'avons pas pu sélectionner une communauté agro-pastorale et une communauté agricole dans chaque district. La sécurité était un paramètre lors de la sélection des communautés pour la collecte de données. Au sein de chaque district, nous avons réparti l'échantillon équitablement entre les deux communautés sélectionnées.

Les estimations de la taille de l'échantillon présentées dans le tableau I visaient à nous permettre de désagréger les résultats globalement par district et par quatre catégories de répondants clés dans les districts (mais pas par chaque groupe de répondants dans chaque district) :

- Population cible adulte du projet : Femmes enceintes (15–49 ans), femmes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans
- Population cible du projet d'adolescentes : adolescentes (10-14 ans)
- Influenceurs de la famille et de la communauté : autres membres de la famille, leaders de la communauté
- Agents de santé et parties prenantes : Agents de santé ; relais communautaires, personnel national, régional et de district du MSP ; personnel de l'UNICEF et du PAM et partenaires d'exécution de l'USAID.

Comme le montre le tableau I, l'USAID Advancing Nutrition a mené 21 groupes de discussion, dont sept dans chaque district. Dans chaque communauté sélectionnée, nous avons demandé les contacts des participants à l'activité du partenaire et des chefs de groupe (par exemple, des leaders des groupes de mères ou d'agriculteurs) auprès du partenaire de mise en œuvre qui y opère. Nous avons travaillé avec les partenaires de mise en œuvre ou les leaders de groupes pour sélectionner délibérément un mélange de participants aux activités afin de saisir la diversité des types de participants aux activités dans la communauté. Chaque groupe de discussion comprenait six à dix participants. Dans chaque district, nous avons mené—

- Deux groupes de discussion FGD avec un échantillon ciblé de femmes enceintes ou ayant un enfant de moins de cinq ans. Au total, nous avons mené six discussions de groupe avec 56 femmes.



- Un groupe de discussion FGD avec un échantillon raisonné d'environ six adolescentes dans chaque district, totalisant trois groupes de discussion avec 34 adolescentes
- Deux groupes de discussion FGD avec un échantillon délibéré de membres de la famille dans chaque district, pour un total de six groupes de discussion avec 44 répondants. Notre objectif était d'échantillonner 22 pères et 22 belles-mères ; cependant, il y avait plus de participantes familiales féminines que d'hommes.
- Deux groupes de discussion FGD dans chaque district avec des leaders communautaires pour 61 répondants, tels que des chefs de village, des imams, des conseillers au chef de village, des présidents de groupes de femmes ou d'autres groupes communautaires et Les Mamans Lumières.

Bien que la plupart des leaders communautaires soient des hommes, comme c'était le cas dans les communautés, nous avons inclus des leaders féminins dans les groupes de discussion FGD dans la mesure du possible. Six groupes de discussion par district avec au moins six participants chacun sont probablement suffisants pour saisir la variation entre les régions et entre les catégories de répondants dans l'ensemble (et non par groupe de répondants dans chaque district). Une revue systématique a révélé que quatre à huit discussions de groupe FGD par catégorie de répondants suffisent pour atteindre la saturation des données pour les concepts clés (Hennink et Kaiser 2022).

Nous avons délibérément échantillonné 32 agents de santé du niveau district aux postes de santé et des ASC. Nous avons utilisé des entretiens de groupe et individuels pour interroger un total de sept à 15 répondants par district. Nous avons également sélectionné à dessein six parties prenantes pour des entretiens avec des informateurs clés qui jouent un rôle clé dans la supplémentation en vitamine A et en fer acide folique au sein du ministère de la Santé publique et des agences des Nations Unies (UNICEF, PAM) en plus des partenaires de mise en œuvre de l'USAID actifs dans les districts. Celles-ci sont probablement suffisantes pour atteindre la saturation, car une revue systématique a révélé que neuf à dix-sept entretiens suffisent pour atteindre la saturation parmi des populations relativement homogènes (Hennink et Kaiser 2022).

**Tableau 1. Taille de l'échantillon par catégorie de répondants**

Catégorie de répondants	Groupe de répondants	Total Groupe de discussion/ Groupe d'entretien clés/	Total des répondantes (Femmes)	Total des répondants (Hommes)	Total des répondants
Population cible adulte du projet	Femmes enceintes (15-49 ans), femmes qui s'occupent d'enfants de moins de cinq ans	6 (2 Groupe de Discussion FGD par district)	56	0	56



Catégorie de répondants	Groupe de répondants	Total Groupe de discussion/ Groupe d'entretien clés/	Total des répondantes (Femmes)	Total des répondants (Hommes)	Total des répondants
Population cible du projet adolescents	Adolescentes de 10 à 14 ans	9 (1 groupe de discussion FGD et 2 groupes d'entretien par district)	34	0	34
Influenceurs familiaux et communautaires	D'autres membres de la famille	6 (2 discussions de groupe FGD par district)	29	15	44
	Leaders Communautaire	6 (2 groupes de discussion FGD par district)	7	54	61
Personnel de santé et parties prenantes	Agents de santé au niveau du district, agents de santé des postes de santé et ASC	16 (5–6 discussions de groupe FGD et entretien clés/ par district)	10	22	32
	MSP/P/AS, DRSP, personnel UNICEF et PAM, et partenaires USAID	12 (6 au niveau national, et 3 par district)	8	4	12
<b>Total des répondants</b>		<b>55</b>	<b>144</b>	<b>95</b>	<b>239</b>

## Méthodes de collecte de données

L'USAID Advancing Nutrition a engagé une société de collecte de données au Niger, CESAF, pour effectuer toutes les collectes de données, à l'exception des entretiens avec les parties prenantes aux niveaux national et régional, que le personnel de l'USAID Advancing Nutrition a menés. Les groupes de discussion et les entretiens de groupe ont été menés en haoussa à Magaria et Guidan Roundji, et en

kanuri à Damagaram Takaya. Nous avons affecté des collecteurs de données aux communautés en fonction de leurs compétences linguistiques. Cependant, les collecteurs de données ont mené des entretiens avec les agents de santé et les parties prenantes en français lorsque les participants le préféraient. Nous avons développé les guides de collecte de données en anglais, avant qu'un membre de l'USAID Advancing Nutrition ne les traduise en français, et qu'un autre membre du personnel ne les révise. Ensuite, l'entreprise de collecte de données a traduit et retraduit les guides en haoussa. Les guides ont été traduits verbalement par les collecteurs de données en kanuri, le cas échéant. Parce que le kanuri est parlé dans une minorité de communautés d'étude, nous n'avons pas traduit les guides en kanuri à l'avance.

Dans le cadre de la formation des collecteurs de données, nous avons fait un pré-test aux guides de collecte de données dans une communauté qui ne faisait pas partie de l'échantillon. L'USAID Advancing Nutrition et la société de collecte de données ont finalisé les traductions des guides après les pré-tests. La pratique des exercices a permis de s'assurer que les collecteurs de données comprenaient les objectifs et l'importance de ne pas intervenir dans les discussions pour éviter d'influencer les membres de la communauté partageant leurs points de vue. Pour tenir compte des différences linguistiques entre les communautés, les équipes ont modifié les mots au besoin pour assurer la compréhension dans les communautés participantes, en particulier lorsque la langue écrite et parlée diffère. De plus, le pré-test a permis aux équipes de supervision d'adapter la formulation des questions et d'améliorer les interrogations pour améliorer la profondeur et l'utilité des informations recueillies.

Les discussions de groupe FGD et les entretiens ont été enregistrés sur support audio avec consentement et la société de collecte de données a produit des notes détaillées en français pour le codage et l'analyse. Les citations de ce rapport sont textuellement tirées des enregistrements audios.

L'USAID Advancing Nutrition a utilisé les groupes de discussion FGD pour collecter les données qualitatives auprès des femmes enceintes et allaitantes qui s'occupent d'enfants de moins de cinq ans, d'adolescentes, de membres de la famille et de leaders traditionnels et religieux. Les discussions de groupe FGD ont encouragé les participants à partager des expériences communes et à générer des solutions locales. Les chercheurs ont organisé des discussions de groupe séparément pour chaque groupe de répondants et ont divisé les membres de la famille en groupes de pères et de grands-mères afin de réduire le risque de biais de réponse. Les groupes de discussion ont couvert les principaux sujets suivants :

- Les perceptions et les expériences des femmes, des filles et des membres de la famille—
  - pour la recherche et l'utilisation des services de santé et de nutrition
  - pour la supplémentation
- Les perceptions et les expériences des femmes et des filles en matière d'apprentissage des pratiques alimentaires, notamment liées à la vitamine A et aux aliments riches en fer
- Réseaux sociaux et influenceurs clés
- La production agricole du ménage et l'accès alimentaire du ménage et l'allocation alimentaire au sein du ménage
- La préférence des femmes, des filles et des membres de la famille sur le format et les types d'activités de communication pour le changement social comportemental

Les groupes de discussion comprenaient un mélange de questions semi-structurées et d'exercices interactifs de tri et de classement des piles, ainsi que des exercices participatifs, tels que la rédaction d'histoires sans fin. Voir l'annexe 2 pour les guides de Groupes de discussions FGD et les listes d'aliments utilisés pour les piles de tri et les exercices de classement. Les listes d'aliments ont été élaborées sur la base des connaissances du personnel sur les aliments courants et des contributions du

personnel des partenaires de mise en œuvre de l'USAID sur les aliments riches en fer et en vitamine A susceptibles d'être promus.

Nous avons utilisé l'approche « meilleure amie » avec les adolescentes, qui consistait en des entretiens de groupe avec deux adolescentes qui sont amies. Ce guide d'entretien était similaire au guide de groupe de discussion FGD utilisé avec les adolescentes. Les chercheurs ont essayé deux approches différentes pour collecter des informations auprès d'adolescentes timides ou quelque peu réticentes à partager des informations avec les collecteurs de données : les entretiens de groupe et les discussions de groupe FGD. Voir l'annexe 2 pour le guide d'entretien de groupe.

USAID Advancing Nutrition a utilisé des entretiens individuels semi-structurés pour collecter des données qualitatives auprès des parties prenantes du MSP, des parties prenantes des Nations Unies et des partenaires de mise en œuvre de l'USAID, et des entretiens semi-structurés individuels et de groupe pour collecter des données qualitatives auprès des agents de santé et des agents de santé de bases (dans les cases de santé). Ces entretiens ont encouragé les participants à partager leurs points de vue en détail et à générer leurs propres idées de solutions. Les entretiens ont porté sur les principaux sujets suivants, liés aux suppléments du fer acide-folique et de la vitamine A, et aux aliments riches en nutriments en fer et en vitamine A :

- Facteurs liés à l'offre
- Défis et solutions de service
- Recommandations de services.

Voir l'annexe 2 pour les guides d'entretien.

## L'analyse des données

L'USAID Advancing Nutrition a appliqué une analyse thématique pour identifier les thèmes et les modèles dans les données narratives (Guest, MacQueen et Namey 2012). L'équipe de recherche a importé les notes d'entrevue dans ATLAS.ti, un progiciel d'analyse de données qualitatives, pour organiser et coder les données. Nous avons effectué un codage initial à l'aide de codes déductifs, identifiés avant l'analyse des données en fonction des questions de recherche et des sujets d'intérêt, et des codes inductifs basés sur les données. Nous avons ensuite exporté le codage initial pour que l'équipe de l'étude l'analyse à l'aide de matrices dans Microsoft Excel afin d'identifier les thèmes émergents et de déterminer si et comment les thèmes et modèles émergents variaient selon les caractéristiques ou la région des répondants. Dans l'analyse, nous avons désagrégé les résultats par district et par groupes de répondants (cependant, pas par chaque groupe de répondants au sein d'un district, car la taille de l'échantillon ne le permettait pas).

Nous avons utilisé Python pour analyser les données de tri des aliments en piles à l'aide de matrices de similarité, d'une mise à l'échelle multidimensionnelle non métrique et de l'incorporation de voisins stochastiques à distribution t (t-SNE) (voir l'annexe 3 pour plus de détails). Ensuite, nous avons partagé les résultats préliminaires avec le personnel du projet, Breakthrough ACTION, les partenaires de mise en œuvre de RISE II et le ministère de la Santé publique par le biais d'un atelier de validation participatif, afin d'affiner et de développer les résultats. Après l'atelier, nous avons finalisé les résultats de l'étude et élaboré des recommandations sur la manière d'adapter et d'affiner les conceptions d'intervention. Pour le rapport, nous avons obtenu des citations directes des enregistrements audio.

## Éthique et confidentialité

L'USAID Advancing Nutrition a soumis l'étude au Conseil d'examen institutionnel (IRB) de JSI ; nous avons reçu l'approbation après examen accéléré. Le Comité National d'Éthique du Niger a également examiné et approuvé l'étude.

Nous avons inclus une déclaration de consentement éclairé au début de toutes les activités de collecte de données pour informer les répondants que leur participation est volontaire et expliquer le but de l'étude, comment nous utiliserons les données, que la participation implique un risque minimal compte tenu de la nature non sensible de la données collectées, et la demande. La déclaration de consentement éclairé informait également les répondants que nous garderions leur identité confidentielle dans la mesure du possible. Nous avons limité autant que possible la collecte d'informations personnellement identifiables afin de minimiser le risque d'identification des répondants, étant donné que certains répondants peuvent être déplacés à l'intérieur du pays ou vivre dans des zones de conflit en cours.

Pour tous les participants célibataires de moins de 18 ans (c'est-à-dire les mineurs), nous avons d'abord obtenu le consentement éclairé de leurs parents ou tuteurs avant la collecte des données. Ensuite, nous avons obtenu le consentement des adolescents pour participer à la recherche.

Nous avons également utilisé les procédures de sécurité des données suivantes pour protéger les données et maintenir la confidentialité. Nous n'avons commencé à enregistrer qu'après avoir obtenu le consentement. Nous n'avons enregistré des informations d'identification personnelle sur les répondants qu'aux fins d'un consentement éclairé. Nous avons stocké toutes les copies dures dans une pièce verrouillée dans la mesure du possible. Nous avons enregistré des données électroniques sur des appareils protégés par mot de passe et utilisé des dossiers Google Drive sécurisés pour les transférer et les stocker. Nous avons inclus les procédures d'éthique de la recherche, de confidentialité et de sécurité des données dans la formation des collecteurs de données.

Les précautions contre le COVID-19 faisaient également partie de la formation des collecteurs de données. Les collecteurs de données portaient des masques tout au long de l'activité et ils ont fourni des masques aux participants à porter lors de la collecte de données. Nous avons effectué la collecte de données à l'extérieur ou dans des pièces avec ventilation extérieure dans la mesure du possible. Nous avons demandé aux collecteurs de données de surveiller leur santé et de ne pas travailler s'ils se sentaient malades.

## Limites de l'étude

Comme pour toutes les recherches qualitatives, il y avait un risque de biais de réponse. Les répondants peuvent avoir fourni des réponses qu'ils considéraient socialement acceptables plutôt que de rapporter ce qu'ils pensent ou font réellement. Par exemple, les membres masculins et féminins de la famille ont été inclus dans les mêmes groupes, ce qui peut avoir influencé la façon dont ils ont répondu aux questions. Ils peuvent également avoir fourni des réponses qui, selon eux, les aideraient à recevoir un soutien du projet à l'avenir.

Pour tenter d'atténuer ces risques, les collecteurs de données ont fourni un consentement éclairé clair et une déclaration de confidentialité avant de procéder à la collecte de données. Nous avons préparé et obtenu des formulaires de consentement distincts pour les parents d'adolescentes. Deuxièmement, les collecteurs de données ont posé des questions clés de multiples façons pour trianguler les réponses. Par exemple, nous avons posé des questions sensibles sur l'allocation alimentaire au sein du ménage directement et sous forme de questions de scénario. Pour réduire les biais, les questions posées lors des groupes de discussion et des entretiens portaient principalement sur les pratiques générales et les perceptions dans la communauté, plutôt que sur les comportements personnels ou individuels.

Nous avons rencontré des problèmes de qualité des données à Damagaram Takaya, où une partie de la collecte de données a été effectuée en Kanuri. Cela peut avoir été lié à des problèmes de traduction ou à la capacité des collecteurs de données.

La pandémie de COVID-19 et l'insécurité n'ont pas limité notre capacité à mettre en œuvre le plan d'échantillonnage ou à terminer la recherche comme prévu.

## Chapitre 3. Résultats sur la supplémentation en fer-acide folique et en en vitamine A

Dans cette section, nous présentons les résultats liés à la consommation du fer-acide folique par les femmes enceintes<sup>1</sup> et les jeunes adolescentes et à la supplémentation en vitamine A pour les enfants de moins de cinq ans. Pour fournir un contexte, nous présentons d'abord les perceptions courantes de la nutrition, qui peuvent influencer les comportements de recherche de la bonne santé et l'adhésion à la supplémentation.

### Perceptions de la nutrition

Les femmes et les adolescentes connaissaient les nombreux avantages d'une bonne nutrition. La plupart ont identifié une bonne santé et moins de maladies pour les personnes de tous âges, une apparence attrayante pour les filles et les femmes grâce à la prise de poids, un corps brillant et radieux et une peau lisse. Les femmes ont également déclaré qu'avec une bonne nutrition, une femme enceinte a un accouchement sans complication et un bébé en meilleure santé. Cependant, les répondants ne pensaient pas que les membres de leur communauté possédaient les caractéristiques qu'ils décrivaient.

*A travers une personne qui a eu une bonne alimentation, vous voyez qu'elle est grosse et bien potelée et son corps brille. Ici, dans notre groupe, il n'y a pas ce genre de personne. Tout le monde est maigre. — Femme enceinte et/ou gardienne d'enfant Magaria*

Les femmes, les membres de la famille, les agents de santé et les leaders communautaires savaient que la carence en vitamine A et l'anémie sont courantes. La plupart des participants ont déclaré que l'anémie est plus courante que la carence en vitamine A de nos jours, et plus grave, en particulier chez les femmes enceintes et les jeunes enfants.

*L'anémie est très répandue dans notre communauté. Par exemple, en moyenne, on peut dénombrer plus de 6 femmes sur 10 qui sont confrontées au problème de l'anémie au cours de leur grossesse et accouchement. — Femme enceinte et/ou gardienne d'enfant, Magaria*

*Nous assimilons l'anémie à la souffrance parce que ton organisme dépense plus d'énergie que ton alimentation n'en apporte donc il va de soi que ton sang vient à en manquer. — Femme enceinte et/ou gardienne d'enfant, Guidan Roumdji*

Cependant, les membres de la communauté n'ont pas fait la distinction entre les anémies causées par une carence en fer et la drépanocytose.

### Question de recherche I : Accès à la supplémentation en fer-acide folique

La plupart des femmes, des membres de la famille et des leaders communautaires savaient que les femmes devaient prendre du fer acide-folique pendant la grossesse et qu'elles obtiendraient ces suppléments dans un centre de santé au cours de leur premier trimestre de grossesse. Cependant, il était plus courant que les membres de la communauté discutent des pratiques de supplémentation en fer acide-folique pendant la grossesse que pendant l'allaitement. Les partenaires du projet RISE II ont confirmé qu'ils encourageaient les femmes à se rendre aux CPN pendant la grossesse, mais pas à d'autres moments.

---

<sup>1</sup> Alors que la politique nationale de 2008 sur les micronutriments stipule que la supplémentation en fer-acide folique devrait se poursuivre pendant trois mois après l'accouchement dans les endroits où la prévalence de l'anémie est d'au moins 40 % (Gouvernement du Niger 2008), notre recherche s'est concentrée sur les pratiques de supplémentation en fer acide folique pendant la grossesse, étant donné que d'autres données suggèrent un faible niveau de supplémentation.

Afin de ne pas avoir de complications, vous devez prendre le fer acide folique. Si tu as des complications, on t'évacue et là il faut payer beaucoup d'argent. Si ton mari n'a pas d'argent, il faut côtiser. — *Femme enceinte et/ou gardienne d'enfant, Damagaram*

De nombreuses femmes, tous les membres de la famille, les parties prenantes gouvernementales et les partenaires des projets de l'USAID ont reconnu que l'accès au fer acide folique est souvent un défi en raison des longues distances pour atteindre les services et des ruptures dans la chaîne d'approvisionnement. Les femmes reçoivent 30 comprimés à la fois, elles doivent donc retourner dans les centres de santé à plusieurs reprises pour le fer acide-folique, souvent loin de chez eux.

Les difficultés rencontrées par les femmes de ce village pour faire des consultations prénatales résident dans la distance qui sépare le village du centre de santé situé jusqu'à Guidan Roumdji... les femmes partent à pied pour les CPN souvent car elles ne prennent pas le risque de monter sur les motos qui sont le moyen de transport le plus utilisé dans la localité. — *Femme enceinte et/ou gardienne d'enfant, Guidan Roumdji*

La plupart des femmes et des membres de leur famille ont déclaré qu'il arrivait que les femmes enceintes se rendent dans les centres de santé pour constater qu'il n'y avait pas de comprimés disponibles. Dans ces cas, les femmes ont expliqué qu'elles recevaient une ordonnance pour payer les comprimés même lorsqu'elles n'avaient pas les moyens de le faire. Certains membres de la famille ont dit qu'il y a aussi des moments où les établissements de santé détournent les femmes des services parce qu'ils sont surpeuplés.

Parfois, on peut aller jusqu'à 3 voire 4 fois sans avoir de consultation car les agents de santé disent qu'il y a trop de monde et que tu dois revenir un autre jour ; et même ce jour-là, si tu pars, ce n'est pas sûr d'avoir la consultation car l'agent peut ne pas être là ou bien être encore trop débordé. — *Membre de la famille, Guidan Roumdji*

Les agents de santé ont partagé les défis liés à l'approvisionnement en fer acide-folique. Dans certains districts, les agents de santé ont noté un manque de lieu de stockage ainsi que l'absence d'un dispositif de ravitaillement régulier des magasins de district aux centres de santé qui peut retarder les approvisionnements. Beaucoup ont également reconnu un manque de systématisation des rôles et des responsabilités entre les différents districts et structures sanitaires pour suivre et commander l'approvisionnement en fer, ce qui pourrait limiter la coordination. Dans chaque district, les participants ont identifié différentes personnes comme responsables de la commande, allant de l'équipe cadre du district ou le pharmacien du district au point focal de la santé reproductive.

### **Informateurs clés**

Des informateurs clés du gouvernement, des Nations Unies et des partenaires de mise en œuvre ont partagé des politiques, des stratégies et des programmes liés au fer acide-folique et aux suppléments de vitamine A. La Stratégie nationale des micronutriments de 2008 (Gouvernement du Niger 2008) reste le document d'orientation pour toutes les parties prenantes. Il stipule que les femmes devraient recevoir 60 mg de fer élémentaire et 400 µg d'acide folique par jour pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse, et pendant trois mois après l'accouchement dans les endroits où la prévalence de l'anémie est d'au moins 40 %. Les parties prenantes ont noté de nombreuses autres politiques/stratégies qui font référence au fer acide-folique, y compris l'ensemble des conseils communautaires sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'UNICEF et l'ensemble des actions essentielles en nutrition. Cependant, ils ont tous reconnu qu'il n'existe pas de formation nationale normalisée sur le fer acide-folique, ce qui pourrait entraver l'accès.

Les parties prenantes ont identifié de nombreux défis à la couverture du fer acide folique, en particulier l'offre limitée. Ils ont noté que bien que les suppléments du fer acide-folique fassent partie de la liste des

médicaments essentiels, les demandes des postes de santé et des centres de santé intégrés (CSI) et l'approvisionnement au niveau du district et au-dessus ne sont pas systématiques. Certaines parties prenantes ont noté que l'approvisionnement est assuré pour les centres de santé soutenus par l'UNICEF - et moins fréquemment par les ONG - mais pas pour les autres.

Les parties prenantes ont également identifié des défis pour atteindre les populations. Les canaux actuels comprennent les visites cliniques pour les services CPN, les cliniques mobiles pour les populations éloignées et les campagnes de vaccination, mais ceux-ci sont peu fréquents. Certains ont mentionné que les agents de santé tentent de générer des demandes par le biais de conseils et de sensibilisation communautaire, mais ces efforts sont insuffisants pour stimuler la demande. D'autres parties prenantes ont estimé que la demande est faible en raison des craintes d'effets secondaires tels que la prise du fer acide-folique rend "l'accouchement difficile parce que les fœtus grandissent beaucoup" ou le manque de conscience sur l'importance du fer acide-folique.

Plusieurs parties prenantes ont reconnu que les données limitées sur la couverture et l'adoption rendent difficile le suivi des progrès et la quantification de l'écart dans l'offre. Certaines parties prenantes ont également reconnu qu'il y a un manque d'information sur la prévalence et les types d'anémie courants au Niger, et elles pensent que « toutes les anémies ne nécessitent pas de fer ».

Nous avons reçu des réponses mitigées quant au type de formation que les agents de santé communautaires (ASC) et les agents de santé volontaires reçoivent sur l'anémie et la supplémentation en fer acide-folique :

- Plusieurs répondants du gouvernement du Niger ont indiqué que les agents de santé de base reçoivent une formation sur les types et les causes de l'anémie et les options de traitement, tandis que les relais reçoivent des informations sur les signes cliniques de l'anémie et la posologie et la durée du traitement, dans le cadre d'une formation standard.
- Beaucoup ont indiqué qu'il n'y a pas de module de formation spécifique sur le fer.
- Une personne a mentionné que le fer acide-folique est inclus dans la formation en consultation prénatale.
- La moitié des membres du personnel des ONG interrogés ont mentionné que leur programmation impliquait une formation sur le fer acide-folique dans le cadre d'un ensemble intégré, tandis que d'autres ne se concentraient pas sur les micronutriments dans leurs programmes.
- Le projet RISE II axé sur la santé, prévoit d'appuyer la formation des ASC à la distribution communautaire de suppléments nutritionnels, de déparasitage et de contraceptifs.

Deux autres projets ont déclaré qu'ils promeuvent l'utilisation de la supplémentation en fer acide folique par le biais de groupes communautaires (ASC, Maman Lumières et groupes de soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant). Plus précisément, ils forment sur les actions essentielles en nutrition (qui comprennent la supplémentation en vitamine A et en fer acide-folique), équipent les membres de la communauté de matériel de communication et surveillent les activités.

Les parties prenantes ont noté plusieurs défis liés à la distribution du fer acide-folique, notamment :

- Absence de module de formation sur le fer-acide folique
- Difficulté à maintenir des acteurs formés
- Manque de formation de recyclage
- Incapacité à couvrir tous les villages

- Absence de continuité des activités après le projet.

