

Éclairage des thèmes et du contenu des vidéos sur la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant, et le lavage des mains

Analyse situationnelle et recherche formative à Maradi, au Niger



À propos de SPRING

Le Projet SPRING, Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale) est financé par l'USAID dans le cadre d'un accord de coopération de cinq ans en vue de renforcer les efforts nationaux et internationaux pour intensifier les pratiques et politiques de nutrition à grand impact et améliorer les effets sur la nutrition chez la mère et l'enfant. Le projet est géré par JSI Research & Training Institute, Inc., avec les organisations partenaires Helen Keller International, The Manoff Group, Save the Children et the International Food Policy Research Institute.

Citation recommandée

SPRING. 2016. *Éclairage des thèmes et du contenu des vidéos sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant, et le lavage des mains : Analyse situationnelle et recherche formative à Maradi, au Niger*. Arlington, VA: Projet « Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally » (SPRING).

Remerciements

Les auteurs voudraient remercier toutes les personnes qui ont offert leur temps et leur expérience pour cette recherche formative. Trois projets basés à Maradi ont été particulièrement généreux en offrant les services de leur personnel : Resilience and Economic Growth in the Sahel–Enhanced Resilience (REGIS-ER), Livelihoods, Agriculture and Health Interventions in Action (LAHIA) et Sawki.

Clause de non-responsabilité

Le contenu de ce rapport relève de la responsabilité de l'auteur et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'USAID ou du Gouvernement américain.

SPRING

1616 Fort Myer Drive

16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone : 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org

Internet: www.spring-nutrition.org

Photos de couverture : Marjolein Moreaux, SPRING

Table des matières

Sigles et Abréviations.....	v
Résumé analytique.....	vii
Résumé des conclusions	viii
1. Contexte et objectifs.....	1
2. Méthodologie.....	3
Résumé des répondants pour la recherche formative	3
3. Analyse situationnelle	7
3.1. La situation de Maradi	7
4. Résultats de la recherche formative	15
1. La nutrition des femmes pendant les 1000 premiers jours.....	15
2. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois	16
3. L'alimentation complémentaire	18
4. La poursuite de l'allaitement maternel au moins jusqu'à 24 mois.....	20
5. Prévention et prise charge de la diarrhée et du paludisme.....	20
6. Le lavage des mains.....	21
7. L'utilisation des services de planification familiale.....	22
8. L'utilisation des services de santé maternelle	23
5. Conclusions	25
Références	29
Annexe 1. Protocole de recherche formative de SPRING/Niger, tel que soumis au Comité d'examen institutionnel (IRB).....	30
Annexe 2. Résumé des informateurs et des outils de la recherche formative	37
Annexe 3. Calendrier proposé pour la recherche formative.....	39
Annexe 4. Équipes de recherche proposées pour la recherche formative	41
Annexe 5. Calendrier saisonnier pour Maradi	43
Calendrier saisonnier pour Guidan Roundji	43
Annexe 6. Résultats détaillés de l'analyse situationnelle et de la recherche formative.....	46

Sigles et abréviations

AM	Allaitement maternel
AME	Allaitement maternel exclusif
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
DFAP	Programme d'aide alimentaire au développement
DG	Digital Green
DRSP	Direction régionale de la santé publique
EDS	Enquête démographique et de santé
FFP	Food for Peace
PF	Planification familiale
FGD	Groupe de discussion dirigée
GA	<i>Guidan Alkali</i>
MAG	Malnutrition aiguë globale
HG	<i>Hannou gazané</i>
IDI	Entretien approfondi
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
IYCN	Nutrition du nourrisson et du jeune enfant
IRB	Comité d'examen institutionnel
LAHIA	Livelihoods, Agriculture, and Health Interventions in Action (Moyens de subsistance, agriculture et interventions en santé en action)
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
NCBA-CLUSA	National Cooperative Business Association CLUSA International
CS	Centre de santé
AS	Agent de santé
MIYCN	Nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant
MdS	Ministère de la santé
PDP	Paquet de pratiques
PFE	Pratiques familiales essentielles
REGIS-ER	Resilience and Economic Growth in Sahel – Enhanced Resilience (Programme pour la résilience et la croissance économique au Sahel - résilience renforcée)
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
SC	Save the Children
SC/Niger	Save the Children Niger
SPRING	Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

URC	University Research Co., LLC
USAID	United States Agency for International Development
WASH	Eau, assainissement et hygiène

Résumé analytique

En 2013, le Bureau de l'United States Agency for International Development (USAID) pour la santé mondiale a demandé au projet SPRING de collaborer avec le projet Resilience and Economic Growth in the Sahel–Enhanced Resilience (REGIS-ER) (Programme pour la résilience et la croissance économique au Sahel–résilience renforcée),¹ en apportant un appui en communication pour le changement social et comportemental en lien avec la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant et avec l'hygiène.

Compte tenu de la collaboration fructueuse antérieure entre SPRING et Digital Green en Inde (Odisha), SPRING a décidé de tester l'approche utilisée par Digital Green dans le contexte de résilience au Sahel. L'USAID a insisté sur la nécessité de prendre en compte dans la preuve de concept non seulement le projet REGIS-ER, mais également d'autres partenaires Food for Peace intéressés, comme le projet Livelihoods, Agriculture and Health Interventions in Action (LAHIA) (Moyens de subsistance, agriculture et intervention en santé en action) et le projet Sawki pour renforcer leur travail en communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans le domaine de la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant (MIYCN).

Avant d'élaborer le protocole de recherche formative, SPRING a mené en 2014 une analyse situationnelle, en utilisant les rapports publiés et non publiés ainsi que d'autres documents de programme disponibles, relatifs à la nutrition, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, aux moyens de subsistance, à la planification familiale et aux pratiques liées au genre au Niger, en se concentrant sur la région de Maradi.

Les partenaires ont sélectionné quatre groupes communautaires existants dans chacun des 20 villages pour diffuser les vidéos qui seraient produites ultérieurement. L'analyse situationnelle et la recherche formative permettraient d'éclairer le contenu des vidéos à réaliser dans la commune de Guidan Roumdji et à diffuser dans les communes de Guidan Roumdji et Aguié.

Tableau 1. Les partenaires de SPRING/Digital Green et les villages de mise en œuvre

Partenaires USAID	Nombre de villages	Commune
REGIS-ER (NCBA CLUSA) et Sawki (Mercy Corps)	15	Guidan Roumdji
LAHIA (Save the Children)	5	Aguié

La recherche formative visait à combler les lacunes mises en lumière par l'analyse situationnelle de Maradi. Une série de 10 groupes de discussion et de 12 entretiens approfondis ont été menés par deux équipes dans deux villages : Guidan Alkali et Hannou Ganzane, représentatifs des 15 villages de la commune de Guidan Roumdji où les vidéos seront réalisées. Chaque équipe s'est vu assigner un village et la responsabilité de la conduite des discussions et des entretiens. A Guidan Alkali, 51 membres du village ont pris part aux discussions, tandis qu'à Hannou Ganzané 70 membres y ont pris part. Douze entretiens ont été menés, notamment avec quatre femmes, quatre hommes, et quatre adolescentes.

La population de Maradi est composée en majorité d'agriculteurs de subsistance qui ont un niveau d'éducation très faible. Les adultes et les enfants, préparent et mangent peu fréquemment des repas, compte tenu de l'insécurité alimentaire chronique et généralisée et des coutumes locales. La plupart des pratiques nutritionnelles maternelles, des nourrissons et des jeunes enfants sont sous-optimales en raison de facteurs externes comme la

¹Le projet REGIS-ER a été attribué le 15 novembre 2013 par l'USAID à un consortium dirigé par la National Cooperative Business Association (NCBA) et la Cooperative League of the USA (CLUSA), en collaboration avec University Research Co., LLC (URC), Dimagi, Sheladia, et plusieurs organisations non gouvernementales locales sous-bénéficiaires. Il s'agit d'un projet Feed the Future de 70 millions \$ environ, prévu sur 5 ans.

précarité du système de santé et la rudesse du climat, et de facteurs internes comme la faible perception de l'auto-efficacité dans l'environnement difficile du Sahel, les croyances locales de longue date, la migration, la polygamie et sa complexité sociale ainsi que le faible niveau d'implication des hommes.²

Résumé des conclusions

La recherche formative a permis de mettre en lumière huit thèmes prioritaires pour les vidéos :

- La nutrition des femmes pendant les 1 000 premiers jours
- L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois
- L'alimentation complémentaire
- La poursuite de l'allaitement maternel au moins jusqu'à 24 mois
- La prévention et la prise en charge de la diarrhée et du paludisme
- Le lavage des mains
- Le recours aux services de planification familiale
- Le recours aux services de santé maternelle

Pour chaque thème, des comportements recommandés ont été identifiés, ainsi que les micro-comportements correspondant à ces comportements. Des vidéos sont prévues pour traiter ces thèmes et comportements prioritaires, précisant les obstacles et les motivations pour chaque pratique recommandée.

Tout au long de ce processus, SPRING travaillera en étroite collaboration avec des partenaires locaux, y compris le Département régional de la santé publique (DRSP) et Digital Green (DG). En utilisant les résultats de la recherche formative, les partenaires élaboreront un paquet de pratiques (PDP) pour chaque vidéo avant la production. Ces PDPs contiendront les principaux messages techniques et comportementaux qui seront présentés dans la vidéo. Ils serviront de base technique au scénarimage, pour orienter l'équipe de production de vidéo lorsqu'elle ira tourner sur le terrain.

²Les hommes de la région de Maradi ont la réputation de s'intéresser beaucoup plus à leur commerce qu'à la santé de leurs femmes et de leurs enfants (conversations avec les agents de santé de Maradi).

1. Contexte et objectifs

En 2013, le Bureau de l'USAID pour la santé mondiale a demandé au projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) de collaborer avec le Projet Resilience and Economic Growth in the Sahel–Enhanced Resilience (REGIS-ER) en apportant un appui en communication pour le changement social et comportemental (CCSC) spécifiquement axé sur la nutrition et l'hygiène. Attribué à un consortium dirigé par la NCBA Cooperative League of the USA (CLUSA) International, le projet REGIS-ER vise à améliorer la « résilience des populations chroniquement vulnérables dans les zones de subsistance agropastorales et d'agriculture marginale au Niger et au Burkina Faso ». ³ Le projet comprend trois objectifs spécifiques : 1) accroître le bien-être économique ; 2) renforcer les institutions et la gouvernance ; et 3) améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle.

Au Niger, la collaboration entre REGIS-ER et SPRING porte sur l'objectif 3 – améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle. L'accent est mis sur la promotion de l'utilisation rationnelle des aliments, la diversification alimentaire, l'accès aux nouveaux aliments enrichis, ainsi que sur l'accès aux services de santé et de nutrition, et l'accès à des sources d'eau et un système d'assainissement amélioré.

Après consultation de l'USAID/Niger et des parties prenantes, SPRING a décidé d'introduire dans le contexte de résilience du Sahel l'approche de vidéo communautaire précédemment développée en Inde par Digital Green pour la promotion des pratiques agricoles. La collaboration du Niger visait à tester la possibilité d'utiliser l'approche pour faire la promotion de comportements clés, basés sur des données probantes, liés à la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant (MIYCN) et à l'hygiène, en mettant l'accent sur les 1 000 premiers jours comme « fenêtre d'opportunité ». Des vidéos produites localement doivent être tournées et visionnées par les communautés locales, avec l'idée que les gens apprennent bien mieux de leurs voisins et de ceux qui sont comme eux que de « spécialistes » extérieurs.

Il a été recommandé à SPRING de travailler en étroite collaboration avec le projet REGIS-ER et avec d'autres partenaires de Food for Peace (FFP) : le projet Livelihoods, Agriculture and Health Interventions in Action (LAHIA), avec Save the Children comme organisation chef de file, et le projet Sawki avec Mercy Corps comme organisation chef de file. Le projet LAHIA utilisait déjà des vidéos pour ses activités de sensibilisation. L'approche est également conforme à la stratégie de CCSC de Mercy Corps. Les trois partenaires avaient reçu des subventions de l'USAID pour travailler dans les domaines des moyens de subsistance, de la gouvernance, de la gestion des ressources naturelles et de la santé, la nutrition et WASH, et cette collaboration visait à renforcer et à consolider leur travail de CCSC dans le domaine de la MIYCN.

SPRING a mené une analyse situationnelle et une recherche formative pour éclairer le contenu des vidéos sur la MIYCN qui doivent être réalisées dans la commune de Guidan Roumdji et diffusées dans les communes de Guidan Roumdji et d'Aguié, où les partenaires mettaient en œuvre des projets.

Selon les villages, différents types de groupes communautaires ont participé à des groupes de discussion dirigée (FGD). L'équipe a mené une série de discussions de ce type avec des adolescentes dans des groupes d'espace protégé, avec des femmes enceintes et allaitantes dans des groupes de soutien de mère-à-mère, avec des femmes

³USAID/Sénégal. 2013. Résilience et croissance économique au Sahel-Résilience renforcée (REGIS-ER). RFA-685-13-000003, publié le 29 mars, 2013.

appartenant à des groupes d'épargne, avec des hommes appartenant à des « écoles des maris », ⁴ et avec des hommes et des femmes réunis dans des petits groupes communautaires.

Pour guider la production et la diffusion de vidéos axées sur la MIYCN, l'équipe du projet SPRING/Digital Green s'est attachée à comprendre les pratiques actuelles liées à la nutrition et à l'hygiène pendant les 1 000 premiers jours, ainsi que le contexte socio-culturel et économique. Les résultats de l'analyse situationnelle et de la recherche formative visaient à clarifier : 1) les principaux groupes cibles ; 2) les comportements prioritaires sélectionnés susceptibles d'être encouragés par les vidéos communautaires ; et 3) la meilleure manière d'utiliser les vidéos pour promouvoir le changement comportemental.

La recherche visait de manière spécifique à identifier :

1. Les relations familiales existantes en termes de prise de décision : Qui prend les décisions concernant la nutrition ? (Les mères ? Les belles-mères ? Les maris ?). Qui prend les décisions concernant la santé ? Comment le genre influence-t-il ce qui se passe dans le ménage en ce qui concerne la MIYCN ?
2. Les pratiques actuelles liées à la MIYCN et les obstacles à surmonter, tels que les préjugés alimentaires (les tabous) ; les connaissances et pratiques nutritionnelles concernant les enfants <2 ans ; ainsi que les personnes qui influencent ces pratiques.
3. Les principales questions nutritionnelles auxquelles sont confrontées les adolescentes et les femmes (structures sociétales / tabous / obstacles / pratiques prometteuses sur lesquelles on peut s'appuyer).
4. Les pratiques existantes et les déterminants en matière de lavage des mains.
5. Les ménages / les personnes ayant des comportements positifs qui peuvent être présentés dans les vidéos, et les raisons qui expliquent pourquoi ils dévient de la norme.

⁴Inspiré de l'approche du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

2. Méthodologie

Avant d'élaborer le protocole de la recherche formative, SPRING a effectué une revue documentaire – prenant en compte la documentation scientifique et la littérature grise – des pratiques liées à la MIYCN et à WASH au Niger, en se concentrant sur la région de Maradi. Malgré le volume important d'informations disponibles, il restait de nombreuses lacunes concernant les pratiques de MIYCN. C'est pourquoi la recherche formative a été faite pour creuser davantage la question des obstacles et des facteurs favorables de ces pratiques prioritaires.

La méthodologie s'inspire du Guide de vidéo communautaire pour la nutrition⁵ de SPRING/Digital Green, élaboré à Keonjhar en Inde, adapté au contexte de Maradi, au Niger. Le protocole de recherche formative, tel qu'il a été présenté au comité d'examen institutionnel (IRB), est disponible en Annexe 1.

Quinze villages de la commune de Guidan Roudji ont été retenus pour l'échantillonnage. Selon la recherche formative précédemment effectuée par Save the Children dans 52 villages de Maradi, seules quelques différences mineures ont été décelées entre les différents villages (LAHIA 2013). L'équipe de terrain de Guidan Roudji a confirmé qu'il n'existe quasiment pas de différences culturelles ou d'autre nature entre les 15 villages. Pour cette raison, seulement 2 des 15 villages, ont été échantillonnés à Guidan Alkali, 51 villageois en tout ont participé aux groupes de discussion tandis qu'à Hannou Gazané, 70 villageois y ont participé. En tout, 12 entretiens approfondis ont été effectués avec quatre femmes, quatre hommes, et quatre adolescentes. Trois critères ont été pris en compte pour choisir les informateurs clés :

1. Ils appartiennent à des groupes communautaires bien établis
2. Les agents de santé communautaires et la mère chef de file au niveau du village sont des bénévoles communautaires enthousiastes
3. Les chefs de village accueillent volontiers l'équipe de recherche et les partenaires.

Résumé des répondants pour la recherche formative

Tableau 2. Résumé des répondants et des outils de la recherche formative

Répondants	Femmes allaitantes ayant des nourrissons de moins de 6 mois	Femmes allaitantes ayant de jeunes enfants âgés de six à 24 mois	Belles-mères	Pères d'enfants âgés <2 ans	Adolescentes	Total
FGD	2	2	2	2	2	10
IDI	4		-	4	4	12

SPRING était chargé de rédiger le protocole de recherche et les outils, et un membre du personnel de SPRING a joué le rôle de directeur de recherche. Tous les outils ont été traduits en haoussa bien que certains animateurs des groupes de discussion aient préféré utiliser les versions en anglais, du fait qu'ils n'ont pas appris à lire le haoussa à l'école, et qu'il s'agit essentiellement d'une langue orale au Niger. Les outils ont été pré-testés et révisés lors de la session de formation de l'équipe de recherche qui a duré un jour. Sur le terrain, beaucoup de révisions ont été apportées aux outils, afin de tenir compte des réactions des participants et des réalités contextuelles.

⁵ Guide de vidéo communautaire pour la nutrition <https://www.spring-nutrition.org/publications/series/community-video-nutrition-guide>

L'équipe de recherche formative était constituée d'hommes et de femmes issus de trois projets financés par l'USAID au Niger. Chaque équipe comportait trois membres : un agent local pour la planification des questions logistiques, un animateur, un preneur de notes et un observateur. Ils étaient chargés d'organiser les groupes de discussion et les entretiens approfondis dans leurs villages respectifs.

Voici le détail du nombre de participants pour chaque groupe de discussion (par groupe et par village) :

Tableau 3. Nombre de participants à la recherche formative

Groupe de discussion	Village	
	Guidan Alkali	Hannou Gazané
1. Femmes allaitantes ayant des nourrissons de moins de six mois	9	12
2. Femmes allaitantes ayant de jeunes enfants âgés de six à 24 mois	11	17
3. Grands-mères de petits enfants âgés de moins de 24 mois	10	15
4. Pères de jeunes enfants âgés de moins de 24 mois	12	15
5. Adolescentes âgées de 16 à 18 ans ⁶	9	11
Nombre total de participants	51	70

Après avoir réalisé les FDG, deux membres des groupes 1, 4, et 5 susmentionnés, ont été interrogés individuellement. Le responsable de l'équipe a réalisé un entretien supplémentaire avec le responsable du projet agricole Sawki pour connaître le calendrier saisonnier de Maradi. (Voir Annexe 5.)

⁶ Il s'agit de filles qui appartiennent à un groupe d'adolescentes. La plupart d'entre elles étaient déjà mariées, mais, à l'exception d'une seule, aucune d'elles n'avait d'enfants.

3. Analyse situationnelle

3.1. La situation de Maradi

Lorsque Save the Children a effectué une recherche formative en 2013 à Maradi, il avait été présumé que les croyances, les perceptions et les pratiques observées dans cinq communes de trois départements de Maradi seraient différentes d'une commune à l'autre. Toutefois, les résultats de cette recherche ont fait état de fortes similitudes entre les croyances, les perceptions, et les pratiques observées. Ceci est en partie dû à l'hétérogénéité de la population de la région, à prédominance haoussa, et intégrant quelques groupes comme les Peulhs et les Touaregs.⁷(LAHIA 2013).

