GAPAIN

INITIATIVE MONDIALE DE SUIVI DES TENDANCES DE L'ALLAITEMENT (WORLD BREASTFEEDING TRENDS INITIATIVE:WBTI)

RAPPORT D'EVALUATION DU NIGER

SEPTEMBRE 2015

Table des matières

ACRONYMES 3
INTRODUCTION 4
CONTEXTE GENERAL AU NIGER 4
PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT 5
FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT 6
PARTIE I : POLITIQUES ET PROGRAMMES SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT(ANJE) 7
Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national 7
Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés 9
Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel 11
Indicateur 4 : Protection de la maternité 12
Indicateur 5: Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'ANJE) 14
Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes 17
Indicateur 7: Appui en information 19
Indicateur 8: Alimentation infantile et VIH 20
Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence 22
Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation 25
PARTIE II: PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT 27
Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein 27
Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois 28
Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement 28
Indicateur 14 : Alimentation au biberon 29
Indicateur 15: Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous 29
RÉSUMÉ PARTIE I : ANJE POLITIQUES ET PROGRAMMES 30
RÉSUMÉ PARTIE II : PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE) 30
TOTAL PARTIES I ET II (INDICATEURS 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programme 32
CONCLUSION GÉNÉRALE 32
RECOMMANDATIONS GENERALES 33

ACRONYMES

ANJE :	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANPDDF :	Association Nigérienne pour le Progrès et la Défense des Droits de la Femme
ARV :	Anti Retro Viraux
ASC :	Agent de Santé Communautaire
CCA :	Cellule Crise Alimentaire
CONIPRAT :	Comité Nigérien de Lutte Contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes
CSI :	Centre de Santé Intégrée
DN :	Direction Nationale de la Nutrition
DOS :	Direction d'Organisation des Soins
DRSP :	Direction Régionale de la Santé Publique
DS :	Direction nationale de la statistique
DSME :	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDSN :	Enquête Démographique de sante
EPS :	Education Pour la Santé
GAPAIN :	Groupe d'Action pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Niger
GIFA :	Geneva Infant Feeding Association
FAO :	Food and Agriculture Organization
HKI :	Hellen Killer International
IBFAN :	International Baby Food Action Network
IEC:	Information Education Communication
IHAB:	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
IRA :	Infection respiratoire aigue
ISP :	Institut de Santé Pratique
MSP :	Ministère de la Santé Publique OMS
:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
PCIME :	Prise en charge Intégrée des maladies de l'Enfant
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SMART :	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SONE:	Soins obstétriques et néonatals essentiels
SONU:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences
RGP/H:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
SIDA :	Syndrome Immuno Déficience Acquise
WBTI :	Word Breastfeeding Trends Initiave

.

I. INTRODUCTION

En 2002, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et le Conseil Exécutif de l'UNICEF ont adopté la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant qui a révélé que : « la malnutrition est directement ou indirectement responsable de 60% des 10,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans survenant chaque année dans le monde. Aussi, plus de deux tiers de ces décès sont souvent associés à des pratiques inadéquates d'alimentation, surviennent au cours de la première année de vie. Au niveau mondial, moins de 35% des nourrissons sont exclusivement allaités pendant leurs quatre premiers mois de vie. Bien souvent, l'alimentation de complément commence trop tôt ou trop tard sont inadéquatement menés sur le plan nutritionnel.

C'est à la lumière de ce contexte, qu'une une initiative novatrice, l'Initiative Mondiale de Suivi des Tendances de l'Allaitement (WBTi) a été conçue par IBFAN Asie afin d'évaluer la situation ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. Le WBTI, se veut un outil d'évaluation et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie mondiale utilisant une plateforme virtuelle du web. Il s'agit d'un système conçu pour aider les pays à évaluer les forces et les faiblesses de leurs politiques et programmes de protection, de promotion et de soutien des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ce système vise à renforcer et encourager l'action pour la promotion de l'allaitement à travers le monde.

Ce Rapport décrit également les étapes du processus d'évaluation et donne les résultats de l'évaluation sur l'état de mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, entreprise au Niger, par la Co-coordination de la Direction de la Nutrition et du GAPAIN ainsi que les personnes ressources et les organisations partenaires qui ont participé au processus..

II. CONTEXTE GENERAL AU NIGER

Située en plein cœur de l'Afrique de l'ouest, le Niger est un pays enclavé qui s'étend sur une superficie de 1.267.000 km2 dont les deux tiers se situent en zone saharienne. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Nigeria et le Bénin, et à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali. La population du Niger est de 17 138 076 habitants selon le dernier Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH, 2012) et un taux de croissance démographique moyen de 3,9% par an.

Au Niger, selon l'enquête SMART de Juillet 2014, 45.5 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont 19,8 % sous la forme sévère. Ce taux est resté le même qu'en 2013. Mais cette prévalence nationale cache des disparités au niveau des régions. Les prévalences oscillent entre 24,0% à Niamey et 55,9% à Maradi. Selon la classification de l'OMS deux (2) régions se trouvent dans une situation critique de Malnutrition Chronique supérieur à 40%, il s'agit de Maradi (55,9%) et Zinder (48,3%).
La prévalence de la malnutrition chronique est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, avec respectivement 52,1% et 32,4%. La forme sévère touche aussi plus les enfants du milieu rural (24,5%) que ceux du milieu urbain (10,3%).
La carence en Fer constitue aussi un problème de santé publique à l'échelle nationale, 73 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés dont 27 % souffrent d'anémie légère, 43 % d'anémie modérée, et 3 % d'anémie sévère. Les enfants des zones rurales (74 %) sont légèrement plus

atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (70 %). En outre, la prévalence de l'anémie sévère est presque la même en milieu urbain qu'en milieu rural (4 % et 3 %).
L'allaitement est une pratique quasi universelle ; au Niger il se pratique durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête EDSN de 2012 montrent que 98 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, de plus, 93 % des enfants de 12-15 mois le sont encore.
Le taux d'allaitement exclusif est de 23% chez les enfants de moins de 6 mois, Dans 77 % des cas de moins de six mois, ces enfants ont déjà reçu autre chose en plus du lait maternel : de l'eau seulement (56 %), des jus et autres liquides non lactés (8 %), des aliments de complément (8 %) et autre lait (4 %).
La dernière évaluation de la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des bébés au Niger effectuée en Novembre 2007 a révélé que sur l'ensemble des 36 hôpitaux ayant reçu le label « Hôpitaux Amis des Bébés » entre 1996-2005seulement 13 (36,1%) ont remplis complètement les dix (10) conditionset ont respecté le Code International de Commercialisation des Substituts de lait maternel.
Face à cette situation, le Gouvernement et ses partenaires au développement ont convenu de conjuguer leurs efforts pour mettre en œuvre des interventions pour réduire la charge de la malnutrition d'une part, et d'autre part pour mieux suivre et évaluer la situation nutritionnelle des enfants.
En vue d'harmoniser les sources de données sur la nutrition et de disposer d'une information valide et fiable, le Niger a utilisé l'outil d'évaluation élaboré par IBFAN Asie. Ainsi, l'évaluationWB Ti a été conduite avec pour objectif principal d'évaluer la situation de la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant au Niger.

III. PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration de ce rapport a été participatif et s'est articulé autour des étapes suivantes :

1. Information générale sur l'outil et sur la méthode d'évaluation en vue de se l'approprier ;

2. Mise en place d'un groupe restreint constitué d'acteurs clés de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Niger : Direction de la Nutrition(DN)/MSP, DS, DRSP, UNICEF, Save the Children International, CONIPRAT, GAPAIN/IBFAN au Niger ;

3. Collecte des données par indicateur et par groupe ;

4. Mise en commun des résultats et prise en compte des contributions et amendements du document ;

5. Finalisation du document ;

6. Validation du document final lors d'un atelier organisé en présence de plusieurs partenaires intervenant directement ou indirectement dans le domaine de la nutrition ainsi que de nombreuses personnes ressources ;

7. Finalisation et prise en compte des derniers amendements ;

8. Corrections et observations à l'issue de l'atelier de validation ;

9. Vulgarisation du document.

IV. FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration et de finalisation du présent document d'évaluation WBTi au Niger a connu le soutien technique de IBFAN Afrique et de GIFA, avec un appui financier de la ville de Genève, du canton de Genève et de SIDA.

Partie I : Politiques et programmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Dans la Partie I, chaque question a un score possible de 0-3 et chaque indicateur a un score maximum de 10. Une fois que l'information sur les indicateurs est réunie, les acquis sur l'objectif particulier lié à cet indicateur sont alors classifiés en rouge, jaune, bleu ou vert, selon les directives suggérées ci-dessous :

Directives IBFAN Asie pour le WBTi	
Scores	**Classification colorimétrique**
0 – 3.5	**Rouge**
4 – 6.5	**Jaune**
7 – 9	**Bleu**
> 9	**Vert**

Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national

Questions centrales : Existe-t'il une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui protège, promeut et soutient l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ?
Est-ce que cette politique est soutenue par un programme développé par le gouvernement ?
Existe-t'il un mécanisme de coordination tel qu'un comité national sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et un coordinateur pour ce comité ?

Directives pour la notation	
.Critères	☐ ***Cocher ce qui convient***
1.1) Une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/ l'allaitement exclusif a été officiellement adoptée/ approuvée par le gouvernement	✓ 1
1.2) Cette politique recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, et l'alimentation de complément après 6 mois avec la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans ou au-delà.	✓ 1
1.3) Un plan d'action national a été développé sur la base de la politique.	✓ 2
1.4) Le plan est financé de manière adéquate.	2
1.5) Un Comité National pour l'Allaitement/ l'ANJE existe.	✓ 1
1.6) Le comité national pour l'ANJE se réunit, effectue du suivi et analyse la situation, sur une base régulière.	2

1.7) Le comité national pour l'ANJE travaille en réseau et de manière efficace avec tous les autres secteurs concernés, tels que la santé, la nutrition, l'information, etc.	✓ 0.5
1.8) Le Comité National pour l'ANJE est dirigé par un coordinateur/une coordinatrice, qui a des termes de référence clairement établis, et communique de manière régulière sur la politique nationale avec les niveaux régionaux, de districts et communautaires.	✓0.5
Score Total	**6/10**

Sources d 'information utilisées :

1. DIRECTION de la NUTRITION/MSP (Stratégie Nationale de la Prévention de la Malnutrition Chronique, Politique Nationale Nutrition, Stratégie Nationale Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant).

Conclusions:

Le Niger dispose de documents adoptés et validés sur la politique nationale de la nutrition (PNN), la Stratégie Nationale de la Prévention de la Malnutrition Chronique et la stratégie Nationale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune(ANJE).

Les deux stratégies découlent de la Politique Nationale Nutrition.

Pour la mise en œuvre de la stratégie ANJE, un plan d'action a été élaboré. Il comporte :

- les formations des prestataires de soins, des Agents de Santé Communautaires (ASC) et des Relais ;
- Les créations de groupes de soutien et d'action ;
- Les programmes de counseling.

Bien que les documents des politiques existent, la mise en œuvre complète des activités souffre à cause des ressources limitées.

Insuffisances

- Retard de la validation des documents de la stratégie ANJE ;
- Financement limité ;
- Absence d'arrêté de création du comité national ANJE et de coordinateur ;
- Les TDR du comité et le Plan d'action de la stratégie se sont limités uniquement aux formations des agents et relais communautaires.

Recommandations

- valider le document National de la stratégie ANJE ;
- faire un plaidoyer pour la signature de l'arrêté du comité ANJE ;
- Faire un plan d'action adéquat pour la stratégie ANJE ;
- Allouer des ressources pour une exécution effective du plan d'action.

Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel)

Questions centrales :

1 : *Quel pourcentage d'hôpitaux et de maternités fournissant des services de maternité ont reçu le label "Amis des Bébés" sur la base de critères nationaux ou internationaux?*

2. Quelle est la qualité de mise en œuvre du programme IHAB ?

Directives – critères quantitatifs

2.1. Combien sur les13soit 36,1%maternités et hôpitaux (publics et privés sur un total de 36) offrant des services de maternité ont été désignés « AMIS DES BEBES »ont été réévalués » au cours des 5 dernières années ?