## Recommandations des Participants

De nombreuses parties prenantes ont recommandé des politiques supplémentaires liées à la supplémentation en fer acide-folique pour les adolescents et l'élargissement de la politique pour supplémenter les femmes en FAF jusqu'à 40 jours après l'accouchement. (La politique actuelle est en fait de 60 jours après l'accouchement dans les zones où la prévalence de l'anémie est  $\geq 40\%$ ). Cependant, d'autres ont reconnu la nécessité de comprendre l'étiologie de l'anémie au Niger avant de mettre en œuvre de telles recommandations pour éviter de faire du mal.

Pour renforcer la chaîne d'approvisionnement, les agents de santé ont suggéré de créer une coordination plus intentionnelle entre les acteurs à chaque niveau, en plus de la formation sur la commande, le stockage et la distribution sur du FAF à tous les niveaux.

*Pour que l'approvisionnement soit ponctuel, il est nécessaire d'avoir une synergie entre les différents acteurs de la région, du département et les partenaires car presque toutes les demandes sont déchargées vers les partenaires et pour les partenaires c'est la livraison qui prend du temps. Donc, il est nécessaire, de se mettre ensemble pour définir le temps et éviter certaines ruptures. En cas de retard ou de rupture, comme nous sommes en contact avec les partenaires, on les appelle pour savoir à quel niveau nous sommes, ; s'il y a un problème pour la livraison à temps, comme cela on prend les dispositions nécessaires. — Agent de santé, Guidan Roudji*

*C'est vrai qu'ici nous avons eu la chance d'avoir quelques agents mis en place par certains projets et qui œuvrent dans la prise en charge de la malnutrition. Nous avons un grand CSI avec 7 cases de santé et toutes ces cases sont fonctionnelles. Imaginez si au-delà du CSI on arrivait à former les agents qui sont au niveau de nos cases de santé, cela aurait un impact certain et cela améliorerait davantage la qualité des prestations dans ce sens. — Agent de santé, Magaria*

Il y avait plusieurs recommandations pour que le gouvernement fasse de l'approvisionnement en fer une priorité importante. Un acteur a déclaré : « la question de l'approvisionnement doit être une priorité pour l'État et ses partenaires ; l'État doit prendre le leadership avec l'appui des partenaires.

Une autre recommandation fréquente concernait l'élargissement du rôle des agents des cases de santé, de la gestion communautaire intégrée des cas (iCCM), des relais, et des sages-femmes pour soutenir la distribution du fer acide-folique et le conseil. Si cela n'est pas possible, les relais communautaires pourraient informer les femmes lorsqu'il y a des disponibilités de fer acide-folique afin d'éviter aux femmes enceintes de se déplacer inutilement. Des suggestions supplémentaires sont incluses—

- Identifier les acteurs de soutien pour encourager les femmes enceintes et allaitantes à solliciter les CPN et le fer acide folique, en particulier les maris et les grands-mères (au sein des ménages), les leaders locaux (religieux).
- Impliquer toutes les structures communautaires existantes, telles que les Comités de Gestion des Établissements Scolaires (COGES), les Comités de Gestion de Santé, le Groupe de Soutien à l'Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant, dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- Intégrer la distribution du fer acide-folique à travers des interventions de programme telles que la réhabilitation nutritionnelle et les foyers d'apprentissage, les activités de promotion de la croissance des villages et les écoles des maris pour renforcer la sensibilisation et mobiliser les femmes.



Les recommandations des parties prenantes comprenaient également l'identification des personnes influentes et leur intégration dans la communication et la chaîne d'approvisionnement. Ils ont identifié des opportunités pour promouvoir et distribuer le fer à travers une variété de canaux tels que—

- La radio, les SMS et les « caravanes » de communication
- Des membres influents de la communauté tels que les COGES, les « matrones », les comités de l'Association Nigérienne de Marketing social (ANIMAS SUTURA)<sup>2</sup> et les groupes communautaires (Care groups, groupes d'agriculteurs)
- Les activités des ONG telles que les sites de distribution de contraceptifs à base communautaire et les distributions alimentaires de CSB+ (mélange maïs-soja plus et huile) des programmes de Resilience and Food Security Activity (RFSA) aux femmes enceintes et allaitantes.

Il a également été suggéré de s'associer avec des membres clés de la communauté et des partenaires locaux basés dans les communautés en utilisant un système de livraison « du dernier kilomètre ». L'UNICEF pilote actuellement une stratégie appelée "livraison du dernier kilomètre des intrants" dans six districts sanitaires de la région de Maradi, dans le but d'assurer la disponibilité continue des intrants à tous les points de distribution. Ils ont l'intention de passer à l'échelle.

## Question de recherche 2 : Adhérence à la Supplémentation en fer-acide folique

Les femmes et les membres de la famille ont reconnu que même lorsque les femmes reçoivent des comprimés du fer acide folique, de nombreuses femmes ne prennent pas le nombre de comprimés recommandé. Les femmes ont décrit des raisons telles qu'une mauvaise odeur du comprimé et des effets secondaires, tels que—

- Vomissements/nausées
- Vertiges
- Douleurs musculaires et articulaires.

Certaines femmes ont déclaré qu'elles craignaient également que trop de sang ne coule pendant l'accouchement si elles suivaient une cure de suppléments en fer acide folique.

### Qualité du conseil

Les agents de santé ont reconnu que les femmes ne respectent pas l'utilisation quotidienne. Certains agents de santé ont exprimé leur frustration que les femmes ne fassent pas ce qu'elles recommandent. Les agents de santé ont reconnu qu'ils ne peuvent pas passer du temps à fournir des conseils de qualité sur le fer-acide folique en raison du grand nombre de clients. De nombreux gouvernements, parties prenantes des Nations Unies et partenaires RISE II ont reconnu que le conseil était inexistant en raison du manque de matériel de formation et de conseil. Les partenaires ont également mentionné le besoin d'une supervision de soutien au niveau de la clinique et de la communauté. De même, les agents de santé ont exprimé un manque de protocoles pour le counseling et de matériel de conseil clairs sur la carence en fer ou l'adhésion au fer acide-folique pour aider les femmes enceintes et les familles à surmonter les problèmes d'adhésion à des moments clés, tels que l'odeur, lorsqu'ils ressentent des effets secondaires initiaux, puis lorsqu'ils se sentent mieux.

**Il y a un certain nombre de règles à respecter pour que le patient sente que vous vous intéressez à son problème et en retour il prendra vos conseils au sérieux. C'est vraiment un**

---

<sup>2</sup> Groupe de promoteurs communautaires identifiés et mis en place par l'Association Nigérienne de Marketing Social pour distribuer des contraceptifs au niveau communautaire.

aspect qui a été abandonné. C'est vraiment regrettable mais c'est un constat qui est là. Que ce soit au niveau des hôpitaux de district, des CSI et des cases de santé, il y a un changement radical dans le comportement des professionnels de santé par rapport à certains aspects des soins. — *Agent de santé, Guidan Roumdji*

### **Soutien familial et communautaire.**

Les membres de la famille connaissaient les moyens de minimiser les effets secondaires et ont accepté d'aider les femmes enceintes à prendre des comprimés tous les jours, ou un « partenaire d'observance ». Les femmes et les membres de la famille ont identifié des partenaires qui pourraient soutenir une meilleure observance. Les femmes aimaient l'idée que quelqu'un les soutienne pour obtenir des comprimés et les encourage à les prendre tous les jours. La plupart estimaient que les maris, les coépouses, les aînés ou les enfants adultes feraient de bons partenaires.

*Ceux qui peuvent l'aider, ce sont son mari, sa coépouse ou ses enfants s'ils sont grands. — Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfante, Damagaram Takaya*

*Oui cette idée serait utile dans le village, une coépouse qui rappelle à une autre coépouse de prendre les comprimés de fer acide folique parce qu'elles sont plus proches et le mari peut quitter pour plusieurs semaines. Certaines femmes peuvent préférer choisir le mari parce que la coépouse n'est pas toujours digne de confiance, surtout en cas de mésentente entre elles. Les grand-mères peuvent aussi rappeler aux femmes de prendre leur comprimé de fer acide folique en raison de leur statut d'ainée dans la maison. - Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfant, Magaria*

Les femmes avaient des conseils utiles qu'elles partageaient pour encourager leurs pairs. Leurs expériences positives et leur sagesse motiveraient les autres et aideraient à changer les normes et les attentes en matière d'adhésion, s'ils avaient des occasions de partager.

*Le conseil que nous avons à donner aux femmes c'est que quand tu consommes le fer acide folique tu n'auras pas de problème de manque de sang pendant l'accouchement. Nous avons consommé le fer acide folique et nous n'avons pas été déçues. Quand une femme néglige ces comprimés nous lui disons que toutes les rumeurs qu'il y'a autour du fer sont non fondées, moi-même j'ai utilisé et j'ai été satisfaite, donc ne néglige pas les comprimés de fer. Ils sont bon pour ta santé et celle de ton fœtus. — Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfant, Guidan Roumdji*

### **Les informateurs clés**

Les informateurs clés du gouvernement, des agences des Nations Unies et des partenaires de mise en œuvre ont réfléchi aux défis liés à l'adhésion au fer acide folique, en particulier au fait que les agents de santé partagent actuellement des recommandations techniques « lourdes » aux mères utilisant des modules difficiles, sans approche de changement social et comportemental.

### **Des recommandations des participants**

Les informateurs clés ont identifié un besoin d'outils de conseil de qualité, d'une formation de recyclage mise à jour et de guides de supervision formative pour les agents de santé et les ASC. Certains ont précisé une post-formation au bout d'un mois pour renforcer les apprentissages, et une supervision régulière mensuelle par le district sanitaire et trimestrielle par les autres.

## **Question de recherche 3 : Supplémentation en Vitamine A**

### **Accès**

Au cours des discussions de groupe FGD, les deux façons dont les membres de la communauté ont déclaré avoir accès aux suppléments de vitamine A étaient :

- Des suppléments donnés aux enfants lors des campagnes de vaccination
- Lors des consultations prénatales lorsque les femmes reçoivent des suppléments de vitamine A à donner à leurs enfants.

Certains agents de santé ont partagé les défis liés à un approvisionnement constant en suppléments de vitamine A. Ils ont noté que le calendrier des campagnes dépend du moment où l'approvisionnement est suffisant. Certains ont dit que les fournitures ne sont souvent pas suffisantes pour tous les enfants, ils doivent donc donner la priorité aux enfants qui viennent en premier pour les services.

*En pratique, si on a besoin de 100 enfants et qu'on a des doses pour 50 enfants, il y a une insuffisance. On donne aux présents et les absents vont attendre. Et souvent quand on voit un enfant en consultation qui n'a pas reçu la vitamine, on en profite pour la lui donner si elle est disponible. — Agent de santé, Guidan Roudjji*

Aucune mère/gardienne d'enfant n'a identifié de problèmes d'accès aux suppléments de vitamine A. Compte tenu des efforts du gouvernement pour s'éloigner des campagnes et intégrer la distribution de suppléments de vitamine A dans les services de santé de routine, les défis liés à l'approvisionnement en suppléments de vitamine A peuvent être similaires à ceux du fer acide folique.

### **Attitudes envers les suppléments de vitamine A**

La plupart des mères, des membres de la famille et des dirigeants communautaires sont bien informés sur la carence en vitamine A et ont déclaré que leurs enfants recevaient des capsules deux fois par an lors des campagnes de vaccination. Les femmes enceintes et les soignants ne considéraient pas la carence en vitamine A comme un problème important dans les communautés étudiées en raison de la supplémentation.

*Du fait de la sensibilisation des femmes qui fréquentent les CPN, cette prévalence est devenue très faible dans notre communauté depuis que les agents de santé ont commencé à vacciner les enfants avec l'appui des relais communautaires du village. — Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfante, Guidan Roudjji*

Les femmes savaient que les agents de santé fournissaient des suppléments de vitamine A lors des consultations postnatales et des campagnes de vaccination de masse.

*Pour que tous les enfants reçoivent la supplémentation en vitamine A, les femmes doivent être régulières pour les consultations postnatales et sortir massivement les enfants lors des journées de vaccination de masse. — Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfant, Magaria*

Quelques mères ont décrit avoir caché des enfants pendant les campagnes de vaccination par crainte du vaccin contre la poliomyélite. Certaines mères ont déclaré qu'elles évitaient de faire vacciner leur enfant en raison de la fièvre ; bien qu'elles n'aient pas précisé si elles pensaient que c'était le vaccin ou la capsule de vitamine A qui provoquait la fièvre.

*Quand ils viennent pour la campagne, nous cachons même les enfants au moment des campagnes. On dit que les enfants deviennent turbulents. C'est au moment de la polio qu'on donne aux enfants [campagnes de vaccination].*

*— Femme enceinte et/ou mère/gardienne d'enfant, Damagaram Takaya*

### **Les informateurs clés**

Les informateurs clés, y compris le gouvernement, les agences des Nations Unies et les représentants des partenaires de mise en œuvre, ont reconnu la Stratégie nationale pour les micronutriments de 2008 comme un document d'orientation sur la supplémentation en vitamine A. Les parties prenantes ont noté de nombreuses autres politiques/stratégies qui mentionnent la vitamine A. Il convient de noter la

nouvelle orientation du gouvernement du Niger qui envisage de remplacer la supplémentation en vitamine A à travers des campagnes de vaccination par la supplémentation à travers les services de santé de routine (à cause du coût élevé des campagnes). Le gouvernement du Niger dispose de cinq canaux par lesquels il propose d'atteindre les populations avec des suppléments de vitamine A (cliniques mobiles, prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, suivi et promotion de la croissance, consultations nourrissons et campagnes de masse).

Un document d'orientation national plus récent est le Plan opérationnel pour la vitamine A, qui est en cours de vulgarisation avec le soutien de plusieurs ONG (dont Helen Keller Intl). Il semble y avoir une connaissance limitée de ce plan car plusieurs parties prenantes au niveau national et du district n'étaient pas encore au courant de son existence. Ceux qui étaient au courant de son existence ont suggéré le soutien à sa vulgarisation en plus des suppléments : engagement des acteurs, financement, formation, systèmes de suivi/rapportage et génération de la demande.

Bien que les bénéficiaires n'aient pas perçu de problème d'approvisionnement, presque toutes les parties prenantes du gouvernement et des Nations Unies et les partenaires RISE II ont déclaré que le manque d'approvisionnement en vitamine A dans les centres de santé limite la couverture. Beaucoup ont noté que les centres de santé dépendent des suppléments restants des campagnes, et certains dépendent de l'UNICEF ou des ONG. Plusieurs ont ajouté que même si les suppléments de vitamine A, comme le fer-acide folique, figurent sur la liste des médicaments essentiels, l'achat n'est pas systématique. Comme pour le fer acide-folique, on s'inquiète du manque de rapportage sur le nombre de femmes et d'adolescentes qui reçoivent des suppléments.

Les parties prenantes ont noté que les agents de santé fournissent la plupart des suppléments par le biais de campagnes de vaccination. Atteindre les enfants de 24 à 59 mois est difficile, car seuls les enfants de 0 à 6 mois viennent régulièrement pour les consultations et les vaccinations des nourrissons. Une partie prenante a indiqué que les mères/gardiennes d'enfant associent les effets nocifs des suppléments de vitamine A à des effets nocifs comme la stérilité, car la supplémentation a généralement lieu pendant les campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

La moitié des parties prenantes du MSP/P/AS ont indiqué que les agents de santé de base (des cases de santé) et les relais communautaires reçoivent une formation. Pour les agents de santé de base, cette formation comprend des informations sur les aliments riches en vitamines, le but de la supplémentation en vitamine A, l'objectif et les doses à administrer pendant la routine et les campagnes et la fréquence de la supplémentation. Pour les relais communautaires, cette formation couvre les aliments riches en vitamine A, l'importance de la vitamine et la population cible pour la supplémentation. L'autre moitié des parties prenantes du MSP ont indiqué que dans certaines communautés, il n'y a qu'une brève formation avant une campagne.

Toutes les ONG qui ont répondu, sauf une, ont des activités qui se concentrent dans une certaine mesure sur la formation à la vitamine A :

- En utilisant le paquet ANJE (alimentation du nourrisson et du jeune enfant) mais en se concentrant sur la promotion des aliments riches en fer et en vitamine A
- Prise en charge clinique intégrée des maladies infantiles
- Pour les relais communautaires, la distribution à base communautaire fait partie de leurs responsabilités. Ces activités n'ont pas encore commencé (projet axé sur la santé).
- Plusieurs répondants ont indiqué qu'il existe des modules de formation sur la supplémentation en vitamine A, mais que la formation est inadéquate. Les raisons à cela incluent—
- Le manque de supports de communication au niveau des formations sanitaires et des agents de santé de base

- Le manque de supervision formative au niveau de la communauté et des structures sanitaires
- La mauvaise perception de la vitamine A car associée à la vaccination contre la poliomyélite
- La mobilité des agents de santé
- Le manque de formation des niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs au sein du système de santé.

### Recommandations des participants

Les parties prenantes ont formulé plusieurs recommandations pour augmenter la couverture des suppléments de vitamine A. Le plus souvent, ils ont suggéré d'utiliser les agents de santé de base (des cases de santé) pour la distribution communautaire. Certaines parties prenantes ont également recommandé de mettre l'accent sur la distribution par le biais des consultations nourrissons, en plus des campagnes comme une opportunité financièrement plus viable conformément à la transition vers la distribution de routine décrite dans les plans nationaux.

Certaines parties prenantes ont également suggéré les sorties des cliniques mobiles, une distribution de porte à porte et des plateformes communautaires de distribution. Les idées de plateformes communautaires actuellement soutenues par les projets comprenaient des groupes communautaires, des associations religieuses, de jeunes et de femmes, des écoles pour les maris, les Care groups, des équipes villageoises de promotion de la croissance, des foyers de réhabilitation nutritionnelle et d'apprentissage et des sites de distribution à base communautaire.

Plusieurs informateurs clés ont suggéré de promouvoir la demande de suppléments de vitamine A par le biais de divers canaux de communication tels que la radio et les journées de sensibilisation communautaire, ainsi que les plateformes et groupes communautaires.

Pour améliorer la formation des prestataires de soins de santé sur la supplémentation en vitamine A, les parties prenantes du gouvernement et des Nations Unies ainsi que les partenaires RISE II ont suggéré ce qui suit :

- Fournir des conseils aux mères en utilisant des messages simplifiés au lieu d'utiliser des modules lourds et souvent difficiles à comprendre pour faire passer le message de manière plus accessible.
- Organiser une formation de recyclage des travailleurs de première ligne.
- Assurer un suivi post-formation au bout d'un mois.
- Assurer une supervision formative régulière (des CSI par les districts sanitaires et la Direction régionale de la santé publique [DRSP]).

## Chapitre 4. Résultats sur la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer

Cette section explore les facteurs qui influencent la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer par les femmes, les adolescentes et les enfants de moins de cinq ans. Premièrement, nous explorons les normes alimentaires et de genre qui influencent la consommation, y compris l'allocation au sein du ménage. Ensuite, nous décrivons comment les communautés accèdent aux aliments et les défis rencontrés. Enfin, nous étudions les facteurs qui influencent spécifiquement la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer.

### Accès à la nourriture et les normes alimentaires

L'accès à la nourriture, en plus des coutumes et des normes autour de la nourriture et de la cuisine, influence ce que les gens mangent et comment. En réponse aux questions ouvertes et aux exercices de piles de tri, les répondants ont partagé les aliments qu'ils mangent ensemble et ceux qu'ils considèrent comme sains ou nutritifs.

Les répondants ont principalement déclaré qu'ils consomment ce qu'ils produisent à travers l'agriculture, le maraîchage et l'élevage. Les personnes interrogées à Guidan Roudji et dans les communautés agro-pastorales ont évoqué l'accès à la nourriture par leur propre production plus fréquemment que dans les deux autres districts et communautés agricoles. Les répondants ont noté que la réussite de la production agricole dépend de bonnes précipitations pour la production de la saison des pluies et la production de la saison sèche dans les vallées inondées et les lits des rivières. Même les répondants plus au sud à Guidan Roudji, où les précipitations sont meilleures que dans les régions plus au nord, ont déclaré que les précipitations ont diminué au fil du temps, ce qui a entraîné une baisse des rendements. Les partenaires de RISE II ont partagé que dans certaines de leurs zones de programme, "les villages ne sont pas adaptés à la pratique des jardins familiaux en raison des problèmes d'eau". Quelques répondants ont également déclaré que la migration rurale des hommes, notamment vers les mines d'or au Mali, réduisait la capacité des familles à produire des récoltes. Cependant, d'autres ont déclaré que les maris pouvaient subvenir aux besoins de leur famille en envoyant un revenu à la maison.

Les répondants ont décrit les aliments couramment consommés comme ceux produits localement. Il y a une saison des pluies d'environ juin à septembre (avec des variations selon la zone de moyens d'existence et les précipitations annuelles), au cours de laquelle le mil, le sorgho, le niébé et l'arachide sont produits. En fonction de l'accès aux terres basses et à l'irrigation, la production et la récolte du jardin peuvent durer jusqu'à la saison sèche. La saison sèche fraîche est d'environ octobre à février et la saison sèche chaude est d'environ mars à mai, avec des variations selon la zone de moyens d'existence (FEWS NET 2011). Pendant le temps que leur production durait, les répondants se sont appuyés sur celle-ci puis sur les achats du marché, comme il est courant chaque année. Cela laisse de nombreux ménages dépendants des achats sur le marché pendant huit à neuf mois de l'année (FEWS NET 2014). La période de soudure a lieu approximativement de juin à septembre, avec des variations selon la zone de subsistance<sup>3</sup> (FEWS NET 2013) et une imprévisibilité croissante en raison du changement climatique (Banque mondiale 2021). Un chef communautaire de Magaria a décrit la rapidité avec laquelle ils ont manqué de récolte cette année, à peine trois à quatre mois après la récolte principale :

---

<sup>3</sup> Dans la zone de subsistance des cultures de rente irriguées du sud, le long de la frontière avec le Nigéria, à Maradi et Zinder, la période de soudure s'étend généralement de juin à août. Dans la ceinture pluviale du mil et du sorgho du centre de Maradi et de Zinder, la période de soudure s'étend généralement d'avril à septembre. Plus au nord à Maradi et Zinder, dans la ceinture agro-pastorale, la période de soudure s'étend de juillet à septembre (FEWS NET 2011).

Même le mil, qui est notre aliment de base et produit localement, fait souvent défaut car la production est généralement terminée à partir du mois de mai. Cette année, il ne dépassera même pas le mois d'avril. — *Leader communautaire, Magaria*

Par rapport à Guidan Roundji, la zone de production de mil et de sorgho, les répondants de Damagram Takaya, une zone agro-pastorale, et de Magaria, une zone maraîchère, ont évoqué l'accès à la nourriture par des achats plus que par leur propre production. Les répondants ont massivement décrit les achats alimentaires comme coûteux et inabornables pour la plupart des membres de leurs communautés. Une partie prenante de l'ONU a partagé que "l'apport alimentaire au Niger est en partie basé sur les aliments énergétiques car les aliments nutritifs coûtent deux fois plus cher". Le personnel du gouvernement à Maradi a décrit comment les femmes de Maradi ne consomment pas d'aliments d'origine animale en raison du manque d'accessibilité. Au moment de la collecte des données, « les prix moyens de tous les produits sont nettement plus élevés, avec des augmentations [cette année] de 20 à 30 % pour le mil, le sorgho et le maïs par rapport à l'année dernière et à la moyenne sur cinq ans ». (FEWS NET 2022). Certains répondants ont également déclaré que les marchés sont éloignés et difficiles d'accès. Quelques répondants ont noté que les augmentations de prix et la mobilité réduite en raison de la pandémie de COVID-19 avaient davantage limité les achats alimentaires. Par exemple-

Cela a changé avec l'avènement de la COVID-19 car les déplacements sont limités, le commerce est réduit et la fréquentation des marchés a été réduite. Il fallait acheter le manger et les marchés sont restés fermés. Nous ne pouvons pas bien vendre nos animaux pour nous acheter des vivres au marché. — *Bénévole communautaire, Magaria*

Une récente analyse du coût de l'alimentation pour combler le déficit en nutriments réalisée par le PAM estime qu'un régime alimentaire nutritif n'est pas abordable pour 59 à 75 pour cent des ménages à Zinder (59 pour cent dans les zones agricoles, 63 pour cent dans les zones pastorales et 75 pour cent dans les zones agro-pastorales).

À Maradi, une alimentation nutritive n'est pas abordable pour 74 à 79 pour cent des ménages (74 pour cent dans les zones agro-pastorales et 79 pour cent dans les zones agricoles). Cette analyse a également révélé que les légumes, les fruits, la viande et les abats étaient moins disponibles, plus variables et plus chers sur les marchés des zones agro-pastorales et pastorales par rapport aux marchés des zones agricoles. Les prix étaient bas et stables sur tous les marchés pour les aliments moins nutritifs tels que les céréales, les racines, les légumineuses et les huiles (PAM 2021).

Les autres sources alimentaires mineures signalées étaient des aliments cueillis dans la nature et l'aide alimentaire. Les femmes, les adolescents et parfois les enfants cueillent des légumes à feuilles vertes et des fruits sauvages, en particulier à Magaria. Une minorité de répondants ont également déclaré avoir reçu des distributions de nourriture ou des bons/coupons alimentaires.

Le tableau 2 présente les aliments que les répondants ont déclaré être couramment consommés et disponibles localement ainsi que les principales sources de ces aliments, bien que celles-ci varient selon les saisons. Nous listons les aliments dans la ligne correspondant à la source la plus courante. Dans chaque catégorie, les aliments que les répondants ont le plus souvent indiqué que leur communauté consomme sont en gras. À l'exception du lait, les aliments d'origine animale, y compris la viande, les œufs, le poisson et le fromage, n'étaient en grande partie pas accessibles. De nombreux répondants ne produisaient pas ces aliments et les décrivaient comme coûteux à l'achat. Les autres aliments qui, selon les répondants, étaient difficiles d'accès comprenaient le mil, le sorgho, la papaye, les bananes, la goyave, les carottes, les aubergines, les pommes de terre et les criquets. Dans les exercices de piles de tri des aliments, les participants ont le plus souvent étiqueté les aliments d'origine animale (kilishi [viande séchée], criquets, viande, foie et œufs) et l'huile comme des aliments de luxe.