3.1.1. Environnement

Sur une superficie de 35.224 kilomètres carrés et avec une population de 3,1 millions d'habitants, la région de Maradi est située au Sahel, une zone de transition en Afrique entre le désert du Sahara au nord et la savane soudanaise au sud. Avec un climat semi-aride, le Sahel est surtout recouvert de pâturages et de savane, avec des zones boisées et arbustives.

3.1.2. Caractéristiques de la population

A Maradi, un ménage moyen est composé de sept membres environ (USAID 2014). Environ la moitié des ménages comprennent des enfants âgés de moins de 24 mois. La plupart des chefs de ménage sont des hommes (94 %), et 88 % des chefs de ménage n'ont pas d'instruction formelle et sont illettrés. Pratiquement tous les ménages (91 %) comprennent un homme et une femme adultes. Avec une fille sur trois mariée avant l'âge de 15 ans, le fort taux de mariage des enfants est l'un des plus élevés au monde. C'est un défi majeur et l'un des principaux facteurs qui contribuent aux taux élevés de retard de croissance au Niger (Mebrahtu 2012). L'EDS 2012 a estimé à 15,3 ans l'âge moyen du mariage des femmes à Maradi (contre 19,5 ans à Niamey). Les hommes se marient en moyenne à 24,6 ans. Cinquante-deux pour cent des femmes interrogées à Maradi vivaient dans un ménage polygame (INS 2012).

3.1.3. La migration saisonnière du travail

La migration saisonnière du travail joue un rôle important dans la vie des populations du Niger, principalement en tant que stratégie de survie face à l'insécurité alimentaire et à la pauvreté chronique, et comme moyen d'améliorer les revenus. Cinquante à 70 % des hommes migrent : à l'intérieur vers de plus grandes villes du Niger et à l'extérieur vers les pays voisins (Camber Collective 2014). Des entretiens ont montré que les migrations internes sont saisonnières, la majorité d'entre elles ayant lieu après la récolte et le stockage des cultures (après le mois de janvier, pour un retour en mai/juin avant les premières pluies). Ce sont uniquement les hommes d'affaires prospères qui restent dans leurs communautés.

Même si cela permet d'apporter des revenus supplémentaires à certaines familles, certaines personnes ont déclaré que la migration des hommes crée une pression supplémentaire sur le ménage, en particulier sur les femmes qui doivent alors supporter seules la charge du ménage (Camber Collective 2014).

⁷Ils ne parlent pas forcément la langue tamasheq comme beaucoup de groupes s'auto-identifient aux touaregs, mais ils vivent à tous égards comme des haoussas.

Ils peuvent [partir] sans nous envoyer de l'argent pendant six mois, donc la femme doit nourrir le ménage comme elle peut... C'est le rôle de la femme de nourrir toute la famille ; elle doit chercher de l'argent par tous les moyens parce que le mari n'est pas là (Camber Collective, femmes de Tounkourma).

Lorsque l'homme est absent, voici les personnes qui sont responsables du ménage (qui prennent les décisions pour la distribution de la nourriture, l'achat du savon, l'achat de nourriture supplémentaire, etc.) : la mère du mari (si elle est en bonne santé), la première épouse, le père du mari, un ami du mari (les hommes d'affaires ne migrent pas) ou l'un des frères du mari (Hamani 2013). Ainsi en fonction des relations que cette personne mandatée entretient avec les autres membres de la famille, et en particulier avec les autres épouses et leurs enfants, cela peut entraîner de sérieuses disparités dans la distribution de la nourriture et des biens dans le ménage.

3.1.4. Le genre

En partie à cause de la religion musulmane, et en partie également à cause de la culture, les hommes n'ont en général de comptes à rendre qu'aux autres hommes – leurs pairs et leurs aînés. Les femmes ne sont pas censées exprimer leurs besoins ou ceux de leurs enfants, et dans la culture haoussa, le fait qu'une femme formule des exigences est considéré comme scandaleux.

Pour ce qui est du mariage, 48,4 % de la population de Maradi sont monogames, comparativement à 63,7 % à l'échelle nationale. Dès qu'un homme grimpe dans l'échelle sociale ou dans l'échelle économique, il est censé prendre une seconde, une troisième, et même une quatrième épouse. Dans les zones rurales, la première épouse est choisie par les parents de l'homme pendant son enfance et il s'agit le plus souvent d'une personne qui est liée à la famille (une cousine par exemple). Cela peut causer des problèmes dans la mesure où la belle-mère et la première épouse sont souvent considérées comme « complices », ce qui déclenche la jalousie des autres épouses. Toutefois, il existe des règles de rotation qui permettent en général d'éviter les problèmes (Hamani 2013, Banque Mondiale 2014). La méthode de rotation la plus courante consiste à accorder à une épouse différente la responsabilité de préparer les repas pour l'ensemble du ménage élargi ainsi que le droit de dormir avec l'époux, un jour sur deux (SPRING).

Une femme qui avait eu quatre paires de jumeaux (huit enfants) disait : « Je ne vais pas arrêter d'avoir des enfants, puisque je reçois plus d'affection et d'attention de la part de mon mari lorsque j'ai de jeunes enfants ».

Le taux des mariages précoces est en augmentation à Maradi du fait de la pauvreté (Camber Collective 2014). D'après une étude sur le genre, les parents estiment que le fait d'envoyer les filles à l'école développe la promiscuité, et que le mariage est un chemin plus sûr pour une vie sans déshonneur (Banque mondiale 2014). Après le mariage, l'homme s'installe non loin de la concession de ses parents et la femme le rejoint dans ce ménage (USAID 2014).

Les rôles et les responsabilités spécifiques au genre sont clairement définis et se traduisent à Maradi dans la vie quotidienne. Les hommes sont les chefs des ménages et les principaux décideurs pour toutes les questions concernant le ménage. Cela inclut notamment les décisions concernant la nourriture, pour la consommation ou tout autre usage, les soins de santé, l'activité économique et l'éducation des enfants. Les femmes doivent avoir l'autorisation de leur mari pour sortir de la maison (Banque mondiale 2014). Les hommes et les femmes ont des ressources séparées, y compris le bétail et des terres parfois, bien que les hommes puissent demander à « emprunter de l'argent » à leurs femmes quand ils n'en ont pas suffisamment (Banque mondiale 2014). Les

femmes possèdent leur propre bétail, qu'il peut arriver aux hommes de racheter à leurs femmes si, par exemple, ils n'arrivent pas à pourvoir aux besoins alimentaires ou à prendre en charge les soins médicaux d'un enfant.

La plupart des communautés sahéliennes définissent très clairement les rôles spécifiques au genre par une répartition des tâches au sein du ménage et pour les activités de subsistance. Les hommes adultes travaillent généralement dans l'agriculture et les jeunes hommes dans l'élevage, tandis que les femmes adultes s'occupent des récoltes et de la vente des produits alimentaires, et que les jeunes femmes se chargent du ramassage du bois de chauffage ainsi que de l'eau dont se sert le ménage. Toutefois, il est également courant, particulièrement à Maradi, que des femmes aient leur propre petite parcelle de terre où elles font pousser des aliments pour la consommation du ménage, même si c'est l'homme qui décide le plus souvent de ce que l'on fait des récoltes. Les femmes sont chargées d'élever de petits animaux comme des chèvres, tandis que les hommes élèvent les plus gros animaux, comme les vaches et les taureaux. Au niveau du ménage, seules les femmes ont la responsabilité de s'occuper des enfants et de préparer les repas, avec l'aide des adolescentes et des petites filles pour la préparation des repas, et l'aide des adolescentes et aussi des jeunes garçons pour aller chercher du bois et de l'eau. Les jeunes enfants sont également chargés de s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs. Lorsque les belles-mères sont en bonne santé, elles participent également aux tâches typiquement féminines, à l'exception généralement de la cuisine, qui est traditionnellement un rôle dévolu à l'épouse.⁸ (USAID 2014).

Dans la culture haoussa, des traditions très anciennes régissent le stockage et le partage des stocks de céréales. Les hommes sont chargés de fournir à leurs épouses les céréales qui servent à préparer les deux aliments de base – le hura et le tuwo.⁹ Les femmes se chargent de trouver un moyen de préparer la sauce ou un autre accompagnement (conversations avec le personnel).

Il semble que la personne responsable des décisions financières dans la famille diffère selon les familles, d'une part selon la personne qui a gagné l'argent, et aussi selon les personnes présentes lorsque cet argent doit être dépensé. Généralement, c'est le chef de famille, l'homme, qui a la responsabilité de nourrir la famille, ce qui signifie qu'il doit fournir la quantité de céréales nécessaire pour la préparation des repas ; et les revenus tirés des petites activités des femmes peuvent être utilisés comme l'homme l'entend, ou pour nourrir la famille, si nécessaire. Toutefois, certains hommes ont admis qu'ils prennent ces décisions avec leur épouse ou leurs épouses. Certaines femmes ont également dit que c'est leur mari qui prend les décisions en ce qui concerne les produits qu'elles récoltent sur « leur propre » lopin de terre (USAID 2014).

Selon différentes sources, les hommes représentent un groupe important à impliquer dans les questions de santé, étant donné que ce sont eux qui prennent les décisions au sein des ménages (LAHIA 2013, PASAM-TAI 2013), même pour des comportements comme l'allaitement maternel (LAHIA 2013). En ce qui concerne le lavage des mains, le même rapport de LAHIA mentionne l'importance d'établir un dialogue entre hommes et femmes « pour faciliter l'implication des femmes dans la prise de décisions, et obtenir pour elles des responsabilités importantes » (LAHIA 2013).

3.1.5. La pauvreté

La majorité des nigériens vivent près ou en dessous du seuil de pauvreté, ce qui limite considérablement la capacité d'accès des populations à une alimentation nutritive. Une personne pauvre n'a pas suffisamment de revenus pour acheter de la nourriture même lorsque celle-ci est disponible. En particulier lors des années de

⁸ L'épouse dont c'est le tour.

⁹ Les deux sont à base de millet. Le fura (boule en français) est préparé à base de millet mélangé avec du lait, le tuwo est préparé à base de millet mélangé à de l'eau.

faibles précipitations, une grande partie de la récolte annuelle, en particulier les cultures de grande valeur nutritive comme l'arachide et les légumineuses, est consommée ou bien vendue pour acheter d'autres aliments avant la fin de la saison de soudure, ce qui entraîne un manque de nourriture pour la famille et un manque d'argent pour acheter des intrants pour l'année suivante. Comme le Niger est enclavé, le prix des aliments varie énormément en fonction des fluctuations monétaires (FIDA n.d.).

La pauvreté est un défi de taille à Maradi. L'enquête auprès des ménages a révélé que près des deux tiers (64 %) de la population de la zone d'étude vivent actuellement en situation d'extrême pauvreté (avec moins de 1,25\$ par jour). Les dépenses quotidiennes par habitant s'élèvent en moyenne à 1,33\$ par jour, et par personne. Les participants à l'étude ont identifié très peu de sources de revenus. Les deux sources de revenus qui ont été mentionnées le plus souvent sont l'agriculture (y compris la vente des produits agricoles, la vente des animaux, et le travail occasionnel sur les exploitations agricoles)¹⁰ et les transferts de fonds (USAID 2014).

3.1.6. La sécurité alimentaire

Le Niger est l'un des pays les moins développés au monde. Moins d'un tiers des nigériens adultes sont lettrés, et plus des trois quarts de la population vivent avec moins de 2\$ par jour (FIDA n.d.). Les crises alimentaires sont courantes dans la région, et une grande partie de la population souffre de malnutrition chronique (USAID 2014).

L'agriculture occupe une place centrale dans l'économie du Niger, et plus encore à Maradi, connu pour être le grenier à blé et le pôle économique du pays du fait de la proximité avec le Nigéria. La zone de Maradi est généralement productrice excédentaire en millet et en niébé, et c'est une importante zone commerciale à cause de ses liens géographiques et culturels avec le Nigéria. Toutefois, les pauvres des zones rurales sont des consommateurs nets des denrées alimentaires de base. Un grand nombre de familles des zones rurales vivent de petites exploitations agricoles à faible rendement, dont la faible productivité ne suffit pas à subvenir aux besoins des ménages (USAID 2014).

La main d'œuvre est rare et la plupart des agriculteurs nigériens s'en remettent à leurs épouses et à leurs enfants pour cultiver et lutter contre les mauvaises herbes et les parasites. Normalement, la période la plus difficile pour les agriculteurs nigériens débute en juin, lorsque les récoltes de l'année écoulée viennent à s'achever, même si pour beaucoup de familles la pénurie alimentaire commence souvent plus tôt (IRFC 2010). La période de soudure coïncide avec la saison des pluies et dure jusqu'en septembre ou octobre.

Diverses stratégies d'adaptation sont utilisées par les personnes et les ménages victimes d'insécurité alimentaire, et dans ce contexte, elles sont régulièrement utilisées au cours de la période qui suit les récoltes, jusqu'à la période de soudure. La première est une stratégie liée à l'alimentation qui consiste à réduire la consommation de nourriture à une ou deux fois par jour. Comme deuxième stratégie, les répondants ont expliqué qu'ils vendent de petits animaux comme les chèvres, ou d'autres petits produits, comme les haricots. Avec l'argent de ces ventes, ils achètent alors le millet et d'autres aliments utiles à leurs ménages. La troisième stratégie d'adaptation consiste à chercher des sources de revenus, par exemple en travaillant comme ouvrier agricole chez un autre agriculteur ou en assurant un travail occasionnel. La tendance la plus importante, cependant, est la migration pour le travail pendant la saison sèche, juste après la fin des récoltes (USAID 2014).

¹⁰Les hommes qui n'ont rien à vendre et à qui il ne reste pas de nourriture de la récolte passée doivent vendre leur propre force de travail à des agriculteurs ou à des commerçants plus aisés.

Les résultats d'une enquête préliminaire de l'USAID révèlent que la faim représente un défi pour de nombreux ménages de la région, même si pendant les mois de l'enquête, les provisions alimentaires étaient censées être suffisantes. Près d'un tiers (29 %) des ménages interrogés ont souffert modérément ou gravement de faim. Les schémas relatifs à la faim ont montré que les facteurs déterminants de la faim dans les ménages sont liés à l'accessibilité et à la disponibilité des aliments, qui sont aggravés par les conditions saisonnières et les sources de revenus. Les données qualitatives ont révélé que, malgré la disponibilité des denrées alimentaires sur les marchés, le manque de moyens empêche les gens d'accéder à ces aliments et que les cultures produites pour la consommation du ménage sont généralement insuffisantes pour combler les besoins du ménage pour l'année entière. Par ailleurs, les ménages sont poussés à vendre leurs récoltes alimentaires les plus nutritives pour augmenter leur stock de céréales pour pouvoir nourrir plus de personnes (USAID 2014).

3.1.7. La diversité alimentaire du ménage

L'enquête préliminaire de l'USAID a révélé un score global de la diversité alimentaire des ménages (SDAM), de 3,4, ce qui indique une faible diversité alimentaire dans les 24 heures qui précédaient l'étude, avec, en moyenne, seulement trois à quatre des 12 groupes d'aliments consommés. Pratiquement tous les ménages consomment des aliments à base de céréales comme le millet, le sorgho, le maïs, le riz, et/ou le blé. Moins de 20 % des ménages consomment de la viande ou de la volaille, et moins de 10 % consomment des œufs ou du poisson. En tant que mesure de l'accès à la nourriture et de la situation socio-économique, le score global de la diversité alimentaire des ménages révèle que la population des zones d'étude n'a pas les moyens d'avoir accès à une alimentation diversifiée.

Les données qualitatives de base ont laissé entrevoir un lien direct entre les saisons et le type d'aliments produits pour la consommation et les aliments achetés. Dans certaines régions qui ont une nappe phréatique haute et où le maraîchage est une activité durable, les produits maraîchers, comme les pommes de terre, le poivre, et les tomates, sont cultivés également pour la consommation du ménage. Toutefois, la plupart des légumes consommés sont cuillis sur les arbres ou dans les champs du voisinage. Lorsqu'on lui a demandé quel type de légumes il trouve, l'un des répondants a expliqué : « Il y a des arbres dont les feuilles nous servent de légumes [par exemple]... le ridi [des feuilles de sésame], le rama [l'oseille], le tafassa ». La plupart des ménages n'ont pas les moyens d'acheter de la viande, des fruits, des légumes, et n'en achètent que rarement (USAID 2014).

La grande majorité des participants des deux régions a déclaré que le millet était l'aliment de première consommation quel que soit la saison, préparé sous diverses formes.¹¹ D'autres aliments moins souvent consommés sont notamment le sorgho, la farine de manioc et, de temps en temps des légumes, le niébé, le lait, la viande, le poisson, les œufs, l'arachide, le riz, les macaronis, et le couscous (USAID 2014).

3.1.8. L'eau, l'assainissement, et l'hygiène

Selon l'enquête initiale de l'USAID (USAID 2014), l'accès à des sources d'eau améliorée et à un assainissement approprié figurent parmi les plus grands défis de la population de l'étude. Plus de trois quarts des ménages (77 %) ont déclaré ne rien faire pour rendre l'eau potable. Seuls 9 % des ménages ont déclaré utiliser un système d'assainissement amélioré, consistant la plupart du temps en latrines à fosse recouvertes d'une plaque. Les entretiens ont révélé que la défécation en plein air dans la brousse est répandue dans beaucoup de communautés, même dans les villages où il existe des latrines. Bien que les répondants aient déclaré aller dans la

¹¹De la bouillie de millet (lalame), des boules de millet (dawo) – généralement fermentées – mélangées avec du lait (boule = fura), mélangées avec de l'eau (pâte = tuwo), et ainsi de suite

brousse ou utiliser les latrines à fosse communes basiques du village, ils ont également signalé un manque de propreté dans les latrines communautaires (USAID 2014).

Les enquêteurs de l'étude sur les ménages ont observé la présence d'eau et de savon, de détergent, ou d'un autre produit de nettoyage à l'emplacement prévu pour le lavage des mains dans seulement 15 % des ménages. Toutefois, pratiquement tous les répondants (90 %) ont bien identifié que le lavage des mains est essentiel avant les repas. Très peu ont été capables d'identifier l'un des quatre autres moments essentiels pour le lavage des mains : après la défécation (16 %), après avoir nettoyé les fesses d'un enfant (13 %), avant la préparation du repas (7 %), et avant de nourrir un enfant (7 %) (USAID 2014).

3.1.9. Les pratiques de vente par rapport à la consommation

L'analyse qualitative des données de l'enquête initiale de l'USAID indique que les agriculteurs vendent leur surplus de millet et d'autres cultures après avoir effectué le calcul des besoins annuels. Les répondants ont indiqué que le bétail et la volaille sont une source de revenus et d'épargne et que les produits agricoles destinés à la consommation du ménage sont généralement insuffisants pour couvrir les besoins du ménage pour toute l'année. En général, les ménages consomment leur production alimentaire seulement pendant quelques mois – dans certains cas, seulement pendant un à trois mois après la récolte.

Étant donné que la norme consiste à manger de la pâte de millet avec de la sauce, il n'y a pas grand-chose à décider. Les hommes s'occupent du stock de céréales et les femmes recueillent tout ce qu'elles peuvent ajouter d'autre au repas pour l'enrichir. Ce sont les hommes qui prennent les décisions concernant l'utilisation des denrées alimentaires dans le ménage.

En règle générale : les hommes sont chargés de fournir la quantité nécessaire d'aliments de base venant de leur stock, le sel et un certain nombre d'ingrédients supplémentaires pour la sauce qui accompagne la base (comme la tomate en pâte, l'oignon, le gombo sec) – que l'homme peut acheter au marché lui-même ou envoyer acheter par une des femmes du ménage. Ensuite, c'est à la femme de fournir tout ce qui manque pour faire la sauce, soit en l'achetant, soit en le trouvant dans son jardin, soit par la cueillette de produits sauvages. Le plus souvent, il n'y a pas d'argent pour acheter des ingrédients supplémentaires et les femmes doivent se charger toutes seules de trouver des ingrédients pour la sauce (conversations avec le personnel).

