

Voir, c'est croire

L'expérience de SPRING/Digital Green au Niger



Preuves fournies par une approche de vidéo communautaire pour les comportements liés à la nutrition et l'hygiène

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 résultats de 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.

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement Thibaut Williams du Bureau technique régional pour le Sahel et Mike Manske et les autres membres du Global Health Bureau de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), pour leur soutien aux interventions présentées dans ce rapport. Nous remercions aussi l'équipe Conception-Etudes Suivi-Evaluation Appuis-Formation (CESAF) pour leur excellent travail et leur dévouement pour la collecte de données complètes et de qualité pour cette évaluation. Nous remercions Sourmya Alva de John Snow, Inc., et Peggy Koniz-Booher, Gwyneth Cotes, et Tim Williams du Projet SPRING pour leur revues technique et d'assurance-qualité détaillées et pour leurs observations précieuses qui ont permis de renforcer ce rapport. Nous remercions Emily Stammer pour sa contribution à la préparation du système mobile de saisie des données. Nous remercions aussi Jimmy Bishara du Projet SPRING pour la conception du rapport, ainsi que Heather Davis pour la gestion de la production du rapport. Enfin, nous tenons à saluer le travail inlassable de nos partenaires Digital Green, REGIS-ER, Save the Children, et Mercy Corps, dont le leadership et le soutien dans la mise en œuvre des interventions de vidéo communautaire au Niger ont été d'un apport précieux pour assurer une intervention de qualité.

CITATION RECOMMANDÉE

Dougherty, Leanne, Marjolein Moreaux, Chaibou Dadi, et Sophie Minault. 2016. Voir, c'est croire : Preuves fournies par une approche de vidéo communautaire pour les comportements liés à la nutrition et l'hygiène. Arlington, VA : Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING).

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org

Web: www.spring-nutrition.org

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'Accord de coopération No. AID-OAA- A-11-00031 (SPRING), géré par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Le contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'USAID ou du gouvernement américain.

Voir, c'est croire

L'expérience de SPRING/Digital Green au Niger

**Preuves fournies par une approche de vidéo communautaire
pour les comportements liés à la nutrition et l'hygiène**



Table des matières

Sigles et abréviations	iv
Résumé analytique	1
Introduction	5
Description de l'intervention	6
Cadre conceptuel	8
Méthodes	11
Étude qualitative	11
Étude quantitative	11
Analyse des coûts	14
Forces et limites	14
Approbation éthique	14
Résultats	15
Faisabilité et acceptabilité de la mise en œuvre de l'approche	15
Efficacité de l'approche de la vidéo communautaire sur les comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive	19
Comportements concernant le lavage des mains	19
Comportements concernant l'alimentation interactive	23
Exposition aux messages concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive	26
Coût et intensification	28
Analyse de coûts	28
Potentiel d'intensification	30
Discussion et conclusion	32
Références	34
Annexe 1: Description des répondants à l'enquête	36

Sigles et abréviations

DG ----- Digital Green

FGD ----- Groupe de discussion

IDI----- Entretien approfondi

INS----- Institut National de la Statistique

IYC ----- Nourrissons et jeunes enfants

MIYCN ----- Nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

CCSC ----- Communication pour le changement social et comportemental

SPRING ----- Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally
[Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale]

USAID ----- Agence des États-Unis pour le développement international

OMS----- Organisation mondiale pour la Santé

WRA----- Femmes en âge de procréer

Résumé analytique

CONTEXTE

Situé dans le Sahel, le Niger est caractérisé par des conditions climatiques rudes qui contribuent à développer des crises alimentaires structurelles et des taux élevés de malnutrition aiguë sévère chez les enfants. Les populations du Niger ont été victimes de nombreux chocs comme les conflits, la sécheresse et les pénuries alimentaires, qui risquent de s'aggraver du fait du changement climatique et de l'expansion démographique. Avec 43,9 % des enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance, le pays a besoin de nouvelles approches permettant de produire des résultats rapides. Pour faire face aux besoins de nutrition, de santé et de moyens de subsistance des communautés au Niger, il est nécessaire d'utiliser une approche de communication rapide et flexible susceptible d'être adaptée aux besoins contextuels au niveau communautaire. Le projet de Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale (SPRING), financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), est un projet sur cinq ans qui s'engage à réduire l'anémie et le retard de croissance chez les femmes et les jeunes enfants par l'extension de programmes efficaces de Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et de programmes liés à la nutrition.