Tableau 2. Aliments courants par source et groupe d'aliments

Source de nourriture	Céréales et Tubercules	Légumes et grains	Aliments d'origine animale	Légumes	Fruits
Production propre (agriculture ou jardinage)	Mil Sorgho Manioc	Niébé Arachides	N/A	Feuilles de baobab Oseille Courge Gombo Tomate	Pastèque Melon
Achat	Riz Patate douce	Soja	Lait	Choux Salade	Orange
Cueilli dans la nature	N/A	N/A	N/A	<i>Laptadenia Hastata</i> (Feuilles vertes) <i>Gui</i> (Feuilles vertes)	N/A
Distributions alimentaires ou coupons	Mil Farine Riz	Niebe	N/A	N/A	N/A

Nous avons recueilli des informations sur comment une gamme d'aliments sont préparés et consommés grâce aux activités de piles de tri et aux discussions de groupe FGD. Ces aliments n'étaient pas tous accessibles aux répondants, cependant, ces informations reflètent les normes alimentaires et les plats locaux, plutôt que la variété de ce que les répondants mangent au jour le jour. Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur comment les répondants ont trié les aliments en fonction de la façon dont ils sont cuits et consommés.

Les principales céréales de base consommées à Maradi et Zinder - le mil et le sorgho - sont transformées en boules de pâte ou en pâte (ressemblant à une bouillie de farine dure comme la polenta) ou en couscous traditionnel. Des ingrédients supplémentaires dans les boules de pâte peuvent inclure du soja, du fromage, du lait, des graines de sésame, des fruits de baobab, du maïs d'Inde, du niébé et du blé. Certaines personnes consomment de la pâte de maïs, du riz ou des pâtes comme amidon dans le repas, mais le plus souvent, elles consomment du mil et du sorgho. Les Nigériens mangent l'amidon avec des sauces à base de légumes, de légumineuses, de tubercules ou moins fréquemment de viande, au déjeuner, au dîner et parfois au petit-déjeuner. Les adolescents ont également déclaré prendre de la bouillie, en particulier pour le petit-déjeuner, et les femmes ont parlé de donner de la bouillie aux enfants. Par exemple, une adolescente a décrit lorsqu'elle mange différents plats de céréales :

*Le matin nous consommons de la bouillie en grande majorité, à midi le couscous traditionnel de mil ou de sorgho ou maïs et le soir la pâte de mil, de sorgho ou maïs. - Adolescente, Magaria*

Les répondants ont décrit une gamme d'ingrédients qu'ils utilisent dans les sauces, à condition que les aliments soient accessibles. Les légumes utilisés dans les sauces sont des légumes verts à feuilles frais ou



séchés comme l'oseille, feuilles de baobab, feuilles d'amarante, feuilles de moringa et d'autres légumes comme les tomates, le gombo ou la citrouille. Les légumineuses utilisées dans les sauces comprennent le niébé, le soja et les arachides. Les tubercules utilisés dans les sauces comprennent les pommes de terre, le taro et le manioc. Ils ajoutent également de l'oignon, de l'huile et d'autres arômes comme les cubes Maggi. Les sauces courantes citées par les répondants comprennent la sauce aux feuilles de baobab, la sauce au gombo, la sauce "rouge" (c'est-à-dire à base de tomate), la sauce "noire" (à base de feuilles séchées comme le baobab ou le gombo, qui donne une consistance collante). Les ingrédients de ce que les répondants ont décrit comme une bonne sauce aux feuilles (kayan tabshe) étaient les arachides, l'oseille, les tomates séchées, les feuilles d'amarante, la citrouille, l'oignon ; ils peuvent également inclure de l'oignon, de la viande ou du poisson, ou d'autres légumes verts comme les feuilles de moringa ou le chou.

D'autres aliments sont frits, comme le poisson, les sauterelles, l'igname, les œufs et les beignets de poudre de soja (awara). Les répondants consomment également des fruits comme la pastèque.

Lors d'exercices de piles de tri, les répondants ont également regroupé les aliments en catégories en fonction de leurs propriétés pour la santé. Le tableau 3 montre les types de propriétés de santé et de nutrition sur lesquelles les répondants ont fondé leur création de tas. Les répondants ont classé une gamme d'aliments dans chaque catégorie. Le tableau ci-dessous montre les aliments les plus couramment placés dans chaque catégorie. Les répondants ont fait le plus de tas d'aliments généralement nutritifs et d'aliments pour le corps, d'aliments qui augmentent le sang et combattent l'anémie, d'aliments qui renforcent le corps et d'aliments contenant des vitamines.

**Tableau 3. Aliments par santé et propriétés nutritionnelles**

<b>Propriété de santé ou de nutrition</b>	<b>Aliment</b>
Augmenter la graisse ( <i>kara maski</i> )	<b>Légumineuses et graines</b> : souchet, arachide
Combat la faim ( <i>yana fidda gniwa</i> )	<b>Aliments d'origine animale</b> : kilishi (viande séchée), œufs, foie, poisson, viande <b>Céréales</b> : Riz, blé, sorgho, millet, sorgho, patates douces (vitamine A chair orange) <b>Légumineuses et graines</b> : graines de sésame, niébé
Donne de l'énergie	<b>Aliments d'origine animale</b> : foie, viande <b>Céréales</b> : Riz, blé <b>Tubercules</b> : patates douces (vitamine A chair orange), taro, manioc
Donne de la force (karhi) ou construit le corps	<b>Aliments d'origine animale</b> : Fromage, œufs, foie, criquets, lait <b>Fruits</b> : fruits du baobab <b>Légumes</b> : Chou, feuilles de moringa
Bon pour la croissance ( <i>kayan gina jiki</i> )	<b>Fruits</b> : Papaye, cantaloup, pastèque, mangue, goyave, orange, banane, baobab <b>Légumineuses et graines</b> : Caillé de soja <b>Tubercules</b> : igname <b>Légumes</b> : Aubergines sauvages, aubergines, carottes, potiron, tomates séchées, choux, laitue, oignons, tomates

Propriété de santé ou de nutrition	Aliment
A des vitamines ( <i>maganin gniwa</i> )	<b>Légumineuses et graines</b> : souchet, niébé, arachide <b>Légumes</b> : Carottes, tomates séchées
Améliore la vision	<b>Fruits</b> : Papaye, orange, cantaloup, banane, pastèque, goyave <b>Tubercules</b> : taro, manioc, igname <b>Légumes</b> : Aubergine, aubergine sauvage, carottes, tomates, feuilles de moringa, oseille, chou, feuilles d'amarante, potiron, oignon, laitue
Augmente le sang ( <i>yana kara gini</i> ) ou contre l'anémie ( <i>kara jini</i> )	<b>Fruits</b> : goyave, papaye, pastèque, mangue, orange, banane, cantaloup <b>Légumes</b> : Aubergines sauvages, aubergines, carottes
Augmente la vigueur ( <i>kara karfin jiki</i> ) ou la force ( <i>hamzari</i> )	<b>Aliments d'origine animale</b> : Lait, fromage <b>Céréales</b> : Maïs de Guinée <b>Fruits</b> : fruits du baobab <b>Légumineuses et graines</b> : Niébé <b>Tubercules</b> : Manioc, igname, patates douces (vitamine A chair orange), taro, pommes de terre
Nourrit la peau ( <i>yana djara fata</i> )	<b>Aliments d'origine animale</b> : Foie, kilishi (viande séchée) <b>Fruits</b> : Papaye, cantaloup, goyave, mangue <b>Légumineuses et graines</b> : souchet, graines de sésame, arachides Huile <b>Tubercules</b> : Manioc, igname, patates douces (chair orange) <b>Légumes</b> : Tomates, chou, feuilles d'amarante, potiron, laitue

## Normes de genre et allocation alimentaire au sein du ménage

Les normes de genre influencent les rôles que jouent les membres de la famille dans l'approvisionnement, la préparation et la distribution des aliments aux heures des repas (voir tableau 4). Nous avons demandé aux répondants de décrire les caractéristiques de l'homme et de la femme idéal et qui sont responsables de l'alimentation de la famille. Les répondants ont systématiquement identifié le mari ou le père de famille comme la personne responsable de la nutrition de la famille, et en fait de tous les besoins de la famille. Les mères et les épouses jouent un rôle de soutien en préparant et en servant la nourriture à la famille. Les maris sont censés apprécier leurs épouses et bien les traiter. Les épouses sont censées prendre soin de la famille, être prévenantes, patientes, discrètes et respectueuses envers leurs maris, leurs beaux-parents et les autres membres de la famille. En effet, une étude sur la répartition du pouvoir au sein des ménages au Niger a révélé que tous les membres du ménage doivent obéir au chef de famille (Wouterse 2016).

Tableau 4. Caractéristiques et responsabilités des hommes et des femmes

Sujet	Femmes	Hommes
Caractéristiques idéales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter son mari (tarbiya) et les autres membres de la famille (ladabi), en particulier sa belle-famille</li> <li>• Prévenant, patient et obéissant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépense tous ses revenus pour prendre soin de sa famille</li> <li>• Veiller à ce que sa femme et ses enfants aient accès à des aliments nutritifs</li> </ul>

Sujet	Femmes	Hommes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discret et ne partage pas les problèmes familiaux en dehors de la famille</li> <li>• Contribuer au fonctionnement du ménage, notamment en effectuant les tâches ménagères</li> <li>• Prendre soin de la famille, en particulier des enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprécier sa femme et ne pas se quereller ni la maltraiter</li> </ul>
Responsabilités liées à la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre soin de la santé et de l'alimentation de sa famille.</li> <li>• Préparer la nourriture et partager la nourriture avec les autres avant elle-même.</li> <li>• Aide à produire de la nourriture et contribue parfois à la prise de décision sur les aliments à produire.</li> <li>• Cueillir de la nourriture dans la nature.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir de la nourriture, y compris des aliments nutritifs, à tous les membres de la famille.</li> <li>• Décideur principal des aliments à produire et à acheter</li> <li>• Produire de la nourriture pour la famille.</li> </ul>
Exemples de citations	<p>Dans notre village, une bonne femme est celle qui prépare la à manger et répartit le repas aux autres membres de la famille avant elle-même. C'est aussi celle qui prend bien soin de son mari, de ses enfants et de ses beaux-parents. Elle veille à l'hygiène du ménage, y compris vestimentaire. — <i>Femme enceinte et/mère/gardiennne d'enfant, Magaria</i></p> <p>C'est quand elle est chez elle on remarque qu'elle est une bonne femme. — <i>Femme enceinte et/ou mère/gardiennne d'enfant, Damagaram Takaya</i></p>	<p>Le mari idéal est celui qui s'occupe constamment de ce que sa famille doit manger et qui endosse toutes les charges de la famille comme la santé, l'éducation, la nourriture, l'habillement. Il ne peut pas avoir l'esprit tranquille lorsque la famille est dans une situation critique. — <i>Membre de la famille, Guidan Romdji</i></p> <p>Dans notre village, un bon époux est celui qui assure bien toutes les charges du foyer. Il cherche de la nourriture et la met à la disposition de la femme qui prépare pour le reste de la famille, habille tous les membres de la famille, assure les soins de santé dans la limite de ses capacités et entretient bien sa femme sans la maltraiter ou faire de la bagarre ou querelle avec elle. Donc celui qui assure une prise en charge totale de la famille. C'est le bon "Ogga" c'est-à-dire le bon patron. — <i>Femme enceinte et/mère/gardiennne d'enfant, Magaria</i></p>

Selon les répondants, les hommes étaient les principaux décideurs concernant la nourriture à acheter et les cultures à cultiver. Les femmes aidaient les hommes dans la production agricole et les répondants ont déclaré que les femmes contribuaient parfois à la prise de décision sur les cultures à produire. Une autre étude au Niger a révélé que les hommes dominent la production de mil et contrôlent les cultures de rente, notamment le mil, le sorgho, le niébé et la pastèque. Les femmes produisent des cultures secondaires, ne contrôlent la production que sur de petites portions de terres et contrôlent la production de cultures comme l'oseille, le gombo, l'arachide et la courge (Walters 2017).

Les normes de genre et d'âge influencent l'allocation alimentaire au sein du ménage. Les ménages mangent des plats communs préparés pour toute la famille. Ces repas sont servis en les divisant en portions pour différents groupes du ménage, qui s'assoient ensemble pour manger. Les groupes sont basés sur le sexe et l'âge et dépendent de la composition du ménage. La taille moyenne des ménages dans les zones rurales du Niger est de 5,9, bien que cela varie en fonction de la structure familiale. Le taux de polygamie le plus élevé du pays se trouve à Maradi, où 52 % des femmes sont en union polygame. À Zinder, 31 % des femmes sont en union polygame (INS et ICF International 2013). Au Niger, il est courant d'avoir un mari et une femme, des coépouses (le cas échéant), des enfants et les parents et frères et sœurs des maris vivant dans un même ménage (Wouterse 2016). Les répondants ont expliqué que les femmes divisent le repas en différentes portions pour ces groupes, généralement dans l'ordre suivant : (1) mari ; (2) les parents, frères et sœurs du mari ; (3) garçons ; (4) filles ; et (5) épouse. Dans certains cas, les femmes divisent la nourriture en plusieurs groupes, les jeunes enfants et les adolescents étant également servis séparément, et les enfants plus âgés sont servis plus de nourriture que les plus jeunes. Les femmes servent les sœurs du mari avant la femme, si elles sont présentes dans le ménage. Par exemple, les femmes de Magaria ont expliqué comment les femmes de leur communauté distribuaient de la nourriture aux repas :

*La femme prépare le repas pour toute la famille et distribue la nourriture aux autres membres de la famille avant elle-même. — Membre de la famille, Magaria*

*En commençant par le mari, ses frères s'ils sont ensemble, les grands-parents, les enfants, et ensuite elle-même en dernière position. C'est notre coutume qui est comme ça et nous pensons qu'un peu partout c'est la même chose.*

*— Femme enceinte et/ou femme/gardiennne d'enfant, Magaria*

Les chefs communautaires de Guidan Roudji ont noté que les familles divisent souvent les plats en 10 portions, le nombre le plus élevé signalé. Dans les groupes de discussion FGD, les répondants n'ont pas expliqué comment cette distribution varie dans les ménages polygames par rapport aux ménages non polygames. Les membres de la famille ont expliqué que les femmes sont fières de se servir en dernier, même si cela signifie qu'elles ne reçoivent pas assez de nourriture. Les membres de la famille à Magaria ont expliqué :

*Les femmes préparent [la nourriture] et servent les autres membres de la famille avant elles-mêmes, et elles sont fières de le faire, même si leur alimentation est insuffisante par rapport aux autres membres de la famille. — Membre de la famille, Magaria*

Certaines femmes interrogées ont noté que leurs belles-mères et belles-sœurs n'étaient pas favorables à ce que leurs maris leur fournissent une nourriture adéquate, ce qui indique des tensions au sein du ménage concernant le droit des femmes à la nourriture en fonction de leur position dans le ménage. Les femmes d'un groupe de discussion FGD à Guidan Roudji ont expliqué cette tension,

*Les membres de la famille du mari sont ceux qui n'aiment pas que le mari soutienne ses femmes dans la consommation d'aliments riches. On peut citer les belles-sœurs du mari et les épouses des frères du mari, elles sont appelées « kishiyan samdi » c'est-à-dire les épouses de 2 frères. — Femme enceinte et/ou mère/gardiennne d'enfant, Guidan Roudji*

Dans quelques groupes de discussion FGD, les membres de la famille et les femmes ont déclaré qu'ils étaient en mesure de réserver une quantité suffisante de nourriture pour eux-mêmes. Quelques répondants ont noté que s'il n'y avait pas assez de nourriture pour tout le monde dans le ménage, ils donnaient la priorité aux enfants par rapport aux adultes.

### **Informateurs clés**

Le gouvernement du Niger, les parties prenantes des Nations Unies et les partenaires de mise en œuvre considéraient l'accès et l'abordabilité des aliments nutritifs comme des contraintes importantes, causées par les coûts alimentaires élevés et le manque d'eau et d'intrants agricoles de qualité (en particulier les semences). Les normes culturelles concernant l'allocation alimentaire au sein du ménage limitent également ce que les femmes et les filles peuvent manger.

Ils ont formulé plusieurs recommandations pour améliorer la consommation d'aliments nutritifs :

- Engager de nombreux secteurs pour aborder la disponibilité et l'accès aux aliments.
- Améliorer l'accès des [groupes] communautaires aux microcrédits pour faciliter l'acquisition de petites unités de transformation afin de rendre les produits transformés plus accessibles aux ménages.
- Engager à la fois le secteur public (ministères) et le secteur privé (en augmentant la production d'aliments enrichis localement).
- Les ONG disposent d'un certain nombre de plates-formes à travers lesquelles elles visent à améliorer la consommation des ménages, telles que—
  - établir des jardins de case, des champs d'écoles d'agriculteurs (champs collectifs), des jardins familiaux, des jardins maraîchers pour promouvoir la production d'aliments comme le moringa et le baobab
  - organiser des foires aux semences pour améliorer l'accès des ménages aux intrants agricoles
  - mise à disposition d'unités de transformation de produits maraîchers
  - fourniture de petits ruminants pour accroître les possibilités d'élevage
  - amélioration de l'accès des ménages aux farines fortifiées localement (garin yara)
  - distribution conditionnelle (CSB+ et huile végétale enrichie en vitamine A) aux femmes enceintes et allaitantes, et aux enfants de moins de 24 mois.
- Améliorer la communication avec les autorités interministérielles et les acteurs multisectoriels sur la production d'aliments à haute valeur nutritionnelle.

## **Question de recherche 4 : Consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer**

### **Consommation par les femmes d'aliments riches en vitamine A et en fer**

#### **Comportement et attitudes**

Comme indiqué au chapitre I, une étude a révélé que seulement 16 % des femmes enceintes et 15 % des femmes allaitantes avaient une diversité alimentaire adéquate à Zinder. En outre, 52 % des femmes enceintes et 89 % des femmes allaitantes consommaient des quantités insuffisantes de vitamine A. L'apport en fer était insuffisant pour 47 % des femmes enceintes mais seulement 1 % des femmes allaitantes (Wessells et al. 2019).

Les femmes et les membres de la famille ont systématiquement signalé que les femmes sont largement limitées à la consommation de ce qui est disponible à la maison. (Voir tableau 2 ci-dessus). Alors que les femmes mangent principalement à la maison, elles achètent occasionnellement des aliments préfabriqués comme des beignets au marché et mangent lors de cérémonies communautaires comme les mariages. Comme indiqué dans la section précédente, les aliments produits localement sont principalement disponibles à la maison, en plus des aliments abordables achetés sur les marchés locaux. Les hommes sont principalement responsables de l'achat de nourriture et de la prise de décisions sur ce qu'il faut acheter. Les femmes sont responsables de la cueillette des légumes verts et des fruits sauvages, qui pourraient être nutritifs. Par exemple, le yodo (*Cerathotheca sesamoides*) est un type de légume indigène à feuilles vert foncé que les femmes cueillent et qui peut contribuer substantiellement à satisfaire les besoins en fer et partiellement en vitamine A (Sena et al. 1998).

Les répondants ont identifié une gamme d'aliments riches en vitamine A et en fer comme de bons aliments nutritifs pour les femmes. Cependant, les répondants considéraient que bon nombre de ces aliments n'étaient pas abordables. Dans les piles de tri, les femmes enceintes et les mères/gardiennes d'enfants ont également identifié les aliments qu'elles considéraient comme une source de vitamine A et de fer. Dans toutes les discussions de groupe FGD, les femmes ont correctement identifié un ou plusieurs aliments comme sources de vitamine A et de fer. Voir le tableau 5 ci-dessous pour les aliments contenant de la vitamine A et du fer que les répondants considéraient le plus souvent comme bons pour les femmes et que les femmes ont correctement identifiés comme sources de vitamine A et de fer<sup>4</sup>. Les classifications que nous fournissons pour les aliments riches en vitamine A et en fer se sont concentrées sur la question de savoir si les aliments contribuent à atteindre les valeurs quotidiennes recommandées pour ces micronutriments dans cet environnement à forte insécurité alimentaire. En tant que telles, les classifications incluent des aliments qui ne sont pas strictement considérés comme riches en vitamine A et en fer.

**Tableau 5. Aliments contenant de la vitamine A et du fer considérés comme bons pour les femmes et source de micronutriments**

Sujet	Aliments riche en Vitamine A	Aliments riche en fer
Bon pour les femmes	Lait Pétrole (en supposant fortifié) Goyave Poisson Mangue Feuilles de Moringa Citrouille Foie Papaye Gombo	Millet Fruits de baobab Niébé Viande Poisson Maïs de Guinée Feuille de Moringa Foie Soja
Source de micronutriments	Lait Fromage Feuilles de Moringa	Niébé Œufs Soja

Ces classifications du fer et de la vitamine A ont été déterminées selon que l'aliment contient suffisamment de fer ou de vitamine A pour contribuer à la satisfaction des valeurs quotidiennes de ces nutriments (5 % ou plus des besoins moyens estimés) dans cet environnement à forte insécurité alimentaire. Ces classifications ne tiennent pas compte des besoins en nutriments pour différents âges et peuvent varier en fonction de l'espèce et si l'aliment est frais ou séché.<sup>5</sup> Ces classifications du fer et de la vitamine A ont été déterminées selon que l'aliment contient suffisamment de fer ou de vitamine A pour contribuer à la satisfaction des valeurs quotidiennes de ces nutriments (5 % ou plus des besoins moyens estimés) dans cet environnement à forte insécurité alimentaire. Ces classifications ne tiennent pas compte des besoins en nutriments pour différents âges et peuvent varier en fonction de l'espèce et si l'aliment est frais ou séché.

Sujet	Aliments riche en Vitamine A	Aliments riche en fer
	Patates douces (chair orange) Pétrole (en supposant fortifié) Feuilles de baobab Foie Oseille Feuilles d'amarante	Foie Poisson Feuilles de Moringa Criquet Taro Noix tigrée Viande Pommes de terre

Les répondants ont expliqué l'importance de consommer des aliments nutritifs pour la santé des femmes et de leurs enfants, en particulier pour les femmes enceintes. Les leaders communautaires ont déclaré qu'ils encourageaient les maris à fournir à leurs femmes enceintes des aliments riches en fer et en vitamine A. Comme indiqué précédemment, la prévention de l'anémie était le deuxième avantage pour la santé le plus courant identifié pour les aliments dans l'exercice de piles de tri. Par exemple, une femme de Magaria a déclaré :

**Les aliments suggérés pour les femmes enceintes leur sont donnés car ils préviennent l'anémie et améliorent l'apparence physique du corps de la femme. Elle devient brillante et belle à regarder. Ceux donnés aux femmes enceintes renforcent la santé de la mère et de l'enfant. Ils favorisent également la croissance des enfants. — Femme enceinte et/ou soignante, Magaria**

Cependant, les femmes ont signalé que les gens ne sont pas en mesure d'avoir une bonne alimentation dans leur communauté et ne montrent donc pas les signes physiques d'une bonne nutrition.

Malgré la compréhension de l'importance de consommer des aliments riches en micronutriments, en particulier pendant la grossesse, les femmes et les membres de la famille ont déclaré qu'un accès limité empêche les femmes de manger ces aliments. Les répondants ont déclaré que les maris sont responsables et veulent fournir des aliments nutritifs à leurs familles. Cependant, leurs revenus n'étaient pas suffisants pour fournir ces aliments, ou ils ont migré pour le travail et n'ont pas pu subvenir à leurs besoins pendant leur absence. Les leaders communautaires ont noté quelques normes culturelles concernant la consommation alimentaire pendant la grossesse qui peuvent décourager la consommation de certains aliments nutritifs ; cependant, les répondants ont également déclaré que ces normes ne sont pas autant suivies aujourd'hui. Celles-ci incluent que les femmes enceintes ne doivent pas manger—

- Œufs car ils peuvent faire bégayer l'enfant
- Sauces salées jusqu'au sevrage du bébé car cela peut provoquer une allergie mortelle
- La viande d'un animal femelle qui a été abattu parce que la femme risque le même sort.

De plus, les femmes qui volent des œufs pour les manger lorsqu'elles sont enceintes donneront naissance à un enfant avec une bosse en forme d'œuf sur la tête. Cette tradition s'étend à ne pas accepter d'œufs en cadeau.

### **Recommandations des participants et facilitateurs**

Les participants se sont principalement concentrés sur la nécessité d'améliorer l'accès aux aliments nutritifs pour améliorer la consommation d'aliments nutritifs par les femmes. Quelques-uns ont noté que cela devrait se faire par le biais d'une aide alimentaire accrue.

Les normes sociales encouragent largement les maris à fournir suffisamment d'aliments nutritifs aux femmes enceintes, et les leaders communautaires ont suggéré d'encourager les maris à fournir à leur



femme enceinte des aliments riches en fer et en vitamine A. Cependant, le soutien familial n'est pas élevé et le statut des femmes dans le ménage est globalement faible. Dans ce contexte d'insécurité alimentaire élevée, les femmes ont un droit limité à la nourriture car on s'attend généralement à ce qu'elles donnent la priorité à l'alimentation des autres membres de la famille plutôt qu'à elles-mêmes. Quelques participantes ont fait remarquer que les femmes devraient plaider pour obtenir une portion équitable du repas familial lorsqu'elles sont enceintes afin de ne pas mettre leur propre santé et celle de leur bébé en danger.

## Consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer chez les adolescentes

### Comportement et attitudes

Comme les femmes, les adolescentes et les membres de la famille ont systématiquement signalé que les adolescentes sont largement limitées à la consommation de ce qui est disponible à la maison et mangent les mêmes aliments que les autres membres du ménage. (Voir tableau 2 ci-dessus). Comme l'a expliqué une adolescente :

*Ce que nous mangeons n'est pas différent de ce que mangent les autres membres de notre famille car nous mangeons ce que nous avons préparé et c'est la même marmite. — Adolescente, Guidan Roudji*

Quelques filles ont dit qu'elles mangeaient parfois chez des amis ou lors d'événements et de cérémonies communautaires. Ils cueillent aussi parfois des aliments sauvages, comme les racines tubéreuses du katchala, une herbe aquatique qui pousse dans les cours d'eau. Une minorité a déclaré qu'elles demanderaient à leurs pères des aliments particuliers s'ils en avaient envie.