3.1.10. La distribution de la nourriture au sein du ménage

La majorité des participants de l'enquête initiale de l'USAID ont déclaré que tout le monde dans le ménage mange la même chose, y compris les enfants et les femmes. Il a été rapporté que les hommes et les femmes mangent le même type de nourriture et en quantités égales. Dans certains cas, les répondants ont déclaré que, lorsqu'ils en avaient les moyens, ils achetaient des légumes, des fruits, des haricots, du lait, des œufs et de la viande au marché pour les enfants et pour les femmes (USAID 2014). Ils achètent parfois du lait mais rarement de la viande, des fruits et des légumes. Les hommes profitent souvent des moments où ils se retrouvent avec leurs amis au marché, loin des ménages (conversations avec le personnel).

La femme qui cuisine ce jour-là (à savoir celle avec qui l'homme passera la nuit), partagera la nourriture, d'après les instructions données par l'homme ce matin-là. L'homme aura évalué les portions pour chaque femme, selon le nombre d'enfants de la femme. L'homme a son propre plat, les enfants les plus grands reçoivent un plat de nourriture à partager, et toutes les femmes, souvent en compagnie des femmes adultes du voisinage, partagent leur repas dans un plat commun. Les enfants plus jeunes (moins d'un an ou d'un an et demi) mangent avec leurs mères (SPRING 2014).

3.1.11. La santé et la nutrition des femmes

Les résultats anthropométriques de l'USAID ont montré les défis nutritionnels auxquels sont confrontées les femmes entre 15 et 49 ans dans les zones d'études. Les scores de diversité alimentaire montrent que leurs régimes alimentaires manquent de diversité au plan nutritionnel, et alors que 74 % des femmes âgées de 15 à 49 ans de la population étudiée ont un indice de masse corporelle (IMC) qui se situe dans la fourchette normale, 20 % ont un poids insuffisant, et 5 % présentent une insuffisance pondérale légère ou grave – ce qui indique un mauvais état de santé et/ou un apport calorique insuffisant. En moyenne quotidienne, les femmes consomment environ 3,3 des neuf groupes alimentaires de base étudiés dans ce cadre. Les céréales, les racines et les tubercules (97 %) avec les légumes à feuilles vertes riches en vitamine A (76 %) sont les groupes d'aliments qui sont le plus souvent consommés. Il y a carence au niveau de l'apport alimentaire en protéines : 55 % avaient consommé des légumineuses, 38 % du lait ou des produits laitiers, 17 % des femmes avaient consommé des aliments d'origine animale, et 6 % avaient consommé d'autres aliments riches en protéines comme des abats ou des œufs dans les 24 heures précédant le début de l'étude (USAID 2014). Les femmes sont très actives et accomplissent des travaux qui exigent beaucoup de leur organisme ; elles brûlent énormément de calories en transportant de lourdes Calebasses d'eau, en pilant le millet, et en allaitant (observations).

Plus de la moitié (52 %) des mères d'enfants âgés de moins de 24 mois ont dit avoir suivi quatre consultations prénatales ou plus ; un taux plus élevé que les 11,1 % rapportés dans l'EDS de 2006. Les résultats de l'enquête qualitative indiquent une augmentation du nombre de femmes qui accouchent dans des centres de santé ; cependant, de nombreuses femmes interrogées ont déclaré avoir accouché à domicile avec des sages-femmes traditionnelles, malgré les sévères amendes gouvernementales de 5 000 francs et l'interdiction légale des accouchements à domicile. Les femmes ont déclaré majoritairement utiliser les centres de santé pour les consultations prénatales, l'accouchement, et pour les soins postnatals lorsqu'il existe des centres de santé dans leur communauté ; cependant, les femmes qui vivent loin des centres de santé ont du mal à utiliser ces services.

Lorsqu'on leur a demandé de citer les maladies qui affectent leurs communautés, une majorité écrasante des personnes de toutes les régions ont parlé du paludisme et de la diarrhée comme étant les maladies les plus courantes qui affectent les adultes et les enfants. D'autres maladies qui ont été décrites sont le rhume et la fièvre, en particulier pendant la saison des pluies, les infections de l'œil ou de l'oreille, les hémorroïdes, les maux de dents, les ulcères de l'estomac, les maladies cardiaques, la paralysie, les fistules, les maladies de peau et la varicelle. La malnutrition a souvent été un sujet de discussion en tant que cause principale de beaucoup de maladies, mais pas en tant que maladie en tant que tel (USAID 2014).

Bien qu'il existe certains cas où les femmes décident du moment où il faut rechercher des soins médicaux pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, la plupart des répondants ont déclaré que les hommes chefs de ménages sont les principaux décideurs, et que leur autorité en matière de décisions porte aussi sur la question du lieu où les femmes doivent accoucher (USAID 2014).

3.1.12. La santé et la nutrition des enfants

L'utilisation de la nourriture est inadéquate au Niger du fait des choix d'aliments et des habitudes alimentaires inappropriés et des mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement. Moins d'un quart des enfants de moins de six mois sont nourris exclusivement au sein (Coen 2010), et l'introduction des aliments complémentaires n'est généralement pas conforme aux pratiques recommandées (FEWSNET 2006). Les jeunes enfants en particulier ont des régimes alimentaires caractérisés par une diversité très faible.

Les données de l'enquête initiale de l'USAID ont révélé que plus de la moitié (58 %) des enfants âgés de moins de cinq ans au sein de la population à l'étude montraient des signes de retard de croissance modérés et graves. Ce taux est comparable à celui rapporté par la toute récente EDS 2012 de Maradi dans laquelle 54 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance. Selon l'enquête initiale de l'USAID, il y aurait un rapport négatif entre les taux de malnutrition et l'accès aux terres agricoles ou à l'élevage de bétail.

Les résultats de l'enquête sur les ménages de l'USAID indiquent que 43 % des enfants de 0 à 5 mois sont nourris exclusivement au sein dans les zones où les programmes Food for Peace doivent être mis en œuvre, et qu'il n'existe aucune différence entre les zones du programme, ni entre les enfants de sexe masculin ou féminin. La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est plus élevée dans la période des deux à trois mois (54 %) et diminue progressivement au cours des mois suivants. Environ 23 % des enfants entre 18 et 23 mois ne sont plus nourris au sein. Entre six et huit mois, 55 % des enfants sont nourris au sein et reçoivent une alimentation complémentaire, qui augmente proportionnellement à leur âge. Toutefois, seulement 8 % des enfants de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation minimale acceptable (AMA). La plupart des répondants de l'enquête qualitative ont parlé de la prépondérance de l'allaitement maternel pour les enfants de moins de six mois, et ont également parlé de l'allaitement maternel comme d'un élément de leur culture traditionnelle (USAID 2014). L'EDS démontre que 16,7 % des enfants de 9 à 11 mois et 8,2 % des enfants de 12 à 17 mois n'ont pas encore commencé à prendre des aliments semi-solides ou solides (INS 2012).

L'enquête sur les ménages de l'USAID a aussi révélé que 14 % de l'ensemble des enfants âgés de moins de cinq ans ont eu la diarrhée dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête, et que pour 19 % de ce sous-ensemble, on a retrouvé du sang dans leurs selles. L'EDS de 2012 a révélé que les chiffres nationaux en matière de diarrhée s'élevaient à 14,1 % au Niger. Pour environ deux tiers des enfants souffrant de diarrhée, les soignants ont recherché des conseils ou un traitement (64 %), et plus des trois quarts des enfants souffrant de diarrhée ont été traités par la thérapie de réhydratation orale (TRO), comparativement aux 45 % de l'EDS de 2012. Les répondants ont signalé une amélioration globale de la santé dans leurs communautés ces dernières années. Néanmoins, les répondants ont très souvent signalé qu'ils avaient besoin d'établissements de santé, d'agents de santé communautaires et de médicaments (USAID 2014).

3.1.13. Aspirations

D'après l'étude sur le genre, les gens estiment qu'une personne a réussi sur le plan économique et social lorsqu'elle n'a plus besoin d'effectuer les durs travaux du ménage (comme le désherbage ou la récolte). Voici les aspirations des hommes pour leurs enfants : plus d'opportunités, d'argent, et une meilleure vie. Les parents investissent souvent dans l'un de leurs fils, pour l'éducation ou la migration. Les filles voudraient devenir enseignantes, avocates ou docteurs, montrant qu'elles veulent une vie différente de celle de leurs mères. Les garçons aspirent à être avocats, docteurs, libraires ou à faire de la politique (Banque Mondiale 2014).

4. Résultats de la recherche formative

La recherche formative visait à clarifier : 1) les principaux groupes cibles ; 2) les comportements prioritaires sélectionnés susceptibles d'être encouragés par les vidéos communautaires ; 3) la meilleure manière d'utiliser les vidéos pour promouvoir le changement comportemental. La recherche visait de manière spécifique à identifier :

1. Les relations familiales existantes en termes de prise de décision : Qui prend les décisions concernant la nutrition ? (Les mères ? Les belles-mères ? Les maris ?). Qui prend les décisions concernant la santé ? Comment le genre influence-t-il ce qui se passe dans le ménage en ce qui concerne la MIYCN ?
2. Les pratiques actuelles liées à la MIYCN et les obstacles à surmonter, tels que les préjugés alimentaires alimentaires (les tabous) ; les connaissances et pratiques nutritionnelles concernant les enfants âgés de moins de deux ans ; ainsi que les personnes qui influencent ces pratiques.
3. Les principales questions nutritionnelles auxquelles sont confrontées les adolescentes et les femmes (structures sociétales / tabous / obstacles / pratiques prometteuses sur lesquelles on peut s'appuyer).
4. Les pratiques existantes et les déterminants en matière de lavage des mains.
5. Les ménages / les personnes ayant des comportements positifs qui peuvent être présentés dans les vidéos, et les raisons qui expliquent pourquoi ils dévient de la norme.

Les résultats de la recherche dirigée par le projet SPRING ont permis de mettre en lumière les thèmes prioritaires suivants à développer par la suite dans les vidéos communautaires. Les résultats ont également identifié des pratiques précises, les obstacles et les recommandations à inclure dans chaque vidéo.

1. La nutrition des femmes pendant les 1 000 premiers jours

Les comportements recommandés pendant la grossesse :

1. Prendre un petit repas supplémentaire tous les jours
2. Administrer et prendre des comprimés de fer / acide folique
3. Réduire la charge de travail

Comportement recommandé pendant l'allaitement :

1. Prendre deux petits repas supplémentaires tous les jours

Pratiques actuelles

Le soutien des hommes à leurs femmes est quasiment inexistant au niveau de la nutrition et des tâches ménagères, en particulier pour les femmes qui allaitent. Très souvent, les femmes ne soutiennent pas les autres coépouses du fait de la jalousie, en particulier envers les épouses plus jeunes qui peuvent être les favorites du mari.

Cependant, il semble y avoir une prise de conscience de la nécessité d'épargner aux femmes enceintes les lourds travaux domestiques et d'améliorer la qualité de leur alimentation. Certains hommes aident leurs épouses enceintes à aller chercher du bois et de l'eau. Ce sont les hommes qui décident de la répartition de la nourriture au sein du ménage, suivis de la belle-mère de la première épouse lorsqu'ils sont absents. Les hommes semblent avoir une influence dans l'adoption d'un nouveau comportement. Ce comportement est très sensible, dans la

mesure où les hommes qui entretiennent des ménages polygames doivent maintenir la paix au sein du ménage, et que le fait de donner à une femme enceinte plus de nourriture qu'à une femme qui n'est pas enceinte peut créer des difficultés au sein du ménage. C'est pourquoi nous voudrions insister sur l'importance des discussions qui impliquent toute la famille élargie.

Les femmes s'efforcent d'être de bonnes pratiquantes en matière de religion : elles préparent moins souvent les repas pendant la période du carême et la plupart d'entre elles jeûnent pendant le Ramadan, même quand elles sont enceintes ou qu'elles allaitent.

Pour les femmes qui allaitent, il n'y a pas de réelle conscience de la nécessité de repas supplémentaires, bien que les gens pensent que les femmes qui ne mangent pas suffisamment produisent un lait de mauvaise qualité.

Obstacles identifiés

Il y a une faible conscience des besoins nutritionnels des femmes qui allaitent ; les femmes ne savent pas vraiment comment surmonter la nausée qui peut être provoquée par la prise de comprimés d'acide folique pendant la grossesse ; avec la polygamie, il est difficile d'offrir à une épouse enceinte ou allaitante des aliments différents des autres femmes. Bien que les femmes enceintes ne soient pas obligées de jeûner pendant les fêtes religieuses, elles le font souvent à cause de la pression sociale.

Recommandations pour la production de vidéos

Pour aider à réduire l'attente sociale relative au jeûne, nous recommanderions qu'un imam encourage ses épouses à ne pas jeûner pendant leur grossesse ou quand elles allaitent. Nous aimerions aussi encourager et présenter le dialogue au sein des couples dans les vidéos.

Les hommes ont demandé des conseils pratiques sur la meilleure façon de déterminer et de veiller au partage de la nourriture au sein du ménage, un excellent sujet de vidéos.

Pour traiter la nausée causée par les comprimés de fer-acide folique, on pourrait présenter dans la vidéo une femme en train de prendre ses comprimés le soir, juste avant de se coucher, et avec un peu de nourriture.

Nous recommandons que l'allaitement maternel soit inclus dans la vidéo sur la nutrition maternelle, en sensibilisant, en offrant des conseils pratiques sur la manière de soutenir les femmes allaitantes, et en montrant un imam en train de parler de sa femme qui ne jeûne pas pendant les six premiers mois de l'allaitement. En tous les cas, il faudra souligner l'importance des repas supplémentaires pour entretenir l'organisme de la femme et lui éviter d'avoir faim.

2. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois

Comportements recommandés :

1. Mise au sein précoce
2. Placer le nouveau-né sur le sein dans l'heure qui suit l'accouchement ;
3. Pas d'aliments avant l'allaitement ; pas de biberon ;
4. Pratiquer l'allaitement maternel exclusif (AME) depuis la naissance jusqu'à l'âge de six mois ;
5. Vider les deux seins à chaque tétée ;
6. Allaiter de façon régulière – environ dix fois par jour ;

7. Veiller à un bon positionnement et à une bonne prise du sein.

Pratiques actuelles

Bien que presque toutes les femmes donnent du colostrum à leurs bébés, elles ne le font pas toutes dans l'heure qui suit la naissance de l'enfant. Les femmes donnent aux nouveau-nés une alimentation pré lactale liquide au lieu du colostrum pour éliminer les premières selles noires et elles donnent souvent aux bébés de moins de six mois de l'eau et des tisanes en remplacement du lait maternel, ce qui peut provoquer des diarrhées chez ces enfants. Pressées de retourner travailler, il peut arriver aux femmes de précipiter les tétées et de ne pas entièrement vider les deux seins.

La population de Maradi croit qu'un bébé a besoin d'eau (quand il fait chaud) et de décoctions (une infusion locale pour le protéger des maladies). Pour répondre à ces croyances répandues et profondément enracinées, il faudrait trouver des mères qui n'ont pas administré autre chose que du lait maternel à leurs bébés pendant les six premiers mois de vie, afin d'illustrer le fait que l'allaitement maternel exclusif ne provoque pas la mort. Il est aussi recommandé de souligner le fait que le lait de chèvre est utile autant pour les femmes enceintes et allaitantes que pour les enfants âgés de 6 à 23 mois. Comme cela est expliqué à la rubrique « mise au sein précoce », il est également nécessaire de convaincre les femmes que le lait maternel est toujours bon, même après que la mère soit restée dehors sous le soleil, même quand elle a faim, et même quand elle est enceinte.

La question de la lourde charge de travail des femmes devrait aussi être traitée en essayant d'amener les autres membres de la communauté, en particulier les hommes, les belles-mères ou les autres épouses, à soutenir les femmes allaitantes du ménage. En attendant, les femmes ont besoin d'informations pratiques sur la façon de prendre le temps de s'asseoir ou s'allonger pour allaiter, et de donner les deux seins au nourrisson.

Obstacles identifiés

Bien que la pratique soit en diminution parmi les répondants, il existe une croyance largement répandue selon laquelle des infusions sont nécessaires pour l'expulsion des premières selles après la naissance. Il existe une croyance selon laquelle le premier lait serait de mauvaise qualité. Beaucoup de femmes ignorent qu'elles peuvent accroître leur production de lait en allaitant plus souvent, et beaucoup ont tellement de travail qu'elles ne prennent pas toujours le temps de bien allaiter avec les deux seins. Certaines pensent peut-être aussi que le lait maternel peut être mauvais si la mère est enceinte ou bien si elle a été absente et cela peut conduire à un arrêt précoce de l'allaitement.

Recommandations pour la production de vidéos

Nous recommandons d'évoquer la démarrage précoce dans l'une des vidéos sur l'allaitement maternel exclusif, en soulignant le fait que cela facilite la montée du colostrum qui aide à activer le système digestif du bébé pour qu'il puisse évacuer les selles noires. La vidéo doit inclure l'information selon laquelle le lait maternel est toujours bon, et que plus tôt l'on met l'enfant au sein, plus tôt la mère produira du lait, et en plus grande quantité.

Comme le colostrum des chèvres et des vaches est très riche, nous devrions essayer de reprendre l'idée dans les vidéos et expliquer l'importance du colostrum pour les bébés humains également.

Il y a beaucoup de questions sur l'allaitement maternel, en relation avec les croyances locales mais également avec la lourde charge de travail des femmes, qui pourraient toutes être traitées au moyen de la vidéo en trouvant des mères déviantes positives.

Pour répondre au fait que les gens administrent du lait de chèvre à leurs nouveau-nés parce que Mahomet aussi en a bu à la naissance, nous recommandons de trouver un imam qui acceptera d'expliquer que le fait que des nouveau-nés boivent du lait de chèvre était acceptable à l'époque de Mahomet, mais qu'aujourd'hui la science a prouvé que le lait de chèvre est seulement bon pour les enfants de plus de 6 mois, comme pour les enfants plus âgés et les femmes.

3. L'alimentation complémentaire

Comportements recommandés :

1. Apporter une alimentation complémentaire de 6 à 24 mois (commencer dès 6 mois, la quantité de nourriture à donner, la fréquence des repas, l'épaisseur des aliments complémentaires, la diversité alimentaire, l'alimentation interactive, des plats individuels, l'hygiène).

Pratiques actuelles

Selon les résultats de la recherche, les aliments complémentaires varient rarement, leur consistance est trop liquide, et ils ne sont pas proposés assez souvent dans la journée. En outre, les jeunes enfants de 6 à 24 mois partagent le plat familial, si bien que ni la mère ni les autres personnes qui s'occupent des enfants ne savent la quantité de nourriture que chaque enfant consomme ; et l'alimentation est peu interactive, sinon pas du tout. Il n'y a pas d'autre goûter réservé aux enfants en dehors de la « boule »¹², et celle-ci est préparée en y rajoutant de l'eau (non traitée).

S'il est vrai que les populations du Sahel vivent dans des conditions extrêmement difficiles et que l'accès à une alimentation variée est très limitée, il est tout de même possible d'améliorer la diversité alimentaire en soulignant l'importance de faire sécher et de stocker certains aliments riches en nutriments pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes, et les enfants âgés de 6 à 24 mois. On fait déjà sécher certains produits, mais ils sont vendus et ne sont pas utilisés pour la consommation du ménage (par exemple les tomates séchées [cowda], le piment sec [tattasey], le tamarin séché [tsamia], le poisson / la viande séchés, le gombo sec, les feuilles d'hibiscus séchées [yakua], les feuilles de moringua séchées, les fruits séchés comme le goruba séché, ainsi que d'autres aliments qui sont disponibles sur place et abordables). De même la résine d'arachide séchée¹³ (kuli-kuli), les dates séchées,¹⁴ le lait de chèvre, l'huile, et le beurre de vache sont accessibles et peuvent considérablement enrichir le régime alimentaire. Il faudrait montrer comment ils peuvent être rajoutés au régime alimentaire des enfants et des femmes pendant la période de soudure. Il convient également de sensibiliser les hommes puisque ce sont eux qui prennent les décisions concernant l'alimentation du ménage.