Directives pour la notation

Critères	☐ **Cocher ce qui convient**
0	**0**
0.1 - 20%	1
20.1 - 49%	✓ 2
49.1 - 69	3
69.1-89 %	4
89.1 - 100%	5
Score sous-total 1	2/5

Directives – critères qualitatifs

Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB

Directives pour la notation	
Critères	✓ **Cocher ce qui convient**
2.4) Un système d'évaluation inclut des entretiens avec le personnel de santé au sein des maternités et des services de soins de santé postnataux.	✓ 0.5
2.2) Le programme IHAB repose sur la formation des agents de santé, basée sur un programme de formation d'au moins 20 heures[i]	✓ 1.0
2.3) Un système de suivi[1] standard est en place	0.5

2.5) Un système d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères.	✓ 0.5
2.6) Les systèmes de réévaluation[ii] ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps.	1.0
2.7) Il existait un programme assorti d'un calendrier d'exécution pour augmenter le nombre des institutions IHAB dans le pays	✓ 0.5
2.8) Le VIH est intégré dans le programme IHAB.	✓ 0.5
2.9) Les critères nationaux mettent pleinement en œuvre les critères IHAB globaux (voir annexe 2.1).	✓ 0.5
Score total	**5,5/10**

Sources d'information utilisées :

- **Direction de la Nutrition / MSP (Résultat d'**évaluation du niveau de mise en œuvre novembre, 2007)
- Rapport de supervision des formations sanitaires et maternités2014

Conclusions

- L'IHAB a été mis en œuvre au Niger depuis 1992 et la dernière évaluation avait eu lieu en 2007. Depuis cette date il n'y avait pas eu de suivi. Le Niger a des perspectives de réaliser une évaluation de l'IHAB *d'ici 2016.*

Insuffisances

- Insuffisance dans le suivi ;
- Ralentissement des activités IHAB dans les formations sanitaires
- Non-respect des intervalles entre les évaluations ;
- Insuffisance de ressources financières
- Mettre à jour les outils d'évaluation de l'IHAB ;
- Plaider pour la contribution d'IBFAN dans la relance des activités IHAB.

Recommandations

- Redynamiser tous les hôpitaux amis des bébés ;
- Participer aux ateliers internationaux et voyages d'étude sur l'IHAB ;
- Organiser un atelier d'information sur l'IHAB ;
- Allouer des ressources financières pour relancer IHAB ;

Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Question Centrale : Le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions ultérieures de l'AMS sont-ils mis en œuvre et en vigueur?

De nouvelles actions sont-elles été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions du Code?

Directives pour la notation	
Critères *(mesures légales en place dans le pays)*	**Score**
3a : Etat du Code international de commercialisation	
3.1 Aucune action effectuée	0
3.2 La meilleure approche est en cours d'étude	0.5
3.3 Mesures nationales en cours d'examen pour autorisation (mais pas depuis plus de 3 ans)	1
3.4 Peu d'articles du Code en mesures volontaires	1.5
3.5 Tous les articles du Code en mesures volontaires	2
3.6 Une directive administrative de mise en œuvre totale ou partielle du Code dans les services de santé, avec des sanctions administratives	3
3.7 Loi couvrant certains articles du Code	4
3.8 Loi couvrant toutes les articles du Code	5
3.9. Les dispositions pertinentes des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) sont incluses en législation nationale [2]	
3a. Inclusion de dispositions basées sur au moins 2 des résolutions de l'AMS, listées ci-dessous. b. Inclusion de dispositions basées sur toutes les 4 résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	✓ 5.5 6
3.b Mise en œuvre du Code/ législation nationale	
3.10. La mesure en place/ la loi prévoit un système de suivi.	✓ 1
3.11 La mesure en place prévoit des pénalités et des amendes pour les fabricants et/ou les personnes et/ou les institutions qui ont transgressé le Code	✓ 1
3.12 Le respect de la mesure est suivi et les violations sont documentées et rapportées aux instances concernées.	✓ 1
3.13 Des sanctions ont été prises contre ceux ayant transgressés le Code au cours des trois dernières années.	1
Score total (3a + 3b).	**8,5/10**

Sources d 'informations: Direction de la nutrition/MSP Législation/MSP

Conclusions: Le processus d'adoption de la loi nationale est en cours

Insuffisances

- Insuffisance de sensibilisation sur les règlements à tous les niveaux
- Insuffisance de moyens matériels et financiers pour la mise en œuvre effective de la surveillance du Code

Recommandations :

- Organiser une journée nationale sur le Code ;
- Organiser des séances de sorties inopinées dans les grandes surfaces et commerces en vue de détecter les violations du Code
- Financer les séances de sensibilisation sur le Code qui est méconnu de la population à tous les niveaux
- Former les agents de santé et acteurs sur le Code
- Assurer un suivi régulier périodique du respect des réglementations et lois en matière de commercialisation des SLM ;
- Entreprendre des activités de plaidoyer sur la réglementation de la commercialisation des Substituts du Lait Maternel (SLM).

Indicateur 4 : Protection de la maternité

Question centrale: *Existe-t'il une législation et y a-t 'ile d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui répondent ou vont au-delà des normes du Bureau International du Travail (BIT) pour protéger et soutenir l'allaitement en faveur des mères, y compris celles qui travaillent dans le secteur informel ?*

Directives pour la notation	
Critères	**Cocher ce qui**
4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit au nombre de semaines de congé maternité qui suit: i. Tout congé de moins de 14 semaines ii. De 14 à 17 semaines iii. De 18 à 25 semaines iv. 26 semaines ou plus	0.5 ✓ 1 1.5 2

4.2) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit à au moins une pause d'allaitement ou à une réduction du nombre d'heures de travail. a. Pause non rémunérée b. Pause rémunérée	0.5 ✓ 1
4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (*plus d'un cas de figure peut s'appliquer*): a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité b. Des pauses allaitement rémunérées	✓ 0.5 ✓ 0.5
4.4) La législation nationale inclut des mesures pour l'allaitement et/ou la garde des enfants sur le lieu du travail, dans le secteur formel (*plus d'une mesure peut s'appliquer*) : a. Des espaces pour allaiter/exprimer son lait b. Des Crèches	✓ 1 ✓ 0.5
4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont: a. Le droit à certaines mesures de protection b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel.	✓ 0.5 1
4.6) (*plus d'une mesure peut s'appliquer*) a. Les informations sur les lois, règlementations, ou politiques relatives à la protection de la maternité, sont mises à la disposition des travailleurs b. Il existe un système de suivi du respect des dispositions nationales, et une voie de recours pour les travailleuses pour réclamer leurs droits lorsqu'ils ne sont pas respectés.	✓ 0.5 ✓ 0.5
4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum.	0.5
4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum.	0.5