Comme les femmes, les adolescentes n'ont souvent pas accès à des aliments nutritifs parce que leurs parents ne peuvent pas se les offrir. Comme elles dépendent largement de la production agricole de leur famille pour se nourrir, leur accès à la nourriture varie selon les saisons ; comme l'a expliqué une adolescente :

*Ce que nous mangeons diffère en quantité selon la période et le type d'aliment. La quantité est plus grande en période de récolte car il y a une abondance des aliments et pendant la période de soudure, ce que nous mangeons aujourd'hui diffère en quantité de ce que nous pouvons manger le lendemain. Pour les aliments qu'on mange occasionnellement, comme la viande, la quantité varie en fonction de la quantité préparée. — Adolescente, Guidan Roudji*

Quelques filles ont noté que lorsque le ménage n'a pas assez de nourriture, elles mangent moins d'aliments préférés ou sautent des repas. La monotonie de leur régime alimentaire et la qualité des aliments réduisent également la quantité qu'elles consomment, car elles préfèrent manger des plats différents du mil et du sorgho habituels, et elles mangent moins quand les plats n'ont pas bon goût.

Lors des tris d'aliments en tas, les répondants de Guidan Roudji ont identifié une gamme d'aliments contenant de la vitamine A et du fer comme étant de bons aliments nutritifs pour les adolescentes. Cependant, ils ont également déclaré que les filles avaient un accès limité à ces aliments en raison de l'insécurité alimentaire des ménages. Dans toutes les discussions de groupe FGD sauf une, les adolescentes ont correctement identifié un ou plusieurs aliments comme sources de vitamine A ou riches en fer, bien qu'elles n'aient pas reçu de conseils nutritionnels. Les adolescentes ont également fait un exercice de liste et de classement de leurs aliments préférés riches en vitamine A et en fer. Voir le tableau 6 ci-dessous pour les aliments contenant de la vitamine A et du fer que les répondants de Guidan Roudji considéraient comme bons pour les adolescentes, que les adolescentes ont correctement identifiées comme sources de vitamine A et de fer,<sup>5</sup> et que les adolescentes ont déclaré préférer.

---

<sup>5</sup> Ces classifications du fer et de la vitamine A ont été déterminées selon que l'aliment contient suffisamment de fer ou de vitamine A pour contribuer à la satisfaction des valeurs quotidiennes de ces nutriments (5 % ou plus des besoins moyens estimés) dans cet environnement à



**Tableau 6. Aliments contenant de la vitamine A et du fer considérés comme bons pour une source de micronutriments et préférés par les adolescentes**

Sujet	Aliments riche en Vitamine A	Aliments riche en fer
Bon pour les adolescentes	Mangue Papaye Criquets Feuilles d'amarante Carottes Oseille Goyave Cantaloup Feuilles de baobab Patates douces (chair orange)	Criquets Feuilles d'amarante Oseille Feuilles de baobab Taro Noix tigrée
Source de Micronutriments	Feuilles de Moringa Patates douces (chair orange) Pétrole (en supposant fortifié) Feuilles de baobab Foie Oseille Feuilles d'amarante Criquets Carottes Tomates séchées Mangue Papaye Cantaloup Gombo	Œufs Soja Niébé Foie Poisson Feuilles de Moringa Millet Taro Viande Patates Kilishi (viande séchée)
Préférés par les adolescentes	Huile Criquets Mangue Papaye Cantaloup Gombo	Niébé Viande Œufs Patates

Les adolescentes ont reconnu la valeur de manger des aliments nutritifs pour leur propre santé. Elles étaient motivées à consommer des aliments sains et voulaient se sentir en bonne santé et épanouies comme les filles montrées sur les photos lors des exercices de discussion de groupe FGD. Cependant, elles ne connaissaient aucune fille qui mangeait bien.

Toutes les filles qui mangent une bonne alimentation sont différentes des autres. Cela se constate à travers leur corpulence. Mais dans notre village, nous ne connaissons pas les filles qui ont eu une bonne alimentation car nous sommes en campagne. — *Adolescente, Magaria*

Les répondants ont indiqué qu'ils recevaient rarement des conseils sur la nutrition. Dans l'ensemble, les communautés ne considèrent pas les adolescentes comme ayant des besoins nutritionnels uniques ou

forte insécurité alimentaire. Ces classifications ne tiennent pas compte des besoins en nutriments pour différents âges et peuvent varier en fonction de l'espèce et si l'aliment est frais ou séché.

comme une population vulnérable à la sous-nutrition ou aux carences en micronutriments. Quelques adolescentes pensent qu'elles devraient manger de bons aliments une fois qu'elles ont commencé leurs règles pour améliorer leur santé, être en meilleure santé et trouver un prétendant. Comme pour les autres membres de la famille, les adolescents interrogés considéraient que c'était la responsabilité du père de leur fournir des aliments nutritifs. Alors que quelques répondants ont décrit la responsabilité générale du père de subvenir aux besoins de la famille comme un « fardeau », cela était particulièrement le cas pour les adolescentes non mariées. Une fois mariées, les filles deviennent le « fardeau » de leur mari. Une personne interrogée a noté que les parents et les grands-parents avaient des perceptions différentes de la nutrition et du droit à l'alimentation des adolescentes.

Il y a une différence entre les perceptions des parents et celles des grands-parents sur la nutrition des adolescents dans la mesure où certains aliments "mayyé" (boule de mil à laquelle certaines plantes sont ajoutées) selon nos grands-parents ne doivent pas être donnés aux adolescentes qui sont en âge de menstruation pour retarder la survenue des règles. Elles n'ont le droit d'en manger que lorsqu'elles vont se marier. Nous nous accrochons toujours à nos traditions car ce sont nos valeurs et elles existent dans notre communauté jusqu'à maintenant. — *Membre de la famille, Guidan Roudji*

### Recommandations des participants et facilitateurs

Les filles ont exprimé leur intérêt à en savoir plus sur la nutrition et ont déclaré qu'elles suivraient les conseils qu'elles recevraient. Dans les discussions de groupe FGD et les entretiens de groupe, nous avons demandé aux adolescentes de réaliser trois activités que les partenaires de mise en œuvre pourraient utiliser dans le cadre d'interventions de changement social et comportemental auprès des adolescentes. L'une consistait à offrir un « cadeau » aux filles, qui était une boîte ou un panier avec des photos de filles en bonne santé. L'intervieweur a expliqué les avantages qu'elles obtiendraient en mangeant quotidiennement des aliments riches en fer comme des haricots ou des feuilles de moringa, surtout s'elles mangeaient ces aliments avec du citron vert ou des fruits. Manger ces aliments reviendrait à s'offrir un cadeau, car ils les aideraient à ressembler aux filles sur les photos, à se sentir bien tous les jours, à mieux réussir à l'école, à mieux se concentrer, à avoir plus d'énergie et à se sentir moins fatiguées.

Une autre activité consistait en un exercice de liste et de classement dans lequel les participants ont répertorié tous les aliments contenant du fer et de la vitamine A, puis ont classé leurs favoris d'un à dix. Dans la dernière activité, les filles ont reçu du papier et des marqueurs pour faire une affiche qui encouragerait leurs frères et sœurs à manger des aliments sains chaque jour. Les filles ont dit qu'elles aimaient toutes les activités et qu'elles les trouvaient intéressantes. Elles ont particulièrement apprécié l'exercice de classement et de listage et la réalisation de l'affiche. L'une d'entre elles a déclaré que l'exercice de listage et de classement était comme un jeu. Plusieurs filles ont dit qu'elles partageraient ce qu'elles ont appris avec leurs amis et leurs frères et sœurs. Cependant, l'une d'elles a noté que si ces activités étaient appropriées pour les filles qui sont allées à l'école, elles peuvent ne pas être réalisables pour les filles non scolarisées.

## Consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer chez les enfants

### Comportement et attitudes

Comme indiqué au chapitre I, une minorité d'enfants de 6 à 23 mois à Zinder et Maradi consomment des aliments riches en fer et en vitamine A. À Zinder, seulement 8 % des enfants de 6 à 23 mois ont consommé des aliments riches en fer (y compris de la viande, du poisson, de la volaille et des œufs) et 26 % ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures. À Maradi, 11 pour cent des enfants de 6 à 23 mois ont consommé des aliments riches en fer (y compris de la viande, du poisson, de la volaille et des œufs) et 29 pour cent ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures (INS et ICF International 2013).

Les répondants ont indiqué que les enfants mangent en grande partie ce que le reste de la famille mange, car ils sont limités à consommer ce qui est disponible localement. Cependant, le régime alimentaire des enfants varie quelque peu selon l'âge. Avant l'âge de deux ans, les enfants s'allaitent et une fois qu'ils commencent l'alimentation complémentaire, quelques répondants ont noté que les enfants devraient recevoir de la bouillie, du lait, de l'eau et des fruits. Les répondants ont partagé des perceptions mitigées quant à savoir si les jeunes enfants ne devraient pas manger certains aliments. Les aliments les plus courants que les répondants pensaient que les enfants ne devraient pas manger étaient les œufs, les légumes à feuilles vertes et la viande. Certains ont dit que les enfants ne devraient pas manger d'œufs et que les mères ne suivent pas les conseils des agents de santé pour donner des œufs aux enfants car ils peuvent les faire bégayer ou avoir un retard d'élocution, tandis que d'autres ont déclaré que la tradition est moins répandue. La préoccupation exprimée par les répondants concernant les légumes à feuilles vertes, en particulier l'oseille, était qu'ils pouvaient causer la diarrhée.

*Nous ne donnons pas non plus d'œufs aux enfants de moins de 5 ans, sinon l'enfant sera enrhumé comme un œuf, c'est-à-dire qu'il prendra du temps avant de commencer à parler. — Chef de communauté, Allah Karbo*

*Si l'enfant est trop petit, il consomme le lait de sa mère, et au besoin, on lui donne de la bouillie, mais il ne faut pas lui donner de yakuwa car c'est un aliment qui les constipe et provoque de la diarrhée. Cela peut nuire à leur croissance et à leur développement. — Leader communautaire, Magaria*

*Autrefois, nos parents ne donnaient pas d'oseille et certains produits traditionnels car ces produits comme l'oseille provoquent des diarrhées chez les enfants. Ce produit (oseille), même maintenant, n'est pas recommandé aux enfants. — Leader communautaire, Magaria*

En général, les répondants pensaient que le lait, les œufs, les fruits, le foie, les haricots et les légumes étaient des aliments nutritifs pour les enfants. Le tableau 7 montre les aliments contenant de la vitamine A et du fer que les répondants ont répertoriés comme de bons aliments nutritifs pour les enfants.<sup>6</sup>

**Tableau 7. Aliments contenant de la vitamine A et du fer considérés comme bons pour les enfants**

Sujet	Aliments riche en vitamin A	Aliments riche en vitamin D
Bon pour les enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Œufs</li> <li>Poisson</li> <li>Mangue</li> <li>Carottes</li> <li>Goyave</li> <li>Cantaloup</li> <li>Huile</li> <li>Citrouille</li> <li>Fromage</li> <li>Feuilles de Moringa</li> <li>Foie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Œufs</li> <li>Poisson</li> <li>Arachides</li> <li>Niébé</li> <li>Feuilles de Moringa</li> <li>Foie</li> <li>Graines de sésame</li> </ul>

Les répondants ont indiqué que les pères sont chargés de fournir des aliments nutritifs aux enfants et que les mères sont responsables de les soigner et de les nourrir. Les répondants ont reconnu que les

<sup>6</sup> Ces classifications du fer et de la vitamine A ont été déterminées selon que l'aliment contient suffisamment de fer ou de vitamine A pour contribuer à la satisfaction des valeurs quotidiennes de ces nutriments (5 % ou plus des besoins moyens estimés) dans cet environnement à forte insécurité alimentaire. Ces classifications ne tiennent pas compte des besoins en nutriments pour différents âges et peuvent varier en fonction de l'espèce et si l'aliment est frais ou séché.

enfants ont besoin d'aliments nutritifs pour assurer une croissance et un développement appropriés. En conséquence, les répondants perçoivent les enfants comme vulnérables à la malnutrition et aux carences en micronutriments. Comme pour les autres membres de la famille, les répondants ont déclaré que l'abordabilité était un facteur important qui limitait leur capacité à donner aux enfants des aliments nutritifs, comme le montrent les réponses ci-dessous.

Les enfants de notre village mangent ces aliments si on trouve de quoi s'en procurer, mais c'est le contexte local qui fait en sorte que cette consommation est limitée. Je voudrais à ce niveau faire allusion à la pauvreté qui limite le pouvoir d'achat de leurs parents. — Membre de la famille, Magaria

Les principales difficultés rencontrées par les femmes pour les enfants à partir de 6 mois sont principalement le manque de moyens financiers des parents pour acheter les aliments qui sont bons pour les enfants, ainsi que la disponibilité de ces aliments. Nous leur donnons certains aliments non-adaptés et cela crée le problème de la malnutrition. — Femme enceinte et/ou femme/gardiennne d'enfant, Guidan Roumdji

Les enfants ont plus de mal à accéder aux aliments, surtout quand ils sont riches. Pour certains aliments riches, nous devons les acheter sur le marché et nous n'avons pas les moyens financiers de le faire. — Femme enceinte et/ou femme/gardiennne d'enfante, Magaria

### Recommandations des participants et facilitateurs

Les femmes ont discuté de la réception d'instructions sur la façon de préparer de la bouillie enrichie pour les enfants lors de réunions de groupe, et les relais enseignent aux mères comment donner aux enfants des aliments nutritifs. Cependant, les mères ne peuvent pas nécessairement suivre ces conseils car elles n'ont pas accès aux aliments recommandés. Un agent de santé de base de Magaria a expliqué :

La nutrition fait partie intégrante des activités que nous menons. Mais nous rencontrons quelques difficultés dans l'exercice de cette activité, notamment dans le sens des activités de sensibilisation sur la nutrition... Certaines femmes vont jusqu'à nous dire que nous les dérangeons et que nous ne leur apportons rien quand nous essayons d'expliquer les différents plats qui devraient être donnés aux enfants comme la bouillie, les fruits, les légumes, etc. Il y a beaucoup de réticence de la part des femmes. Ceci est souvent justifié par le faible pouvoir d'achat des femmes au niveau communautaire car les services de santé ne sont souvent pas gratuits et la nourriture n'est pas disponible localement ; elles doivent aller au marché. — Agent de santé, Magaria

## Chapitre 5. Conclusions et Recommandations

Toutes les personnes qui ont participé aux entretiens avaient des attitudes positives envers une bonne nutrition, mentionnant l'apparence physique, moins de maladies et pour les femmes enceintes, un accouchement sans complication.

Les membres de la communauté, y compris les femmes et les filles, ont démontré de bonnes connaissances sur la prévention et le traitement de l'anémie grâce aux suppléments en fer pendant la grossesse. Les membres de la communauté étaient également bien informés sur les causes et les conséquences de la carence en vitamine A. Les participants ont déclaré que les personnes âgées et les femmes enceintes souffraient de cécité nocturne et souhaitaient davantage de supplémentation en vitamine A pour les jeunes enfants. Les participants ont utilement identifié les raisons limitant la consommation de suppléments et les régimes riches en fer et en vitamine A. Les principaux obstacles se situent aux niveaux structurel et social et non au niveau individuel. Par conséquent, le changement nécessite des activités visant à lever les obstacles liés à des chaînes d'approvisionnement cohérentes, à la qualité des services et au soutien familial et communautaire. Autrement, la sensibilisation, la prise de conscience ou l'éducation auront probablement peu d'impact et ne devraient pas faire partie de la stratégie.

Nous présentons ci-dessous les conclusions et recommandations par thème. Bien que de nombreuses constatations puissent être connues des partenaires locaux, celles-ci sont présentées comme des recommandations qui pourraient être mises en œuvre par les partenaires au sein du système de santé et du contexte socioculturel pour des services et des programmes efficaces. Les résultats seront utilisés pour éclairer une stratégie de changement social et comportemental, en complément de la stratégie nationale de communication qui inclut la supplémentation en vitamine A et la diversification alimentaire des enfants. Avec cette stratégie, l'USAID Advancing Nutrition explorera et développera plus les recommandations et les prochaines étapes en consultant les partenaires de mise en œuvre financés par l'USAID afin d'identifier des opportunités d'adapter les activités du programme et de collaborer. La mise en œuvre des recommandations est sujette à discussion et accord avec le gouvernement du Niger, l'USAID/Niger et d'autres partenaires d'exécution de l'USAID.

### Supplémentation en fer-acide folique

#### Fourniture de suppléments en fer-acide folique

De nombreuses femmes ne terminent pas le cycle complet d'IFA pendant la grossesse en grande partie en raison de difficultés d'accès. Pour réduire les ruptures d'approvisionnement en fer, le financement de l'approvisionnement et de la logistique pour fournir systématiquement des suppléments aux établissements de santé est essentiel.

Les agents de santé ont recommandé une meilleure coordination de l'approvisionnement à tous les niveaux entre les centres de santé et les districts et l'identification d'une personne de référence pour la commande à chaque niveau. Les parties prenantes ont demandé à disposer d'un système de données pour suivre efficacement la couverture et faciliter les commandes dans l'ensemble du système de santé. Les considérations visant à garantir que le fer acide folique soit inclus dans les commandes courantes à différents niveaux administratifs doivent être discutées davantage avec les principales parties prenantes dans la prochaine phase de soutien pour renforcer la chaîne d'approvisionnement.

En outre, les parties prenantes ont demandé une enquête à l'échelle nationale pour mieux comprendre la prévalence et l'étiologie de l'anémie au Niger afin de mieux cibler les services. Il y avait également un vif intérêt pour une meilleure compréhension des possibilités de soutenir la supplémentation en fer chez

les adolescents. Des preuves mondiales et des recherches dans le pays doivent être menées avant tout changement de politique sur la supplémentation des adolescents pour éviter tout préjudice.

La distance que les femmes doivent parcourir pour se rendre aux centres de santé pour le fer, parfois à plusieurs reprises en raison du manque d'approvisionnement ou de la disponibilité des agents de santé, est un obstacle majeur à l'accès. Les agents de santé et les parties prenantes ont recommandé d'impliquer les relais communautaires pour réduire les contraintes de distance et de temps. Certaines parties prenantes ont également recommandé d'impliquer les membres clés de la communauté et les partenaires locaux en utilisant un système de livraison « du dernier kilomètre ». L'intégration des distributions dans le cadre des activités des projets partenaires de l'USAID pourrait améliorer l'accès au fer (distributions alimentaires, activités de santé reproductive, groupes de soutien par les pairs). La stratégie de « livraison des intrants au dernier kilomètre » de l'UNICEF, pilotée en 2021 dans six districts sanitaires de la région de Maradi (UNICEF 2020) pour améliorer la couverture vaccinale des enfants, prévoit des mécanismes pour assurer la disponibilité continue des intrants à tous les points de distribution au niveau opérationnel et pourrait être mise à l'échelle.

Le renforcement de la distribution à base communautaire nécessitera la mise en place d'un système qui étend l'approvisionnement à ces relais et communautés et assure une formation et une supervision régulières. Les agents de santé et les relais communautaires ont demandé des protocoles élargis pour permettre aux relais de distribuer le fer-acide folique ainsi que des suppléments de vitamine A. Cela nécessiterait une formation, une supervision formative et des systèmes de suivi. Lors de la mise en œuvre, les projets et les services pourraient aider les femmes à savoir quand se rendre dans les structures sanitaires en établissant des lignes de communication entre les relais et les communautés pour savoir quand le fer acide folique est en stock. En outre, les programmes pourraient encourager les maris à assumer la responsabilité de prendre en charge les déplacements vers le centre de santé pour le fer acide folique afin d'aider à réduire le fardeau des femmes enceintes.

### **Demande du Fer-acide folique**

Même les femmes qui reçoivent des suppléments ne terminent pas le cycle complet du fer acide-folique malgré une bonne connaissance de l'anémie et des avantages du fer acide-folique. Leur manque d'observance est dû à l'odeur désagréable, aux effets secondaires, aux peurs ou à l'oubli de le prendre. Cependant, elles étaient ouvertes à l'idée de sélectionner quelqu'un comme « partenaire d'adhésion ». Ce concept devrait être renommé pour avoir une signification locale. Les femmes ont déclaré qu'elles choisiraient un mari, une coépouse ou une femme âgée, selon la personne qui leur fait confiance et qui leur est utile. La personne l'encouragerait et lui rappellerait de faire le plein de suppléments et de prendre les suppléments quotidiennement. Les membres de la famille ont convenu qu'ils seraient disposés et capables de jouer ce rôle s'ils étaient sélectionnés. Les programmes pourraient apporter ce changement avec un coût et des ressources minimaux avec l'orientation des agents de santé et de simples documents à emporter pour les femmes enceintes et les partenaires qu'elles auront choisis.

De plus, la qualité du counseling mérite une attention particulière. Les compétences en matière de conseil et le contenu des messages pourraient être inclus dans la formation prévue pour les agents de santé et les relais communautaires. Pour le fer acide-folique, le contenu devrait inclure la manière d'apaiser les inquiétudes des femmes concernant les effets secondaires et la sélection des membres de la famille en tant que « partenaires d'adhésion ». Des outils de travail pour chaque type de contact de conseil (CPN, soins postnatals, consultation nourrisson, visite à domicile) traitant de ces obstacles et soutiens renforcerait le counseling. Ceux-ci pourraient être intégrés dans des ressources de communication existantes ou créés comme outils spéciaux. Ils devraient mettre l'accent sur le fer acide-folique post-partum car les parties prenantes ont très peu reconnu la politique actuelle en matière de micronutriments qui recommandait de continuer à supplémenter les femmes pendant 3 mois après l'accouchement dans les zones où la prévalence de l'anémie pendant la grossesse était d'au moins 40 %.

Au niveau communautaire, les programmes peuvent tirer parti de la capacité des femmes à offrir des conseils clairs et utiles sur le fer acide-folique. En créant simplement des opportunités pour les femmes de partager des témoignages et des conseils avec leurs pairs par le biais de groupes de femmes, avec des membres de la famille et par le biais de dialogues ou d'événements communautaires, cela montrera une preuve sociale et fera évoluer les normes sociales autour de l'adhésion au fer acide folique fer.

### **Recommandations :**

#### **Pour éclairer les décisions concernant le moment et les types de suppléments :**

- Participer à la planification et à la mise en œuvre d'une enquête sur la prévalence et l'étiologie de l'anémie au Niger.

#### **Pour renforcer les chaînes d'approvisionnement**

- Les partenaires, y compris USAID Advancing Nutrition, peuvent aider le gouvernement du Niger à effectuer des analyses de coûts pour la supplémentation ou à plaider pour une augmentation des allocations budgétaires pour la supplémentation.
- Soutenir le MSP/P/AS pour établir des réunions de routine (trimestrielles) pour les parties prenantes (nationales, régionales, de district) afin d'améliorer la coordination, par exemple autour de la quantification des stocks utilisés, des besoins de réapprovisionnement, de la logistique de transport et de la garantie de la rapidité de la communication des informations tout au long de la chaîne d'approvisionnement.
- Convoquer les parties prenantes pour évaluer l'utilité de la base de données actuelle de la chaîne d'approvisionnement et faire des recommandations pour des améliorations liées à la commande, au stockage et à la distribution du fer acide folique au niveau case de santé, CSI, district et régional
- Soutenir le MSP/P/AS dans le développement d'un module sur le fer acide-folique au niveau national (par rapport à la politique de 2008 sur les micronutriments) à intégrer dans la stratégie/le plan opérationnel de vitamine A et de déparasitage et soutenir le MSP/P/AS dans le déploiement de la formation des agents de santé et des relais communautaires. (Plan de travail FY21)
- Soutenir le MS/P/ASP dans le développement de formations et d'outils de supervision formative. La supervision devrait être effectuée mensuellement par le district sanitaire et trimestriellement par la direction régionale de la santé.
- Évaluer les activités de chaque partenaire de mise en œuvre de l'USAID pour identifier où le fer acide-folique pourrait être distribué par le biais d'activités communautaires existantes. Soutenir ces partenaires au besoin pour affiner leurs approches et leurs outils de formation et de counseling. (Plan de travail FY21)

#### **Pour augmenter la demande et l'utilisation de suppléments :**

Les résultats de la recherche montrent que les femmes et les familles sont conscientes de l'importance du fer acide-folique et l'associent fortement à la grossesse ; par conséquent, une sensibilisation supplémentaire n'est pas recommandée. Les partenaires et les services gouvernementaux devraient améliorer la demande et l'adhésion au fer acide-folique avec l'ajout d'un petit, mais puissant, soutien familial et de changement normatif

- Renforcer la qualité des conseils : Le gouvernement et les partenaires peuvent rendre chaque contact avec le système de santé plus efficace en renforçant la qualité des conseils sur les comportements spécifiques que les clients peuvent adopter dans leur vie quotidienne. Cela nécessite un renforcement des capacités sur les compétences non techniques et un contenu



spécifique lié à la supplémentation et aux régimes alimentaires sains spécifiques à l'étape de la vie. Le contenu, avec des recommandations, devrait se concentrer sur ce qui est possible dans le contexte des femmes et des enfants et sur les moyens d'obtenir plus de soutien. Des outils de travail avec ces recommandations soutiendraient un counseling de qualité ainsi qu'une supervision et un suivi de soutien. Les partenaires pourraient renforcer ce changement en évaluant la qualité des services et en reconnaissant les améliorations par le biais de mécanismes de responsabilisation des centres de santé communautaires tels qu'un tableau de bord ou des réflexions régulières.

- **Accroître le soutien familial :** Le gouvernement et les partenaires devraient engager les maris à rechercher des suppléments en fer acide-folique pour leurs épouses dans le cadre de leur rôle pour assurer la santé et la nutrition de leur famille. Les maris pourraient prendre en charge le transport de leurs épouses aux visites prénatales et/ou être en mesure de collecter des suppléments avec sa carte de santé au cas où les fournitures ne seraient pas au centre de santé lorsqu'elle se rend pour les soins prénatals. Les écoles de maris, les groupes d'agriculteurs et d'autres plateformes qui engagent des membres influents des ménages, hommes et femmes, devraient être pris en compte pour renforcer le soutien à l'accès et à l'utilisation des suppléments en fer acide-folique. De plus, le terme « partenaire d'observance » doit être recadré pour avoir une signification locale, avec du matériel à emporter pour la personne que chaque femme choisit. Cette approche devrait être introduite lors des conseils dans les structures sanitaires pendant des visites prénatals et renforcée dans les foyers et les communautés par les relais communautaires. Les écoles de maris, les groupes d'agriculteurs et d'autres plateformes qui engagent des membres influents du ménage, hommes et femmes, devraient être envisagés pour renforcer le soutien familial.
- **Changer les normes sociales :** fournir un soutien social pour changer les normes sociales autour de l'adhésion au fer acide-folique grâce à des opportunités intentionnelles pour les membres de la famille et les femmes de partager des expériences et des témoignages avec d'autres femmes sur l'adhésion au fer acide-folique lors des Care groups et des événements communautaires.