Compte tenu de la lourde charge de travail des mères, nous pensons que toutes les recommandations concernant la préparation des repas des bébés doivent commencer par le régime alimentaire de la famille. Au Sahel, l'alimentation de base se compose de la « boule » (bouillie de millet) ou de la « pâte » de céréale, que l'on peut facilement mélanger avec des ingrédients plus riches en nutriments. La boule est déjà mélangée avec du sucre et

¹² Une boule de céréale broyée – parfois fermentée, parfois à moitié bouillie – écrasée avec du lait écrémé frais, du lait en poudre additionné d'eau (non traitée), ou de l'eau (non traitée) (et parfois du sucre et des épices et des dattes). La « boule » de la famille est préparée pour tous dans le même bol et consommée avec la même louche.

¹³ Le reste d'arachide après extraction de l'huile.

¹⁴ Que l'on consomme spécialement au moment du Ramadan, parce que Mahomet mangeait une datte à chaque rupture du jeûne, avant de manger autre chose.

du lait, et parfois avec de la pâte ou du beurre d'arachide. Il convient d'encourager cette pratique, même s'il est important de souligner que la boule devrait être aussi fraîche que possible avant que la boule de millet ou le lait ne soit fermenté(e). La fermentation donne à la boule un goût rance que le bébé peut ne pas aimer et, donc, qui peut l'amener à manger moins. Un autre problème lié à la boule est le fait qu'on y ajoute souvent de l'eau non traitée. La bouillie est plus hygiénique, si la charge de travail de la personne qui s'occupe du bébé lui permet de préparer une nourriture spéciale pour lui. On mange toujours la pâte avec de la sauce ; il faudra souligner que les tout-petits aussi peuvent en manger, mais en veillant à ce que la personne qui s'en occupe choisisse les meilleurs morceaux dans la sauce pour les écraser dans la nourriture du bébé. Les personnes qui s'occupent des enfants ont besoin de conseils sur la façon dont elles peuvent réduire la taille de la viande, des haricots, des feuilles, pour que l'absence de dents ne soit pas une excuse pour refuser certains aliments aux bébés de plus de six mois.

Il y a peu de données sur la consommation effective des enfants. Tous les enfants d'un même ménage reçoivent leur nourriture du même plat. L'on suppose que les tout-petits reçoivent moins de nourriture que les enfants plus âgés parce qu'ils sont plus lents, moins agiles, et se laissent distraire plus facilement. Les principes de l'alimentation interactive peuvent être appliqués aussi bien par la mère que par les autres personnes qui s'occupent de nourrir les enfants en l'absence de la mère. Il convient de leur donner des conseils pratiques et des suggestions, comme l'assiette spéciale que l'on réserve exclusivement au bébé, ou bien indiquer aux frères et sœurs aînés où est gardée la nourriture du bébé que l'on réserve pour plus tard, quels goûters peuvent être emportés au champ, comment s'assurer que les autres soignants ont bien nourri l'enfant.

Près de la moitié des enfants ne mangent pas le nombre de repas minimum recommandés par jour, même si une source a déclaré qu'on trouve toujours de la boule dans un ménage, toute la journée et quelle que soit la saison. Dans ce cas, le problème peut venir du fait que les jeunes enfants ne sont pas capables de réclamer la nourriture, qu'on ne reconnaît pas les signes qui montrent qu'ils ont faim, ou bien que les femmes sont trop occupées pour pouvoir les nourrir plus de 2 ou 3 fois par jour.

Obstacles identifiés

Très peu de personnes semblent savoir qu'il faut apporter à leurs enfants une alimentation et des soins particuliers, spécialement quand ils ont entre six et 24 mois ; les aliments séchés sont vendus au lieu d'être gardés pour la famille ; et les mères travaillent au champ, si bien que ce sont d'autres personnes qui sont chargées de nourrir les enfants.

Recommandations pour la production de vidéos

Il sera important de montrer dans les vidéos la préparation des aliments complémentaires pour obtenir une bonne consistance. Nous recommandons de comparer l'épaisseur recherchée à l'épaisseur de la « pâte » du soir avec la consistance de la boule que l'on donne en en-cas. Il convient également de présenter les aliments séchés comme des options alternatives et complémentaires dans les périodes plus difficiles. Il convient de présenter les hommes du ménage dans les vidéos puisque ce sont eux qui prennent les décisions.

Il faudrait également que les vidéos encouragent les personnes chargées de s'occuper des jeunes enfants à leur donner une assiette spéciale pour qu'on puisse contrôler ce qu'ils mangent et quelle quantité de nourriture ils mangent à chaque repas et entre les repas. En outre, il faudrait montrer que les enfants doivent être encouragés à manger dans le cadre d'une alimentation interactive.

En ce qui concerne le rapport entre l'hygiène et l'alimentation complémentaire, il faudrait que le lavage des mains au savon – aussi bien pour l'enfant que pour la personne qui en prend soin – avant la préparation du repas et

avant de nourrir l'enfant, soit montré dans chaque vidéo. Pour l'hygiène au niveau de la préparation des repas, il convient surtout d'insister sur le fait d'ajouter une eau qui soit bouillie / traitée à la boule de l'enfant.

4. La poursuite de l'allaitement maternel au moins jusqu'à 24 mois

Comportement recommandé :

1. Continuer à allaiter fréquemment, à la demande, jusqu'à 24 mois et plus.

Pratiques actuelles

Les femmes cessent d'allaiter quand elles sont à nouveau enceintes. Lorsqu'elles ne sont pas enceintes, le sevrage se produit autour des 18 mois de l'enfant, selon la norme appliquée dans le village. Malgré ces normes, il semble que cela soit surtout un choix personnel des parents. La raison la plus courante pour mettre fin à l'allaitement est une nouvelle grossesse.

Obstacles identifiés

La croyance selon laquelle le lait d'une femme enceinte peut rendre malade l'enfant allaité, peut-être de manière fatale, est fermement ancrée au sein de la population de Maradi.

Recommandations pour la production de vidéos

Chaque vidéo qui traite de l'allaitement maternel devrait comprendre un message assurant que le lait maternel est encore bon même lorsque la mère est enceinte.

5. Prévention et prise charge de la diarrhée et du paludisme

Comportements recommandés :

1. Utiliser les services de santé préventifs destinés aux enfants (y compris la vaccination et une pesée régulière)
2. Reconnaître les signes de danger et utiliser les services de traitement contre le paludisme et la diarrhée
3. Continuer à alimenter l'enfant pendant la maladie
4. Alimenter davantage après la maladie.

Pratiques actuelles

Le paludisme et la diarrhée sont considérés comme des situations « normales » et les gens ne réagissent pas lorsqu'ils perçoivent les premiers signes ; souvent, les mères pratiquent l'auto-médication pour lutter contre la fièvre et aucun traitement particulier n'est administré pendant et après la maladie.

Un grand nombre d'idées fausses perdurent sur la diarrhée et le paludisme et les parents pensent que cela fait partie de la vie, y compris de celle de leurs enfants. Les parents n'ont pas conscience de l'effet négatif que ces maladies provoquent sur la santé des enfants, et en général ils ne consultent pas, pas plus qu'ils ne changent les habitudes alimentaires lorsque l'enfant est malade.

Les parents doivent prêter une attention particulière aux repas des enfants pendant et après la maladie/diarrhée, étant donné qu'ils préparent rarement des repas spéciaux ou les plats préférés des enfants. Aucun tabou alimentaire n'a été rapporté pour les enfants malades. Toutefois, dans le contexte de Maradi, vu le nombre

important d'enfants, il est difficile de singulariser des enfants en leur offrant des repas supplémentaires ou une alimentation spéciale.

On garde les animaux dans la concession où vivent les gens et où les enfants jouent. La plupart du temps, les petits ruminants ne sont pas attachés et les poulets ne sont jamais enfermés.

Obstacles identifiés

Il semble que les gens ne sachent pas vraiment que la diarrhée peut être évitée, qu'elle ne fait pas partie de la vie normale, et qu'elle peut être un danger pour la vie des jeunes enfants. Généralement, il n'y a pas d'alimentation permettant à l'enfant de récupérer après une diarrhée. De façon générale, il semble que l'obstacle le plus important à l'utilisation du système de santé soit la mauvaise qualité des soins, l'inefficacité et la discrimination dont sont victimes les femmes qui se rendent aux centres de santé lorsqu'elles ne sont pas accompagnées par un homme de la famille.

Dans le cas du paludisme, la population a compris que la fièvre apparaît à certaines saisons. Les gens savent que les moustiques transmettent le paludisme, mais ils ne semblent pas réaliser que chaque fois qu'une personne a le paludisme, c'est parce qu'un moustique le lui a transmis. Par ailleurs, les personnes qui veillent sur les enfants ne savent absolument pas qu'un enfant convalescent a besoin de plus de nourriture que les autres.

Recommandations pour la production de vidéos

Il convient de promouvoir la participation des hommes et d'expliquer en quoi cela est important, dans chaque vidéo.

Nous recommandons donc une vidéo qui explique le rapport existant entre les moustiques / les mouches / le manque d'hygiène et les maladies et la perte de poids, qui peuvent entraîner un retard de croissance chez l'enfant.

Il convient également de souligner les dangers de l'auto-médication dans la vidéo.

Une femme qui est accompagnée par un homme de la famille recevra sans doute des soins et un traitement meilleurs et plus efficaces. Cela permettrait également à la femme de mieux observer le traitement, étant donné que les instructions médicales ne sont pas toujours très claires.

Dans la vidéo sur la diarrhée, il convient de préciser que les enfants explorent le monde en portant les choses à la bouche. Il convient de montrer dans cette vidéo un ménage où les animaux et les matières fécales (animales et humaines) sont tenus loin des enfants qui jouent.

6. Le lavage des mains

Comportement recommandé :

1. Se laver les mains au savon et à l'eau courante aux moments clés.

Pratiques actuelles

Se laver les mains fait partie du rituel avant la prière. Cela se fait à l'eau courante en utilisant la « bouilloire » traditionnelle et disponible ; l'utilisation du savon n'est pas chose courante, même si les gens savent que le savon est nécessaire. Il n'y a pas de postes de lavage de mains fixes dans les lieux de vie les plus importants (les latrines, la cuisine).

Malgré une certaine connaissance relative au lavage des mains, peu de gens se lavent les mains avant / après les moments clés.

Utiliser les cendres pour se laver les mains était une chose parfaitement acceptable pour tous les participants des groupes de discussion, puisque la cendre est déjà utilisée pour nettoyer les taches difficiles et la saleté. Il faudrait en encourager l'usage lorsqu'il n'y a pas de savon, puisque les cendres sont toujours disponibles.

Obstacles identifiés

Le coût est parfois évoqué comme obstacle, mais cela est moins important que le fait que les enfants jouent souvent avec le savon et que les animaux mangent les morceaux de savon, ce qui revient cher. C'est pourquoi on cache le savon et il est difficile d'y accéder, et principalement utilisé pour se laver et laver les vêtements.

Il n'y a pas de poste fixe où les gens peuvent se laver les mains étant donné que des bouilloires pour se laver les mains sont déposées un peu partout dans la concession.

Les hommes sont chargés d'acheter le savon, et comme ils ne sont pas très présents dans le ménage, ils ont tendance à oublier.

On se lave les mains plus fréquemment avant un repas principal qu'avant un goûter.

Recommandations pour la production de vidéos

En s'inspirant des résultats de la recherche, faire une vidéo qui présente des conseils pratiques sur la mise à disposition d'eau et de savon aux postes où le lavage des mains est recommandé (par exemple après l'utilisation des latrines, après avoir nettoyé les fesses du bébé et avant la préparation du repas ou la prise du repas). La solution la plus simple pour rendre accessible le lavage des mains au savon serait de créer un poste de lavage des mains et d'encourager à attacher le savon près de la bouilloire, pour le rendre ainsi accessible à tout le monde. Pour protéger le savon des animaux et pour qu'il soit moins coûteux, on peut fabriquer du savon liquide à partir de la poudre à laver et installer une bouteille d'eau en plastique percée ou alors on peut placer le savon dans un porte-savon creux fabriqué à partir d'une bouteille en plastique.

Puisque les hommes sont ceux qui prennent les décisions et qu'ils influencent la plupart des comportements de leur ménage, nous recommandons de les rendre responsables de l'hygiène des mains au niveau du ménage.

7. L'utilisation des services de planification familiale

Comportement recommandé :

1. Utiliser les méthodes de planification familiale pour espacer les naissances.

Pratiques actuelles

Dans la région de Maradi, les gens connaissent peu la planification familiale bien qu'ils s'y intéressent beaucoup. On n'en discute pas au sein des ménages.

Le taux de fertilité du Niger est l'un des plus élevés au monde, et la polygamie fait partie des facteurs qui y contribuent. Les femmes sont en concurrence les unes avec les autres pour avoir plus d'enfants. Avoir un nouvel enfant permet d'obtenir plus d'attention de la part du mari, ce à quoi aspirent les femmes plus âgées lorsque leur mari a des épouses plus jeunes. Culturellement, le fait d'avoir beaucoup d'enfants est assimilé à la prospérité et à une position sociale, dans la mesure où les enfants sont censés s'occuper plus tard de leurs parents âgés.

Les hommes et les femmes se rendent compte que le fait d'avoir beaucoup de jeunes enfants leur complique la vie, et des deux côtés ils s'intéressent à la planification familiale, en particulier dans l'objectif d'espacer les

naissances. Selon l'EDS, le taux de fertilité du Niger est supérieur au nombre idéal d'enfants, ce qui laisse un certain espace pour promouvoir la planification familiale. Les hommes ont demandé des conseils pratiques sur la manière de parler à leurs femmes car il n'y a pas de discussion au sein des couples.

Obstacles identifiés

Il y a une méconnaissance des avantages, des effets, et des effets secondaires des méthodes de planification familiale. Généralement, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ne fonctionne pas à cause de pratiques d'allaitement maternel sous-optimales. Selon des croyances religieuses bien ancrées, c'est Allah qui décide du nombre d'enfants et de la fréquence des naissances.

Recommandations pour la production de vidéos

La première recommandation est de présenter dans toutes les vidéos des couples en train de discuter de la planification familiale. On peut étudier la possibilité d'utiliser des couples champions pour présenter des familles où les naissances des enfants ont été espacées correctement.

Il faudra citer l'allaitement maternel exclusif (AME) pendant les six premiers mois parmi les méthodes de planification familiale, et en parler également dans la vidéo sur les « 1 000 jours », car il y a un lien entre un intervalle de moins de trois ans entre les naissances et la hausse de la mortalité infantile et la mauvaise santé des femmes et des enfants.

8. L'utilisation des services de santé maternelle

Comportements recommandés :

1. Pour les femmes enceintes, se rendre au moins à quatre consultations prénatales
2. Accoucher au centre de santé.

Il semble qu'il y ait une progression au niveau des soins prénatals à Maradi, en particulier pour la première consultation prénatale. Cependant, une baisse apparaît après la première visite quand la mère a le sentiment que la grossesse se passe bien. Bon nombre des autres obstacles liés à l'utilisation des services prénatals sont externes et ne semblent pas dépendre de la volonté de mettre en pratique ce comportement. Quand bien même plus de femmes seraient prêtes à le mettre en pratique, il serait difficile d'obtenir un résultat si l'on ne règle pas la question des obstacles liés à la fragilité du système de santé. C'est pourquoi nous ne recommandons pas de traiter ce comportement au moyen de la vidéo uniquement.

De même, quand il est question d'encourager les femmes à accoucher dans des centres de santé, un grand nombre des obstacles sont externes : il semble que le faible taux des accouchements en milieu hospitalier soit dû principalement à la fragilité du système sanitaire. C'est pourquoi nous ne recommandons pas de présenter cet élément comme un comportement clé dans le cadre des vidéos.

5. Conclusions

La recherche formative a confirmé que les comportements liés à la nutrition, à la santé (y compris l'allocation des ressources alimentaires et sanitaires dans le ménage), et aux WASH doivent être compris dans le cadre des contraintes que subissent les pères, les mères, et les autres personnes qui prennent soin des enfants. Celles-ci incluent l'insécurité chronique des moyens de subsistance, et la nécessité qui en découle de maintenir des actifs productifs de même que le capital social et symbolique. L'élaboration des vidéos communautaires doit tenir compte des rapports de force existant dans le ménage au niveau local, de la polygamie, et de la migration massive. Pour que le changement comportemental puisse se faire dans cet environnement, il doit aller de pair avec un changement social (à savoir, un dialogue accru entre maris et femmes, une plus grande participation des maris, et la prise de décisions au niveau des femmes). La charge de travail qui pèse sur les épaules des femmes de Maradi est indiscutable, avec les tâches ménagères, la prise en charge des enfants, et l'exploitation agricole. Même si Maradi est le grenier du Niger, les chiffres de la malnutrition resteront élevés si la question de la charge de travail des femmes n'est pas réglée, avec un soutien plus important de leur environnement immédiat et de la communauté dans son ensemble. Il faut également faire des efforts pour permettre aux femmes d'exprimer leurs besoins à l'intérieur du ménage sans être pénalisées. La situation des femmes au Niger, et en particulier à Maradi, est l'une des pires au monde, selon *l'indice des mères 2012 de Save the Children* qui compare le bien-être des mères et des enfants dans 165 pays, et qui place le Niger au dernier rang (LAHIA 2013).

Les problèmes liés à la polygamie, à la religion, ou aux taux de fécondité très élevés viennent s'ajouter au contexte difficile, qui n'est pas toujours propice au changement ou prêt à l'accueillir. Cependant, en les abordant par le biais de la vidéo communautaire, il serait possible de commencer à opérer des changements sociaux et comportementaux initiaux cruciaux.

La recherche formative a permis de mettre en lumière huit thèmes prioritaires pour les vidéos :

- La nutrition des femmes pendant les 1 000 premiers jours
- L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois
- L'alimentation complémentaire
- La poursuite de l'allaitement maternel au moins jusqu'à 24 mois
- La prévention et la prise en charge de la diarrhée et du paludisme
- Le lavage des mains
- Le recours aux services de planification familiale
- Le recours aux services de santé maternelle

SPRING devra planifier une réunion avec les partenaires locaux, notamment avec le Département régional de la santé publique et DG pour discuter des thèmes vidéo proposés. SPRING et DG devront élaborer ensemble un paquet de pratiques (PdP) pour chaque thème de vidéo prioritaire proposé qui servira de guide et fournira les détails techniques spécifiques concernant les comportements de MIYCN et d'hygiène recommandés et les micro-comportements à encourager. Ces PDPs contiennent les principaux messages à présenter dans la vidéo, quelques idées pour le scénario ainsi que les questions et les réponses, appelées annotations, qui doivent paraître dans la

vidéo. Les PDP serviront de base technique pour le scénarimage, qui sert à guider l'équipe de production de vidéos lorsqu'elle va tourner sur le terrain.

Pour veiller à la prise en compte de la sensibilité culturelle alors que l'on encourage au changement social et comportemental, nous recommandons que toutes les vidéos présentent ce qui suit :

- Chaque vidéo devrait présenter un homme qui a plusieurs femmes, mais qui soutient et respecte chacune d'elles.
- Chaque épouse aurait plusieurs enfants mais bien espacés les uns par rapport aux autres.
- La belle-mère vivrait au sein du ménage et jouerait un rôle actif dans l'éducation des enfants de chaque épouse et apporterait son aide à ses belles-filles.
- On présenterait les épouses plus âgées aidant les plus jeunes épouses.
- Les vidéos devraient montrer la hiérarchie liée à l'âge, en représentant les femmes plus âgées (les belles-mères et les épouses plus âgées) comme des modèles de rôle, ayant quelque chose à apprendre aux plus jeunes et leur apportant une aide particulière.