Suite à une collaboration fructueuse développée en Inde, SPRING et Digital Green (DG) ont forgé des partenariats avec des groupes communautaires existants pour introduire au Niger une approche innovante de médias communautaires. L'intervention pilote de SPRING/DG au Niger vise à contribuer à la réduction des maladies infantiles causées par de mauvaises pratiques de lavage des mains et à soutenir un meilleur apport alimentaire grâce à l'accroissement

de l'utilisation de pratiques d'alimentation interactives. L'approche permet aux communautés rurales de créer et partager des vidéos permettant de promouvoir des comportements de grand impact pour la nutrition et l'hygiène chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (MIYCN).

Ce rapport présente les résultats d'une évaluation utilisant des méthodes mixtes, sur l'acceptabilité, l'efficacité et la capacité d'extension de l'approche de la vidéo communautaire de SPRING et DG relative aux comportements de MIYCN et d'hygiène au Niger.

QUESTIONS DE RECHERCHE

L'évaluation vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quelles étaient les expériences et les perspectives des participants bénéficiaires et médiateurs en termes d'acceptabilité du programme vidéo communautaire ? Dans quelle mesure ont-ils trouvé la mise en œuvre réalisable ?
- Quel a été l'effet de l'approche SPRING/DG en termes de changement des connaissances, d'attitudes et d'adoption de comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive dans le groupe cible ? Est-ce que les connaissances et l'adoption de comportements ont diminué/augmenté au fil du temps ?
- Quel est le coût par adoption de comportement et le coût par personne touchée dans les zones pilotes d'intervention de SPRING/DG ? Quel est le coût de l'intensification de l'intervention dans de nouvelles communautés ou de l'introduction de nouvelles vidéos ?

METHODES

Notre évaluation a appliqué une conception d'étude à méthodes mixtes. Des études quantitatives ont mesuré l'efficacité des interventions et ont été administrées à trois périodes différentes : avant l'exposition à la vidéo (enquête initiale), quatre à huit semaines après l'exposition à la vidéo (deuxième enquête) et trois à quatre mois après l'exposition à la vidéo (évaluation finale) afin de tester la durabilité de l'adoption. Des groupes de discussion (FGD) ont évalué l'acceptabilité, ainsi que la possibilité d'intensifier et d'assurer la durabilité de l'intervention. Nous avons collecté les données sur les coûts afin de déterminer le coût par bénéficiaire touché et comportement changé, et aussi déterminer les ressources qui seraient nécessaires pour intensifier l'intervention.

RESULTATS

Faisabilité et acceptabilité de l'approche de la vidéo communautaire

Les conclusions tirées des groupes de discussion (FGD) étaient prometteuses et indiquaient que les membres de la communauté, notamment les femmes en âge de procréer (WRA), les hommes et les adolescents, ont perçu que l'approche de la vidéo communautaire était un outil acceptable et réalisable pour appuyer le changement de comportement. Les bénéficiaires du programme ont noté que la programmation et la durée de la projection de la vidéo étaient appropriées. Toutefois, du fait des niveaux d'intérêt élevés, parfois il faisait trop chaud sur le site de la projection et il y avait trop de monde et pas assez de places pour s'asseoir. Globalement, les femmes ont ressenti un lien avec les histoires partagées et ont eu le sentiment que la présentation visuelle permettait de faciliter la compréhension des messages au-delà de ce qui avait été partagé verbalement auparavant.

Les conclusions tirées des FGD ont également montré que les vidéos avaient généré un enthousiasme qui se traduisait par des changements au niveau des normes sociales. Les bénéficiaires et médiateurs des interventions pilotes ont trouvé que la participation aux activités permettait de rehausser leur statut social, étant donné que les autres membres de la communauté les consultaient par rapport aux messages partagés à travers les vidéos et les visites à domicile.