## Supplémentation en vitamine A

### Fourniture de suppléments de vitamine A

Les agents de santé et les parties prenantes ont noté qu'il y a des moments où les intrants ne sont pas disponibles. Pour réduire les ruptures d'approvisionnement et assurer une plus grande cohérence dans la disponibilité, le financement de la santé est essentiel.

Les agents de santé et les parties prenantes ont également suggéré une plus grande coordination de l'approvisionnement à tous les niveaux. Cela rendrait les suppléments de vitamine A offerts par les services de routine plus cohérents et durables. Les parties prenantes ont recommandé un soutien pour la formation des agents de santé de base et des relais communautaires sur les avantages de la supplémentation en vitamine A, les groupes cibles et les dosages à administrer lors des services de santé de routine et des campagnes de vitamine A et la périodicité.

### Demande de suppléments de vitamine A

Les mères/gardiennes d'enfant et les membres de la communauté se sont dit préoccupés par la carence en vitamine A et souhaitent une supplémentation pour les enfants et les autres. Les mères/gardiennes d'enfant ont déclaré que la plupart des enfants recevaient une supplémentation en vitamine A deux fois par an grâce à des campagnes de vaccination, bien que quelques mères/gardiennes d'enfant aient caché leurs enfants par peur du vaccin contre la poliomyélite.

Une considération politique en suspens concerne le passage de fer acide-folique aux suppléments de micronutriments multiples (MMS) pendant les soins prénatals. Les femmes de cette étude ont décrit les



signes de cécité nocturne pendant la grossesse comme des normes dans leurs communautés. Le MMS s'adresserait à la fois aux carences en fer et en vitamine A pendant cette période critique.

## Recommandations

### Pour éclairer les décisions sur le type de suppléments :

- Participer aux discussions avec les parties prenantes nationales sur un changement de politique en faveur du MMS pour répondre aux besoins des femmes enceintes en vitamine A.

### Pour améliorer la cohérence des chaînes d'approvisionnement :

- En facilitant le passage de la distribution basée sur la campagne à la supplémentation par le biais de services de routine, fournir un soutien technique et logistique pour permettre au MSP/P/AS de vulgariser le plan opérationnel de vitamine A, y compris une formation en cascade (remise à niveau là où elle existe déjà) pour les agents de santé et les relais communautaires comment distribuer les suppléments et conseiller les membres de la communauté sur les avantages. (Plan de travail FY21)
- Appuyer le MSP/P/AS dans la mise en place d'un plan de supervision formative (mensuelle par les districts sanitaires et trimestrielle par la direction régionale).
- Soutenir le MSP/P/AS pour organiser des réunions de routine (trimestrielles) des parties prenantes (nationales, régionales, de district) afin d'améliorer la coordination, notamment autour de la quantification des stocks utilisés, des besoins de réapprovisionnement, de la logistique de transport et de la rapidité de la communication des informations tout au long de la chaîne d'approvisionnement.
- Contribuer à la formation du personnel de santé sur l'utilisation du système de base de données de la chaîne d'approvisionnement pour améliorer la commande, le stockage et la distribution de la vitamine A au niveau du poste de santé, du centre de santé intégré, du district et de la région.

### Pour augmenter la demande et l'utilisation de suppléments de vitamine A :

Étant donné qu'il existe une forte demande de supplémentation en vitamine A, les partenaires ne doivent pas investir davantage dans la sensibilisation sur la vitamine A.

- Redoubler d'efforts pour promouvoir la supplémentation par le biais d'activités de programme et d'orientation vers les services de santé infantile de routine. (USAID Advancing Nutrition pourrait soutenir cela en examinant les activités de programme existantes des partenaires, plan de travail FY21)
- Renforcer l'orientation programmatique au sein des programmes des partenaires de mise en œuvre financés par l'USAID pour collaborer avec le système de santé afin de garantir que les enfants de moins de cinq ans accèdent aux services de santé afin de recevoir des suppléments de vitamine A en temps opportun. Cela peut inclure le soutien aux partenaires pour former les leaders de groupe de soutien par les pairs, relais communautaires et les agents de santé à orienter vers des suppléments de vitamine A au sein des plateformes de programmes existantes (Care groups, groupes d'agriculteurs, écoles de maris, distributions alimentaires, systèmes de coupons). (Plan de travail FY21)

## Consommation d'aliments riches en fer et en vitamine A

Les répondants de la communauté et des parties prenantes reconnaissent que l'accès limité à la nourriture et les prix élevés sont des contraintes majeures pour augmenter la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer. Les membres de la communauté ont compris l'importance de

consommer ces aliments, connaissaient les aliments riches en micronutriments et les agents de santé et les dirigeants communautaires ont recommandé leur consommation. Cependant, les répondants n'ont pas pu accéder à ces aliments en raison des rendements agricoles qui ne durent pas toute l'année, des prix élevés des denrées alimentaires, de la disponibilité limitée d'aliments nutritifs sur les marchés et de la difficulté à atteindre les marchés.

La production agricole était une source majeure de nourriture et de revenus pour les ménages répondants, mais la production agricole n'était généralement pas suffisante pour répondre aux besoins des ménages. Le changement climatique a réduit l'accès à l'eau et rendu les saisons de plus en plus imprévisibles. En raison des normes de genre patriarcales, les hommes chefs de famille sont responsables de la production agricole ; alors que les femmes contribuent à la production agricole, elles ne jouent souvent pas un rôle important dans la prise de décisions sur ce que le ménage produit. Les hommes prennent aussi principalement les décisions d'achat de nourriture. Les femmes dépendent donc largement de la prise de décision et des revenus des hommes pour accéder à la nourriture. Les femmes préparent ensuite ce qui est disponible et le donnent à manger à la famille.

Au-delà de l'accès à la nourriture au niveau du ménage, les normes sociales et de genre influencent l'allocation alimentaire au sein du ménage pour les femmes et les filles. Bien que les participantes considèrent les femmes comme un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel, elles se servent en dernier aux repas et doivent s'assurer que les autres membres de la famille sont nourris dans un contexte de pénurie. Les membres de la famille considèrent généralement que servir les autres avant eux-mêmes fait partie de la responsabilité des femmes et est un point de fierté. Les femmes servent la nourriture des adolescentes juste avant elles-mêmes. Les participants ne considéraient pas les adolescentes comme vulnérables sur le plan nutritionnel et certains hommes chefs de famille considéraient que les nourrir était un fardeau.

Les participants ont perçu les enfants comme ayant besoin d'aliments nutritifs, mais leur consommation est limitée par l'accès à la nourriture et le pouvoir d'achat des ménages. Les problèmes de santé liés à la consommation de légumes à feuilles vert foncé par les enfants peuvent être liés à l'eau et aux pratiques d'hygiène.

En outre, la qualité du counseling aux femmes et aux mères pendant les soins prénatals, les soins postnatals et les consultations nourrissons peut être améliorée. Les compétences en matière de counseling et le contenu des messages pourraient être inclus dans la formation prévue pour les agents de santé et les relais communautaires. Le contenu doit se concentrer sur les aliments disponibles localement qui sont acceptables pour les femmes et les enfants, comment les femmes et les enfants peuvent en obtenir plus et comment impliquer les membres de la famille, en particulier les maris, les coépouses et les aînés, pour soutenir une distribution alimentaire plus équitable au sein du ménage.. Les résultats de cette étude sur les motivations à avoir une bonne nutrition pour être « brillant et beau » et éviter les maladies peuvent être utilisés dans le counseling comme motivations.

À l'instar des aide-mémoires de conseil pour le fer acide-folique, chaque type de contact pour le counseling (CPN, soins postnatals, consultation nourrisson, visite à domicile) devrait aborder ces obstacles et ces soutiens et être intégré dans les paquets existants lorsque cela est possible.

## **Recommandations**

### **Pour améliorer l'accès des ménages à la nourriture :**

- Identifier et prioriser les aliments riches en micronutriments (importés et produits/cultivés localement) pour la promotion. Cela peut être fait conjointement avec des partenaires dans les mêmes zones ou districts pour soutenir leur achat, leur production et leur consommation par le biais d'activités de programme multisectorielles existantes. Les aliments identifiés comme ayant un potentiel de promotion sont le niébé, le baobab, l'oseille, le moringa et les légumes-feuilles vert foncé et les fruits indigènes (voir les raisons de la sélection à l'annexe 1). (USAID Advancing

Nutrition pourrait faciliter cette liste prioritaire lors de l'examen des activités des partenaires et mieux comprendre les facteurs d'accès et de disponibilité alimentaires, plan de travail FY21).

- Continuer à augmenter et à diversifier les pratiques locales de production, de transformation et de stockage après récolte des aliments prioritaires riches en vitamine A et en fer, comme le font les activités du projet RISE II financé par l'USAID (jardins maraîchers, jardins familiaux, distribution et élevage de petits ruminants gérés par des femmes) pour aider à améliorer l'accès des ménages à des aliments nutritifs. Le soutien à la production agricole devrait utiliser des approches intelligentes face au climat pour aider à faire face aux principales contraintes agricoles et climatiques. Ces activités doivent être étroitement liées aux recommandations ci-dessous axées sur la participation des femmes à la prise de décision et à la consommation.
- Renforcer la promotion de la cueillette, de la production, du séchage, du stockage et de la consommation de feuilles, de fruits et de tubercules vert foncé indigènes sauvages prioritaires. (USAID Advancing Nutrition pourrait soutenir ces plans dans toutes les zones, plan de travail FY21).

#### Pour augmenter la consommation des femmes :

- Renforcer la qualité des conseils lors des visites prénatales et postnatales en faisant la promotion des aliments disponibles localement et des actions réalistes que les femmes peuvent entreprendre en fonction du contexte de leur ménage et de leur famille. Cela nécessite probablement un soutien familial similaire à l'idée de partenaire d'adhésion au fer-acide folique
- S'appuyer sur les normes religieuses existantes qui soutiennent les soins et les désirs des femmes pour une bonne nutrition afin d'augmenter la liberté d'action des maris et des femmes pour encourager les femmes à garder suffisamment de nourriture pour elles-mêmes lorsqu'elles partagent la nourriture pour les repas et pour encourager les femmes à manger des collations nutritives.
- Prioriser et promouvoir les aliments nutritifs que les femmes planifient et contrôlent dans leurs jardins potagers et peuvent cueillir dans la nature.
- Intégrer la nutrition et les soins des femmes, en particulier pendant les 1 000 premiers jours, dans les activités existantes telles que les groupes de femmes, les écoles de maris, les groupes d'agriculteurs et les événements ou dialogues communautaires. Cela est essentiel pour permettre aux femmes de prendre soin d'elles-mêmes en mangeant plus de nourriture et d'aider les familles à soutenir les femmes, étant donné que certaines femmes craignent que leurs belles-mères et belles-sœurs ne les aideraient pas à manger des aliments plus nutritifs.
- Accroître la prise de décision conjointe sur la production agricole et les achats alimentaires des ménages pour accroître le rôle des femmes dans la prise de décision sur la façon d'utiliser les ressources limitées du ménage.

#### Pour augmenter la consommation des adolescentes :

- Promouvoir l'importance de la nutrition des adolescentes et leur valeur pour la famille et la communauté afin de réduire la perception d'elles comme un fardeau pour le ménage et d'augmenter l'allocation de nourriture, notamment par la sensibilisation et le dialogue avec les leaders et les anciens de la communauté.
- Engager les adolescentes dans des activités participatives qui renforcent leur confiance, renforcent le soutien social entre elles et promeuvent des actions réalisables qu'elles peuvent entreprendre

pour améliorer leur alimentation. Ceux-ci peuvent être intégrés à toutes les plateformes travaillant déjà avec les filles dans ces districts.

#### Pour augmenter la consommation des enfants :

- Co-crée des recommandations améliorées sur l'alimentation du jeune enfant avec les mères/gardiennes d'enfant et les familles afin d'inclure dans leur régime alimentaire des aliments riches en micronutriments dont il a été démontré par des essais comportementaux avec des ménages qu'ils sont disponibles, accessibles et culturellement acceptables. Intégrez ces recommandations réalisables identifiées localement dans les conseils des agents de santé et des relais communautaires et dans d'autres plateformes des programmes existantes pour les mères/gardiennes d'enfant et leurs familles.
- Changer les normes sur ce que les enfants peuvent et doivent manger pour élargir les options concernant ce que les familles sont prêtes à ajouter aux repas des enfants, comment et à quelle fréquence grâce à la réflexion et au dialogue communautaires avec les aînés et les influenceurs du ménage et de la communauté. Les compléter avec des témoignages de familles qui font ces changements pour montrer que le changement devient courant et des champions qui continuent à les encourager. Ceux-ci peuvent être intégrés aux plateformes communautaires existantes et aux activités des partenaires dans les districts.
- USAID Advancing Nutrition peut aider les partenaires de mise en œuvre de l'USAID à intégrer ces recommandations pour la consommation des femmes, des filles et des enfants dans leurs activités par le biais d'un processus de co-création avec des matériaux et outils de travail faciles à utiliser et comprendre. (Plan de travail FY21).

## Références

- Barroy, Helene; Cortez, Rafael; Le Jean, Nora; Wang, Hui. 2016. "Addressing Adolescent Sexual and Reproductive Health in Niger." *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/24432>.
- Blum, L, P.J. Pelto, G.H. Pelto, and H.V. Kuhnlein. 1997. *Community Assessment of Natural Food Sources of Vitamin A: Guidelines for an Ethnographic Protocol*. Ottawa: INFDC, IDRC. <https://www.idrc.ca/en/book/community-assessment-natural-food-sources-vitamin-guidelines-ethnographic-protocol>
- Borgatti, Stephen. 2002. A Statistical Method for Comparing Aggregate Data Across A Priori Groups. *Field Methods* 14(1):88-107. <https://doi.org/10.1177/1525822X02014001006>.
- n.d. "Multidimensional Scaling." Analytic Technologies, Accessed April, 12, 2022. <http://www.analytictech.com/networks/mds.htm#:~:text=When%20the%20MDS%20map%20perfectly,or%20just%20%22Stress%201%22>.
- FEWS NET (Famine Early Warning Systems Network). 2011. *Livelihoods Zoning "Plus" Activity in Niger: A Special Report by the Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET)*. Washington, DC: FEWS NET. <https://fews.net/sites/default/files/documents/reports/Niger%20Livelihoods%20zoning%20report%20Final.pdf>
- 2013, December. "Niger: Seasonal Calendar, Typical Year." FEWS NET. Accessed April 18, 2022. <https://fews.net/west-africa/niger/seasonal-calendar/december-2013>.
2014. *Niger Food Security Brief*. Washington, DC: FEWS NET. [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/NIGER\\_Final\\_0.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/NIGER_Final_0.pdf).
- 2022, January. "Niger, Key Message Update: L'insécurité civile s'étend dans de nouvelles zones et perturbe les activités de contre saison." Accessed April 18, 2022. <https://fews.net/west-africa/niger/key-message-update/january-2022>.
- Government of Niger. 2008. *Stratégies de Lutte Contre les Carences en Micronutriments au Niger*. Niamey: République du Niger Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre les endémies, Direction de la nutrition.
- Guest, Greg, Kathleen M. MacQueen, and Emily E. Namey. 2012. *Applied Thematic Analysis*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Hennik, Monique, and Bonnie Kaiser. 2022. "Sample Size for Saturation in Qualitative Research: A Systematic Review of Empirical Tests." *Social Science & Medicine* 292:114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>.
- Ho, Helen. 2013. "Niger's 'Tree of Life.'" USAID, Frontlines. Accessed April 28, 2022. <https://2012-2017.usaid.gov/news-information/frontlines/risk-resilience-and-media/nigers-tree-life>
- HKI (Helen Keller International). 2019
- INS. 2020. *Enquête Nationale de Nutrition Selon la Méthodologie SMART, Niger 2020*. Niamey, Niger : Institut National de la Statistique (INS).
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland: INS et ICF International.
- Khadija Begum, Césaire T. Ouédraogo, K. Ryan Wessells, Rebecca R. Young, M. Thierno Faye, Sara E. Wuehler, and Sonja Y. Hess. 2018. "Prevalence of and Factors associated with Antenatal Care Seeking and Adherence to Recommended Iron-Folic Acid Supplementation among Pregnant Women in Zinder, Niger." *Maternal and Child Nutrition*. 4(S1):e12466. Doi.org/10.1111/mcn.12466
- Lewis, Janine. 2019. *Codex nutrient reference values*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. <https://www.fao.org/3/ca6969en/CA6969EN.pdf>.
- Republic of Niger. 2015. "Niger's Resilience Priorities: Summary Version." Accessed April 25, 2022. <https://www.oecd.org/swac-expo-milano/presentationsanddocuments/rpca-agir-niger-resilience-priorities-summary.pdf>

- Sena, L.P., D.J. Vanderjagt, C. Rivera, A.T. Tsin, I. Muhamadu, O. Muhamadou, M. Milson, et al. 1998. "Analysis of Nutritional Components of Eight Famine Foods of the Republic of Niger." *Plant Foods for Human Nutrition* 52:17–30. <https://doi.org/10.1023/a:1008010009170>
- UNICEF. 2020. "Niger Country Office Annual Report 2020." Accessed April 25, 2022. <https://www.unicef.org/media/101071/file/Niger-2020-COAR.pdf>
- van der Maaten, Laurens and Geoffrey Hinton. 2010. Visualizing non-metric similarities in multiple maps. *Machine Learning* 87:33-55. DOI 10.1007/s10994-011-5273-4.
- Vincent, A, F. Grande, E. Compaoré, et al. 2020. *FAO/INFOODS Food Composition Table for Western Africa (2019) User Guide & Condensed Food Composition Table*. Rome, FAO. <https://www.fao.org/3/ca7779b/CA7779B.PDF>.
- Wessells, K.R., R.R. Young, E.L. Ferguson, C.T. Ouédraogo, M. Thierno Faye, S.Y. Hess. 2019. "Assessment of Dietary Intake and Nutrient Gaps, and Development of Food-Based Recommendations, among Pregnant and Lactating Women in Zinder, Niger: An Optifood Linear Programming Analysis." *Nutrients*, 11(1): 72. <https://doi.org/10.3390/nu11010072>
- WFP (World Food Program).. 2018. *Analyse Intégrée du Contexte (AIC): Niger*. Rome: World Food Programme (WFP). [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000071584\\_0.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000071584_0.pdf).
2021. *Résultats finaux du Fill the Nutrient Gap au Niger: Analyse saisonnière à Maradi et Zinder*. Rome: WFP.
- World Bank. 2021, October 20. "This is How Niger Acts against Climate Change." Accessed April 24, 2022. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2021/10/20/this-is-how-niger-is-battling-climate-change>.
- Wouterse, Fleur. 2016. "The Distribution of Power and Household Behavior: Evidence from Niger." *IFPRI Discussion Paper 01548*. Accessed April 25, 2022. <https://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130500/filename/130711.pdf>.

## Annexe I. Aliments potentiels à promouvoir

Les aliments présentés dans le tableau ci-dessous sont ceux qui ont le potentiel d'être promus pour augmenter la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer. Ces aliments ont été identifiés sur la base des critères suivants: (1) teneur en fer et en vitamine A, (2) disponibilité et accessibilité, (3) perceptions et préférences alimentaires, (4) aptitude agronomique, et (5) normes de genre liées à la production. Alors que les aliments ci-dessous présentent des points de départ réalisables en tant qu'aliments faisant déjà partie des pratiques alimentaires locales, relativement disponibles et appréciés, les aliments d'origine animale sont largement absents du régime alimentaire et offrent des avantages nutritionnels significatifs. L'USAID Advancing Nutrition et les partenaires de mise en œuvre de l'USAID peuvent étudier la possibilité de soutenir la production et la consommation d'aliments d'origine animale, par exemple par le biais d'étangs de pisciculture ou de la production laitière.

Tableau 8. Aliments susceptibles de favoriser

Aliment	Fer et vitamine A pour 100 g	Résultats de l'étude	Preuves tirées de la littérature
Niébé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fer: 6,2 mg (source riche)</li> <li>• Vit A RAE: 1 mcg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliment apprécié et couramment consommé</li> <li>• Généralement cultivé et consommé à partir de la production.</li> <li>• Considéré comme un aliment qui combat la faim et augmente la vigueur.</li> <li>• Il est considéré localement comme riche en fer, bon pour les femmes et bon pour les enfants.</li> <li>• Les adolescentes apprécient particulièrement le niébé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est considérée comme une culture de rente plutôt que de consommation (Walters 2017; FEWS NET 2011), et les activités devront donc promouvoir sa consommation.</li> <li>• Tolère une gamme de types de sols et peut tolérer une pluviométrie plus faible que toute autre culture majeure du Sahel. L'une des cultures céréalières à maturation la plus rapide (Rio et Simpson 2014).</li> <li>• Cultures intercalaires de mil et de sorgho (FEWS NET 2014).</li> </ul>
Baobab	Feuilles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fer: 13,7 mg (source riche)</li> <li>• <b>Vit A RAE:</b> 213 mcg (source riche)</li> </ul> Fruits: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fer:</b> 6,4 mg (source riche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La production est courante et les feuilles et les fruits sont consommés localement à partir de la production.</li> <li>• Considéré comme un aliment qui fait grossir et qui nourrit la peau.</li> <li>• Il est considéré comme riche en vitamine A.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les feuilles peuvent être consommées toute l'année par les humains et le bétail (Garrity et Bayala 2019).</li> <li>• Le fruit est l'un des plus nutritifs au monde, les feuilles sont riches en protéines et la pulpe de baobab est un ingrédient nutritif à ajouter à la bouillie (World Agroforestry Centre n.d.).</li> </ul>

Aliment	Fer et vitamine A pour 100 g	Résultats de l'étude	Preuves tirées de la littérature
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vit A RAE:</b> 6 mcg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ses feuilles sont considérées comme bénéfiques pour les adolescentes et ses fruits pour les femmes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En tant que culture arboricole, elle peut constituer une source de bois de chauffage et faire gagner du temps aux femmes; une source de revenus pour les femmes (les femmes peuvent posséder des arbres et contrôler les revenus sur les ventes), et peut contribuer à la lutte contre le changement climatique et la désertification (Reij, Tappan et Smale 2009; Bernard et al. 2019).</li> </ul>
Oseille (feuilles d'hibiscus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fer:</b> 5 mg (source riche)</li> <li>• <b>Vit A RAE:</b> 218 mcg (source riche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couramment consommé et provenant de sa propre production.</li> <li>• Considéré comme un aliment riche en vitamine A au niveau local, il peut contribuer à améliorer la vision.</li> <li>• Considéré comme bon pour les adolescentes, bien que certains pensent qu'il peut provoquer des diarrhées chez les jeunes enfants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture secondaire principalement contrôlée par les femmes et appréciée à parts égales pour sa consommation et son potentiel de vente (Walters 2017).</li> </ul>
Moringa	Feuilles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fer:</b> 10,3 mg (source riche)</li> <li>• <b>Vit A RAE:</b> 1 640 mcg (source riche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considéré comme un aliment riche en vitamine A et en fer au niveau local et comme un aliment qui aide à améliorer la vision.</li> <li>• Considéré comme bon pour les enfants.</li> <li>• Cependant, il est surtout acheté et n'est donc pas couramment consommé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les parties de l'arbre peuvent être consommées: écorce, gousses, feuilles, noix, graines, tubercules, racines et fleurs. L'huile peut être fabriquée à partir des graines et le tourteau peut être utilisé pour purifier l'eau de boisson (FAO n.d.).</li> <li>• Les feuilles peuvent être consommées toute l'année par les humains et le bétail (Garrity et Bayala 2019).</li> <li>• Arbre à croissance rapide (Ho 2013).</li> <li>• En tant que légumineuse, elle peut fixer l'azote dans le sol et augmenter le rendement des cultures, fournir une source de bois de chauffage et faire gagner du temps aux femmes, être une</li> </ul>



Aliment	Fer et vitamine A pour 100 g	Résultats de l'étude	Preuves tirées de la littérature
			source de revenus pour les femmes (les femmes peuvent posséder des arbres et contrôler les revenus sur les ventes), et peut aider à lutter contre le changement climatique et la désertification (Reij, Tappan et Smale 2009 ; Bernard et al. 2019 ; Nkonya, Ru et Kato 2018).
Légumes à feuilles verts foncés et fruits indigènes	Variable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes, les adolescentes et parfois les enfants cueillent toute une sériégamme de feuilles et de fruits sauvages.</li> <li>• Des aliments sauvages sont disponibles en saison sèche et en saison des pluies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les aliments sauvages peuvent être riches en micronutriments, comme le <i>yodo</i> (<i>Cerathotheca sesamoides</i>), qui contient 1,24 mg/g de poids sec de fer (Sena et al. 1998).</li> <li>• Les cultures indigènes peuvent constituer une part importante d'un système alimentaire sain en Afrique (Akinola et al. 2021).</li> </ul>

Note : La teneur en micronutriments correspond à la forme brute de l'aliment (Vincent et al. 2020). La norme du Codex pour identifier un aliment comme source d'un nutriment est que l'aliment apporte 15 pour cent de la valeur nutritionnelle de référence par 100 g d'aliment solide du nutriment. Les aliments contenant au moins 60 équivalents d'activité rétinol (EAR) par 100 g sont considérés comme une source de vitamine A et les aliments contenant au moins 120 EAR sont une source riche selon ce critère. Les aliments contenant au moins 2,1 mg de fer par 100 g sont considérés comme une source de fer et les aliments contenant 4,2 mg de fer par 100 g sont considérés comme une source riche (Lewis 2019). Il convient de noter que les valeurs varient en fonction de la forme de l'aliment (par exemple, cru, cuit) et que la biodisponibilité des micronutriments peut varier.

# Annex 2. Guides pour la Collecte des Données

## Script pour le consentement éclairé

### Script Participant

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour USAID Advancing Nutrition. Il s'agit d'un projet mondial de nutrition financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par Helen Keller International au Niger. Nous menons une étude à Maradi et Zinder pour connaître les services et activités de nutrition, notamment liés aux micronutriments. Les résultats de cette étude serviront à ajouter ou à adapter des activités dans les services et programmes pour des personnes comme vous.