Les principales conclusions de la recherche formative sont les suivantes :

- Le lavage des mains est largement répandu pour des raisons religieuses mais il n'existe pas de poste fixe et, généralement, les gens n'utilisent pas de savon.
- Les femmes ne reçoivent aucun soin particulier ou aucune nourriture spéciale pendant leur grossesse ou pendant qu'elles allaitent et les problèmes liés aux épouses multiples et au favoritisme sont des obstacles importants à la bonne nutrition chez les femmes.
- Les aliments complémentaires sont peu diversifiés et trop liquides ; les jeunes enfants âgés de 6 à 24 mois partagent le plat familial, si bien que ni la mère ni les autres personnes qui prennent soin d'eux ne savent la quantité de nourriture que chaque enfant consomme.
- Le lait maternel est souvent complété par d'autres aliments pour les enfants de moins de 6 mois et l'allaitement maternel prend fin lorsque la mère est à nouveau enceinte.
- On note un intérêt marqué pour la planification familiale ainsi que des besoins non satisfaits, mais le manque de communication au sein des couples constitue un obstacle majeur.
- On considère le paludisme et la diarrhée comme des situations de la vie normale et beaucoup ignorent que l'on peut éviter ces maladies.

Les vidéos devraient, en particulier :

- proposer des solutions au problème des chèvres qui mangent le savon prévu pour le lavage des mains, proposer des aide-mémoires pour rappeler aux gens de se laver les mains ;
- montrer comment on peut donner à manger à un enfant dans une assiette individuelle sans nuire aux pratiques culturelles et comment prêter attention aux besoins alimentaires d'un jeune enfant ;
- présenter un nouveau-né à qui l'on donne le colostrum, et montrer que ce n'est pas dangereux ;
- répondre aux croyances sur la question du lait maternel : les femmes n'en produisent pas suffisamment et la chaleur ou la grossesse font tourner le lait ;

- montrer des exemples de bébés de 6 mois en pleine santé qui n'ont pas bu une seule goutte d'eau ;
- montrer des exemples sur la manière de varier le régime alimentaire d'un jeune enfant, en tenant compte du contexte local difficile ;
- montrer comment améliorer la fréquence alimentaire grâce à des exemples pratiques ;
- mettre l'accent sur l'alimentation des femmes et la manière de l'adapter selon l'âge et le stade de procréation ;
- s'attaquer à l'obstacle selon lequel certains types de diarrhée font partie de la vie normale et n'ont pas besoin de traitement, associer cela aux mauvaises conditions sanitaires provoquées par l'élevage des animaux à domicile et aux alentours ;
- montrer comment les discussions dans le ménage sur la planification des récoltes peuvent améliorer la situation nutritionnelle de la famille.

Les résultats de cette recherche formative sont essentiels pour adapter l'approche, pour éclairer le choix des comportements nutritionnels prioritaires pour les vidéos, l'adaptation d'une série de formations de sensibilisation à la nutrition pour les principaux agents communautaires, la stratégie générale de production et de diffusion des vidéos sur la nutrition, et les points de vérification du plan de suivi des adoptions de comportements.

Références

- Banque Mondiale/Gouvernement du Niger/PREM 4 Région Afrique. 2014. Propos d'hommes et de femmes au sujet des normes sociales au Niger, Rapport N° 83296-NE.
- Bationo, Bouma Fernand. 2013. *Déterminants socioculturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région de Zinder, Niger*. Programme AFD-Sahel, Rapport Pays Niger. Croix Rouge Française.
- Camber Collective. 2014. *Qualitative Insights and Strategic Narratives in Niger: A Report of Findings, Insights and Ideas*. [https://static1.squarespace.com/static/55723b6be4b05ed81f077108/t/56675b0bc21b8631e96231f6/1449614091018/Niger+r+FP+Qualitative+Insights+and+Strategic+Narratives.pdf](https://static1.squarespace.com/static/55723b6be4b05ed81f077108/t/56675b0bc21b8631e96231f6/1449614091018/Niger+FP+Qualitative+Insights+and+Strategic+Narratives.pdf)
- Coen, Bob. 2010. A Campaign to Promote Exclusive Breastfeeding Makes Strides in Rural Niger. UNICEF: Gidan Nawa, Niger. Consulté le 11 mai 2016. http://www.unicef.org/infobycountry/niger_55454.html.
- FEWS NET. 2006. "Understanding nutrition data and the causes of malnutrition in Niger. USAID: Washington, DC. Consulté le 11 mai 2016. <http://www.fews.net/sites/default/files/documents/reports/1001044.pdf>.
- GRET/NUTRIFASO Juillet. 2012. *Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la province du Gourma*. Dr Marcel Daba BENGALY
- Hamani, Oumarou. 2013. *Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger, Socio-anthropologie d'une intervention à base communautaire*, Etudes et Travaux du LASDEL n°104. http://www.lasdel.net/images/etudes_et_travaux/Les_Pratiques_Familiales_Essentielles_PFE_au_Niger.pdf
- Hampshire, Katherine, Rachel Casiday, Kate Kilpatrick et Catherine Panter-Brick. 2009. "The Social Context of Childcare Practices and Child Malnutrition in Niger's Recent Food Crisis." *Disasters* 33(1):132-51.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland, USA.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent (IFRC). (2010). "Niger: Food insecurity." <http://www.ifrc.org/docs/appeals/10/MDRNE005do.pdf>
- International Fund for Agricultural Development (IFAD).n.d. *Rural Poverty in Niger*. Rural Poverty Portal. Accessed May 11, 2016. <http://www.ruralpovertyportal.org/country/home/tags/niger>
- LAHIA. 2013. *Rapport de Recherche Formative : Obstacles à Améliorer dans le Cadre du Programme LAHIA*, Maradi.
- Mebrahtu, Shushan. 2012. "In the Niger, a community-led sanitation programme transforms lives." UNICEF: Maradi, Niger. Consulté le 11 mai 2016. http://www.unicef.org/infobycountry/niger_66754.html
- Page, Anne L., Sarah Hustache, Francisco J. Luquero, Ali Djibo, Mahamane Laouali Manzo et Rebecca F. Grais. 2011. "Health Care Seeking Behavior for Diarrhea in Children Under 5 in Rural Niger: Results of a cross-sectional survey." *BMC Public Health* 11:389. doi:10.1186/1471-2458-11-389
- PASAM-TAI. 2013. *Recherche Formative sur le Programme de Sécurité Alimentaire des Ménages-Tanadin Anincilyalu (PASAM-TAI)*
- Salissou M, 2012. *Étude des Pratiques d'Alimentation des Enfants Agés entre 0-6 mois issues de Milieux Défavorisés dans la Commune Urbaine de Tessaoua, Région de Maradi au Niger*, Mémoire présenté à l'Université Laval, Québec.
- Save the Children. 2014. *Nutrition in the First 1,000 Days: State of the World's Mothers 2012*. Consulté le 11 mai 2016. <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATEOFTHEWORLDSMOTHERSREPORT2012.PDF>
- U.S. Agency for International Development (USAID), Office of Food for Peace. 2014. *Baseline Study of Title II Development Food Assistance Programs in Niger*, ICF International, Inc. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaed237.pdf

Annexe 1. Protocole de recherche formative de SPRING/Niger, tel que soumis au comité d'examen institutionnel (IRB)

Protocole de recherche formative de SPRING/Niger

24 octobre 2014

Introduction

Le Projet Strengthening Partnerships, Results and Innovations in Nutrition Globally [Renforcement de partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle mondiale] (SPRING) s'attelle à identifier et à tester des outils et modèles avérés ou très prometteurs de communication pour le changement de comportement social et comportemental. À l'automne 2012, SPRING a testé, en collaboration avec Digital Green, la faisabilité de l'utilisation de leur « approche d'apprentissage numérique assisté par l'homme » innovante – auparavant axée sur la promotion de comportements améliorés dans l'agriculture – pour la promotion de comportements de nutrition maternelle, du nourrisson et des jeunes enfants (MIYCN) à grand impact et de comportements liés à l'hygiène dans le district de Keonjhar dans l'État d'Odisha, en Inde. Le contenu spécifique de la MIYCN a été introduit par le biais de vidéos communautaires produites et diffusées par une ONG locale à des agricultrices participant à des groupes d'entraide mutuelle (SHG). Les résultats de l'étude de faisabilité, conduite par l'International Food Policy Research Institute (IFPRI) et la London School of Tropical Medicine and Hygiene, ont beaucoup aidé à intensifier le modèle de collaboration en Inde et dans d'autres cadres.

L'approche collaborative de SPRING/Digital Green est actuellement adaptée dans la région de Maradi au Niger, en partenariat avec Resilience and Economic Growth in the Sahel – Enhanced Resilience Program (REGIS-ER), Save the Children, et Mercy Corps. L'objectif du projet pilote proposé sur une année est d'établir la faisabilité, l'efficacité et la capacité d'extension de ce modèle de collaboration et également de documenter le processus et les coûts liés à son adaptation dans le contexte de résilience du Sahel. Le présent document décrit la recherche formative qui doit être menée au cours de la première phase de la collaboration proposée sur une année.

Contexte

Avec le projet pilote proposé dans la région de Maradi au Niger, SPRING et Digital Green prévoient d'évaluer si l'approche de vidéo communautaire facilitée, qui a été testée avec succès en Inde, peut également marcher dans le contexte de résilience du Niger. Avant de proposer un plan et un lieu pour le test pilote, SPRING et Digital Green ont mené ensemble une visite de cadrage au mois de juillet, au cours de laquelle ils ont rencontré les principales parties prenantes, notamment l'USAID, et ont participé à une visite de terrain à Tillabery dans le Sud, à quatre heures de route de Niamey. L'approche a été jugée faisable pour cette région du Niger. Après des discussions avec l'USAID et après que les partenaires de Food for Peace (FFP) aient exprimé leur intérêt, une recommandation a été faite par la direction de REGIS-ER pour mettre en œuvre le test pilote dans deux communes à Maradi, en collaboration avec Mercy Corps et Save the Children. Le test pilote sera conçu en vue d'une future mise à l'échelle par tous les partenaires dans les autres communes de Maradi et dans d'autres régions du Niger.

L'intervention pilote proposée prend en compte les résultats de l'étude de faisabilité et les leçons tirées d'autres programmes à partir de l'approche collaborative de SPRING/Digital Green en Inde et les applique à la conception d'une collaboration semblable mais élargie axée sur l'utilisation de vidéos communautaires facilitées pour la promotion de comportements de MIYCN et d'hygiène à grand impact dans le contexte de résilience du Niger. Cette intervention pilote a été menée dans 80 groupes communautaires, dans 20 villages, sur une année, en démarrant en octobre 2014. Quatre groupes existants, de 10 à 25 membres chacun, ont été choisis dans chaque village. L'on estime que l'on atteindra le chiffre de plus de 2000 agriculteurs, dont 70 % d'adolescentes, de femmes enceintes et/ou de mères d'enfants âgés de moins de deux ans. REGIS-ER et Mercy Corps ont retenu 15 villages dans la commune de Guidan Roudji, en mettant la priorité sur le travail avec les groupes d'adolescentes. Les vidéos seront tournées et diffusées dans ces villages. Save the Children a sélectionné cinq villages dans la commune d'Aguié, où l'organisme met en œuvre des activités préventives et curatives pour traiter la malnutrition. Les vidéos projetées dans ces villages seront celles produites par les agents de REGIS-ER et Mercy Corp à Guidan Roudji.

L'objectif du projet pilote proposé sur une année est d'établir la faisabilité, l'efficacité et la capacité d'extension de ce modèle de collaboration et également de documenter le processus et les coûts liés à son adaptation dans le contexte de résilience du Sahel. Ce projet pilote et son évaluation sont prévus durer en tout 12 mois et incluront la production d'au moins 10 vidéos axées sur la nutrition et l'hygiène, la diffusion facilitée de ces vidéos, la collecte de données et une évaluation des adoptions et des coûts connexes.

Une des premières composantes de l'approche collaborative de SPRING/Digital Green consiste à mener une recherche formative, afin d'identifier et de mieux comprendre les pratiques et les comportements locaux liés à la nutrition, ainsi que les obstacles et les éléments de facilitation concernant l'adoption des comportements recommandés. Les résultats de la recherche formative serviront à orienter le contenu technique et l'approche pour la production et la projection de vidéos axées sur la nutrition. Actuellement recommandées au niveau national, ces pratiques comprennent, entre autres, la nutrition maternelle améliorée, la mise au sein précoce, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, l'introduction opportune des aliments complémentaires à l'âge de six mois ; l'alimentation active ou interactive, les régimes alimentaires diversifiés, l'alimentation pendant la maladie, le lavage des mains, la planification familiale, l'utilisation des services de santé. L'UNICEF et les partenaires FFP ont déjà réalisé d'excellentes recherches formatives sur la plupart de ces comportements à Maradi, mais dans d'autres communes. La recherche formative vise à aider l'équipe du projet à déterminer si ces résultats sont également pertinents pour la commune de Guidan Roudji, à creuser davantage certaines constatations et également à entendre les suggestions de la population sur la prise en compte de certains obstacles au changement de comportement précédemment identifiés.

Objectifs spécifiques de la recherche formative

Pour guider la production et la diffusion de vidéos axées sur la nutrition, l'équipe du projet SPRING/Digital Green a besoin de comprendre les pratiques actuelles, ainsi que les réalités contextuelles (socio-culturelles-économiques) des communautés et comprendre comment ces réalités favorisent ou entravent des pratiques nutritionnelles optimales pendant les 1 000 premiers jours. Les résultats de la recherche formative permettront de clarifier : 1) les principaux groupes cibles ; 2) les comportements prioritaires sélectionnés susceptibles d'être encouragés par les vidéos facilitées par des individus ; et 3) la meilleure manière d'utiliser les vidéos pour promouvoir le changement comportemental. La recherche cherchera particulièrement à :

1. Identifier les relations familiales existantes en termes de prise de décision : Qui prend des décisions concernant la nutrition ? (Les mères ? Les belles-mères ? Les maris ?). Qui prend les décisions concernant la santé ? Quelles sont certaines des relations liées au genre ?
2. Identifier les pratiques actuelles liées à la MIYCN et les obstacles à surmonter, tels que les préjugés alimentaires (les tabous) ; les connaissances et pratiques nutritionnelles concernant les enfants <2 ans ; ainsi que les personnes qui influencent ces pratiques.
3. Identifier les principales questions nutritionnelles auxquelles sont confrontées les adolescentes et les femmes (structures sociétales / tabous / obstacles / pratiques prometteuses sur lesquelles on peut s'appuyer).
4. Identifier les personnes qui pratiquent les techniques correctes de lavage des mains et comprendre comment elles ont réussi à changer leur comportement.
5. Identifier d'autres ménages/individus déviants positifs qui pourraient être présentés dans les futures vidéos et identifier les raisons qui motivent leur comportement actuel.

Méthodologie

Sélection des villages :

Étant donné que les vidéos seront produites à Guidan Roumdji, où sont localisés 15 des 20 villages, seuls ces 15 villages ont été pris en compte pour l'échantillonnage. Selon une recherche formative réalisée par Save the children dans 52 villages de Maradi, seules quelques différences mineures ont été décelées entre les différents villages. Le personnel intervenant sur le terrain à Guidan Roumdji a confirmé qu'il n'existe quasiment pas de différences culturelles ou d'autre nature entre les 15 villages. Deux villages en tout ont été sélectionnés, sur la base des critères suivants :

1. ils ont des groupes bien établis ;
2. l'agent de santé communautaire et la mère leader de file sont enthousiastes ;
3. les chefs de village sont accueillants.

Ces villages sont Guidan Alkali et Hannou Gazané.

Tableau 1 : Villages sélectionnés pour l'intervention pilote et la recherche formative dans la commune de Guidan Roumdji, région de Maradi.
Noms des villages
Guidan Alkali
Hannou Gazané

Revue documentaire :

Le projet SPRING a effectué une analyse de paysage de la recherche formative existante pour la région au Niger. De nombreuses informations sont déjà disponibles et la recherche formative proposée vise à compléter les informations existantes pour combler les lacunes éventuelles.

Collecte de données :

L'on utilisera une combinaison de méthodes de recherche qualitative, notamment des groupes de discussion (FDG), des observations et des entretiens approfondis (IDI). Les répondants seront recrutés à partir de groupes de femmes et d'hommes existants, les principaux bénéficiaires de ce projet pilote. Au maximum 12 personnes et au minimum huit participeront à un groupe de discussion. Les groupes de discussion et les entretiens approfondis mettent tous deux l'accent sur les questions ouvertes qui orientent l'entretien et encouragent les facilitateurs/enquêteurs formés à poser des questions d'approfondissement pour obtenir des informations et des éclairages supplémentaires.

La recherche sur le terrain sera menée auprès d'un large éventail de répondants (voir l'Annexe 2 ci-dessous) afin de comprendre les perceptions actuelles concernant l'importance de la nutrition dans la promotion du développement sain des enfants ; les connaissances et les pratiques actuelles concernant la santé maternelle, du nourrisson et du jeune enfant ; les obstacles tels que les normes socioculturelles et les tabous existants éventuels.

L'Annexe 2 présente un résumé des discussions de groupe (FDG) et des entretiens approfondis (IDI) proposés qui seront réalisés auprès des publics cibles principaux et secondaires durant la recherche sur le terrain.

Principaux publics cibles :

Adolescentes âgées de 16 à 18 ans

- Deux discussions de groupe (un par village) seront menées avec des adolescentes pour comprendre leurs problèmes nutritionnels, ainsi que les normes sociétales autour de l'adolescence. L'on estime de 8 à 12 le nombre de jeunes adolescentes par groupe de discussion.
- Quatre entretiens approfondis (deux par village) seront menés avec des adolescentes âgées de 16 à 18 ans.

Femmes allaitantes ayant des enfants âgés de <6 mois

- Deux groupes de discussion avec les mères allaitantes d'enfants de <6 mois (un par village) seront organisés pour identifier leurs perceptions sur l'allaitement maternel exclusif. L'on estime de 8 à 12 le nombre de femmes allaitantes ayant des enfants de <6 mois par groupe de discussion.
- Quatre entretiens approfondis (deux par village) seront menés avec les mères allaitantes d'enfants de <6 mois.

Mères allaitantes d'enfants âgés de >6 mois et de <2 ans.

- Deux groupes de discussion avec les mères allaitantes d'enfants âgés de >6 mois et de <2 ans (un par village) seront organisés afin d'identifier leurs connaissances et leurs pratiques concernant l'alimentation complémentaire. L'on estime de 8 à 12 le nombre de mères allaitantes d'enfants âgés de >6 mois et de <2 ans par groupe de discussion.

Publics cibles secondaires : personnes influentes au sein des ménages

Les belles-mères

- Deux groupes de discussion avec les belles-mères ayant de petits-enfants âgés de <2 ans, qui mettront l'accent sur les pratiques de nutrition et de soins des enfants, afin de comprendre leurs perceptions concernant la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant et afin d'identifier les relations en matière de prise de décisions au niveau du ménage. L'on estime de 8 à 12 le nombre de belles-mères par groupe de discussion.

Pères d'enfants âgés de <2 ans

- Deux groupes de discussion avec les pères d'enfants âgés de moins de <2 ans, afin de comprendre leurs perceptions concernant la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant; et afin d'identifier la relation en matière de prise de décisions au niveau du ménage.
- Quatre entretiens approfondis avec les pères d'enfants âgés de <2 ans, afin de comprendre leurs perceptions concernant la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant ; et afin d'identifier la relation en matière de prise de décisions au niveau du ménage.

D'autres informateurs clés, le cas échéant

- L'on prévoit du temps le dernier jour de la recherche formative pour collecter des informations supplémentaires, si nécessaire.