4.9) Il existe une législation qui protège la santé des employées enceintes ou allaitantes: elles sont informées des conditions dangereuses sur le lieu de travail; elles bénéficient également d'un travail alternatif pour le même salaire jusqu'à ce qu'elles ne soient plus enceintes ou cessent d'allaiter.	0.5
4.10) Il existe une législation interdisant la discrimination à l'emploi et assurantla protection de l'emploi pour les femmes travailleuses pendant la période d'allaitement.	1
Score total :	**6 /10**

Sources d 'information

DOS /MSP, Direction de la protection de la femme et de l'enfant / Ministère de la Population Ministère de la fonction Publique (Code de travail)

Conclusions

La loi de la protection de maternité reste en vigueur au Niger mais beaucoup reste à faire surtout dans le cadre de la création des espaces pour allaitement.

Insuffisances:

- Heure allaitement insuffisante
- Absence d'espace au niveau des structures pour permettre aux femmes d'allaiter leurs enfants sur lieu de travail.

Recommandations:

- Plaidoyer pour l'augmentation des heures d'allaitement pour les femmes travailleuses
- Création des espaces et crèches pour allaitement dans toutes les structures privées et publiques

Indicateur 5: Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'ANJE)

***Questions centrales**: Les prestataires de soins de santé bénéficient-ils d'une formation professionnelle axée sur les compétences, et leur programme de formation initiale soutient-il l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ?*

Les services de soins de santé soutiennent-ils les mères et des pratiques d'accouchement/autour de la naissance favorable à l'allaitement ?
Les politiques des services de soins de santé soutiennent-elles les mères et les enfants ?
Les responsabilités des agents de santé vis-à-vis du Code sont-elles déterminées?

Directives pour la notation			
	Notation *Cocher ce qui convient*		
Critères	Approprié	Pas approprié	Pas de référenc
5.1) Un examen des écoles et des programmes de formation initiale des prestataires de soins de santé et des travailleurs sociaux et communautaires dans le pays révèleque les curricula ou plans de sessions de formation en l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont adéquats ou non.	✓ 2	1	0
5.2) Les normes et les directives concernant les procédures d'accouchement et le soutien « Mother-friendly » (favorables aux mères) ont été élaborées et diffusées au niveau de toutes les formations sanitaires ainsi qu'auprès des prestataires de service de maternité. (voir Annexe 5b : exemple de critères pour « mother-friendly care » ou « les soins favorables aux mères »)	✓ 2	1	0
5.3) Il existe des programmes de formation en cours de carrière dispensant des connaissances et compétences sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux prestataires de soins de santé et de nutrition concernée[iv]	✓ 2	1	0
5.4) La formation des agents de santé à travers le pays comprend une composante relative à leurs responsabilités dans la mise en œuvre et le respect du Code international et de la législation nationale.	✓ 1	0.5	0
5.5) Les programmes de formation comprennent le développement adéquat des connaissances et des compétences relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec un accent particulier sur les thématiques pertinentes les maladies diarrhéiques, les IRA, la PCIME, les soins de l'enfant sain, le planning familial, la nutrition, le Code, le VIH/Sida, le cancer du sein, la santé de la femme, les maladies non transmissibles, etc.	✓ 1	0.5	0

5.6 Ces programmes de formation continue/ en cours de carrière, mentionnés dans 5.5 sont offerts, dans tout le pays	✓ 1	0.5	0
5.7) Les politiques relatives à la santé de l'enfant stipulent que les mères et les bébés doivent rester ensemble lorsque l'un d'entre eux est malade.	✓ 1	0.5	0
Score total :	**10/10**		

Sources d'informations utilisées :

- Direction de la Nutrition (Division Prévention des Troubles Nutritionnels)
- Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PCIME, SONU-SONE)
- Université Abdoumoumouni Dioffo de Niamey (Master Nutrition,)
- ISP: Institut de la Sante Publique
- Direction de la Formation / MSP

Conclusions : Le Niger possède des documents de formation tels : ANJE, PCIME SONU SONE ….. etc. Mais bien que ces documents soient disponibles il existe une insuffisance dans la mise en œuvre de cette formation dans le curricula des écoles de formation en santé en particulier les nouvelles créations surtout à la formation des nouvelles directives ANJE.

D'autre part, la couverture de formation continue sur ANJE au niveau des formations sanitaires et communautaires n'est pas totale.

Insuffisances :

Insuffisance de financement pour la formation des formateurs des écoles de santé en ANJE

Les documents de formation en ANJE de Certaines écoles de formation (nouvelles création) ne sont pas à jour

Recommandations:

Financement adéquat pour la formation des formateurs des écoles et les acteurs déjà sur terrain

L'implication totale de l'ETAT dans la mise en œuvre de l'ANJE

La mise à jour de document de formation

Vulgarisation des documents de curricula des écloses.

Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes

Question clef :
Existe-t-il des systèmes de soutien et d'assistance communautaire aux mères pour protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant

Directives pour la notation			
Critères	**Notation** ✓ *Cocher ce qui convient*		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
6.1) Toutes les femmes enceintes ont accès à des systèmes de soutien prénatal et postnatal à base communautaire, qui comprennent des services de conseil/ counseling, en matière d'ANJE	✓ 2	1	0
6.2) A la naissance, toutes les femmes reçoivent du soutien en matière d'ANJE pour initier l'allaitement.	✓ 2	1	0
6.3) Toutes les femmes ont accès à du conseil/counseling en ANJE et les services de conseil et de soutien ont une couverture nationale.	2	✓ 1	0
6.4) Le conseil/counseling à base communautaire via les groupes de soutien aux mères, et les services de soutien aux femmes enceintes et allaitantes sont intégrés dans une politique globale sur le développement et la santé de l'enfant /l'ANJE/ la nutrition.	✓ 2	1	0
6.5) Les bénévoles et les agents de santé basés au niveau communautaire sont formés sur les compétences en conseil/counseling pour l'ANJE (*Note- en anglais le terme « counseling , souvent traduit par « conseil » en français comporte une dimension clef d'écoute active et d'empathie*).	2	✓ 1	0
Score total :	**8/10**		

Sources d 'informations utilisées :

- DISTRICTS SANITAIRES
- DN/ MSP
- UFNPA/ UNICEF
- ONG : GAPAIN / ANPDDF

Conclusions

Depuis 1993, l'UNICEF a soutenu le MSP à réaliser les activités de l'IHAB au Niger. Ainsi, sur toute l'étendue du territoire nigérien, plus de 3000 agents de santé, des médecins jusqu'aux auxiliaires (manœuvres, chauffeurs, filles et garçons de salle) ont été formés sur la gestion de la lactation basée sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel. GAPAIN a formé 50 agents de santé et environ une centaine de femmes pour les groupes de soutien communautaire à l'allaitement maternel.