Nous aimerions en savoir plus sur vos idées et recommandations. Cette discussion prendra environ 1 à 1,5 heure à compléter. Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de participer sans perdre aucun avantage ou service. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'arrêter de participer à tout moment sans aucune pénalité. Il n'y a aucun avantage direct pour vous à participer.

Veuillez noter que toute information personnelle que vous nous communiquerez, telle que votre nom, restera strictement confidentielle et ne sera utilisée que dans le cadre de cette étude. Vos informations personnelles ne seront pas partagées en dehors de l'équipe d'étude. Un rapport sera produit à la fin de cette collecte de données et partagé avec les partenaires, l'USAID, les responsables gouvernementaux et le public. Il présentera les idées générales et les recommandations d'activités pour l'avenir. Sur votre demande, vous pouvez également être informé des résultats de l'étude à laquelle vous avez participé.

Avez-vous des questions sur la participation?

- Si oui, répondez aux éventuelles questions des personnes interrogées.
- Si non, passez à la question suivante.
- Acceptez-vous de participer?
- Si oui, remerciez-les d'avoir accepté de participer et passez à la question suivante.
- Si non, remerciez-les pour leur temps et partez poliment.
- Pouvons-nous enregistrer la conversation en audio ? Cela nous aidera à réfléchir davantage à ce que nous apprenons ici après notre départ.
- Si oui, procédez à l'enregistrement audio.
- Si non, dites qu'il n'y a pas de problème et continuez sans enregistrement audio.

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez me contacter, \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, ou vous pouvez également contacter le responsable de l'étude, xx, à xx@hki.org ou Tel/WhatsApp +xx. (Vous pouvez fournir une carte de visite avec ces informations si disponible).

### Script Parents

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour USAID Advancing Nutrition. Il s'agit d'un projet mondial de nutrition financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par Helen Keller International au Niger. Nous menons une étude à Maradi et Zinder pour

connaître les services et activités de nutrition, notamment liés aux micronutriments. Les résultats de cette étude serviront à ajouter ou à adapter des activités dans les services et programmes pour des personnes comme vous.

Nous discutons avec des adolescents de la région pour savoir comment les services et programmes de nutrition peuvent mieux servir les adolescentes. Nous aimerions parler de nutrition avec votre fille adolescente. Cette discussion prendra environ 1 à 1,5 heure et inclura d'autres adolescentes de cette communauté. Sa participation est entièrement volontaire. Vous pouvez décider que vous ne voulez pas qu'elle participe sans perdre aucun avantage ou service. Pendant l'entretien, elle sera libre de ne pas répondre à certaines questions ou de cesser de participer à tout moment sans aucune pénalité. Il n'y a aucun avantage direct pour elle ou votre famille à participer.

Veillez noter que toute information personnelle qu'elle nous fournira, comme son nom, restera strictement confidentielle et ne sera utilisée que dans le cadre de cette étude. Ses informations personnelles ne seront pas partagées en dehors de l'équipe d'étude. Un rapport sera produit à la fin de cette collecte de données et partagé avec les partenaires, l'USAID, les responsables gouvernementaux et le public. Il présentera les idées générales et les recommandations d'activités pour l'avenir. Sur votre demande, vous pouvez également être informé des résultats de l'étude à laquelle votre fille a participé.

Vous avez des questions sur la participation de votre fille ?

- Si oui, répondez aux éventuelles questions des personnes interrogées.
- Si non, passez à la question suivante.
- Acceptez-vous de permettre à votre fille de participer ?
- Si oui, remerciez-les d'avoir accepté que leur fille participe et passez à la question suivante.
- Si non, remerciez-les pour leur temps et partez poliment.

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez me contacter, \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, ou vous pouvez également contacter le responsable de l'étude, xx, à xx@hki.org ou Tel/WhatsApp +xx. (Vous pouvez fournir une carte de visite avec ces informations si disponible).

## Guides pour les discussions de groupe FGD

### Adolescentes (10-14 ans)

#### Section A : Activités

***Tout d'abord nous voulons savoir ce que les filles de votre village font d'habitude dans une journée pareille :***

1. Le matin ? à midi ? et dans la soirée ?
2. Est-ce que ceci dépendant de la saison ou la période de l'année ?
3. Quand est-ce que vous vous voyez avec vos meilleures amies ?
4. Quels sont les événements ou activités d'intérêt communautaires que vous avez en perspective ?
5. Ces événements et ces activités c'est pour quoi ?

**Activité I : votre rêve pour l'avenir** – Montrez aux participantes des photos de femmes heureuses et demandez-leur d'encadrer celle qui correspondent à leur rêve.

**Maintenant, je voudrais savoir ce que vous, les filles, rêvez d'être dans l'avenir. Parmi les photos qui vous ont été montrées, veuillez encadrer celles qui correspondent à ce que vous voulez être.**

6. Ainsi, si votre avenir pouvait être ce que vous voulez, que serait-il ?

## **Section B : Nutrition**

**Parlons maintenant de l'alimentation et de la santé des filles.**

7. Quel est votre plat préféré ?

8. Quand est-ce que vous arrivez à le manger ?

9. D'habitude combien de repas mangez-vous par jour ?

a. De quels types d'aliments est constitué chaque repas ?

10. Dans votre village, est-ce que ce que les filles mangent est différent de ce que mangent les autres membres de la famille ? Si c'est différent, veuillez nous expliquer en quoi ça diffère ?

11. Est-ce qu'on donne des conseils aux filles sur la nutrition ? Qui est-ce qui leur donne ce conseil ?

12. Que conseille-t-on aux filles de faire pour éviter l'anémie « karamcin jini » ? Qui leur donne ce conseil ? Quand est-ce qu'on leur donne ce conseil ?

a. Êtes-vous capable de faire ces choses ? Si non, qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?

13. Est-il conseillé aux filles de manger différemment lorsqu'elles sont en âge d'avoir leurs premières règles ? Si oui, comment leur est-il conseillé de s'alimenter différemment ?

a. Est-il conseillé aux filles de manger différemment lorsqu'elles sont enceintes ? Si oui, comment leur conseille-t-on de s'alimenter différemment ?

b. Êtes-vous capables de respecter ces conseils ? Si non, qu'est-ce qui vous empêche de respecter ce conseil ?

14. Quels sont les avantages pour les filles lorsqu'elles ont une bonne alimentation et les conséquences lorsqu'elles n'en ont pas ?

**Activité 2 : Piles de tri des aliments** - Posez des cartes illustrant des aliments sur la table ou sur le sol pour que le groupe les voie. Lisez-leur l'étiquette sur les cartes s'ils ne sont pas sûrs de l'aliment qui se trouve sur une carte. Demandez au groupe de trier les cartes en piles. Ils doivent créer des piles d'aliments qui, selon eux, vont ensemble. Ils doivent créer des piles de la manière qui leur semble la plus appropriée. Ne leur suggérez pas de catégories sur la manière de regrouper les aliments. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pendant que les participants créent les piles, prenez des notes sur leur discussion. Une fois que les participants auront fait leurs piles, vous leur demanderez d'expliquer les groupes et pourquoi ils ont regroupé différents aliments.

**Veillez regrouper les aliments en différentes piles en fonction des aliments qui vont ensemble. Vous pouvez créer autant de piles que vous le souhaitez, mais essayez d'avoir au moins deux aliments dans chaque pile. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons simplement comprendre quels sont les aliments qui se ressemblent et ceux qui sont différents.**

15. Veuillez expliquer chaque pile. Quel nom donneriez-vous à chaque pile ? Pourquoi les aliments de cette pile sont-ils similaires ? En quoi cette pile est-elle différente des autres piles ?

**Activité 3 :** Montrez les cartes d'aliments riches en vitamine A et en fer - Ramassez toutes les cartes. Regardez au dos de chaque carte et placez celles qui indiquent qu'elles sont riches en vitamine A ou en fer sur la table ou sur le sol pour les participants. Placez les cartes face visible et ne dites pas aux participants lesquelles sont riches en vitamine A ou en fer. Disposez les cartes de manière à ce que les participants puissent voir tous les aliments. Vous leur demanderez de désigner ceux qui sont bons pour différents types de personnes.

**Ces cartes sont des aliments riches en vitamine A et en fer. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ces aliments et qui devrait les manger.**

16. Les filles d'ici mangent-elles tous ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi pas ? Quels sont ceux qu'elles ne mangent pas ? Pourquoi pas ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires)

- a. Si l'un de ces aliments n'est pas disponible dans le foyer, mais que la fille aimerait le manger, à qui pourrait-elle le demander ? Les filles y goûteraient-elles ?
- b. Les filles de votre âge mangent-elles quelque part en dehors de la maison ? Si oui, où ? (Sonde : quelle nourriture, où, à quelle fréquence ?)

## **Section C : Éducation en matière de santé et de nutrition**

**Maintenant nous allons faire quelques petites activités. J'aimerais avoir votre avis sur les activités qui pourraient convenir à d'autres filles de votre âge.**

**Activité 4 : Test d'intervention I** - Placez une boîte ou un panier couvert ou emballé sur la table ou sur la natte (Remarque : cette boîte ou ce panier peut être recouvert de n'importe quoi - il suffit de le garder couvert. À l'intérieur de la boîte ou du panier, placez des photos de filles heureuses et en bonne santé). Ayez l'air enthousiaste lorsque vous le présentez. Faites comme si la boîte ou le panier emballé était quelque chose d'excitant et de spécial. Vous leur direz que la boîte ou le panier est un cadeau et leur poserez quelques questions à ce sujet.

Présentez la boîte ou le panier emballé d'une manière passionnante. Demandez :

**Aimeriez-vous recevoir un cadeau qui soit encore plus grand et meilleur que celui qui se trouve devant vous ? Je pense à un cadeau qui continue à donner et qui a la capacité de changer leur vie à chaque minute de chaque jour. En réponse à leurs réponses positives, dites-leur : Se sentir bien est le plus beau des cadeaux - et c'est un cadeau qu'ils s'offrent chaque fois qu'elles font deux actions :**

- ❖ **Mangez chaque jour des aliments riches en fer (comme les feuilles vertes, les haricots, les feuilles de moringa...).**
- ❖ **Mangez ces aliments avec du citron vert ou des fruits**

Ouvrez la boîte ou le panier et montrez des photos de filles heureuses et en bonne santé. Demandez :

- Voulez-vous vous sentir en bonne santé chaque jour ?
- Aimerais-vous être les meilleures à l'école ou dans ce que vous faites ?
- Aimerez-vous vous sentir en pleine forme pour mieux faire ce que vous faites ?
- Aimerez-vous vous sentir moins fatiguées quand vous travaillez ou quand vous étudiez ?

Résumez en disant :

*Ce sont les "cadeaux" qu'elles reçoivent en mangeant chaque jour des aliments contenant du fer et en mangeant les aliments avec du citron vert ou des fruits*

17. Que pensez-vous de ces "cadeaux" ? Pouvez-vous manger régulièrement des aliments riches en fer et des aliments avec du citron vert ou des fruits ?
  - a. Les "cadeaux" valent-ils le temps et l'effort nécessaires pour apporter ces petits changements ? (Sondez : pour voir si elles aiment vraiment cela, ce n'est pas grave si elles ne l'aiment pas).

**Activité 5 : Test d'intervention 2** - Donnez aux participantes une feuille de papier et des marqueurs. Demandez-leur de faire ensemble une affiche/dessiner quelque chose qui encourage leurs frères et sœurs à manger sainement chaque jour. Donnez-leur quelques minutes (Note - encouragez-les au besoin), puis demandez-leur de partager leur affiche/dessin et félicitez-les pour leur travail !

18. Qu'est-ce que vous allez raconter à vos amies à propos de cet exercice ?
19. Qu'est-ce qui vous a plu ou que vous avez trouvé intéressant dans cet exercice ?
20. Qu'est-ce qui ne vous a pas plu ou que vous n'avez pas trouvé intéressant dans cet exercice ?
21. Allez-vous nous recommander de conduire cet exercice avec d'autres filles ? Qui pourrait aimer cet exercice ?

## **Section D : Questions de clôture**

22. Y a-t-il autre chose que vous voulez nous dire par rapport à tout ce que nous avons fait?
23. Est-ce que vous avez des questions à nous poser ?

Merci !

## **Dirigeants communautaires (traditionnels, religieux)**

### **Section A : Nutrition**

*Tout d'abord, nous aimerions en savoir plus sur l'alimentation et la nutrition dans votre communauté.*

1. Où est-ce que les ménages de votre communauté s'informent-ils sur la santé et la nutrition ?
2. Quels sont les principaux défis qui empêchent la bonne nutrition des jeunes enfants ? des filles ? des femmes ?

3. La situation a-t-elle changé au fil du temps ? Comment ?
4. Quelle appréciation faites-vous de la prévalence de l'anémie (*karamcin jini*) dans votre communauté ?
  - a. Quelles sont les catégories de personnes (hommes, femmes, enfants, filles...) qui ont des difficultés à avoir une bonne alimentation ?
  - b. Quelles sont les conséquences d'une anémie (*karamcin jini*) ? À quels âges ou moments de la vie les conséquences d'une anémie (*karamcin jini*) sont les plus ou moins graves ?
5. Quelle appréciation faites-vous de la prévalence de la carence en vitamine A (*karamcin sindarin kariyan ciyon doundoumi*) au sein de votre communauté ?
  - a. Quelles sont les personnes touchées par la carence en vitamine A (*karamcin sindarin ariyan ciyon doundoumi*) ?
  - b. Quelles sont les conséquences d'une carence en vitamine A (*karamcin sindarin ariyan ciyon doundoumi*) ? À quels âges ou moments de la vie les conséquences d'une carence en vitamine A (*karamcin sindarin kariyan ciyon doundoumi*) sont les plus ou moins graves ?

Activité 1 : Tri des aliments en pile - Posez des cartes illustrant des aliments sur la table ou sur le sol pour que le groupe les voie. Lisez-leur l'étiquette sur les cartes s'ils ne sont pas sûrs de l'aliment qu'elles contiennent. Demandez au groupe de trier les cartes en piles. Ils doivent créer des piles d'aliments qui, selon eux, vont ensemble. Ils doivent créer des piles de la manière qui leur semble la plus appropriée. Ne leur suggérez pas de catégories sur la manière de regrouper les aliments. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pendant que les participants créent les piles, prenez des notes sur leur discussion. Une fois que les participants auront fait leurs piles, vous leur demanderez d'expliquer les groupes et pourquoi ils ont regroupé différents aliments.

*Veillez regrouper les aliments en différentes piles en fonction des aliments qui vont ensemble. Vous pouvez créer autant de piles que vous le souhaitez, mais essayez d'avoir au moins deux aliments dans chaque pile. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons simplement comprendre quels sont les aliments qui se ressemblent et ceux qui sont différents.*

6. Veuillez expliquer chaque pile. Quel nom donneriez-vous à chaque pile ? Pourquoi les aliments de cette pile peuvent-ils aller ensemble ? En quoi cette pile est-elle différente des autres piles ?

Activité 2 : Montrez les cartes d'aliments riches en vitamine A et en fer - Ramassez toutes les cartes. Regardez au dos de chaque carte et placez celles qui indiquent qu'elles sont riches en vitamine A ou en fer sur la table ou sur le sol pour les participants. Placez les cartes face visible et ne dites pas aux participants lesquelles sont riches en vitamine A ou en fer. Disposez les cartes de manière à ce que les participants puissent voir tous les aliments. Vous leur demanderez de désigner ceux qui sont bons pour différents types de personnes.

*Ces cartes sont des aliments riches en vitamine A et en fer. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ces aliments et qui devrait les consommer.*

7. Est-ce que toutes les femmes ici mangent ces aliments ? Si non, lesquelles ne mangent-elles pas ? Pourquoi pas ? (Sondez : grossesse, allaitement, disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût/préférences alimentaires) Que devrait manger une femme par rapport à ce que mangent les autres membres de la famille ?
8. Est-ce que toutes les adolescentes de cette région mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-elles pas ? Pourquoi ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût/préférences alimentaires ; comment est-ce que la nourriture est partagée dans la famille entre les aînés et les enfants et entre les filles et les garçons ?)

9. Tous les hommes de cette région en mangent-ils ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires)
10. Est-ce que tous les enfants de cette région mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires) a. Lesquels de ces aliments ne sont pas bons pour les enfants de 6 à 23 mois ? Pourquoi ?
11. Qui conseille les gens sur les aliments qui sont bons pour eux ? Y-a-t-il quelqu'un d'autre ?
12. Quelles sont les croyances traditionnelles concernant la consommation de ces aliments par les femmes et les enfants ?
13. Avez-vous constaté des changements ces derniers temps ? Veuillez expliquer.
14. Comment des leaders comme vous servent-ils ou touchent-ils la communauté ? (Pour chaque mention, demandez : à quelle fréquence ? Qui y participe ?)

## **Section B : Services de santé et de nutrition**

*Ensuite, nous souhaitons en savoir plus sur les services de santé et de nutrition.*

15. Quels sont les services de santé et de nutrition que les femmes utilisent d'habitude ? Pourquoi ?
16. Lorsqu'elles sont enceintes, à quel moment est-il conseillé aux femmes de se rendre au centre de santé pour un contrôle ?
17. Lorsque les enfants sont jeunes, par quel canal les ménages reçoivent-ils les conseils de s'adresser aux services de nutrition ?
18. Quels sont les conseils que des leaders que vous-êtes donnez à vos communautés par rapport à l'utilisation des services de nutrition, si conseil il y a ?
  - a. Quels conseils donnez-vous aux femmes enceintes par rapport aux comprimés FAF ?
  - b. Quels conseils donnez-vous aux filles âgées de 10 à 14 ans quand elles sont enceintes par rapport aux comprimés FAF ?
  - c. Quels conseils donnez-vous aux parents des enfants de moins de 5 ans par rapport à la supplémentation en vitamine A ?
  - d. Quel genre de conseils donnez-vous aux parents des enfants par rapport à l'utilisation des services de nutrition ?

## **Section C : Questions de clôture**

19. Comment les gens de cette communauté obtiennent-ils les informations ? (Sondez pour : téléphone, radio, autre) En quoi ont-ils le plus confiance ?
20. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager sur la supplémentation ou la nutrition dans votre communauté avec nous ?
21. Avez-vous des questions à nous poser ?

Merci !



## Membres de la famille

### Section A: Nutrition

**Tout d'abord, nous aimerions en savoir plus sur l'alimentation et la nutrition dans vos communautés.**

- I. Qui a la responsabilité de veiller à la bonne nutrition chez les femmes ?
  - a. Pourquoi avez-vous choisi cette personne ? Quel est son rôle ?
  - b. Ensuite, sélectionnez des cartes pour montrer qui est la personne chargée de soutenir la femme, Que devrait-elle faire ? Dans les faits, que fait-elle d'habitude ?
    - i. *Si cela n'est pas mentionné, demandez : Quel est le rôle des pères/grands-mères ? Qui les conseille ?*
  - c. En quoi ces rôles sont-ils différents pour la nutrition des filles de 10 à 14 ans ? Pour les enfants de moins de 5 ans ?

**Activité 1 :** Tri des aliments en pile - Posez des cartes illustrant des aliments sur la table ou sur le sol pour que le groupe les voie. Lisez-leur l'étiquette sur les cartes s'ils ne sont pas sûrs de l'aliment qu'elles contiennent. Demandez au groupe de trier les cartes en piles. Ils doivent créer des piles d'aliments qui, selon eux, vont ensemble. Ils doivent créer des piles de la manière qui leur semble la plus appropriée. Ne leur suggérez pas de catégories sur la manière de regrouper les aliments. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pendant que les participants créent les piles, prenez des notes sur leur discussion. Une fois que les participants auront fait leurs piles, vous leur demanderez d'expliquer les groupes et pourquoi ils ont regroupé différents aliments.

***Veillez regrouper les aliments en différentes piles en fonction des aliments qui vont ensemble. Vous pouvez créer autant de piles que vous le souhaitez, mais essayez d'avoir au moins deux aliments dans chaque pile. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons simplement comprendre quels sont les aliments qui se ressemblent et ceux qui sont différents.***

2. Veuillez expliquer chaque pile. Comment décririez-vous chaque pile ? (Sondez pour : Quel nom donneriez-vous à chaque pile ? Pourquoi les aliments de cette pile sont-ils similaires ? En quoi cette pile est-elle différente des autres piles ?

**Activité 2 :** Montrez les cartes d'aliments riches en vitamine A et en fer - Ramassez toutes les cartes. Regardez au dos de chaque carte et placez celles qui indiquent qu'elles sont riches en vitamine A ou en fer sur la table ou sur le sol pour les participants. Placez les cartes face visible et ne dites pas aux participants lesquelles sont riches en vitamine A ou en fer. Disposez les cartes de manière à ce que les participants puissent voir tous les aliments. Vous leur demanderez de désigner ceux qui sont bons pour différents types de personnes.

***Ces cartes sont des aliments riches en vitamine A et en fer. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ces aliments et qui devrait les consommer.***

3. Est-ce que toutes les femmes ici mangent ces aliments ? Si non, lesquelles ne mangent-elles pas ? Pourquoi ne les mangent-elles pas ? (Sondez pour : grossesse, allaitement, disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût/préférences alimentaires)

- a. Que doit manger une femme par rapport aux autres membres de la famille ? et les filles ? et les enfants ?
4. Est-ce que tous les enfants de votre village mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi pas ?

**Maintenant, j'aimerais vous demander quels aliments les gens consomment dans la communauté et où ils se procurent ces aliments.**

5. Où est-ce que les gens de cette communauté trouvent-ils de la nourriture ?
  - a. Lesquels de ces aliments sont d'habitude produits (cultivés ou élevés) chez vous ? (Cherchez : la saison ? qui les cultive ?)
  - b. Sur quelle base les familles/ménages décident-ils des produits à cultiver/élever ou à acheter ?
  - c. Lesquels de ces aliments sont cueillis dans la nature ? (Sondez : saison ? qui les ramasse ?)
  - d. Lesquels de ces aliments sont d'habitude achetés au marché ? (Sondez : saison ? qui achète ? pourquoi ou pourquoi pas ?)
6. Appartenez-vous à des associations ou des groupements ? Si oui, lesquels ?
  - a. Quels sont les types de sessions/réunions de ces groupements/associations les plus intéressantes dont vous vous souvenez ?
  - b. Est-il possible parfois d'inclure des informations sur la nutrition dans les activités de groupements/associations ? Comment ?

**Activité 3 :** Histoire de famille - Expliquez que vous allez lire une courte histoire et demander aux participants d'en donner la fin. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous voulons savoir ce qu'ils pensent de l'histoire et ce qu'ils pensent que les personnages devraient faire. Veuillez lire l'histoire de manière traditionnelle ou d'une autre manière intéressante.

**Macé est la femme de Namiji. Macé est enceinte de leur troisième enfant. La famille est heureuse d'accueillir un autre enfant bientôt, et tout le monde donne des conseils à Macé sur ce qu'il faut manger et ce qu'il ne faut pas manger. Namiji rapporte du sorgho pour la famille, et parfois d'autres aliments comme des haricots et de la viande. Macé le sert toujours en premier, puis les anciens, puis les autres membres de la famille avant elle-même. Elle est fière d'être une bonne épouse et mère et de s'occuper de sa famille, même si cela signifie qu'elle a souvent faim. Sa belle-mère lui dit qu'il est bon de manger moins.**

7. Que doit faire Macé ? Pourquoi ?
8. Que doit faire Namiji ? Veuillez expliquer.
9. Est-ce que cette histoire se passe souvent dans votre village ? Qu'est-ce qui est identique ou différent ?
10. Pour les gens de votre village, quels sont les critères d'une bonne épouse ou d'une femme idéale ? Pourquoi ces qualités sont-elles importantes ?
11. Pour les gens de votre village, quels sont les critères d'un bon mari ou d'un homme idéal ? Pourquoi ces qualités sont-elles importantes ?
12. Qu'est-ce qui peut arriver à une femme si elle mange plus de bons aliments comme des légumes, du sorgho et du poisson séché pendant sa grossesse ? et à d'autres moments de sa vie ?

- a. Qui pourrait aider la femme à manger plus de bons ? Comment ?
- b. Qui pourraient ne pas l'aider dans ce sens ou dire de mauvaises choses sur elle cherche à manger de bons ? Que diraient-ils de la femme ? Qui pourrait leur parler ?

## **Section B : Services de santé et de nutrition**

**Ensuite, nous souhaitons en savoir plus sur les services de santé et de nutrition.**

- 13. Lorsqu'elles sont enceintes, à quel moment est-il conseillé aux femmes de se rendre au centre de santé pour un contrôle ?
  - a. Quelles difficultés les femmes rencontrent-elles lorsqu'elles tentent d'utiliser ces services ?
- 14. Que pensez-vous des vitamines à base d'acide folique et de fer ? (Montrez les comprimés FAF)
  - a. Quand les femmes commencent-elles à prendre les comprimés ?
    - i. Où trouvent-elles les comprimés ?
    - ii. Qu'est-ce qui les motive pour commencer à en prendre ?
  - b. Quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes qui prennent 90 comprimés pendant la grossesse ?
    - i. Que fera une femme enceinte si elle se rend au centre de santé mais qu'il n'y ait pas de comprimés à ce moment-là ? Est-ce qu'elle y retournera chercher des comprimés ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
  - c. Donnez-nous des conseils ! Comment surmonter ces difficultés ?

**Activité 4 :** Affiche du partenaire d'adhésion au FAF - Montrez l'affiche du partenaire d'adhésion au FAF, puis lisez l'histoire. Veuillez lire l'histoire d'une manière traditionnelle ou d'une autre manière intéressante.

***Vous souvenez-vous de Macé, la femme de Namiji Macé, qui s'informe sur la possibilité de trouver un partenaire d'adhésion à l'IFA, c'est-à-dire quelqu'un qui l'aide à prendre des comprimés lors d'une réunion de groupe à laquelle elle participe. Elle pense qu'il serait utile que quelqu'un l'aide à prendre des comprimés. Elle se demande à qui demander : à son mari ou à sa co-épouse. Elle choisit sa co-épouse et celle-ci accepte d'être sa partenaire. La co-épouse rappelle à Macé tous les jours - ma soeur, as-tu pris le comprimé aujourd'hui ? Elle l'accompagne également au centre de santé pour obtenir d'autres comprimés, même lorsque Macé se sent plus forte, car elle partage l'espoir de Macé d'avoir un bébé en bonne santé.***

- 15. Cette idée serait-elle utile dans votre village ?
  - a. Des pères/grands-mères comme vous seraient-ils prêts à aider les femmes à prendre des comprimés ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

***J'aimerais maintenant vous interroger sur la supplémentation en vitamine A.***

- 16. Pouvez-vous me parler de la supplémentation actuelle en vitamine A pour les enfants ?
  - a. Que disent les gens à propos de la supplémentation en vitamine A ?