Calendrier prévu pour les équipes de recherche formative :

Le calendrier proposé pour la recherche formative est présenté en Annexe 4. La recherche sera menée par deux équipes, chacune ayant à sa tête un chef d'équipe capable de parler et d'écrire en haoussa. Tous les membres des partenaires sélectionnés pour l'équipe ont l'expérience de la conduite de groupes de discussion et d'entretiens approfondis. Chacune des équipes est composée des quatre membres suivants :

- un facilitateur ;
- un preneur de notes ;
- un observateur ;
- un agent de liaison entre le village et les chercheurs.

Une journée a été prévue pour la formation, immédiatement suivie de trois jours de travail sur le terrain, de nettoyage des données et d'analyse initiale. L'analyse finale sera effectuée au siège.

(Voir l'Annexe 2 : Résumé des informateurs et des outils pour la recherche formative ; Annexe 3 : Calendrier proposé pour la recherche formative ; et Annexe 4 : Équipes proposées pour la recherche formative).

Annexe 2. Résumé des informateurs et des outils de la recherche formative

Résumé des informateurs et des outils pour conduire la recherche formative

Informateurs	Mères allaitantes ayant des enfants âgés de <6 mois	Mères allaitantes ayant des enfants âgés de >6 mois et de <2 ans	Belles-mères	Pères d'enfants âgés de <2 ans	Adolescentes	Total
Outil						
FGD	2	2	2	2	2	10
IDI	4	-	-	4	4	12

Annexe 3. Calendrier proposé pour la recherche formative

VENDREDI 31 octobre	LUNDI 3 novembre	MARDI 4 novembre	MERCREDI 5 novembre	JEUDI 6 novembre
MATIN				
Réunion avec les facilitateurs sur le terrain (issus des deux villages retenus pour l'échantillon) afin de planifier la recherche formative	Atelier Digital Green	Groupes de discussion (FGD) dirigés /grand-mères ayant au moins un petit-enfant âgé de 0 à 24 mois 2 entretiens approfondis (IDI)/grand-mères	Révision des outils	Révision des outils + début de l'analyse
APRES-MIDI				
	Réunion portant sur les objectifs, les outils, la logistique, etc. et sur la recherche formative de SPRING Revue des outils à partir de mardi	FGD/mères allaitantes de bébés âgés de moins de 6 mois 2 IDI/mères allaitantes de bébés de moins de 6 mois	FGD/hommes ayant un enfant âgé de < deux ans 2 IDI/hommes ayant un enfant âgé de < deux ans FGD/mères allaitantes ayant un enfant âgé de plus de 6 mois/moins de 2 ans 2 IDI/femmes ayant un enfant âgé de plus de 6 mois/moins de 2 ans	FGD/adolescentes de 14 à 18 ans 2 IDI/adolescentes
				Analyse des résultats (suite) 18 à 22 heures

Annexe 4. Équipes de recherche proposées pour la recherche formative

Équipe de Guidan Alkali (45 mn)		Équipe de Hannou Gazané (20 mn)	
Poste	Personne désignée	Poste	Personne désignée
Contact/lien avec le village	Zalika Abdoulaye (Mercy Corps – chargé de nutrition)	Contact/lien avec le village	Rabiou (REGIS-ER – chef de l'équipe Guidan Roundji)
Médiateur	Aboubacar Sale (Save the Children – CCSC)	Médiateur	Gabriel Ora (REGIS-ER– santé et nutrition Maradi)
Preneur de notes	Assan Zouladeini (Mercy Corps – WASH)	Preneur de notes	Souley Adamou – (santé et nutrition Niamey)
Observateur	Amadou Sita (Mercy Corps – chef d'équipe SO1)	Observateur	Tamo Maitourare Ado (Save the Children – genre)
Observateur	Aboubacar Sale (CCSC-Save the Children)	Observateur	Tamo Ado (Save the Children – genre)

Annexe 5. Calendrier saisonnier pour Maradi

Calendrier saisonnier pour Guidan Roumdji

Récolte	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septem bre	Octobr e	Novem bre	Décem bre
Céréales												
Millet	X	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X
Maïs	X	X	X	X	x	x	x	x	x	x	X	x
Sorgho	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Racines et tubercules												
Patates		x	x									
Igname – importée	x	x	x	x	x	x				x	x	x
Patates douces	x	x	x	x	x	x				x	x	x
Manioc								x	x	x	x	
Légumes destinés au marché												
Aubergine		x	x	x	x	x						
Gombo								x	x	x	x	x
Tomate	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oignon	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ail			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Piment			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Concombre			x	x	x	x	x					
Courge	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Citrouille (gouna)							x	x	x			
Carotte		x	x	x	x	x						
Chou	x	x	x	x	x	x						
Poivre		x	x	x	x	x						

Récolte	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septem bre	Octobr e	Novem bre	Décem bre
Laitue		x	x	x	x	x						
Maïs		x	x	x	x	x						
Feuilles de haricot							x	x	x			
Feuille de moringa	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Amarante	x	x	x	x	x							
Feuilles de yalo	x	x	x	x	x	x				x	x	x
Feuilles d'arbres sauvages												
Baobab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Danya					x	x	x					
Jiga					x	x	x					
Yadia					x	x	x					
Tafasa						x	x	x				
Fruits cultivés												
Melon	x									x	x	
Pastèque	x									x	x	
Goyave	x									x	x	
Mangues				x	x	x						
Pommes du Sahel							x	x	x	x	x	
Citron	x	x	x				x	x	x			
Pamplemousse	x	x	x				x	x	x			
Fruits sauvages												
Magaria (pommes sauvages)	x	x	x								x	
Corna (pommes sauvages)	x	x	x								x	
Gawasa				x	x	x						
Raisin sauvage (farou)				x	x	x						

Récolte	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septem bre	Octobr e	Novem bre	Décem bre
Doumiers (fruit du palmier Oum)				x	x	x						
Légumes												
Lentilles										x	x	
Arachides									x	x	x	
Niébé									x	x	x	
Souchet (de petite et grande tailles)	x									x	x	
Graines												
Balanites	x										x	x
Dorowa (fermenté = soubala)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sésame										x	x	
Aliments de source animale												
Poisson	x	x	x	x	x	x				x	x	x
Grillons	x	x								x	x	x
Œuf	x	x	x	x	x	xx	xx	xx	x	x	x	x
Lait de vache	x	x	x	x	x	xx	xx	xx	x	x	x	x
Lait de chèvre	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Yaourt	x	x	x	x	x	xx	xx	xx	x	x	x	x
Beurre	x	x	x	x	x	xx	xx	xx	x	x	x	x
Fromage	x	x	x	x	x	xx	xx	xx	x	x	x	x
Bœuf, mouton, poulet, chèvre, chameau, pintade, pigeon, canard	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Autres												
Fleurs d'amarante (bissap)	x									x	x	x
Dorowa (farine jaune dans des gousses)				x	x	x						

XX signifie qu'il y en a en abondance

Annexe 6. Résultats détaillés de l'analyse situationnelle et de la recherche formative

Dans le Tableau 1, les résultats de l'analyse situationnelle et de la recherche qualitative sont combinés et résumés par comportement clé. Les résultats de l'analyse situationnelle de la littérature existante sont indiqués en **noir**, la référence¹⁵ est indiquée entre parenthèses et les résultats de la recherche formative (RF) de SPRING sont ajoutés en **rouge**. Les résultats du village de Guidan Alkali sont identifiés par les lettres GA, et les résultats de Hannou Gazané par les lettres HG.

Tableau 1. Résultats de l'analyse situationnelle et de la recherche formative

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
Les femmes enceintes se rendent à quatre consultations prénatales au moins	<ul style="list-style-type: none"> • 30,5 % des femmes vivant dans les zones rurales du Niger sont allées à une consultation prénatale au moins au cours de leur dernière grossesse (INS 2012) ; il n'existe aucune donnée spécifique pour Maradi • Plus récemment, les femmes ont commencé à se rendre aux consultations prénatales, mais après la première ou la deuxième visite, elles arrêtent si tout semble aller bien (Hamani 2013) 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <p>Les rappels sont utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un homme à GA : Ma femme a perdu beaucoup de sang lors de ses grossesses précédentes. Mais depuis qu'elle se rend aux consultations prénatales, il n'y a plus de problèmes • Un homme à HG a dit qu'il regrette que sa femme ne se soit pas rendue aux consultations prénatales ; elle est décédée. Depuis lors, il en voit l'importance <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses grossesses (Hamani 2013) • Les hommes n'accompagnent pas leurs femmes dans les cliniques (LAHIA 2013) • Les femmes ne veulent pas révéler leurs soins de grossesse 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de distribution d'aliments (Hamani 2013) • Accessibilité géographique (Hamani 2013) • Un homme qui accompagne sa femme accroît la qualité des soins (conversations personnelles avec le personnel) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le centre de santé est trop loin (Hamani 2013) • On attend trop longtemps (Hamani 2013) • Les mauvaises attitudes des agents de santé (Hamani 2013) • Les médicaments ne sont pas disponibles, en particulier ceux liés aux soins de santé gratuits (Hamani 2013) Confirmé • Les agents de santé 	<p>Un grand nombre des obstacles sont extérieurs et ne sont pas liés à la volonté de pratiquer le comportement. Même si plus de femmes souhaiteraient pratiquer le comportement, il serait difficile d'obtenir un effet, à moins que les obstacles liés au faible système de soins de santé ne soient levés.</p> <p>Ce comportement n'est pas recommandé pour une vidéo de comportement clé pour l'instant.</p>

¹⁵ Qui renvoie à la liste de référence à la fin du document

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		(conversations personnelles avec le personnel)	responsables au niveau des petits centres de santé sont très souvent absents (formations, campagnes de vaccination) (Hamani 2013) <ul style="list-style-type: none"> Les agents de santé compensent les soins de santé gratuits en demandant plus d'argent pour d'autres soins (Hamani 2013) 	
Les femmes accouchent au centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> 26,7 % des femmes à Maradi ont accouché dans un centre de santé pour leur dernière grossesse (INS 2012) D'autres femmes accouchent à la maison et, pour le premier bébé, les nouvelles mamans retournent au domicile de leurs parents (Hampshire et al. 2009) 	Éléments facilitateurs : <ul style="list-style-type: none"> Le fait d'être au centre de santé deux à trois jours avant l'accouchement (Hamani 2013) Obstacles : <ul style="list-style-type: none"> Indisponibilité ou problème lié à l'attitude des agents de santé (un homme à HG a essayé de réveiller l'agent de santé sept fois dans la nuit et celui-ci ne s'est pas réveillé ; la femme de l'homme est décédée) Le fait de ne pas pouvoir contrôler les conditions d'accouchement dans l'établissement – pas d'endroit privé ou pas d'endroit correctement équipé pour l'accouchement (conversations personnelles avec le personnel) 	Éléments facilitateurs : <ul style="list-style-type: none"> Présence de distribution d'aliments (Hamani 2013) Accessibilité géographique (Hamani 2013) Un homme qui accompagne sa femme accroît la qualité des soins (conversations personnelles avec le personnel) Obstacles : <ul style="list-style-type: none"> Les agents de santé sont très souvent des hommes (Hamani 2013) Ce n'est plus un problème. Tous les répondants ont le sentiment qu'ils n'ont pas d'autre choix que d'aller consulter un agent de santé de sexe masculin (GA, HG) 	Un grand nombre des obstacles sont extérieurs et ne sont pas liés à la volonté de pratiquer le comportement. Ce comportement n'est pas recommandé pour une vidéo de comportement clé pour l'instant.
Les femmes prennent un petit repas supplémentaire	<ul style="list-style-type: none"> 42 % des femmes sont anémiées (INS 2012) 14,4 % des femmes n'ont pas 	Éléments facilitateurs : <ul style="list-style-type: none"> Les gens savent que les comprimés de fer-acide folique 	Éléments facilitateurs : <ul style="list-style-type: none"> Les femmes enceintes qui se sentent faibles peuvent décider 	Étant donné que les hommes sont ceux qui décident de la distribution de la nourriture au niveau du ménage, donner des

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
<p>pendant la grossesse</p> <p>Administration et prise de comprimés de fer – d’acide folique pendant la grossesse</p> <p>Charge de travail réduite pendant la grossesse</p>	<p>pris de comprimés de fer pendant leur dernière grossesse, alors que 37,8 % ont pris plus de 90 comprimés (INS 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> À Kantché¹⁶, seulement un tiers des femmes qui ont reçu du fer l’ont effectivement consommé (PASAM-TAI 2013) Diversité du régime alimentaire des femmes, Score : 3.3 (USAID 2014) 61,5 % des ménages avaient du sel iodé (INS 2012) Toutes les femmes de la famille (concession) mangent ensemble dans le même plat. Celles qui mangent plus vite obtiennent la plus grande quantité de nourriture et les meilleurs aliments (GA, HG) 	<p>donneront plus de sang et amélioreront la santé de la mère et du fœtus (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les femmes savent que les légumes verts feuillus sont riches en fer, aucune autre source n’est mentionnée (PASAM-TAI 2013) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les femmes ont la nausée lorsqu’elles prennent des comprimés de fer (Hamani 2013) Tous les hommes ont dit qu’ils aident leurs femmes à travailler au champ, à récupérer du bois de chauffe et même à laver les vêtements ou à moudre les céréales (GA, HG) Toutes les femmes de la même famille mangent dans le même plat (GA, HG) Les hommes ne donnent pas à leur femme enceinte des aliments supplémentaires / spéciaux. Ils savent que les femmes enceintes devraient manger plus mais à cause des ménages polygames, cela ne peut pas marcher ; cela créerait des problèmes entre les 	<p>de ne pas jeûner pendant la saison du carême¹⁷, même si elles devront se rattraper après avoir accouché (GA, HG)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les hommes qui se sentent concernés connaissent les risques des travaux pénibles pendant la grossesse (PASAM-TAI 2013) Des hommes de GA ont dit qu’ils soutenaient leurs femmes enceintes pour qu’elles ne perdent pas le futur bébé ; Leader GA : pour le développement de l’enfant dans le ventre de sa mère ; Leader GA : pour éviter le « manque de sang » pendant l’accouchement, pour s’assurer que l’enfant qui naît n’est pas malnutri <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Certains tabous alimentaires mais pas si importants que cela (PASAM-TAI 2013) Tabous alimentaires : <ul style="list-style-type: none"> -Souchet, taro : ça vous donne des démangeaisons (GA) - la viande de chameau entraîne une grossesse plus longue, jusqu’à 12 mois (GA) - l’igname, les doigts de dames 	<p>conseils pratiques sur la manière d’améliorer le régime alimentaire de leurs femmes enceintes.</p> <p>La vidéo pourrait montrer un homme qui a compris cela et qui a parlé à ses femmes. Ils pourraient continuer à manger ensemble, mais en soutenant les femmes enceintes.</p> <p>Un imam pourrait parler de sa femme qui ne fait pas le carême pendant la grossesse.</p> <p>Mentionner le conseil concernant la prise de fer la nuit et avec un peu de nourriture, pour atténuer la nausée.</p>

¹⁶Un département de la région de Zinder, région voisine de Maradi.

¹⁷Une fois par an, pendant 30 jours.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		<p>femmes (GA, HG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont indiqué avoir pris du fer, de l'albendazole, des antipaludiques. Quand elles avaient la nausée, elles prenaient les médicaments tard la nuit (HG) • Les femmes à GA ont pris des médicaments traditionnels contre la nausée, ainsi que du fer et d'autres médicaments du centre de santé (GA) • Les gens croient que le fer donne trop de sang (« augmenter le sang nuisible ») (PASAM-TAI 2013) Pas confirmé 	<p>(HG)</p> <p>Les femmes enceintes en bonne santé ressentent la pression sociale qui les pousse à jeûner pendant la saison du carême¹⁸ (GA, HG)</p> <p>Il est socialement très difficile de singulariser une seule femme pour lui donner une plus grande quantité de nourriture et de meilleurs aliments (GA, HG)</p>	
Les femmes font deux petits repas supplémentaires pendant l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun régime spécial pour les femmes allaitantes, en dehors du kunu (genre de bouillie) que les femmes allaitantes qui ont de jeunes nourrissons consomment toute la journée (GA, HG) • Toutes les femmes de la famille (concession) mangent ensemble dans le même plat. Celles qui mangent plus vite obtiennent la plus grande quantité de nourriture et les meilleurs aliments (GA, HG) 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ni les femmes ni les hommes ne pensent qu'une femme allaitante a besoin d'un régime alimentaire particulier (GA, HG) • La polygamie rend difficile de singulariser certaines femmes (GA, HG) • Toutes les femmes de la même famille mangent dans le même plat (GA, HG) 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains tabous alimentaires mais pas si importants que cela • Les aliments qui donnent du mauvais lait : <ul style="list-style-type: none"> - igname, poisson, doigts de dames (GA) - igname, doigts de dames (HG) • Il est socialement très difficile de singulariser une seule femme pour lui donner une plus grande quantité de nourriture et de meilleurs aliments (GA, HG) 	<p>Étant donné que les hommes sont ceux qui décident de la distribution de la nourriture au niveau du ménage, donner des conseils pratiques sur la manière d'améliorer le régime alimentaire de leurs femmes enceintes.</p> <p>La vidéo pourrait montrer un homme qui a compris cela et qui a parlé à ses femmes. Les femmes pourraient continuer à manger ensemble, mais les coépouses pourraient soutenir les femmes allaitantes.</p> <p>Un imam pourrait parler de sa femme qui ne fait pas le carême pendant les six premiers mois de</p>

¹⁸ Le Ramadan, une fois par an, pendant 30 jours.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
				<p>l'allaitement pour éviter que la femme n'ait faim et non pas pour améliorer la qualité/quantité de son lait.</p> <p>On devrait montrer un mari en train de soutenir sa femme allaitante pour qu'elle puisse allaiter.</p>
<p>Mise au sein précoce :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit l'accouchement - aucun aliment ou liquide n'est donné au nouveau-né avant l'allaitement - pas d'alimentation au biberon 	<ul style="list-style-type: none"> • 40,7 % des bébés qui sont nés dans les deux ans qui ont suivi l'étude ont été allaités dans l'heure suivant la naissance (INS 2012) • 68,1 % des bébés nés dans les deux ans qui ont suivi l'étude ont été allaités le jour même de la naissance, et 38 % d'entre eux ont reçu autre chose à boire avant le début de l'allaitement (INS 2012) • La plupart des femmes donnent le colostrum à leurs bébés, mais pas toutes dans l'heure qui suit l'accouchement (PASAM-TAI 2013) 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fait d'accoucher dans un centre de santé (PASAM-TAI 2013) • Toutes les mères ont indiqué avoir donné du colostrum ; mais les grands-mères ont dit que seules celles qui ont accouché au centre de santé l'ont fait • Les mères disent qu'elles peuvent parler à leurs belles-mères pour partager ce qu'elles ont appris au niveau du groupe/de la vidéo • Dans la culture haoussa, on donne toujours aux animaux nouveaux-nés le colostrum de leur mère et c'est une pratique très valorisée <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes femmes qui sont enceintes pour la première fois, sont étroitement surveillées par les femmes plus âgées (Hamani 2013) • En attendant que le lait 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens savent que l'élimination des premières selles noires est nécessaire et bénéfique (Hamani 2013) (le colostrum aussi a cet effet-là) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que le lait jaune est de mauvaise qualité et qu'il faut attendre qu'il devienne blanc (Hamani 2013, Hampshire et al. 2009) • S'il s'agit de la première grossesse, la femme n'est pas sûre que son lait est bon, le lait doit être testé, les résultats ne sont disponibles qu'après 3 à 4 jours (Hamani 2013) Pas confirmé • Le risque de désobéir à une mère et de gâcher éventuellement les relations avec la famille natale. Les mères ont une influence particulière pour le premier enfant, étant donné que les filles rentrent généralement au domicile familial pour leur premier 	<p>Aucune vidéo spéciale sur la mise au sein précoce n'est nécessaire, mais la vidéo sur l'allaitement maternel exclusif devrait mentionner les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le colostrum aide à éliminer les selles noires ; - le lait maternel est toujours bon ; - le colostrum est toujours bon et doit être donné immédiatement après la naissance (comparer avec les animaux) ; - plus vite vous mettez le bébé au sein, plus vite le lait montera et plus vous aurez de lait.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		<p>« monte », elles donnent du lait de chèvre ou du lait en poudre (Hamani 2013), de l'eau sucrée, du jus de citron sucré (PASAM-TAI 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les décoctions¹⁹ sont considérées comme une forme de vaccination locale nécessaire pour le bien-être du bébé (Hamani 2013) • Les décoctions sont également données aux nouveau-nés pour les maux de ventre, pour rendre l'enfant plus vivant (PASAM-TAI 2013), pour « ouvrir les intestins » et lui donner de l'appétit (Hamani 2013) • Les décoctions peuvent être données aux adultes et aux enfants et les recettes sont héritées des parents (Hamani 2013) • Nous avons testé l'idée que les décoctions pourraient être données aux femmes pour que le bébé puisse en boire à travers le lait, mais les femmes ont préféré que nous disions de ne plus donner de décoctions aux enfants 	accouchement. Pour les accouchements ultérieurs, nombre de femmes ont été capables d'ignorer les conseils de leurs mères et de commencer la mise au sein précoce (sans le dire à leurs mères) (Hampshire et al. 2009)	
L'allaitement maternel exclusif (AME) pendant les 6 premiers mois	<ul style="list-style-type: none"> • Seulement 13,3 % des bébés nigériens âgés de 4 à 5 mois ont été nourris exclusivement au sein (INS 2012) – il n'existe 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La connaissance du message de l'allaitement maternel exclusif 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes doivent rester à la maison pendant 40 jours après 	Donner de l'eau (pour la chaleur) et des décoctions (pour la protection contre les maladies) aux bébés de moins de six mois