Les bénéficiaires et médiateurs des interventions pilotes ont également reconnu l'importance des visites à domicile, déclarant que les visites permettaient de renforcer la compréhension des messages partagés lors de la projection des vidéos et offraient également l'occasion de partager les informations avec les personnes influentes au niveau des ménages, notamment les maris et les belles-mères. Les femmes ont également noté que l'accent mis par les interventions pilotes sur l'invitation de personnes influentes aux projections des vidéos était utile, dans la mesure où cela donnait aux femmes plus d'appui pour convaincre les membres des ménages qui pouvaient être réticents par rapport au changement de comportement.

Efficacité de l'approche de la vidéo communautaire :

Les constatations des enquêtes quantitatives ont montré que l'approche de la vidéo communautaire était un outil efficace pour réaliser le changement de comportement en MIYCN, comme illustré dans les **Tableaux 1 et 2**. Les conclusions de l'enquête indiquent que l'utilisation de l'approche de la vidéo communautaire a fait croître la présence d'un poste de lavage des mains à domicile (comme démontré dans les vidéos) de 14 % initialement à 59 % un à deux mois après la projection de la vidéo. En outre, le pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du

Tableau 1 : Changement de comportement concernant le lavage des mains avant et après la projection de la vidéo

	Enquête initiale (avril 2015)	1 à 2 mois après l'exposition à la vidéo (juin 2015)	3 à 4 mois après l'exposition à la vidéo (août 2015)
Ménages disposant d'au moins un endroit dédié au lavage des mains	14 %	48,8 %	59 %
Nombre total	301	322	356
Ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	73,8 %	95,5 %	96,2 %
Nombre total	42	157	210

savon et de l'eau, indiquant une utilisation régulière, a augmenté de 73,8 % à 96,2 %.

Les constatations pour le deuxième comportement prioritaire étudié, l'alimentation interactive des enfants de 6 à 24 mois et l'alimentation à partir d'une assiette séparée, montrent également des résultats très prometteurs. Après avoir regardé la vidéo, le pourcentage d'enfants à un bras de distance d'une personne responsable lors du dernier repas est passé de 65 % à 80 %. Le pourcentage de femmes nourrissant leur enfant à partir d'une assiette séparée est passé de 70 % à 97 %.

Coût de la mise en œuvre de l'approche de la vidéo communautaire

Notre analyse a déterminé le coût par bénéficiaire atteint à hauteur d'environ 16,19 dollars EU par personne. Sur la base du nombre de bénéficiaires dont les comportements ont changé, nous avons déterminé le coût par adoption de comportement changé pour

le lavage des mains à hauteur de 28,91 dollars EU par bénéficiaire et de 36,24 dollars EU par bénéficiaire ayant « adopté » le comportement de l'utilisation d'une assiette séparée pour l'enfant. Les estimations des coûts pour l'intensification ont inclus une petite hausse de la rémunération des médiateurs du projet et ont été extrapolées pour deux scénarios en vue de déterminer les coûts additionnels associés à l'extension de l'intervention de 1500 bénéficiaires à 7500 bénéficiaires. En utilisant les 10 vidéos existantes produites par la preuve du concept, nous avons estimé le coût d'intensification du programme à 277 169 dollars EU. En conséquence, le coût par bénéficiaire a chuté à 3,73 dollars EU par personne atteinte, 6,60 dollars EU pour le comportement changé concernant le poste de lavage des mains et à 8,27 dollars EU pour le comportement changé concernant l'assiette séparée.

Un second scénario a estimé les coûts de l'extension de l'intervention à 7500 bénéficiaires et de la production

Tableau 2 : Changement dans le comportement concernant l'alimentation interactive et l'alimentation à partir d'une assiette séparée avant et après la projection de la vidéo

	Enquête initiale (avril 2015)	1 à 2 mois après l'exposition à la vidéo (juin 2015)	3 à 4 mois après l'exposition à la vidéo (août 2015)
Pourcentage de femmes qui ont déclaré qu'une personne responsable avait aidé l'enfant lors du dernier repas	87,7	94,7	92,7
Pourcentage de femmes qui ont une assiette séparée pour leur enfant	69,8	89,1	96,6
Pourcentage de femmes qui ont déclaré que l'enfant était à moins d'un bras de distance d'une personne responsable lors du dernier repas	64,5	76,7	79,5
Pourcentage de femmes qui encouragent activement leur enfant à manger (sur la base de l'échelle d'encouragement)	31,2	70,2	85,1
Nombre total	301	322	356

de nouveaux contenus vidéo. Les coûts associés au second scénario étaient de 304 887 dollars EU. En conséquence, le coût par bénéficiaire serait de 4,13 dollars EU par personne touchée, 7,26 dollars EU pour le comportement changé concernant le poste de lavage des mains et 9,10 dollars EU pour le comportement changé concernant l'assiette séparée.