- b. Quelles difficultés les familles rencontrent-elles pour obtenir des suppléments pour tous les enfants à temps ? Ces difficultés ont-elles changé récemment ?
- c. Où voulez-vous vous renseigner sur les services de supplémentation en vitamine A ?
- d. Veuillez donner des conseils ! Comment tous les ménages peuvent-ils s'assurer que les enfants reçoivent la supplémentation en vitamine A à temps ? Qui devrait fournir cet appui ? Par quel canal voudriez-vous être informés de cet appui ?

## Section C : Questions de clôture

- 17. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous sur la supplémentation ou la nutrition dans votre communauté ?
- 18. Avez-vous des questions à nous poser ?

Merci !

## Femmes enceintes et personnes s'occupant de jeunes enfants

### Section A : Nutrition

*Tout d'abord, nous aimerions en savoir plus sur la nutrition dans votre communauté.*

- 1. Comment pouvez-vous savoir si quelqu'un a une bonne alimentation ou non ?
  - a. Quelles sont les catégories de personnes qui ont une bonne alimentation (hommes, femmes, enfants, filles...) ? À quel âge ou à quel moment de leur vie ces personnes ont-elles une bonne alimentation ?
  - b. Quelles sont les catégories de personnes (hommes, femmes, enfants, filles...) qui ont des difficultés à avoir une bonne alimentation ? À quel âge ou à quel moment de leur vie ces personnes ont-elles des difficultés à avoir une bonne alimentation ?
- 2. Quelle appréciation faites-vous de la prévalence de l'anémie (*karamcin jini*) dans votre communauté ?
- 3. Quelles sont les conséquences d'une anémie (*karamcin jini*) ? À quels âges ou moments de la vie les conséquences d'une anémie (*karamcin jini*) sont les plus ou moins graves ?
- 4. Quelle appréciation faites-vous de la prévalence de la carence en vitamine A (*karamcin sinadarin kariyan ciyon doundoumi*) au sein de votre communauté ?
  - a. Quelles sont les catégories de personnes touchées par une carence en vitamine A (*karamcin sinadarin kariyan ciyon doundoumi*) ?
  - b. Quelles sont les conséquences d'une carence en vitamine A (*karamcin sinadarin kariyan ciyon doundoumi*) ? À quels âges ou moments de la vie les conséquences d'une carence en vitamine A (*karamcin sinadarin kariyan ciyon doundoumi*) sont les plus ou moins graves ?
- 5. Qui est-ce qui ont la responsabilité d'assurer une bonne alimentation aux femmes ?
  - a. Que doivent-ils faire ?
  - b. Qui est-ce qui ont la responsabilité de soutenir les femmes ? Que devraient faire ces personnes pour soutenir les femmes ? Dans les faits qu'est-ce qu'elles font d'habitude ?

(Approfondissez : production/achat, préparation, qui est responsable de quels aliments, etc.)

- c. Que doit faire la femme elle-même ? Par quel canal est-ce que les femmes apprennent-elles ce qu'elles doivent faire ?
- d. Est-ce que les personnes qui ont la responsabilité de soutenir les femmes sont celles qui sont responsables d'assurer la bonne alimentation pour les enfants de moins de 5 ans ? Si non, qui en sont responsables ? Que devraient-elles faire ?
- e. Maintenant nous voulons savoir, à qui revient le rôle d'assurer une bonne alimentation pour les filles de 10 à 14 ans ?
- f. Est-ce que les personnes qui ont la responsabilité d'assurer la bonne alimentation pour les enfants de moins de 5 ans sont les mêmes qui doivent assurer la bonne alimentation pour les adolescentes ? Si non, qui en sont responsables ? Que devraient-elles faire ?

**Activité 1 : Tri des aliments en pile** - Posez des cartes illustrant des aliments sur la table ou sur le sol pour que le groupe les voie. Lisez-leur l'étiquette sur les cartes s'ils ne sont pas sûrs de l'aliment qu'elles contiennent. Demandez au groupe de trier les cartes en piles. Ils doivent créer des piles d'aliments qui, selon eux, vont ensemble. Ils doivent créer des piles de la manière qui leur semble la plus appropriée. Ne leur suggérez pas de catégories sur la manière de regrouper les aliments. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pendant que les participants créent les piles, prenez des notes sur leur discussion. Une fois que les participants ont fait les piles, vous leur demanderez d'expliquer les groupes et pourquoi ils ont regroupé différents aliments. Notez les piles dans le formulaire de collecte des données.

*Veillez regrouper les aliments en différentes piles en fonction des aliments qui vont ensemble. Vous pouvez créer autant de piles que vous le souhaitez, mais essayez d'avoir au moins deux aliments dans chaque pile. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons simplement comprendre quels sont les aliments qui se ressemblent et ceux qui sont différents.*

6. Expliquez chaque pile. Quel nom donneriez-vous à chaque pile ? Pourquoi les aliments de cette pile sont-ils similaires ? En quoi cette pile est-elle différente des autres piles ?)

**Activité 2 : Cartes d'aliments riches en vitamine A et en fer** - Ramassez toutes les cartes. Regardez au dos de chaque carte et placez celles qui indiquent qu'elles sont riches en vitamine A ou en fer sur la table ou sur le sol pour les participants. Placez les cartes face visible et ne dites pas aux participants lesquelles sont riches en vitamine A ou en fer. Disposez les cartes de manière à ce que les participants puissent voir tous les aliments. Vous leur demanderez de désigner ceux qui sont bons pour différents types de personnes. Enregistrez

*Ces cartes sont des aliments riches en vitamine A et en fer. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ces aliments et qui devrait les consommer.*

7. Est-ce que toutes les femmes de votre village mangent ces aliments ? Si non, lesquelles ne mangent-elles pas ? Pourquoi elles ne les mangent pas ? (Sondez : grossesse, allaitement, disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût/préférences alimentaires) Que devrait manger une femme par rapport à ce que mangent les autres membres de la famille ?
8. Est-ce que toutes les adolescentes de cette région mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-elles pas ? Pourquoi elles ne les mangent pas ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût/préférences alimentaires ; comment la nourriture est partagée dans la famille entre les aînés et les enfants, les filles et les garçons ?)

9. Est-ce que tous les hommes de votre village mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi ils ne les mangent pas ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires)
10. Est-ce que tous les enfants de votre village mangent ces aliments ? Si non, lesquels ne mangent-ils pas ? Pourquoi ils ne les mangent pas ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires)
  - a. Selon vous, lesquels de ces aliments ne sont pas bons pour les enfants de 6 à 23 mois ? Pourquoi ?

**Maintenant, j'aimerais vous demander quels aliments les gens consomment dans la communauté et où ils se procurent ces aliments.**

11. Que doit manger un enfant par rapport à ce que mangent les autres membres de la famille ?
12. Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les femmes pour nourrir les enfants de 6 mois et plus ?
13. Où est-ce que les gens de ce village trouvent-ils de la nourriture ?
  - a. Lesquels de ces aliments sont produits (cultivés ou élevés) chez vous ? (Cherchez à savoir : la saison ? qui les cultive ?)
  - b. Comment est-ce que les familles/ménages décident-ils des produits à cultiver/élever ou à acheter ?
  - c. Lesquels de ces aliments sont cueillis dans la nature ? (Sondez : saison ? qui les ramasse ?)
  - d. Parmi ces aliments, lesquels sont d'habitude achetés au marché ? (Sondez : saison ? qui achète ? pourquoi ou pourquoi pas ?)
  - e. Lesquels de ces aliments sont collectés par des services tels que les bons d'achat ou la distribution de nourriture ?
  - f. Des femmes comme vous mangent-elles même en dehors de chez elles ? (Sondez : quel type de nourriture, où, à quelle fréquence ?)
14. Faites-vous partie de groupes communautaires quelconque ? si oui, lesquels ?
  - a. Quels sont les types de sessions/réunions de groupes les plus intéressantes dont vous vous souvenez ?
  - b. Serait-il possible d'inclure de temps en temps des informations sur la nutrition dans les activités de ces groupes ? Comment pourrait-on le faire ?

Activité 3 : Histoire de famille - Expliquez que vous allez lire une courte histoire et demander aux participants d'en donner la fin. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous voulons savoir ce qu'ils pensent de l'histoire et ce qu'ils pensent que les personnages devraient faire. Veuillez lire l'histoire de manière traditionnelle ou d'une autre manière intéressante.

*Macé est l'épouse de Namiji Macé est enceinte de leur troisième enfant. La famille est heureuse d'accueillir un autre enfant bientôt, et tout le monde donne des conseils à Macé sur ce qu'il faut manger et ce qu'il ne faut pas manger. Namiji rapporte du sorgho pour la famille, et parfois d'autres aliments comme des haricots et de la viande. Macé le sert toujours en premier, puis les anciens, puis les autres membres de la famille avant elle-*

même. Elle est fière d'être une bonne épouse et mère et de s'occuper de sa famille, même si cela signifie qu'elle a souvent faim. Sa belle-mère lui dit qu'il est bon de ne pas manger beaucoup.

15. Que doit faire Macé ? Pourquoi ?
16. Que doit faire Namiji ? Veuillez expliquer votre réponse.
17. Est-ce que ce qui est dit dans cette histoire se passe souvent dans votre village ? Qu'est-ce qui est identique ou différent de ce qui est raconté dans l'histoire ?
18. Quels sont les critères d'une bonne épouse ou femme idéale dans votre village ? Pourquoi ces qualités sont-elles importantes ?
19. Quels sont les critères d'un bon époux ou époux idéal dans votre village ? Pourquoi ces qualités sont-elles importantes ?
20. Qu'arriverait-il à une femme si elle mange plus de bons aliments comme des légumes, du sorgho et du poisson séché pendant sa grossesse ? Que lui arriverait-il si elle les mange à d'autres moments de sa vie ?
  - a. Qui pourrait la soutenir pour qu'elle mange plus de bons aliments ? Comment ?
  - b. Qui pourrait ne pas la soutenir, ou dire du mal d'elle ? Que diraient-ils ? Qui pourrait leur parler ?

## **Section B : Services de santé et de nutrition**

*Ensuite, nous souhaitons en savoir plus sur les services de santé et de nutrition.*

21. Quand la plupart des femmes se rendent-elles à leur première visite de Consultation Périnatale (CPN) ?
  - a. Quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes pour utiliser ces services ?
  - b. Quelles difficultés les femmes rencontrent-elles pour savoir quand partir ?
  - c. Quels sont les défis auxquels les femmes sont confrontées au début de leur grossesse ?
  - d. Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?

**Activité 4 : Comprimés FAF et cartes avec les femmes - Montrez un paquet de comprimés FAF pour que les femmes sachent de quoi il s'agit. Distribuez les cartes montrant différentes femmes afin que les participants puissent voir toutes les cartes en même temps. Vous demanderez au groupe de choisir une femme pour répondre aux deux premières questions ci-dessous. L'objectif est d'ouvrir la discussion, avec une image, afin que les participantes se sentent à l'aise pour parler. Il doit s'agir d'une réaction rapide. Elles ne doivent pas trop réfléchir.**

22. Qu'est-ce que vous entendez par vitamines A et Fer Acide Folique (FAF) ? (Montrez aux femmes les comprimés et disposez les cartes montrant les femmes)
  - a. Lesquelles de ces femmes prennent ces comprimés ? Pourquoi les prennent-elles ?
  - b. Lesquelles de ces femmes ne les prennent pas ? Pourquoi ?
  - c. Quand est-ce que les femmes commencent-elles à prendre ces comprimés ?
  - d. Où se procurent-elles ces comprimés ?
  - e. Quelles sont les raisons pour lesquelles elles commencent à les prendre ?
  - f. Quelles sont les difficultés qui empêchent les femmes de prendre les 90 comprimés recommandés pendant la grossesse ?

- g. Y a-t-il des moments précis où les femmes arrêtent de prendre ces comprimés ? (Sondez : difficulté à commencer, mauvais goût, après les effets secondaires, se sentir mieux après, oublier).
- h. Que fait une femme enceinte si elle se rend au centre de santé mais qu'il n'y a pas de comprimés à ce moment-là ? Est-ce plus tard elle retourne au centre de santé chercher les comprimés ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- i. Donnez des conseils ! Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?

Activité 5 : Affiche du partenaire d'adhésion au FAF - Montrez l'affiche du partenaire d'adhésion au FAF, puis lisez l'histoire. Veuillez lire l'histoire d'une manière traditionnelle ou d'une autre manière intéressante.

*Vous souvenez-vous de Macé, la femme de Namiji ? Macé apprend qu'il est possible de trouver un partenaire d'adhésion à l'IFA, c'est-à-dire quelqu'un qui l'aide à prendre des comprimés lors d'une réunion de groupe à laquelle elle participe. Elle pense qu'il serait utile que quelqu'un l'aide à prendre des comprimés. Elle se demande à qui demander : à son mari ou à sa co-épouse. Elle choisit sa co-épouse et celle-ci accepte d'être sa partenaire. La co-épouse rappelle chaque jour à Macé : "Ma soeur, as-tu pris ton comprimé aujourd'hui ? Elle l'accompagne également au centre de santé pour obtenir d'autres comprimés, même lorsque Macé se sent plus forte, car elle partage l'espoir de Macé d'avoir un bébé en bonne santé.*

- a. Auriez-vous choisi la même personne ou une personne différente que Macé ? Pourquoi ?
- b. Cette idée serait-elle utile ici, ou pas ?
- c. Comment pouvons-nous aider les femmes à anticiper ou à apprendre à gérer les effets secondaires (par exemple, maux d'estomac, constipation, selles noires) ou les motiver à prendre tous les comprimés recommandés même après qu'elles se sentent mieux ?
- d. Donnez des conseils ! Y a-t-il d'autres moyens d'aider les femmes à prendre les comprimés ? Qui devrait apporter cet appui ? Comment voudriez-vous être informées de cet appui ?

*Maintenant, j'aimerais vous interroger sur la supplémentation en vitamine A.*

23. Pouvez-vous me parler de la supplémentation en vitamine A pour les enfants ? (Montrez leur les capsules)
- a. Que disent les gens à propos de la supplémentation en vitamine A aujourd'hui ?
  - b. Est-ce que cela a changé par rapport à avant ? Si oui, comment cela a-t-il changé ?
  - c. Qui amène l'enfant pour recevoir la vitamine A ? Pourquoi est-ce que c'est cette personne qui amène l'enfant ?
  - d. Quels défis les femmes doivent-elles relever pour que tous les enfants reçoivent les suppléments en vitamine A à temps ?
  - e. Veuillez donner des conseils ! Comment tous les ménages peuvent-ils s'assurer que les enfants reçoivent la supplémentation en vitamine A à temps ? Quand doivent-ils aller prendre de la vitamine A / à quelle fréquence ? Qui devrait fournir cet appui ? Comment voudriez-vous être informé(e) de cet appui ? (Sondez : Si cela n'est pas mentionné, demandez quel est le rôle des relais communautaires).

## Section C : Questions de clôture



24. Par quels canaux les gens de ce village obtiennent-ils les informations ? (Sondez pour : téléphone, radio, autre) Quel est le canal dont ils ont le plus confiance ?
25. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager au sujet des activités de nutrition ?
26. Avez-vous des questions à nous poser ?

Merci !

## Guides pour les entretiens

### Adolescentes (âgées de 10 à 14 ans)

#### Section A : Activités

*Tout d'abord, nous allons parler de votre amitié :*

1. Comment vous êtes-vous connues ?
2. Quand est-ce que vous vous voyez souvent ?
3. Qu'est-ce qui fait que vous êtes de bonnes amies ?

**Activité 1 : Dessiner son rêve pour l'avenir** - Montrez aux participantes des photos de femmes heureuses et demandez-leur d'encadrer celles qui correspondent à leur rêve. Prendre les photos des images encerclées.

**Maintenant, nous voudrions savoir ce que vous, les filles, rêvez d'être dans l'avenir. Parmi les photos qui vous ont été montrées, veuillez encadrez celles qui correspondent à ce que vous rêvez être.**

4. Ainsi, si votre avenir pouvait être ce que vous voulez, que serait-il ?

#### Section B : Nutrition

**Parlons maintenant de l'alimentation et de la santé des filles.**

5. Quel est votre plat préféré ? Quand est-ce que vous arrivez à le manger ?
6. D'habitude combien de repas mangez-vous par jour ? De quels types d'aliments est constitué chaque repas ?
7. D'habitude est-ce que ce sont ces types d'aliments que les filles mangent dans votre village ? Est-ce que c'est la même quantité qu'elles mangent chaque jour ? Ce que vous avez dit là, dites-nous pourquoi c'est comme ça.
8. Est-ce qu'il arrive que ton amie ici présente et toi mangez ensemble ? Quand est-ce que vous aviez mangé ensemble ? Qu'est-ce que vous aviez mangé ?
9. Est-ce que ce que vous mangez est différent de ce que mangent les autres membres de vos familles ?
  - a. Si c'est différent, veuillez nous expliquer en quoi ça diffère.

10. Est-ce qu'il y a des aliments que les filles doivent éviter de manger ? Quels sont ces aliments qu'elles doivent éviter de manger ?
  - a. Pourquoi les filles doivent-elles éviter de manger ces aliments ?
  - b. Qui est-ce qui dit aux filles de ne pas manger ces aliments ?
11. Est-ce que quelqu'un vous a au moins une fois donné des conseils sur la nutrition ? Qui est-ce qui vous a donné ce conseil ?
12. Qu'est-ce qu'on conseille aux filles de faire afin d'éviter d'être atteintes d'anémie « karamcin jini » ? Qui leur donne ce conseil ? Quand est-ce qu'on leur donne ce conseil ?
  - a. Êtes-vous capables de respecter ces conseils ? Si non, qu'est-ce qui vous empêche de respecter ce conseil ?
13. Lorsque les filles sont en âge d'avoir leurs premières règles, est-ce qu'on leur conseille de manger des aliments différents de lorsqu'elles étaient petites ? Si oui, quel est ce conseil ?
  - a. Lorsque les filles sont enceintes est-ce qu'il est-ce qu'on leur conseille de manger des aliments différents ? Si oui, quel est ce conseil ?
  - b. Êtes-vous capables de faire ces choses-là qui vous ont été conseillées ? Si non, qu'est-ce qui vous empêche de pouvoir le faire ?
14. Quels sont les avantages pour les filles d'avoir une bonne alimentation et quelles sont les conséquences lorsqu'elles n'ont pas une bonne alimentation ?
  - a. Connaissez-vous des filles dans votre village qui ont une bonne alimentation ? Comment le savez-vous ?

**Activité 2 : Tri des aliments en pile** - Étalez des cartes illustrant des aliments sur la table ou sur la natte pour que le groupe les voie. Lisez-leur l'étiquette sur les cartes pour les aliments qu'elles n'ont pas reconnu. Demandez au groupe de trier les cartes en piles. Elles doivent créer des piles d'aliments qui, selon elles, vont ensemble. Elles doivent créer des piles de la manière qui leur semble la plus appropriée. Ne leur suggérez pas la façon de regrouper les aliments. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pendant que les participantes créent les piles, prenez des notes sur leur discussion. Une fois que les participantes auront fait leurs piles, vous leur demanderez d'expliquer les différents groupes et pourquoi elles ont regroupé les différents aliments ensemble.

***Veillez regrouper les différents aliments en piles en fonction des aliments qui vont ensemble. Vous pouvez créer autant de piles que vous le souhaitez, mais essayez d'avoir au moins deux aliments dans chaque pile. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons simplement comprendre quels sont les aliments qui peuvent aller ensemble et ceux qui ne peuvent pas aller ensemble.***

15. Veuillez expliquer chaque pile. Quel nom donneriez-vous à chaque pile ? Pourquoi les aliments de cette pile sont-ils similaires ? En quoi cette pile est-elle différente des autres piles ?

**Activité 3 : Montrez-leur les cartes d'aliments riches en vitamine A et en fer** - Ramassez toutes les cartes. Regardez au dos de chaque carte et placez celles qui indiquent qu'elles sont riches en vitamine A (lettre V) ou en fer (lettre F) sur la table ou sur la natte pour les participantes. Étalez les cartes de sorte que les photos soient visibles et ne dites pas aux participantes lesquelles sont riches en vitamine A ou en fer. Étalez les cartes de manière à ce que les participants puissent voir tous les aliments. Vous leur demanderez de désigner ceux qui sont bons pour les différentes catégories de personnes (hommes, femmes, adolescentes, enfants).

**Ces cartes sont des aliments riches en vitamine A et en fer. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ces aliments et qui devrait les consommer.**

16. Dans votre village est-ce que les filles mangent tous ces aliments ? Si non, lesquels de ces aliments ne mangent-elles pas ? Pourquoi ne peuvent-elles pas les manger ? (Sondez : disponibilité, saisonnalité, coût, temps de préparation, goût / préférences alimentaires)
  - a. Si l'un de ces aliments n'est pas disponible dans le ménage mais que la fille aimerait le manger, à qui pourrait-elle s'adresser pour l'avoir ? Est-ce que les filles demandent-elles ces personnes pour avoir ces aliments ?
  - b. Est-ce que les filles de votre âge mangent quelque part en dehors de la maison ? Si oui, où ? (Sondez : quelle nourriture, où, à quelle fréquence ?)

## **Section C : Éducation en matière de santé et de nutrition**

**Nous souhaitons ensuite comprendre plus sur les services de santé et de nutrition.**

17. Avez-vous entendu parler d'anémie, « karamcin jini » ? Qu'avez-vous entendu à propos de ça ?
  - a. Selon vous, qu'est-ce qui cause l'anémie « karamcin jini » ?
18. Avez-vous entendu parler des vitamines à base de fer acide folique ? Qu'avez-vous entendu dire par rapport à ça ?
  - a. Qui prend ces vitamines ?
  - b. Selon vous, quelles sont les avantages de prendre ces vitamines ?
  - c. Selon vous, quelles sont les défis liés à la prise de ces comprimés ?
19. Si des filles comme vous devaient les prendre, où pourriez-vous les avoir ?

**Test d'activité - Liste d'aliments.** Sur la base des photos des aliments qui leur ont été présentées aux activités 2 et 3 ci-dessus, demandez aux participantes de dresser une liste de tous les aliments contenant du fer et une liste de tous les aliments contenant de la vitamine A pendant environ trois minutes. Demandez-leur ensuite de classer leurs aliments préférés de 1 à 10 (1 étant le plus préféré et 10 le moins préféré). Félicitez les filles pour leur liste !

*Nous allons maintenant essayer une brève activité. J'aimerais avoir votre conseil à savoir si cette activité peut être utile pour d'autres filles de votre âge. Tout d'abord, dressez la liste de tous les aliments dont les photos vous ont été montrées, qui contiennent du fer et ceux qui contiennent de la vitamine A. Ensuite, classez vos aliments préférés, de 1 à 10, 1 étant le plus préféré et 10 le moins préféré.*

20. Êtes-vous surprises du nombre d'aliments que vous connaissez et que vous aimez ?
  - a. Lesquelles avez-vous à la maison ?
21. Qu'est-ce que vous allez raconter à vos amies par rapport à cette activité ?
22. Qu'est-ce qui vous a plu ou que vous avez trouvé intéressant dans cette activité ?
  - a. Qu'est-ce qui ne vous a pas plu ou que vous n'avez pas trouvé intéressant dans cette activité ?
23. Allez-vous nous recommander de conduire cette activité avec d'autres filles ? Qui pourrait aimer cette activité ?

- a. Si oui, qu'est-ce que vous nous conseillerez de changer par rapport à la manière dont elle a été menée ?

### **Section D : Questions de clôture**

24. Y a-t-il autre chose que vous voulez nous dire par rapport à tout ce que nous avons fait ?
25. Est-ce que vous avez des questions à nous poser ?

Merci !

## **Agents de santé CSI**

### **Section A : Généralités**

1. Pouvez-vous nous parler de votre aire de santé en termes de staff et autres ainsi que des communautés desservies ? (Sondez pour : nombre et type d'agents de santé ou de CHV (nombre de postes occupés), population, moyens de subsistance)
2. Combien de patients enregistrez-vous en moyenne par jour ? Cela varie-t-il selon les jours ou les saisons ? Veuillez expliquer.
3. Quels sont les principaux problèmes de nutrition que vous gérez et pour lesquels vous faites de la prévention ?
  - a. Cela a-t-il changé depuis l'avènement de la COVID-19 ? Veuillez expliquer.
4. Considérez-vous la nutrition comme partie intégrante des services de routine pour tous les patients ? Si non, pourquoi ?
  - a. Quelles difficultés rencontrez-vous pour faire inclure les questions ou les services de nutrition dans toutes les consultations ?
5. Quelle formation les agents de santé et relais commentaires ont-ils reçue sur la nutrition ? Quand a-t-elle eu lieu ?

### **Section B : Fer Acide Folique**

***Je voudrais maintenant vous poser une question particulièrement sur les compléments en fer acide folique.***

6. Quelle appréciation faites-vous de la prévalence de l'anémie chez les femmes dans vos communautés ?
  - a. Quelles sont les catégories de personnes qui souffrent d'anémie en raison d'une mauvaise alimentation ?
  - b. Quelles sont les conséquences d'une anémie ? À quels âges ou moments de la vie les conséquences d'une anémie sont les plus ou moins graves ?
7. Quelle formation les agents de santé ont-ils reçue ici sur la supplémentation en FAF ?
  - a. Qui assure la formation ?
  - b. À quelle fréquence la formation est-elle dispensée ?