¹⁹ Tisane fabriquée à partir de feuilles bouillies et souvent fermentée pendant plusieurs jours.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
<ul style="list-style-type: none"> - pratiquer l'AME depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois - vider les deux seins à chaque tétée - Allaitement fréquent – environ 10 fois en 24 heures - Bon positionnement et bonne prise du sein 	<p>aucune donnée spécifique pour Maradi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier enfant a plus de chance d'être nourri exclusivement au sein, probablement du fait du temps (Salissou 2012) • L'observation a montré que les femmes ne prennent pas le temps d'allaiter, ni même de s'asseoir pour allaiter • Moins de 5 % des enfants nigériens ont été nourris au biberon, le pourcentage le plus élevé se situant chez les bébés âgés de 0 à 1 mois (INS 2012) ; il n'existe aucune donnée spécifique pour Maradi 	<p>jusqu'à l'âge de 6 mois est élevée chez les femmes (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les avantages de l'AME sont bien connus : pas de diarrhée, moins de maladies, un bébé plus dynamique, qui marche tôt (Hamani 2013) • Les pères ont indiqué qu'il y avait moins de dépenses (Hamani 2013) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères ne sont pas encore convaincues qu'il ne faut pas donner d'eau sous un climat aussi chaud (Hamani 2013, PASAM-TAI 2013, GRET 2012) • Certaines femmes disent que l'enfant a le droit de boire (Hamani 2013), les gens pensent que l'AME est dangereux pour un enfant parce que personne ne peut vivre sans eau (LAHIA 2013) • Lorsque les femmes doivent aller travailler au champ, les grands-mères donnent aux bébés de l'eau sucrée ou du lait de chèvre (Hamani 2013) • Contraintes de temps : les femmes donnent le sein même pendant qu'elles sont en train de mouliner les céréales (Hamani 2013, Salissou 2012). Confirmé. Les femmes estiment qu'elles prennent environ deux minutes 	<p>l'accouchement (cela n'est pas bon pour les soins post-nataux, mais cela permet de mettre l'accent sur l'allaitement maternel) (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bébés âgés de moins d'un an restent avec leur mère - attachés sur le dos de leur mère • Les grands-mères acceptent de prendre en charge le travail des femmes pour leur permettre d'allaiter ; pas les hommes. Ils sont d'accord avec le fait que la femme suspende le travail pour un certain temps • Les hommes refusent d'aider à la cuisine (GA) • Les hommes peuvent aller chercher de l'eau ou tenir le bébé qui pleure pendant que la mère travaille (HG) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient le lait maternel devient chaud si l'enfant tète trop au même sein ou quand la mère a marché longtemps (Hamani 2013) Dernier point confirmé • Les gens croient que le lait maternel des femmes enceintes est mauvais (et les femmes sont très souvent enceintes) (Hamani 2013) • Les femmes croient qu'elles n'ont pas assez de lait parce qu'elles ne mangent pas 	<p>est une pratique courante. Trouver des déviants positifs qui n'ont pas donné d'eau ou de décoctions.</p> <p>Trouver un Imam qui explique que donner du lait de chèvre était acceptable « dans l'ancien temps » mais que la science a démontré désormais que les choses sont différentes.</p> <p>Inclure le message : le lait maternel est toujours bon, même si la mère est restée dehors ou au soleil, même si elle a faim, ou si elle est enceinte (inclure une allusion à Allah).</p> <p>Confirmer les avantages de la culture qui permet un repos de 40 jours après l'accouchement, pour pouvoir se concentrer sur la mise en place de l'AME. Mentionner aussi que le lait maternel remplace le besoin de décoctions.</p> <p>Mentionner la nécessité de vider les deux seins à chaque tétée ou de permettre à l'enfant d'être rassasié, pour que les gens commencent à comprendre la nécessité de prendre du temps pour allaiter le bébé.</p> <p>Expliquer que plus une mère allaite, plus elle produit de lait.</p> <p>Montrer un mari qui aide sa femme, en prenant des mesures qui permettent à la femme</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		<p>pour allaiter lorsqu'elles s'asseyent (tous)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infusions de plantes médicinales à base d'eau (décoctions) sont données régulièrement, au moins pendant les 40 premiers jours de vie (Hampshire et al. 2009) • L'alimentation précoce en suppléments alimentaires à base de millet est une pratique courante (Hampshire et al. 2009) • La raison la plus fréquente de l'interruption de l'allaitement maternel est une nouvelle grossesse (Hampshire et al. 2009) • De nombreuses mères reconnaissent que le sevrage abrupt pourrait être nuisible et introduisent donc des suppléments alimentaires trop tôt au cas où elles tomberaient de nouveau enceinte (Hampshire et al. 2009) 	<p>suffisamment (LAHIA 2013) : une femme a dit qu'elle n'avait pas assez de lait parce qu'elle faisait le carême (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Coran prescrit que les personnes ne devraient faire le carême que lorsqu'elles s'en sentent capables, mais en réalité toutes les femmes qui allaitent le font • Un imam à GA a dit qu'il ne permet pas à sa propre femme de faire le carême pendant sa grossesse et pendant les quatre premiers mois de l'allaitement • L'on distingue le bon lait et le mauvais lait. Le bon lait, c'est le lait que l'enfant boit vigoureusement et qui le fera marcher plus tôt. Le mauvais lait est chaud, dilué, sucré ou contient du colostrum (SC, Hamani 2013) • Les gens croient que le lait devient de mauvaise qualité lorsque la mère n'a pas suffisamment à manger. Les femmes ne nous croient pas lorsque nous déclarons que le régime alimentaire de la mère n'affecte pas le lait (HG, GA) • Lorsqu'un enfant boit du « mauvais lait », il souffre de problèmes de santé (HG, GA), de diarrhée, de vomissements (HG) • Les grand-mères disent qu'elles 	<p>allaitante de travailler moins.</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
			<p>sont prêtes à acheter du lait artificiel²⁰ pour le bébé ou à faire des bouillies pour que le bébé puisse survivre si le lait maternel devient mauvais (HG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le <i>rubutu</i> (écrits religieux à l'encre lavés à partir d'une tablette en bois) est donné à boire pour protéger contre les mauvais esprits (Hamani 2013) • Mahomet lui aussi a bu du lait de chèvre (Hamani 2013) Confirmé, imam Maradi : Mahomet a bu du lait de chèvre à sa naissance • Les mères ne sont pas supposées faire trop attention aux décoctions qui sont administrées à leurs enfants, en particulier pour le premier enfant. Ce sont les hommes qui achètent les décoctions auprès des guérisseurs traditionnels (Hamani 2013) • Les femmes ne sont pas prêtes à croire que les décoctions pourraient être données aux femmes pour que le bébé puisse en bénéficier à travers le lait maternel. Elles ont préféré que nous disions qu'il ne fallait plus en donner aux bébés • Concernant l'AME, l'influence des pères est plus importante 	

²⁰Que très peu de personnes peuvent se permettre d'acheter.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
			que l'influence de la famille ou des amies (Salissou 2012)	
<p>Alimentation complémentaire de 6 à 24 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - commencer à 6 mois ; - quantité ; - fréquence ; - épaisseur ; - diversité ; - alimentation interactive ; - assiette individuelle ; - hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> • 55 % des enfants âgés de 6 à 8 mois sont allaités au sein et reçoivent également des aliments complémentaires, et seulement 77 % des enfants âgés de 12 à 17 mois bénéficient du même régime alimentaire (USAID 2014) • Parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois : 7,5 % reçoivent quatre groupes d'aliments ou plus ; 52,9 % bénéficient d'une fréquence de repas minimale ; 3,7 % sont nourris selon les pratiques alimentaires optimales pour les jeunes enfants et les nourrissons (INS 2012) • Seuls les jeunes bébés (jusqu'à 9 mois) reçoivent une bouillie spéciale, qui est trop liquide • Le score HDDS global est de 3,4 (USAID) • Seulement 8 % des enfants âgés de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation minimale acceptable (USAID 2014) • Le petit déjeuner est le repas de la veille réchauffé ou de la bouillie²¹ s'il n'y a pas de reste (tous) 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Production locale importante de niébé, d'arbres/de feuilles de moringa et d'arachides, de sauterelles, d'hibiscus²⁴, etc. (GA, HG) • Les mères disent qu'elles laissent des instructions pour l'alimentation aux autres personnes chargées de garder les bébés lorsqu'elles sortent et qu'elles vérifient par la suite si ces instructions ont été suivies. Pour les tout-petits, elles laissent une nourriture spéciale à part (tous) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de temps à consacrer à la cuisine (Hamani 2013) • Quelques rares familles gardent les pois chiches pour la consommation, une grande partie de la production est vendue (Hamani 2013) • Les hommes sont servis en premier et obtiennent généralement les meilleurs morceaux (par exemple, la viande) (Hampshire et al. 2009) • Les enfants âgés de plus d'un 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des feuilles sauvages – euphorbes, balanites, yadia – sont souvent cueillies pour les ajouter à des régimes alimentaires monotones (LAHIA 2013) • Le séchage de fruits et de légumes est très bien accepté et répandu, de même que le poisson séché importé est disponible (observation au marché) • Les enfants de la première femme sont plus susceptibles d'être négligés, tandis que [le père] fait plus attention aux enfants d'une nouvelle femme (Hampshire et al. 2009) • Dans les ménages polygames élargis, le statut d'une mère (basé sur des considérations comme le succès en matière de procréation, le contexte familial et la désirabilité sexuelle perçue) peut déterminer le pouvoir de négociation en matière de nourriture (Hampshire et al. 2009) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que les œufs 	<p>La vidéo doit montrer que la boule est trop liquide et que la pâte a l'épaisseur que nous recherchons.</p> <p>Les hommes doivent être sensibilisés sur l'importance des aliments complémentaires.</p> <p>Montrer des astuces sur la manière d'améliorer la diversité du régime alimentaire pendant la période de soudure (par exemple, sécher et stocker les aliments).²⁶</p> <p>Il est nécessaire de montrer des enfants qui sont nourris de manière active, à partir d'une assiette/d'un plat individuel(le).</p> <p>Il faudrait montrer les différentes femmes de la concession en train de se soutenir les unes les autres en donnant des portions spéciales aux enfants les plus jeunes. Dans l'idéal, l'homme aura discuté de cette question avec les femmes.</p> <p>Le lavage des mains avant la préparation de la nourriture et avant l'alimentation devrait faire partie de la vidéo sur le lavage des mains. La question de l'hygiène pour la préparation des aliments devrait être</p>

⁶ La bouillie peut être du kunu (farine battue dans de l'eau bouillante) ou du koko (bouillie plus homogène, plus finement tamisée)

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
	<ul style="list-style-type: none"> • Tout au long de la journée, toute la famille consomme la boule²² (tous) • La boule est généralement suffisante en termes de quantité, mais elle est trop liquide (en particulier pendant la période de soudure, on a tendance à ajouter plus d'eau) et elle est d'une faible teneur énergétique et d'une faible diversité. La boule est laissée dans une calebasse et toute la famille peut en consommer à volonté. Parce qu'elle est rarement épuisée, même dans les périodes de soudure avant les récoltes, la plupart des mères concluent que tous leurs enfants ont suffisamment à manger (Hampshire et al. 2009) • Le soir, l'on mange une pâte²³ avec de la sauce • Personne, y compris les bébés, n'utilise une assiette individuelle (Hamani 2013) Observé 	<p>an mangent tous dans le même plat, séparément des adultes, qui ont donc peu de contrôle sur la quantité et la nature de ce que mange effectivement chaque enfant (Hampshire et al. 2009) Confirmé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques culturelles de la distribution de la nourriture font qu'il est très difficile pour les parents de singulariser un enfant pour un traitement spécial (Hampshire et al. 2009) • Les aliments riches en nutriments (hibiscus, sauterelles, tomates séchées, tamarin, poivron/piment sec, etc.) ne sont pas utilisés pour l'alimentation des enfants mais sont vendus (tous) • Pendant 7 à 14 heures chaque jour, les mères ne contrôlent pas ce que leurs jeunes enfants mangent, étant donné qu'ils sont laissés à la garde d'une autre personne (Hamani 2013, SC) 	<p>et la viande sont mauvais pour les jeunes enfants, parce que s'ils consomment ces aliments, ils développeront un appétit insatiable pour des aliments de qualité (HG, GA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que les jeunes enfants qui n'ont pas de dents ne peuvent pas manger de viande, ils ne peuvent pas la mâcher (mais ils seraient d'accord pour leur en donner si ont leur montrait comment faire) • Les gens croient que le fait de donner des œufs à manger pourrait faire de leur enfant un voleur (GRET 2012)²⁵ • Les hommes décident de la quantité d'aliments à vendre, de la quantité à garder pour la famille et de la quantité nécessaire pour leur permettre de financer leurs déplacements ou autres. La quantité de nourriture à garder pour la famille n'est pas influencée par 	<p>essentiellement axée sur le fait d'ajouter de l'eau bouillie/traitée à la boule de l'enfant.</p> <p>Les parents, mais aussi les autres responsables de la garde des enfants comme les frères et sœurs plus âgés et les grands-mères, ont besoin de conseils pratiques sur la manière de nourrir les enfants lorsque la mère est absente.</p> <p>Les mères devraient recevoir des conseils sur la manière de donner des instructions aux autres responsables de la garde des enfants.</p> <p>Les mères devraient recevoir des conseils sur les aliments qu'elles peuvent facilement emporter avec elles pour leurs bébés lorsqu'elles sont au champ avec eux ou d'autres façons de s'assurer que les bébés mangent pendant que les mères sont absentes.</p>

²⁴Oseille de Guinée, qui sert à fabriquer la boisson locale, le « bissap »

²⁶Par exemple, de la tomate séchée (cowda), du piment séché (tattassej), du tamarin séché (tsamia), du poisson séché, du gombo séché, des feuilles d'hibiscus séchées (yakua), des fruits séchés comme le goruba séché.

²² Une boule de céréale broyée – parfois fermentée, parfois à moitié bouillie – écrasée avec du lait écrémé frais, du lait en poudre additionné d'eau (non traitée), ou de l'eau (non traitée) (et parfois du sucre et des épices et des dattes). La « boule » de la famille est préparée pour tous dans le même bol et consommée avec la même louche.

²³ Pâte (*touwo*) : céréale broyée et bouillie pour obtenir une masse collante.

²⁵ C'est une croyance répandue qui vient de l'idée que les enfants qui consomment des mets délicieux et de qualité insisteront pour en avoir régulièrement et développeront des comportements surnois pour les obtenir, notamment réclamer des aliments - ce qui est considéré comme un manque de respect et un mauvais comportement.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des aliments complémentaires au bébé relève de la responsabilité de la femme (Hamani 2013) • Lorsque la mère est absente et que l'enfant a plus d'un an, les grands-mères sont le premier choix pour la prise en charge des enfants et les grands-frères/grandes-sœurs du bébé viennent en seconde position 	<ul style="list-style-type: none"> • Les bébés âgés de moins d'un an restent avec leur mère – attachés sur le dos, mais les mères n'emportent rien à manger pour les bébés (tous) 	<p>la présence de femmes ou d'enfants ni par le nombre d'enfants. L'homme donne la nourriture à faire cuire pour l'ensemble de la famille étendue à la femme dont c'est le « tour » (GA, HG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ne vont pratiquement jamais au marché ; ce sont les hommes qui y vont. Si les hommes donnent de l'argent, ils en donnent trop peu pour pouvoir acheter des produits de qualité (Hamani 2013) • Déficits alimentaires saisonniers (Hamani 2013). Voir le calendrier saisonnier recueilli pour Guidan Roudji (Annexe 5) • Le manque de coopération dans les ménages élargis devient particulièrement important lorsque les hommes sont absents, en exode (migration pour le travail) (Hampshire et al. 2009) 	
<p>Poursuivre l'allaitement maternel fréquent, à la demande, jusqu'à l'âge de 24 mois ou plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne, un enfant à Maradi est allaité pendant 19,7 mois (INS 2012) • Le sevrage est l'affaire des femmes, la mère décide du sevrage et elle en informe son mari (Hamani 2013) 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La raison la plus fréquente de l'interruption de l'allaitement maternel est une nouvelle grossesse (Hampshire et al. 2009) • Le bébé allaité au sein est supposé « voler » le lait d'un(e) futur(e) petit-frère / petite sœur 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralement, il existe une norme au niveau des villages qui décide du moment où les enfants doivent être sevrés et les femmes du village qui ne suivent pas cette norme seront l'objet de moquerie des autres femmes (Hamani 2013) 	<p>Expliquer que le lait maternel est encore bon quand la femme est enceinte.</p> <p>Expliquer également que la femme devrait augmenter son apport calorique lorsqu'elle est enceinte ou lorsqu'elle allaite ou lorsqu'elle est enceinte et qu'elle allaite.</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		<p>ou bien le lait d'une femme enceinte est perçu comme « chaud » et potentiellement néfaste pour un enfant allaité au sein, allant jusqu'à provoquer des maladies et même la mort. De nombreuses mères ont reconnu que le sevrage abrupt pourrait être néfaste et ont donc introduit tôt des aliments supplémentaires pour le cas où elles seraient de nouveau enceintes (Hampshire et al. 2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquemment, les enfants malades sont considérés comme un signe de « mauvais lait » et retirés du sein maternel à un moment où ils sont particulièrement vulnérables (Hampshire et al. 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont dit que l'Imam décide de la norme au niveau du village (GA) • Un homme a dit que l'âge du sevrage dépend de l'état de santé de l'enfant et de l'âge de l'enfant, mais que normalement cela se situe autour de 18 mois (GA) • Femmes et hommes : les femmes peuvent allaiter même au-delà de 24 mois, si nécessaire (GA) • À HG, il n'existait pas de norme de ce genre au niveau des villages <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse ultérieure – la femme sèvre le jeune enfant 	
<p>Utiliser les services de santé préventive pour les enfants (vaccinations, pesage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 54,1 % des enfants âgés de 12 à 24 mois ont reçu tous les vaccins recommandés (tuberculose, dcaT, polio et rougeole) 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de distribution d'aliments (Hamani 2013) 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distance, longue attente, attitude peu respectueuse des agents de santé (Hamani 2013) • Le personnel responsable des petits centres de santé (un seul agent affecté) est très souvent absent, soit en formation, soit en campagne de vaccination (Hamani 2013) • Les gens croient que les enfants nés dans un centre de santé n'ont pas besoin d'être vaccinés (conversations personnelles) 	<p>Un grand nombre des obstacles sont extérieurs et ne sont pas liés à la volonté de pratiquer le comportement.</p> <p>Ce comportement n'est pas recommandé pour une vidéo de comportement clé pour l'instant.</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
<p>Reconnaître les signes de danger et rechercher un traitement rapide au centre de santé</p> <p>Continuer à alimenter pendant la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmenter les liquides ; - offrir les aliments favoris ; - alimenter davantage après la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants sont rarement emmenés à un centre de santé pour des maladies considérées comme courantes (par exemple, fièvre, diarrhée, infections respiratoires) (Hampshire et al. 2009) • Les parents continuent à alimenter les enfants malades, mais ils ne leur donnent aucun aliment spécial. Il n'y a pas d'encouragement particulier proposé aux enfants malades (tous) • Certains parents donnent moins d'aliments et de liquides en vue d'arrêter la diarrhée (discussions avec le personnel) 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de tabou alimentaire pour les enfants malades (tous) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'automédication est la première option de traitement pour un grand nombre, c'est une solution rapide, peu coûteuse, accessible et efficiente. (Page et al. 2011, Hampshire et al. 2009) • Les parents ont rarement distingué les épisodes distincts de ces maladies, les voyant plutôt comme des maladies chroniques et souvent intrinsèques à l'enfant (Hampshire et al. 2009) • Les enfants malades ne reçoivent pas d'aliments particuliers (généralement de qualité ou faciles à digérer) ; les pratiques culturelles de distribution d'aliments rendent très difficiles pour les parents de singulariser un enfant pour un traitement spécial (Hampshire et al. 2009) • L'argent nécessaire pour un enfant malade doit être déduit de la nécessité de maintenir un capital productif, en particulier le bétail et la terre (Hampshire et al. 2009) 	<p>avec le personnel)</p> <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À cause des services gratuits, de nombreux centres de santé manquent de médicaments (Hamani 2013) • Accessibilité : longue distance pour se rendre au centre de santé (Page et al. 2011) • Pas assez d'argent pour payer les soins (Page et al. 2011) • Il a été confirmé que même le centre de santé qui devrait être gratuit est parfois payant (conseil PF et contraceptifs ; consultations et médicaments pour les enfants âgés de 0 à 5 ans ; toutes les consultations prénatales et les médicaments et les césariennes devraient être gratuits, mais si des médicaments spéciaux sont nécessaires, il faut payer) • Les gens croient que le fait de donner, puis de supprimer soudainement des aliments de qualité, en particulier le lait, peut provoquer l'<i>anugu</i> (fièvre et éruptions cutanées) (Hampshire et al. 2009) • Les gens croient que la maladie « vient comme ça », sans cause. Souvent, ils expliquent la maladie sous l'angle magico-religieux : la religion musulmane (Dieu) ou animiste 	