En 2014 le MSP avec l'appui de l'UNICEF et des ONG internationales a formé 1451 agents de santé et 5410 ASC en ANJE.

GAPAIN a aussi formé les agents de santé et les relais communautaires des districts sanitaires 3et 4de Niamey.

Insuffisances

- Insuffisance de la couverture nationale en groupe de soutien à l'allaitement maternel ;
- Insuffisance du suivi des activités dans le système de santé et au niveau communautaire ;
- Manque de rémunération des relais communautaires.

Recommandation

- Renforcer la mise en place des groupes de soutiens à l'échelle nationale ;
- Assurer régulièrement le suivi intégré des activités à tous les niveaux;
- Former les élèves des établissements scolaires en gestion de la lactation pour soutenir les femmes ;
- Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les activités de l'ECOLE DES MARIS à tous les niveaux ;
- Prévoir une rémunération pour les relais communautaires ;
- Mettre en place les points d'allaitement dans les services étatiques et privés.

Indicateur 7: Appui en information

Question clef : *Des stratégies complètes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont-elles mises en œuvre?*

Directives de notation

Critères	**Notation** Cocher ce qui s'applique		
.	Oui	Dans une certaine mesure	Non
7.1) Il existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'ANJE, qui s'assure que toute information et matériels didactiques soient dénués d'influences commerciales / les conflits d'intérêt potentiels sont évités.	✓ 2	-	0
7.2a) Les Systèmes de santé/nutrition nationaux incluent le conseil/ counseling individuel sur l'ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.2b)Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent l'éducation et les services de conseil/counseling de groupe sur l'ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.3) Le matériel didactique IEC sur l'ANJE est objectif, cohérent et conforme aux recommandations nationales et/ou internationales et inclut des informations sur les risques de l'alimentation artificielle.	✓ 2	1	0
7.4. Des programmes IEC (comme par exemple la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel SMAM) qui incluent l'ANJE sont mis en œuvre au niveau local et sont dénués d'influence commerciale.	✓ 2	1	0
7.5 Le matériel et les messages IEC incluent de l'information sur les risques de l'alimentation artificielle, conformes aux directives OMS/FAO sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons	✓ 2	0	0
Score total :	**10/10**		

Sources d'informations utilisées :

- *DEPS/MSP*
- *DN/MSP*
- *UNICEF/ONG GAPAIN*

Conclusions

Au Niger, les activités d'IEC ont vu le jour dans les années 1973. Le counseling de groupe se fait dans tous les services de santé. Les Responsables de l'EPS ont élaboré de manière participative le matériel d'IEC suivi de la formation du personnel. Le matériel d'IEC est mis en place mais insuffisamment utilisé.

Insuffisances

- Insuffisance dans le suivi des activités ;
- Insuffisance de ressources humaines dans les CSI ;
- Insuffisance dans la notification des données ;
- Manque de motivation des agents de santé.

Recommandations

- Renforcer le suivi des activités dans les formations sanitaires ;
- Respecter les normes du ministère de la santé publique en matière des ressources humaines dans les centre de santé de la mère et de l'enfant CSME ;
- Mettre en place un système de motivation de personnel de santé,

Indicateur 8: Alimentation infantile et VIH

Question clef: *Existe-t'il des politiques et programmes pour soutenir les mères VIH positives en matière de recommandations nationales sur l'alimentation infantile?*

Directives pour la notation

Critère	**Résultats** *Cocher ce qui convient*		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
8.1) Le pays dispose d'une politique cohérente et actualisée conforme aux directives internationales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, qui inclut l'alimentation infantile et le VIH.	✓ 2	1	0
8.2) La politique sur l'alimentation infantile et le VIH respecte le Code international/ la législation nationale	✓ 1	0.5	0

8.3) Les agents de santé et les agents communautaires reçoivent une formation sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile, les risques liés aux différentes options d'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et sur les manières de fournir du conseil (counseling) et du soutien.	1	✓ 0.5	0
8.4) Le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH sont disponibles et systématiquement fournis aux couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.	✓ 1	0.5	0
8.5) Le counseling en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationales et adapté au contexte local est dispensé aux mères séropositives.	✓ 1	0.5	0
8.6) Les mères sont soutenues dans la mise en œuvre des pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau national, avec d'avantage de conseil/counseling et de suivi, pour rendre la mise en œuvre de ces pratiques aussi faisable que possible.	1	✓ 0.5	0
8.7) Les mères séropositives allaitantes, et soutenues via l'approvisionnement d'ARV selon les recommandations nationales sont suivies et soutenues pour s'assurer de leur adhésion à la prise des ARV.	✓ 1	0.5	0
8.8) Au sein de la population générale, des efforts particuliers sont faits pour contrer la désinformation sur le VIH et l'alimentation infantile, et pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite de l'allaitement.	1	✓ 0.5	0
8.9) Un suivi continu est mis en place pour déterminer les impacts des interventions pour prévenir la transmission du VIHvia l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons.	1	✓ 0.5	0
Total Score:	**8/10**		

Les sources d'informations

- *DN/MSP*
- *DSME*
- *DRSP*

Conclusions

La prévalence du VIH/SIDA au Niger est de 0,4%. (INS 2014) La place de la femme dans la société nigérienne, son faible pouvoir économique, les pesanteurs socioculturelles et son faible niveau d'instruction expliquent sa vulnérabilité à l'infection au VIH/SIDA. Le personnel est formé pour dépister les femmes enceintes, et une fois le résultat connu ces dernières sont systématiquement prises en charge à travers le counseling et la dotation des ARV. Ces femmes sont informées sur les méthodes pratiques de l'allaitement tout en

protégeant le nourrisson du VIH. Ce programme est pris en compte par la stratégie ANJE.