- c. Quels sont les thèmes couverts par la formation ?
  - d. Jusqu'où les agents sont-ils capables de mettre en pratique ce qu'ils ont appris au cours de la formation ? Quelles difficultés rencontrent-ils ?
8. Quelle formation les agents de santé ont-ils reçue sur la chaîne d'approvisionnement en FAF ?
9. Quelles sont les données que vous collectez et enregistrez sur les suppléments en FAF ? Puis-je voir ces enregistrements ? (Note : fréquence d'enregistrement, lieu d'enregistrement, si les données sont complètes)
- a. Observez les documents et enregistrez-les :
    - i. Type de livre d'enregistrement utilisé :
    - ii. Fréquence d'enregistrement :
    - iii. Portion des entrées qui sont complètes :
  - b. Comment ces données sont-elles rapportées ?
  - c. Comment ces données sont-elles utilisées par les responsables de santé au niveau du district ?
10. Quand est-ce que vous donnez des conseils aux femmes par rapport au FAF ?
- a. Par quel canal leur donnez-vous les conseils ?
  - b. Où les conseillez-vous ?
  - c. Que leur dites-vous à propos du FAF ? Pouvez-vous faire un jeu de rôle entre vous pour me montrer ce que vous leur dites ?
11. A qui revient le rôle de prescrire la FAF au cas échéant ?
- a. Où les femmes obtiennent-elles le FAF après qu'il leur ait été prescrit ?
12. Que faites-vous en cas de rupture du stock de FAF ? (Sondez pour - appeler le district ? Que se passe-t-il ?)
13. Quels autres défis rencontrez-vous lorsque vous essayez d'aider les femmes à accéder au FAF ?
- a. Quels défis rencontrez-vous lorsque vous essayez d'aider les femmes à terminer consommer l'intégralité des comprimés FAF ?
  - b. Selon vous, quelles solutions pourraient aider à relever ces défis ?
14. Quelles recommandations faites-vous aux agents de santé ou aux relais communautaires d'autres endroits pour fournir des services FAF de qualité ?

## **Section C : Supplémentation en vitamine A**

### ***Parlons maintenant spécifiquement de la supplémentation en vitamine A.***

15. Quelle appréciation faites-vous par rapport à la prévalence de la carence en vitamine A chez les jeunes enfants dans vos communautés ?
- a. Quelles sont les catégories de personnes qui sont touchées par une carence en vitamine A ?
  - b. Quelles sont les conséquences d'une carence en vitamine A ?
16. Quelle formation les agents de santé/relais communautaires ont-ils reçu ici sur la supplémentation en vitamine A ?

- a. Qui assure la formation ?
  - b. À quelle fréquence la formation est-elle dispensée ?
  - c. Quels sont les thèmes couverts par la formation ?
  - d. Jusqu'où les agents sont-ils capables de mettre en pratique ce qu'ils ont appris au cours de la formation ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?
17. Quelle formation les agents de santé ont-ils reçue sur la façon de commander et de stocker les ravitaillements ?
- a. Qui est responsable du stockage de la supplémentation en vitamine A ?
  - b. Qui est formé à la commande et au stockage des fournitures ?
  - c. À quelle fréquence cette formation est-elle dispensée ?
18. Comment organisez-vous habituellement la distribution de la supplémentation en vitamine A ?
- a. À qui est donnée la supplémentation en vitamine A ?
  - b. Est-il fréquent que des patients visitent vos centres de santé pour s'en procurer ?
  - c. Est-il fréquent de distribuer de la vitamine A à travers la sensibilisation ?
  - d. Lequel des canaux marche mieux ?
  - e. Quels sont les défis à relever ?
19. Quelles données recueillez-vous et enregistrez-vous sur la distribution de suppléments de vitamine A ? Puis-je voir ces registres ?
- a. Observez les documents et enregistrez-les :
    - i. Type de livre d'enregistrement utilisé :
    - ii. Fréquence d'enregistrement :
    - iii. Portion des entrées qui sont complètes :
  - b. Comment ces données sont-elles rapportées ?
  - c. Comment ces données sont-elles utilisées par les responsables de la santé du district ?
20. Y-a-t-il des moments où il y avait un plan et un calendrier de distribution de la vitamine A mais qu'il s'est trouvé que le supplément de vitamine A n'était pas disponible ? Qu'aviez-vous fait à ce moment-là ?
21. Quels autres défis rencontrez-vous lorsque vous essayez d'aider les enfants à accéder à la supplémentation en vitamine A à temps lorsqu'ils en ont besoin ?
- a. Selon vous, quelles solutions pourraient aider à relever ces défis ?
22. Quelles recommandations faites-vous aux agents de santé ou aux relais communautaires d'autres endroits pour fournir des services de supplémentation en vitamine A de qualité ?
- a. Les relais peuvent-ils distribuer convenablement les suppléments de vitamine A ?
23. Comment les dirigeants du district ou les décideurs politiques pourraient-ils aider votre centre de santé ou votre communauté à mieux accéder à la supplémentation en FAF et en vitamine A ?

## Section D : Questions de clôture

1. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous sur la supplémentation ou la nutrition dans votre communauté ?
2. Avez-vous des questions à nous poser ?

Merci !

## **Agents de santé (agents de santé au niveau du district)**

### **Section A : Généralités**

1. Pouvez-vous nous parler de cette zone de santé ? Combien d'établissements de santé et de communautés y a-t-il ?
2. Dans quelle mesure les membres de la communauté sont-ils affectés par l'anémie ? Quelles en sont les conséquences ?
3. Dans quelle mesure les membres de la communauté sont-ils affectés par la carence en vitamine A ? Quelles en sont les conséquences ?

### **Section B : Supplémentation**

4. Quelle formation les agents de santé reçoivent-ils sur le FAF et la supplémentation en vitamine A ? Que couvre cette formation ?
  - a. Quelle est la fréquence de la formation ?
  - b. Qui dispense la formation ?
  - c. Combien d'agents de santé actuels l'ont suivie ?
5. Quelle formation les RCom reçoivent-ils sur le FAF et la supplémentation en vitamine A ? Que couvre cette formation ?
  - a. Quelle est la fréquence de la formation ?
  - b. Qui dispense la formation ?
  - c. Combien de RCom actuels l'ont suivie ?
6. D'après votre expérience, quel autre contenu ou type de formation serait utile pour soutenir une couverture complète en FAF ? Une couverture complète de la supplémentation en vitamine A ?
7. A qui incombe la responsabilité de demander et de stocker les stocks du FAF ?
  - a. Comment fonctionne la demande et le stockage ?
  - b. A quelle fréquence doivent-ils commander de nouveaux stocks ?
  - c. A quelle fréquence les stocks arrivent-ils ?
  - d. Quels sont les défis liés au stockage des FAF ?
  - e. Que font les agents de santé s'il n'y a pas de stocks au poste de santé ?
8. Qui est responsable de la demande et du stockage des suppléments de vitamine A ?
  - a. Comment fonctionne la demande et le stockage ?
  - b. A quelle fréquence doivent-ils commander de nouveaux stocks ?

- c. À quelle fréquence les stocks arrivent-ils ?
  - d. Quelles sont les difficultés liées au stockage des suppléments de vitamine A ?
  - e. Que font les agents de santé s'il n'y a pas de suppléments au poste de santé ?
9. Avez-vous vu des exemples où les postes de santé reçoivent du FAF et des suppléments de vitamine A selon le calendrier prévu ?
- a. A quelle fréquence cela se produit-il ?
  - b. Qu'est-ce qui permet de s'assurer que les fournitures arrivent à temps ?
10. Quel est le rôle des agents de santé (par type) dans le conseil FAF ? RCom ?
- a. Certains agents de santé font-ils les choses différemment du rôle et de la pratique attendus en matière de conseil FAF ? De quelle manière ?
  - b. Est-ce que certains RCom font du conseil sur le FAF différemment de ce qui est attendu ? Comment cela se passe-t-il ?
  - c. Quels sont les défis pour un conseil de qualité sur le FAF pour les femmes ?
11. Quel est le rôle des agents de santé (par type) dans la distribution de la supplémentation en vitamine A ? RCom ?
- a. Quels sont les obstacles à un conseil de qualité sur la supplémentation en vitamine A pour les familles ?
12. Que recommanderiez-vous pour améliorer ces services ?

### **Section C : Questions de clôture**

13. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager sur la supplémentation ou la nutrition dans votre communauté ?
14. Avez-vous des questions pour nous ?
15. Merci !

## **Partie prenante (MSP/P/AS, UNICEF)**

### **Section A : Supplémentation**

16. Quelles sont les politiques et stratégies directrices pour le FAF ?
17. Quels sont les défis que vous voyez pour la couverture de le FAF ?
18. Quels défis voyez-vous dans la couverture de la supplémentation en vitamine A ?
19. Quelle formation les agents de santé reçoivent-ils sur le FAF ? Quelle formation les RCom reçoivent-ils ?
- a. Quels sont les succès et les défis que vous avez vus avec la formation ?
  - b. Avez-vous des recommandations sur la fréquence, le type ou le contenu de la formation pour des considérations futures ?
20. Quelle formation les agents de santé reçoivent-ils sur la supplémentation en vitamine A ? Quelle formation les RCom reçoivent-ils ?
- a. Quels sont les succès et les défis que vous avez vus avec la formation ?



- b. Avez-vous des recommandations sur la fréquence, le type ou le contenu de la formation pour des considérations futures ?
21. Selon votre expérience, quels sont les défis à relever en matière de fournitures ?
- a. Comment ces défis ont-ils été relevés jusqu'à présent ?
  - b. Avez-vous constaté des changements ou des succès à explorer davantage ?
  - c. Comment pensez-vous que les défis de l'approvisionnement peuvent être relevés ? Qui devrait être impliqué ?
22. Quels sont les défis pour un conseil de qualité pour le FAF et la vitamine A selon votre expérience ?
- a. Comment ces défis ont-ils été relevés jusqu'à présent ?
  - b. Avez-vous constaté des changements ou des succès à explorer davantage ?
  - c. Comment pensez-vous que la qualité du conseil peut être améliorée ? Qui devrait être impliqué dans ce domaine ?
23. Avez-vous d'autres suggestions ou recommandations ?

### **Section B : Questions de clôture**

24. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager sur la supplémentation ou la nutrition au Niger ?
25. Avez-vous des questions pour nous ?

### Tri des cartes alimentaires

Numer o de cartes	Nom français	Haoussa	Riche en fer	Riche en Vitamine A
1	Riz	<i>Shinkafa</i>		
2	Huile	<i>Mai</i>		X
3	Blé	<i>Alkama</i>	X	
4	Cassava	<i>Rogo</i>		
5	Arachide	<i>Gujja</i>	X	
6	Feuilles de baobab	<i>Miya kuka</i>	X	X
7	Oeufs	<i>Koye</i>	X	X
8	Soja	<i>Waken awara</i>	X	
9	Niebe	<i>Wake</i>	X	
10	Foie	<i>Anta</i>	X	X
11	Poisson	<i>Kihi</i>	X	X
12	Lait	<i>Nono</i>		X
13	Fromage	<i>Tchuku</i>		X
14	Criquets	<i>Fara</i>	X	X
15	Moringa	<i>El makka</i>	X	X
16	Oseille	<i>Yakua</i>	X	X
17	Fruits de Baobab	<i>Kuka</i>	X	
18	Mil	<i>Hatsi</i>	X	
19	Maïs de Guinée	<i>Ja-dawa</i>	X	
20	Sorgho	<i>Fara-dawa</i>	X	
21	Carotes	<i>Karoti</i>		X
22	Choux	<i>Kabeji</i>		
23	Patates douce	<i>Dankali</i>		X
24	Tomates sèches	<i>Toumati boussasa</i>	X	X
25	Mangues	<i>Mangoro</i>		X
26	Papaye	<i>Godda</i>		X
27	Orange	<i>Lemu</i>		
28	Feuilles d'amarante	<i>Dangnan haki</i>	X	X
29	Igname	<i>Doya</i>		

Numer o de cartes	Nom francais	Haoussa	Riche en fer	Riche en Vitamine A
30	Cantelope	<i>Malo</i>		X
31	Banane	<i>Banana</i>		
32	Aubergine	<i>Yalon Tourawa</i>		
33	Taro	<i>Gwaza/mankani</i>	X	
34	Aubergine sauvage	<i>Yalo</i>		
35	Citrouille	<i>Kabewa</i>		X
36	Souchet	<i>Aya</i>	X	
37	Gombo	<i>Kubewa</i>		X
38	Viande	<i>Nama</i>	X	
39	Pomme de terre	<i>Dankalin turawa</i>	X	
40	Oignons	<i>Albassa</i>		
41	Lait de soja	<i>Awara</i>	X	
42	Jerky	<i>Kilishi</i>	X	
43	Pasteque	<i>Kankana</i>		
44	Goyave	<i>Gwaba</i>		X
45	Sesame	<i>Ridi</i>	X	
46	Salade verte	<i>Salati</i>		
47	Tomates	<i>Toumati</i>		

## Annexe 3. Analyse et résultats du tri des aliments en tas

Dans l'activité de tri de tas sans contraintes, nous avons demandé aux répondants de trier les 47 cartes d'aliments (voir annexe 2) en groupes en fonction de la façon dont ils pensent que les aliments « vont ensemble ». Il en est résulté 216 tas venant des 21 groupes de discussion FGD. Nous avons utilisé des techniques du logiciel d'analyse de données Python pour visualiser et analyser qualitativement les tris. Premièrement, nous avons créé une matrice de similarité agrégée et utilisé MDS pour générer une matrice de proximité agrégée (Borgatti 2002). Cependant, les résultats de cette analyse n'ont pas montré de tendances fortes. Les résultats du MDS avaient un stress de 0,35, ce qui indique une mauvaise qualité d'ajustement (Borgatti n.d.). Il y a des limites à la visualisation de données de grande dimension à l'aide de MDS, une carte matricielle à faible dimension, nous avons donc appliqué t-SNE comme une nouvelle méthode alternative de mise à l'échelle multidimensionnelle qui vise à remédier à ces limites (van der Maaten et Hinton 2010). Les cartes t-SNE montrent un regroupement utile, bien qu'il y ait encore quelques valeurs aberrantes (Figure 1).

Nous avons également examiné si l'analyse du tri des tas était limitée par le fait que l'exercice de tri n'était pas contraint, ce qui signifiait en fait que les répondants créaient des tas en fonction de différents types de critères intériorisés et non déclarés. Nous avons classé chaque tas en utilisant le nom du tas et la description que les répondants ont donnée pour chacun, et nous avons utilisé t-SNE pour visualiser les tas pour chacune des catégories les plus courantes (figures 2 et 3). Les deux catégories les plus courantes étaient la catégorie alimentation/cuisine (n=101) et la catégorie santé/nutrition (n=96). Les autres catégories étaient les groupes d'aliments généraux, la production agricole, les aliments de luxe et les aliments pour enfants, mais ces catégories avaient moins de tas que les deux catégories principales.

Figure I. Pile Sort Results (t-SNE): All Piles

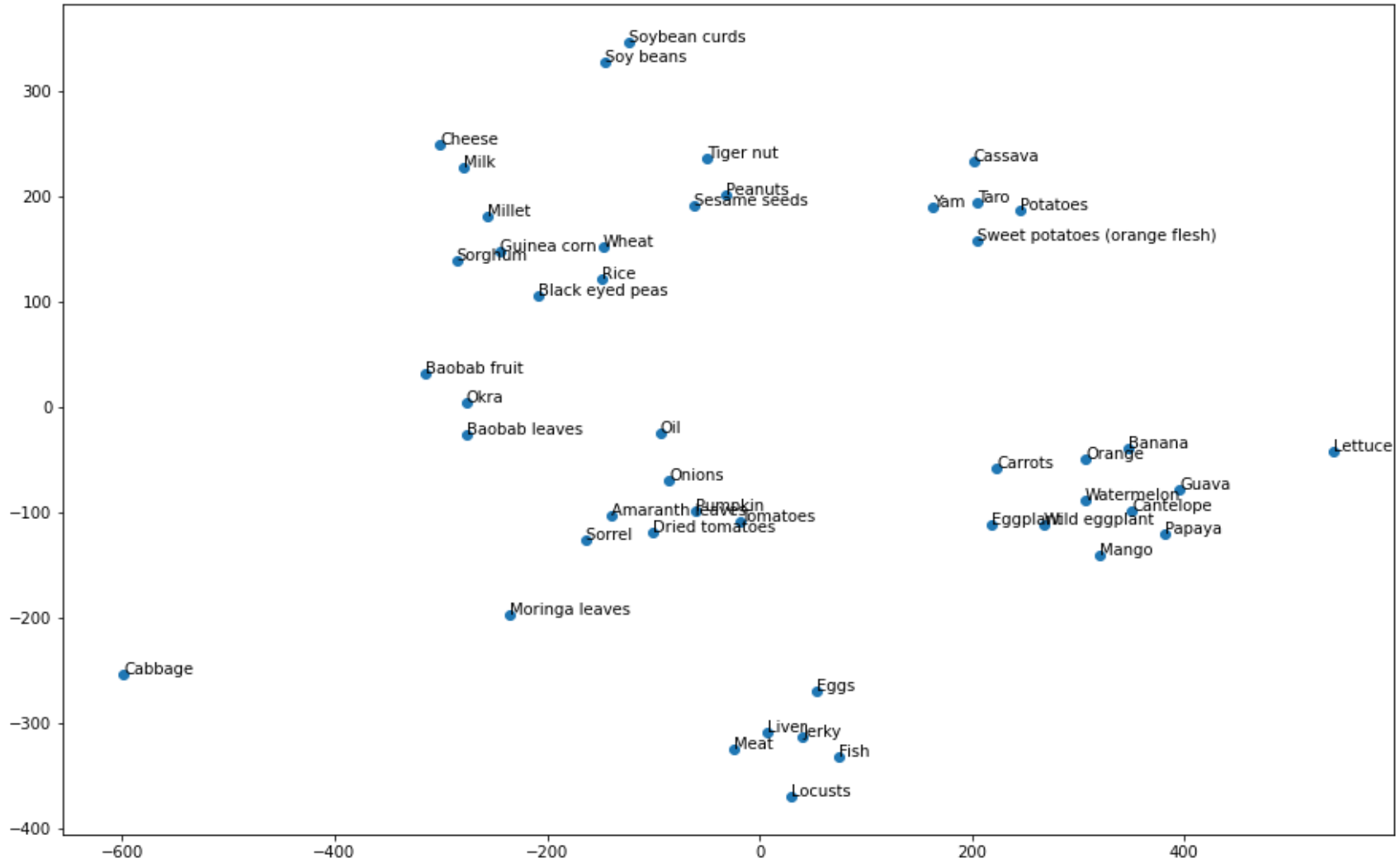


Figure 2. Pile Sort Results (t-SNE): Eating and Cooking Piles

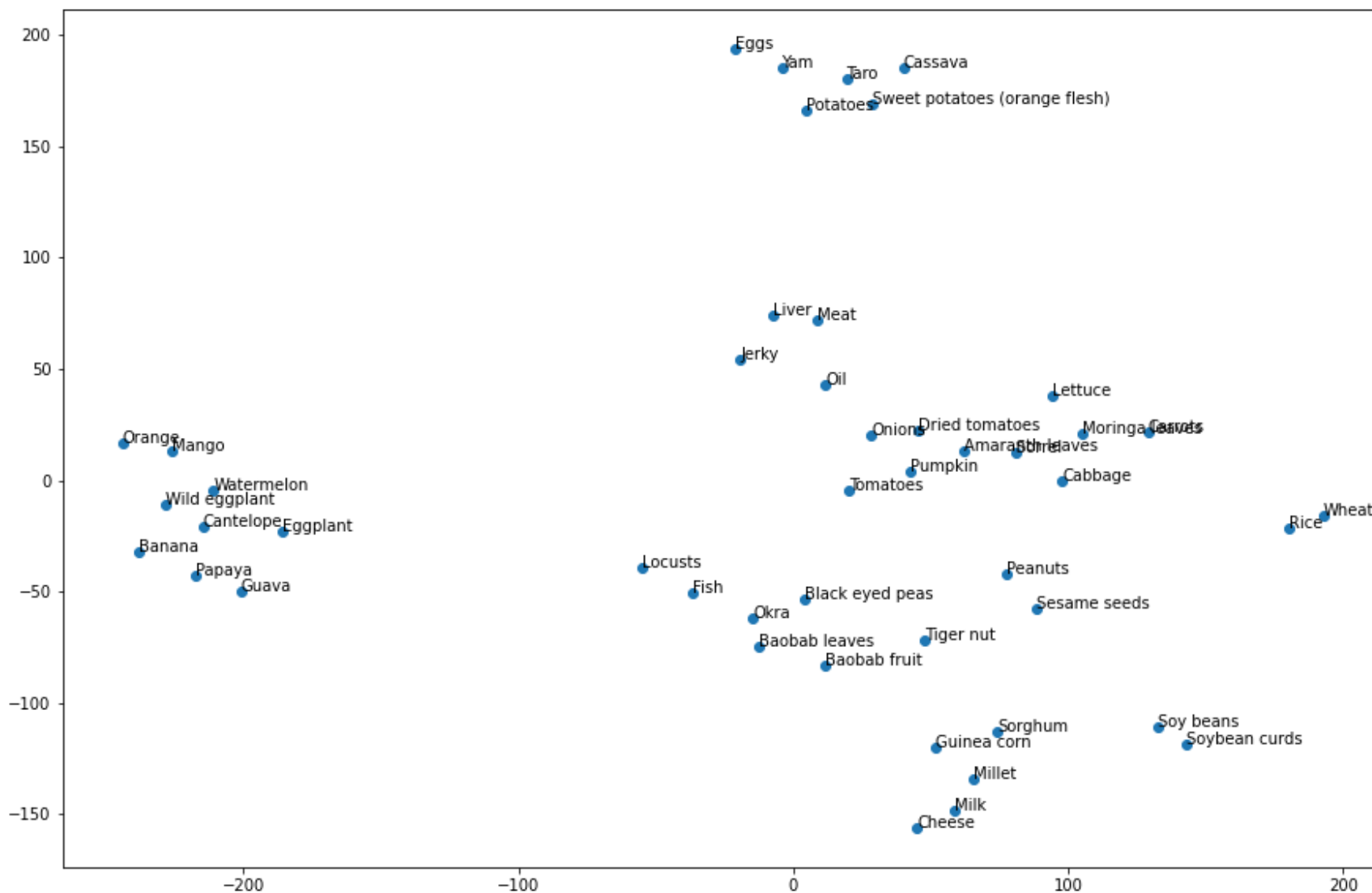
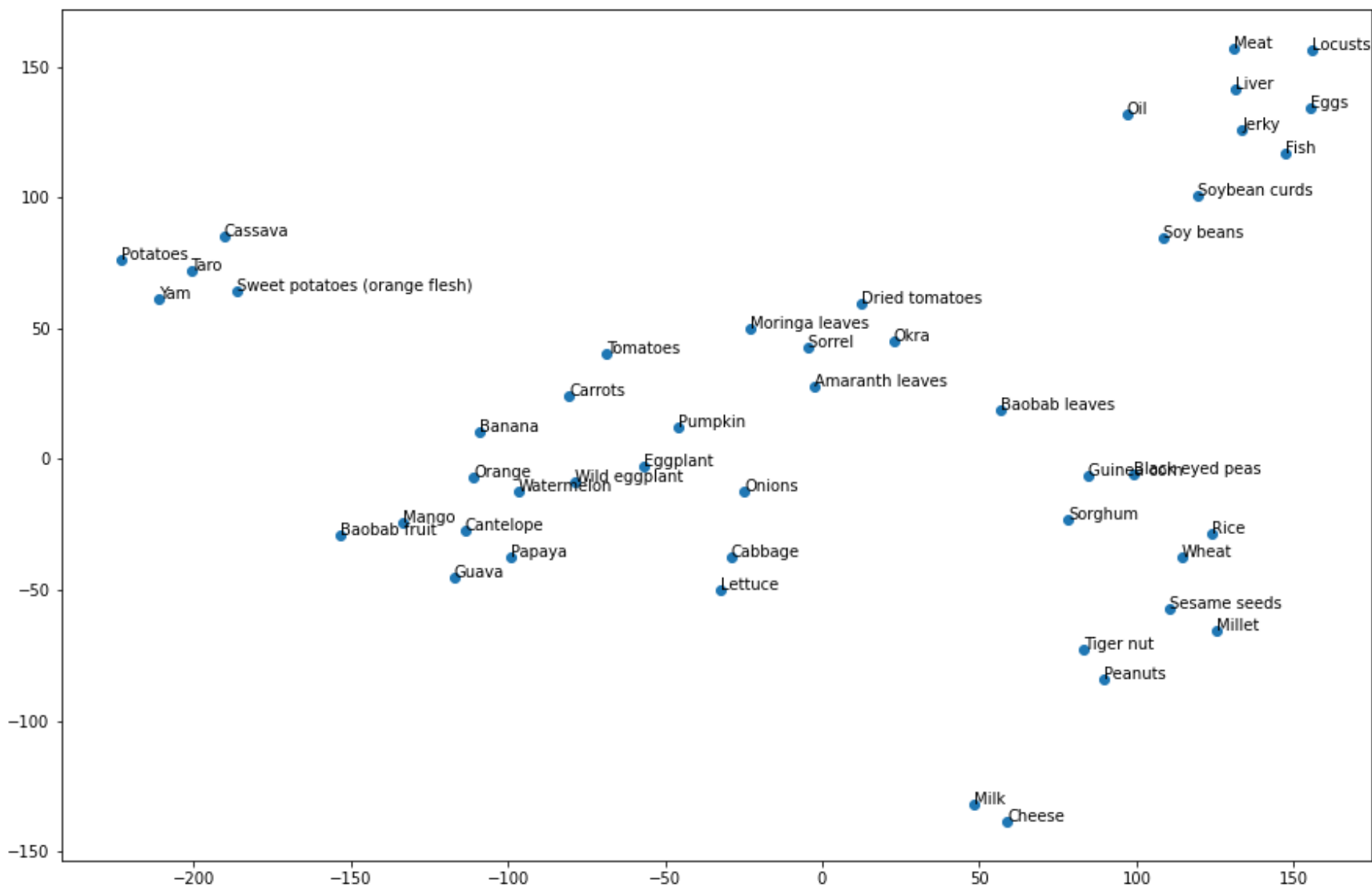


Figure 3. Pile Sort Results (t-SNE): Health and Nutrition Piles





**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

## **USAID EN ACTION POUR LA NUTRITION**

Mis en œuvre par :  
JSI Research & Training Institute, Inc.  
2733 Crystal Drive  
4<sup>e</sup> étage  
Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474  
Courriel : [info@advancingnutrition.org](mailto:info@advancingnutrition.org)  
Web : [advancingnutrition.org](http://advancingnutrition.org)

AOÛT 2023

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

---

Cette fiche d'information a été produite pour l'Agence américaine pour le développement international. Il a été préparé dans le cadre du contrat 7200AA18C00070 attribué à JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Son contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.