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
			<p>(les esprits) (LAHIA 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parents pensent que tout enfant peut soudainement tomber malade et mourir à tout moment (Hampshire et al. 2009) • Un homme a montré une poudre qu'il avait dans sa poche qui était censée chasser les esprits quand on en mettait sur des braises chaudes (HG) • Tous ont dit que l'agent de santé ne peut pas guérir les maladies qui viennent des esprits. Les gens disent consulter d'abord un agent de santé comme ils ne peuvent pas dire s'il s'agit d'un esprit ou d'une maladie ; l'agent de santé décidera de ce qu'il faut faire. Un homme connaissait un agent de santé qui travaillait de concert avec un guérisseur traditionnel, mais la plupart des participants aux groupes de discussion ont dit que les deux ne peuvent pas travailler ensemble (HG, GA) • Les grands-mères ont affirmé qu'en réalité, certains agents de santé envoient leurs patients aux guérisseurs traditionnels pour certaines maladies (GA) 	
Diarrhée : traiter rapidement au centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • 10,7 % des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fait de savoir que la diarrhée est causée par un manque 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens font une distinction entre différents types de 	Insister sur le fait que lorsque les enfants de moins de 2 ans ont de la diarrhée, ils perdent du poids,

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
	<p>précédant l'enquête et parmi eux 46,9 % ont vu un prestataire de soins de santé (INS 2012)</p>	<p>d'hygiène (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parents continuent à alimenter les enfants qui ont la diarrhée ; il n'y a pas de tabou autour de cette question (tous) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants malades ne reçoivent pas d'aliments particuliers (généralement de qualité ou faciles à digérer) ; les pratiques culturelles de distribution d'aliments rendent très difficiles pour les parents de singulariser un enfant pour un traitement spécial (Hampshire et al. 2009) • Les gens n'ont pas le réflexe d'emmener les enfants au centre de santé dès l'apparition des premiers symptômes de diarrhée (Hamani 2013) • Dans certains villages, les gens ont dit que le fait d'emmener les enfants au centre de santé dépend de l'âge de l'enfant (Hamani 2013) 	<p>diarrhée, les diarrhées dangereuses et les moins dangereuses (voir Hamani 2013 pour plus de détails)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que la diarrhée est nécessaire à certains stades du développement : la période de dentition, quand les enfants marchent à quatre pattes et quand ils commencent à reconnaître les gens (LAHIA 2013) • Les gens croient que la diarrhée peut être également provoquée par un mauvais lait maternel : lorsque les femmes travaillent beaucoup ou lorsqu'elles attendent longtemps entre deux tétées (cela change la composition du lait ou le lait devient chaud) (LAHIA 2013) • Les gens croient que la diarrhée est également provoquée par le fait de manger la première récolte, de manger trop ou de manger certains aliments ou certaines choses auxquelles votre corps n'est pas habitué (LAHIA 2013) • Les êtres humains et les animaux vivent ensemble : dans toutes les cours, il y a des animaux qui vont et viennent (observations) 	<p>ce qui a un grand impact sur leur développement, même si ce n'est pas une diarrhée dangereuse.</p> <p>La vidéo pourrait dire quelque chose comme : « toute diarrhée doit faire l'objet d'une consultation au centre de santé ; allez également au centre de santé lorsque l'enfant commence à faire ses dents ou lorsqu'il a de la diarrhée à cause du vent ».</p> <p>Il faut insister sur la prévention de l'infection fécale-orale chez les enfants, en montrant un ménage où les animaux et les êtres humains vivent séparément.</p> <p>La vidéo devrait insister sur une alimentation plus importante, y compris l'allaitement maternel et l'apport de liquide pendant et après les accès de diarrhée.</p>
Paludisme : traiter rapidement au centre	<ul style="list-style-type: none"> • 10,3 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre dans 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des mères font le 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que le 	<p>Expliquer le danger de l'automédication, peut-être en</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
de santé	<p>les deux semaines précédant l'enquête. Parmi eux, 50,1 % ont vu un prestataire de soins de santé (INS 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18,2 % des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide la nuit précédant l'enquête (INS 2012) 	<p>lien entre le paludisme et les moustiques (Hamani 2013)</p> <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants âgés de moins d'un an sont emmenés au centre de santé. Les enfants âgés de plus de 12 mois font d'abord l'objet d'une automédication, mais les parents savent que le paracétamol n'est pas un traitement définitif et n'a qu'un effet calmant. Si l'enfant ne va pas mieux après un ou deux jour(s), alors seulement les parents l'emmenent au centre de santé (Hamani 2013) • Confirmé au cours de la RF. Certains enfants meurent parce que le paludisme n'a pas été rapidement traité (GA, HG) 	<p>paludisme est provoqué par le fait de manger la nouvelle récolte (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que les convulsions sont provoquées par des esprits (Hamani 2013) 	<p>ayant recours à des témoins qui ont perdu leurs enfants et à un agent de santé qui donne des explications.</p>
Infections respiratoires aiguës : traiter rapidement au centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • 3,9 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Un traitement a été recherché pour 42 % d'entre eux (INS 2012) • Les infections respiratoires aiguës sont très fréquentes pendant les mois froids, entre novembre et février (voir les détails pour les types de froid dans Hamani 2013) 	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les agents de santé traditionnels sont consultés pour « attraper les côtes » en cas d'infections respiratoires aiguës (Hamani 2013) • L'automédication est le premier traitement (Hamani 2013) 	<p>Obstacles :</p> <p>À cause des soins de santé gratuits, souvent les médicaments ne sont pas disponibles au centre de santé (Hamani 2013)</p>	
Utiliser les méthodes de planification	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les adolescentes ont demandé 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hommes interviewés 	<p>Ne pas parler de limitation du nombre d'enfants mais plutôt</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
<p>familiale (PF) pour espacer les naissances et retarder l'âge de la première grossesse</p>	<p>méthode de contraception : 11,2 % (6,9 % signalent utiliser une méthode moderne et 4,3 % utilisent une méthode traditionnelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> Le taux de fécondité cumulé des femmes âgées de 15 à 49 ans pour les trois années précédant l'enquête était de 8,4, comparativement au nombre idéal moyen d'enfants pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, qui était de 7,1 	<p>l'accès aux méthodes de PF (GA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les adolescentes ont exprimé le désir d'espacer les naissances de 2 à 3 ans (GA) Les adolescentes ont ouvertement parlé de leurs petits amis qui les ont aidées à éviter de tomber enceintes (GA) Les adolescentes ont perçu le lien entre la santé de la femme et l'espacement des naissances (GA) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faible connaissance des méthodes et de la fécondité (Camber Collective 2014) Les courts intervalles entre les naissances deviennent plus probables à cause du remplacement précoce du lait maternel par d'autres aliments (Hampshire et al., 2009) Variation importante dans la demande de PF au niveau de la population (Camber Collective 2014) La crainte des parents de se retrouver avec une fille portant une grossesse non souhaitée les fait opter pour un mariage précoce et forcé la plupart du temps (Bationo 2013) Les hommes ne se rendent pratiquement jamais au centre 	<p>acceptent que l'on utilise la planification familiale en vue d'espacer les naissances. Ils ont déclaré que les choses sont en train de changer et les grands-mères ont dit qu'elles seraient d'accord (un homme : « Avoir trop d'enfants ne vous rend pas riche mais fatigué »)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les hommes étaient favorables, mais leurs épouses n'utilisaient pas la PF ; seule la femme de l'Imam l'utilisait (GA) Les hommes ont dit que leurs épouses utilisent la PF moderne, même si l'on constate des effets secondaires (HG) Dans les deux villages, les gens ont dit que la PF est un sujet qui est discuté par tous les adultes de la concession – toutes les épouses, le mari et la belle-mère – bien qu'un homme ait dit « c'est la décision de la femme, nous les hommes nous ne pouvons pas savoir si elles utilisent la PF » (HG) « J'emmène ma femme pour la PF jusqu'à ce que le dernier enfant ait trois ans » (HG) Les premiers rapports sexuels des adolescentes sont retardés jusqu'à ce qu'elles soient prêtes et cela est souvent décidé avec la belle-mère (HG, GA) 	<p>d'espacement des grossesses.</p> <p>Montrer la communication dans le couple pour la planification d'une famille et les couples déviants positifs.</p> <p>Demander à une femme de parler des effets secondaires et également du changement de méthode de PF.</p> <p>Tous les couples apparaissant dans les films devraient avoir des enfants dont les naissances ont été bien espacées.</p> <p>Mentionner l'AME pendant les 6 premiers mois comme méthode de PF (MAMA).</p> <p>Mentionner la PF dans la vidéo sur les « 1 000 jours ».</p> <p>Montrer que la richesse et le statut d'un homme sont souvent perçus à travers la bonne santé de ses enfants.</p>

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
		de santé, bien que ce soit eux les décideurs (Bationo 2013)	<p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le statut d'une mère repose sur des considérations comme le succès de la procréation, le contexte familial et la désirabilité sexuelle perçue (Hampshire et al., 2009) • L'attitude consistant à dire « plus il y a d'enfants, plus l'on a de chance qu'au moins un réussisse » (Banque mondiale 2014) • Les femmes sont en compétition pour avoir plus d'enfants (Camber Collective 2014) • Les enfants sont considérés comme des « richesses » (Banque mondiale 2014), un prestige social (Bationo 2013) • La réticence des hommes (Bationo 2013) ; en particulier les hommes plus âgés sont réticents (GA, HG) • Stigmatisation des femmes qui utilisent la PF, on parle mal des utilisatrices (Bationo 2013) Confirmé • Les femmes pensent que l'utilisation de la PF entraînera la stérilité (Bationo 2013, Camber Collective 2014) Confirmé : il y a la perception qu'après la PF, il est difficile d'avoir plus d'enfants 	

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
			<ul style="list-style-type: none"> • Les gens croient que la PF consiste à limiter le nombre d'enfants (Bationo 2013, Camber Collective 2014) Confirmé en RF : la crainte d'être considéré par les autres villageois comme « une personne qui a décidé d'arrêter de procréer » (GA) • Crainte des effets secondaires des méthodes modernes (Bationo 2013, Camber Collective 2014) • Il faut accepter que c'est Dieu qui décide (Bationo 2013). Confirmé : « Le nombre d'enfants, c'est la décision de Dieu » (GA, HG) (même un homme à HG dont la femme est décédée à l'accouchement a dit cela) • Les femmes divorcées ou veuves ne sont pas « supposées » utiliser la PF (Bationo 2013) • Rupture de stock des méthodes de PF (Bationo 2013) • Insuffisance de conseils pour les utilisateurs (Bationo 2013) • Centre de santé trop éloigné (Bationo 2013) • La planification familiale n'est pas encore largement acceptée (Camber Collective 2014) – Confirmé, mais avec une certaine ouverture, les gens 	

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
			<p>souhaitent avoir plus d'informations sur la PF (GA, HG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La communication en matière de PF n'est pas adaptée aux besoins des femmes (Camber Collective 2014) 	
<p>Se laver les mains avec du savon et de l'eau courante à des moments clés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) après s'être soulagé ; 2) après avoir nettoyé les fesses²⁷ du bébé ; 3) avant de préparer la nourriture ; 4) avant de manger 	<ul style="list-style-type: none"> • 15,3 % de personnes disposent de produit nettoyant et d'eau au poste de lavage des mains (USAID 2014) • 8,1 % des personnes connaissent trois moments essentiels sur cinq (2 % de personnes connaissent tous les moments) pour le lavage des mains : <ul style="list-style-type: none"> - 16,3 % après avoir déféqué ; - 12,7 % après avoir nettoyé un enfant ; - 7,3 % avant de faire la cuisine ; - 7,1 % avant d'alimenter le bébé ; - 89,5 % avant de manger • Les mains sont rarement lavées (Hampshire et al. 2009) • Les adultes se lavent les mains : avec du savon seulement avant le repas principal ; parfois sans 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes font le lien entre les maladies et le lavage des mains (Hamani 2013) • Les gens savent qu'il est nécessaire de se laver les mains mais ne mettent pas en pratique ce comportement (Hamani 2013) • La religion prescrit le lavage des mains au moins quatre fois par jour pour les prières (pas avec du savon) (Hamani 2013) • La religion demande à une personne de se laver avant la prière et avant et après les rapports sexuels • Toutes les maisons disposent d'un pot en plastique pour se laver les mains (bouilloire, 700 à 1 000 francs CFA) avant la prière et à d'autres moments. Le problème est que ces pots ne sont pas toujours conservés 	<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hommes sont très intéressés par le lavage des mains avec du savon • Un grand intérêt pour le lavage des mains avec Omo (moins cher) • Les cendres sont acceptées également, mais en particulier pour les ménages très pauvres ou chez les femmes de GA qui les utiliseraient pour laver la vaisselle très grasse • Un grand intérêt pour les tippy taps et les bouteilles percées contenant du détergent liquide pour se laver les mains <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de tippy taps dans les villages • Si les femmes sont absentes ou occupées : pas de nettoyage des fesses du bébé ou de 	<p>Encourager les familles à attacher une bouilloire près des endroits où l'on a besoin de se laver les mains (par exemple, la cuisine, les latrines).</p> <p>Encourager les familles à avoir du savon près de la bouilloire, accessible à tous. Pour protéger le savon contre les animaux et pour réduire le coût du savon, fabriquer du détergent liquide à partir de la poudre de lessive et le mettre dans une bouteille d'eau en plastique percée ou le mettre dans un porte-savon fabriqué à partir d'une bouteille en plastique.</p> <p>Tous les membres de la famille doivent être impliqués et, en particulier, les hommes, parce qu'ils sont intéressés par le lavage des mains.</p> <p>Charger les hommes de « veiller à ce que le lavage des mains se fasse » dans leur concession.</p>

²⁷ Nettoyer les fesses d'un bébé relève essentiellement de la responsabilité des femmes. Les hommes à GA ont dit qu'ils ne nettoyaient les fesses d'un enfant que si la mère était en voyage. Un homme a dit qu'il le ferait également si la mère était occupée à faire la cuisine. Un homme à GA a même dit qu'il appellerait sa femme s'il voyait un pot avec des selles dedans. Toutefois, à HG, les hommes ont dit qu'ils n'ont aucun problème pour nettoyer les fesses d'un enfant ; un homme a même dit qu'il accepterait de laver les couches sales.

Comportement idéal	Comportement actuel	Éléments facilitateurs/obstacles au niveau des ménages	Éléments facilitateurs/obstacles environnementaux	Recommandations pour la vidéo
	<p>savon après avoir nettoyé les fesses du bébé ; et pas quand ils sont allés se soulager dans la brousse (GA, HG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de poste spécial pour le lavage des mains (GA, HG) • Les hommes sont chargés d'acheter le savon pour la famille, mais parfois ce sont les femmes qui l'achètent. L'utilisation et la conservation du savon relèvent de la responsabilité de la femme (Hamani 2013) • La plupart des gens utilisent la brousse comme toilettes (même s'ils ont des latrines) et la plupart d'entre eux n'ont pas d'eau dans la brousse. Certaines personnes ont dit qu'elles se lavent les mains en revenant, bien que cela n'ait pas été observé dans les postes de lavage des mains (Hamani 2013) 	<p>au même endroit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'homme trouve qu'il est important de se laver les mains, tous les membres de la famille le feront (Hamani 2013) <p>Obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oubli • Paresse – les gens ne veulent pas prendre le temps de le faire (Hamani 2013) • Les règles de lavage des mains (toutes les étapes) sont complexes et difficiles à retenir (Hamani 2013) • Les gens se lavent les mains avant de manger leur repas, mais pas avant de prendre un goûter (Hamani 2013) • Ils disent qu'ils se lavent toujours les mains avant de prendre un goûter, mais les observations montrent qu'il n'en est rien. • Ils veulent que les enfants se lavent les mains avant le repas principal, mais ils n'en contrôlent pas la pratique • Les hommes sont chargés d'acheter le savon pour la famille (Hamani 2013) 	<p>lavage des mains après (Hamani 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le savon est caché quelque part hors de portée des enfants et des animaux et il est coûteux, précieux – pour laver les habits et le corps • Le savon Lavibel est très apprécié, mais ne dure que 3 à 7 jours (Hamani 2013) • Coût de l'eau : 10 à 15 francs CFA/gallon (HG) ; 25 francs CFA/gallon (GA) : payé à la source (pas de trou de forage) • Coût du savon dur : 200 francs CFA • Coût de l'Omo²⁸ : petit sachet pour 25 francs CFA • Les hommes n'étaient pas d'accord pour que leurs femmes achètent du savon, mais ils étaient d'accord pour en acheter plus pour leurs enfants (GA, HG) 	

²⁸ Une marque de savon en poudre qui peut être transformé en savon liquide. Il est moins cher qu'un morceau de savon, mais il peut être caustique.