Insuffisances

- Insuffisance dans la conduite du counseling des mères séropositives ;
- Insuffisant du temps de counseling accordé aux femmes séropositives.

Recommandation

- Inciter le personnel à soutenir davantage les femmes enceintes et allaitantes dans une situation de VIH ;
- Renforcer les séances d''information pour passer les messages aux femmes enceintes et allaitantes dans une situation de VIH.

Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

Question Clef *: Existe-t'il des politiques et programmes appropriés pour s'assurer que les mères, les nourrissons et les jeunes enfants bénéficient de protection et soutien appropriés pendant les situations d'urgence ? (Voir annexe 9)*

Directives pour la notation			
Critères	**Notation** ✓ **Cocher ce qui convient**		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
9.1) Le pays dispose d'une politique cohérente en matière d'ANJE qui inclut l'alimentation infantile dans les urgences et contient tous les éléments inclus dans le document « Directives opérationnelles sur l'ANJE dans les situations d'urgence »	✓ 2	1	0
9.2) La (les) personne(s) ou l'équipe chargée(s) de la responsabilité de la coordination nationale en matière d'ANJE dans les situations de crise avec tous les partenaires concernés, tels que l'ONU, les bailleurs de fond, les militaires, et les ONG, a (ont) été nommée(s).	2	✓ 1	0
9.3) Un plan de préparation aux urgences, basé sur les points pratiques des Directives opérationnelles, a été	✓ 1	0.5	0

élaboré et mis en œuvre dans les situations de crise les plus récentes, et couvre : a) des interventions de base et techniques pour créer un environnement favorable à l'allaitement, qui incluent le « counseling » conseil par des personnes formées de manière appropriée, le soutien à la relactation et à l'alimentation par une nourrice, et des espaces protégés pour l'allaitement. b) Des mesures pour minimiser les risques de l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les dons non sollicités, et pour gérer l'approvisionnement et l'utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères strictes, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS.	1	✓ 0.5	0
9.4) Des ressources ont été allouées pour la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse dans les situations de crise.	2	✓ 1	0
9.5) a) Un matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations d'urgences a été intégré dans la formation initiale et la formation continue du personnel responsable de la gestion des situations de crise et du personnel de santé concerné. b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence.	✓ 1	0.5 ✓ 0.5	0 0
Score total :	**7/10**		

Sources d 'information

- DN/MSP
- CCA
- SAP

Conclusions

Le droit à l'alimentation est reconnu et inscrit dans la dernière constitution du Niger notamment à son article 12 qui stipule : « ***Chacun a droit à la vie, à la santé, à l'intégrité***

physique et morale, à une alimentation saine et suffisante, à l'eau potable, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi. L'Etat assure à chacun la satisfaction des besoins et services essentiels ainsi qu'un plein épanouissement. Chacun a droit à la liberté et à la sécurité dans les conditions définies par la loi. » Cette disposition importante ne met pourtant pas le pays à l'abri de la famine et à la tendance désagréable à la sous-alimentation chronique pour la grande majorité des nigériens, les catastrophes naturelles (les sècheresses, inondations) sont devenues de plus en plus fréquentes dans le sahel et au Niger en particulier. Le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de la nutrition a inscrit l'ANJE dans le contexte d'urgence dans la stratégie nationale de l'ANJE.

Insuffisances dans :

- Prise en charge des enfants en situation d'urgence ;
- Vulgarisation du document.

Recommandations

- Vulgariser le document de politique et programmes auprès des agents de santé et de la population ;
- Donner des informations aux populations sur la prévention des crises et catastrophes
- Elaborer un plan de prise en charge des enfants en situation d'urgence.

Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation

Question clef : *Existe-t'il des systèmes de suivi et d'évaluation pour la collecte, l'analyse et l'utilisation systématiques de données pour améliorer les pratiques d'ANJE?*

Directives de notation			
Critères	**Notation** ☐ **Cocher ce qui convient**		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
10.1) Les composantes de suivi et d'évaluation ont été intégrées dans les principales activités des programmes ANJE.	✓ *2*	*1*	*0*
10.2) Les données/ l'information sur les progrès en matière de mise en œuvre de programme ANJE sont utilisées par les responsables de programme pour guider la planification et les décisions en matière de répartition des ressources.	*2*	✓ *1*	*0*
10.3) Les données sur les progrès en matière de mise en œuvre des activités des programmes sur l'ANJE sont collectées de manière régulière au niveau national et sous-national (régional ou autre).	*2*	✓ *1*	*0*
10.4) Les données/ l'information relative(s) aux progrès des programmes ANJE sont partagés avec les principaux décideurs.	✓ 2	*1*	*0*
10.5) Le suivi des pratiques de l'ANJE est intégré au sein du système national de surveillance, et/ou le système d'information sanitaire, ou les enquêtes nationales de santé.	✓ *2*	*1*	*0*
Score total :	**8/10**		

Sources d 'information

- DN/MSP
- D S 4
- DRSP

Conclusions

Le Niger dispose des documents relatifs à l'ANJE et à la prévention de la malnutrition.

Insuffisances :

- Pas de suivi régulier et l'évaluation.
- Non notification des cas.
- Non vulgarisation du plan de suivi et d'évaluation.

Recommandations :

- Vulgariser le plan de suivi et d'évaluation ;
- Assurer les suivis réguliers des activités ANJE ;
- Assurer la disponibilité des données sur ANJE à temps.

Partie II: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La partie II demande de fournir des données numériques spécifiques sur chaque pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il est recommandé aux utilisateurs de cette évaluation d'utiliser des données d'enquêtes de ménage à échantillonnage aléatoire d'envergure nationale.

Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein

Question clef : *Quel est le pourcentage de bébés allaités dans l'heure qui suit la naissance ?*

Indicateur 11	***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Anex 11.1)**	**Directive IBFAN Asie pour WBTi**	
Initiation de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)		***Points***	***Notation colorimétrique***
	53%	**9**	**Bleu**

Source des données

EDSN/MICS 2012 Page 160

Conclusion

En matière de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, on note que la majorité des enfants ont été allaités immédiatement après la naissance.
53 % des bébés ont été allaitée dans l'heure qui suit leur naissance et 79 %dans les ,24 heures qui ont suivi leur naissance.

Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

Question clef *: Quel est le pourcentage de bébés 0-à 6 mois exclusivement allaités*[vi] *au cours des 24 dernières heures ?*

. Indicateur 12	*Grille de notation adaptée de l'outil OMS* **(voir Annexe 11.1)**	**Directives IBFAN Asie pour WBTi**	
Allaitement exclusive (au cours des 6 premiers mois)		***Points***	***Notation colorimétrique***
	23%	6	**Jaune**

Source des données

EDSN/MICS V 2012

Commentaires: la pratique de l'allaitement maternel exclusif n'est pas très répandue : Seulement 23% des enfants âgés de 0 à 6 mois ont été exclusivement allaités au sein

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement

Question clef *: Quelle est la durée médiane de l'allaitement en mois ?*

Directives :

Indicateur 13	*Grille de notation adaptée de l'outil OMS* **(voir Annexe 11.1)**	**Directives IBFAN Asie pour WBTi**	
Durée médiane de l'allaitement		***Points***	***Notation colorimétrique***
	20.5 Mois	9	**Bleu**

Source des données

EDSN/MICS 2012

Commentaire

La durée médiane de l'allaitement est de 20,5mois. Ceci est en deca des normes Recommandées par l'OMS et de l'UNICEF et du Coran 24 mois.

Indicateur 14 : Alimentation au biberon

***Question centrale**: Quel est le pourcentage de bébés allaités entre 0 et 12 mois, qui reçoivent d'autres aliments ou boissons (y compris le lait maternel) par le biais de biberons?*

Directives :

Indicateur 14	***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)**	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	**Notation colorimétrique**
Alimentation au biberon	29.1-100%	3	**Rouge**
	4.1-29%	6	**Jaune**
(3%)	2.1-4%	9	**Bleu**
	0.1-2%	10	**Vert**

Source des données

EDSN/MICS 2012

Commentaire

Une faible proportion des enfants de 6à8mois sont alimentés au biberon (3%). Cependant, Elle n'est pas négligeable en comparaison des normes de l'OMS.

Indicateur 15: Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous

***Question centrale :** Quel est le pourcentage de bébés allaités qui reçoivent des aliments de complément à 6-8 mois ?*

Directives

Indicateur 15	***Grille de notation adaptée de l'outil***	**Directives IBFAN Asie pour WBTi**	
	Grille de notation	***Points***	***Notation colorimétrique***
Alimentation de complément (6-8 mois)	16.7 %	3	**Rouge**

Source de données

EDSN 2012

Commentaire

Seulement, 16,7% des enfants de 6 à 8 mois ont reçu une alimentation de complément adéquate.

RÉSUMÉ PARTIE I : ANJE POLITIQUES ET PROGRAMMES

Cibles :	Score (sur 10)
Politique nationale, programme et coordination	**6**
Initiative Hôpitaux Amis des Bébés	**5.5**
Mise en œuvre du Code International	**8.5**
Protection de la maternité	**6**
Systèmes de soins de santé et de nutrition	**10**
Soutien de mères et assistance communautaire	**8**
Appui en informations	**10**
Alimentation infantile et VIH	**8**
Alimentation infantile en situations d'urgence	**7**
Suivi et évaluation	**8**
T0TAL	**77**

Directives IBFAN Asie pour le WB Ti

Les points totaux enregistrés pour les politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-10) sont calculés sur 100 soit 77/100.

Scores	Notation colorimétrique
0 – 30.9	**Rouge**
31 – 60.9	**Jaune**
61 – 90.9	**Bleu**
91 – 100	**Vert**

RÉSUMÉ PARTIE II : PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

Pratique ANJE	Résultat	Score
Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement	___53___%	9
Indicateur 12 Allaitement exclusif	__23____%	6
Indicateur 13 Durée médiane de l'allaitement	_20.5____ %	9
Indicateur 14 Alimentation au biberon	_3_____%	9
Indicateur 15 Alimentation de complément	___16.7___ %	3
Score Partie II (Total)		**36**

IBFAN Asie Directives pour le WBTi

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 11-15) sont calculés sur 50

Scores	Notation colorimétrique
0 – 15	**Rouge**
16 – 30	**Jaune**
31 –**45**	**Bleu**
46 – 50	**Vert**

Conclusion :

En matière de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, on note que la majorité des enfants ont été allaités immédiatement après leur naissance. ; 53 % dans l'heure qui suit l'accouchement et 79 % ont été allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance.
L'enquête EDSN a fait ressortir que 3% des enfants de 6 à 8 mois ont été alimentés par le biberon. Dans l'ensemble, bien que l'allaitement soit une pratique répandue et qui commence immédiatement après l'accouchement, plusieurs points restent à améliorer pour permettre aux enfants nigériens de bénéficier de tous les bienfaits nutritionnels et immunologiques du lait maternel.

- la pratique de l'allaitement maternel exclusif n'est pas répandue : Seulement 23% des enfants âgés de 0 à 6 mois sont été exclusivement allaités au sein;
- la durée médiane de l'allaitement est de 20,5mois ce qui est en deçà des normes recommandées par l'OMS, l'UNICEF et le Coran (24) mois ;
- Une alimentation de complément non adéquate : car seulement 16,7% des enfants âgés de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation optimale.

Les raisons qui pourraient expliquer ces faiblesses sont :

- le Retard dans la mise immédiate au sein ;
- les pesanteurs socioculturelles ;
- le faible taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié lié à la faible couverture sanitaire du pays;
- le taux élevé d'analphabétisme des femmes ;
- la pauvreté ;
- la faible implication des communautés dans la sensibilisation.

RECOMMANDATIONS

- Renforcer la sensibilisation des communautés sur l'importance de l'AME et de L'ANJE ;
- Sensibiliser les Autorités pour créer des activités génératrices de revenus des femmes ;
- Poursuivre la formation de agents et relais communautaires sur l'ANJE ;
- Appuyer **les** ONG qui interviennent dans le domaine de l'ANJE afin de promouvoir l'alimentation de complément ;

- Promouvoir l'alphabétisation fonctionnelle des femmes ;
- Sensibiliser les leaders d'opinion sur les pesanteurs socioculturelles des communautés.

Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-15) sont calculés sur 150 soit 113/150 . Les pays sont alors classifiés de la manière suivante :

Scores	Notation colorimétrique
0 – 45.5	**Rouge**
46 – 90.5	**Jaune**
91 – 135.5	**Bleu**
136 – 150	**Vert**

V. CONCLUSION GÉNÉRALE

Le Niger a élaboré et adopté une stratégie et une politique nationale en matière d'ANJE. Ce programme ANJE est géré par le ministère de la santé publique sous la roulette de la Direction nationale de la Nutrition. Ce programme est mis en œuvre par les structures de l'état Les PTF et les ONG.

Le personnel de santé est formé à tous les niveaux en IHAB, SONU, SONE PCIME ANJE. Ainsi, malgré la disponibilité des différents programmes de formation et le renforcement de capacité des agents de santé et des agents communautaires, la mise en œuvre sur le terrain pose problème.

Malgré l'effort du Ministère de la santé et l'appui des partenaires pour la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés'' depuis 1992, le suivi de l'IHAB connait des insuffisances.

L'Arrêté sur le code de commercialisation des substituts du lait maternel reste en vigueur et le processus d'élaboration d'une loi et son adoption suivent leur cours.

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans un contexte de VIH et d'urgence est inclus dans le programme national.

Malgré l'existence des différents programmes et le renforcement de capacité du personnel certains points restent à améliorer notamment le suivi du personnel, l'élaboration des rapports de suivi et le feed-back aux personnels.

L'enquête WBTI permettra ainsi aux Responsables du MSP et aux Partenaires notamment, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, SAVE THE CHILDREN, HKI et aux ONG dont le GAPAIN et à l'IBFAN Afrique Francophone de se situer par rapport à la mise en œuvre des politiques et programme ANJE

Par rapport à cette première évaluation de septembre 2015 de suivi des tendances WBTi le Niger a obtenu les résultats suivants :

- Un(1) indicateur rouge, relatif à l'indicateur 15 « Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous »
- Trois (3) indicateurs jaunes,
- Neuf(9) indicateurs bleus
- deux (2) verts

L'indicateur 15 place le Niger dans la bande rouge.
Il serait souhaitables que les autorités et les acteurs intervenants dans la promotion de l'ANJE de conjuguer leurs efforts pour assurer les meilleures pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant de manière à améliorer les différents indicateurs.

VI. RECOMMANDATIONS GENERALES

Outre les recommandations sus mentionnées, les recommandations générales sont les suivantes :

- Plaidoyer pour l'implication de tous les acteurs pour une mise en œuvre adéquate de la stratégie ANJE du niveau national jusqu'au niveau communautaire
- Doter les secteurs de l'état et les ONG de mise en œuvre pour un suivi régulier des activités ANJE
- Mettre en place un système de collecte de donnée sur ANJE
- Vulgariser le plan de suivi et d'évaluation
- Renforcer la sensibilisation des communautés sur l' importance de l'AME et de l'ANJE
- Redynamiser l'IHAB par des caravanes de sensibilisation
- Organiser séances de sensibilisation des leaders coutumiers et religieux et des femmes pour la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et à l'enfant.
- Assurer la régularité de l'évaluation WBTI au moins tous les deux ou trois ans

Annexe 1 : Liste **Participants et facilitateurs à la session d'information pour le WBTi**

N°	Nom et Prénom	Structure	Contact
1	Haoua Ibahim	D N	90313297
2	Dr Abdou Adamou	D N	98341710
3	Mme Amadou Salamatou	GISLS	94500554
4	Doula Talata Halimatou	GAPAIN	96993642
5	Ibrahim Salamatou	DS/MSP	96470210
6	Mme Gourouza Aichatou	MPPFPE	94743305
7	Ourake Salou Hassane	HC 3 N	96575264
8	Oumarou Adamou	GAPAIN	9381
9	Abdoul Nasser Bougouma	HC I 3 N	90908717
10	Sambo Rahamou	GAPAIN	96286168
11	Oumar AkaMaiga	GAPAIN	96880257
12	Mme Doula Maimouna	CONIPRAT	96161498
13	Mme Souleymane Hamsatou	SWAA NIGER	97520327
14	Mme Moussa Fadi	DRSP	97252628
15	Mme Bada Choucouratou	GAPAIN	96984917
16	Mme Afagnibo Haoua	GAPAIN	96962152
17	Mme Hadiza Djibo	GAPAIN	96988528
18	Dr Guimba Diop Aissata	GAPAIN	96083283

Participants et facilitateurs à la session d'information pour le WBTi

Annexe 2 : Liste des membres du groupe restreint

N°	NOM	PRENOM	FONCTION	STRUCTURE	CONTACT
1	Dr Abdou	Adamou	Chef bureau ANJE	Direction de la Nutrition	90487553
2	Dr AISSA	Soumana	Spécialiste nutrition	Nations Unies/UNICEF	96083262
3	Dr YARA	Mintou	Coordonnatrice santé/nutrition	Save the Children/ONG/association internationale	92186711
4	Mme DOULA	HALIMATOU	MEMBRE	GAPAIN	96993642
5	IBRAHIM	Salamatou	Epidémiologiste	Direction des Statistiques Sanitaires	96470210
6	Mme DOULAYE	Maïmouna	Infirmière	Comité National de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes/ONG nationale	96161498
7	Mme MOUSSA	Fadi	Point focal nutrition	Direction Régionale de la Santé Publique/Nutrition	97252628

8	Mme AFAGNIBO	Haoua	Chargée de communication	Groupe d'Action pour l'Alimentation Infantile au Niger	96962152
9	Mme SAMBO	Rahamou	Personne ressource	Groupe d'Action pour l'Alimentation Infantile au Niger	96286168
10	Mme DJIBO	Hadiza	Enquêtrice	Groupe d'Action pour l'Alimentation Infantile au Niger	96088528

Annexe 3 : Photos des participants-participantes à l'atelier de validation

La photo de famille de l'atelier de validation WBTi 10 novembre 2015

Evaluation réalisée **avec le soutien de :**

GIFA

VILLE DE GENÈVE

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

IBFAN-GIFA remercie également l'Agence Suédoise de Coopération (Sida) pour son soutien.