CONCLUSION

La collaboration SPRING/DG au Niger montre que l'approche peut être mise en œuvre avec succès dans le contexte de résilience du Niger. Les résultats de

l'évaluation à méthodes mixtes mettent en évidence le potentiel de l'approche de la vidéo communautaire comme approche innovante et efficace pour susciter le changement de comportement en matière de nutrition et d'hygiène à la fois au plan social et au plan individuel. Surtout, les résultats de l'évaluation montrent que l'utilisation de multiples canaux pour diffuser les messages et prendre contact avec les personnes influentes clés est une approche prometteuse pour autonomiser les femmes, les hommes et les communautés en vue d'améliorer leur santé, grâce à de meilleurs comportements en matière de nutrition et d'hygiène.

Introduction

Le Niger, situé au Sahel, est caractérisé par des conditions climatiques rudes qui contribuent à développer des crises alimentaires structurelles et des taux élevés de malnutrition aiguë sévère chez les enfants. En 2012, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans était de 127 pour 1000 naissances vivantes et 43,9 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de retard de croissance¹ (INS et ICF International, 2012). Un certain nombre de facteurs contribuent aux niveaux élevés de décès et de malnutrition chez les enfants, notamment les maladies infantiles et un apport alimentaire insuffisant. Les déterminants sous-jacents de ces causes immédiates sont, notamment, l'insécurité alimentaire au niveau des ménages, les mauvaises pratiques de soins des enfants, les services de santé insuffisants ainsi qu'un environnement malsain (Black et al., 2008). Nombre de ces déterminants sous-jacents sont influencés par les normes et les pratiques culturelles, notamment la polygamie, l'accent mis sur la prise de décisions par les hommes, ainsi que les faibles niveaux d'alphabétisation (Moreaux, 2015).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un certain nombre d'interventions, notamment le lavage des mains avec du savon à des moments essentiels (après l'utilisation des toilettes et avant la préparation des aliments), comme moyen de prévenir les maladies diarrhéiques, qui contribuent aux carences nutritionnelles, à une moindre résistance aux infections et à une croissance et un développement inadéquats (OMS, 2015). De même, l'on admet de plus en plus que les comportements et les styles d'alimentation peuvent avoir des effets sur l'alimentation complémentaire et l'apport alimentaire et, donc, la croissance des nourrissons et des jeunes enfants (IYC) (Bentley, Wasser, et Creed-Kanashiro 2011).

La promotion des pratiques qui appuient les comportements et les styles d'alimentation appropriés ainsi que l'hygiène requiert des stratégies de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) hautement contextualisées qui prennent en compte les contraintes propres aux sociétés rurales, traditionnelles et de faibles ressources comme le Niger.

La CCSC est un véritable défi dans les zones éloignées. Le contact avec les populations rurales peut être difficile, du fait des mauvaises infrastructures et de l'accès limité aux soins de santé, si bien que les agents de santé ont beaucoup de difficultés à toucher les personnes qui en ont le plus besoin. Les approches médias nécessitent d'avoir accès à la radio ou à la télévision, ce qui n'est pas toujours le cas dans le milieu rural. Au Niger, moins de 50 % des ménages des zones rurales possèdent une radio et seulement 3 % des zones rurales possèdent une télévision (INS et ICF International, 2012). En outre, les informations diffusées par les mass-médias sont souvent à sens unique, à partir des centres urbains, où un petit groupe de personnes et d'intérêts détermine les informations que devraient recevoir les communautés rurales, au lieu d'adapter le contenu des médias, sur la base d'un échange d'idées et de demandes, aux besoins des communautés rurales (Berrigan, 1979).

L'utilisation de la vidéo comme canal pour la CCSC offre plusieurs avantages pour le travail en zone rurale, notamment un contenu plus standard avec moins de changements en fonction des éducateurs et un niveau élevé de réceptivité et de compréhension au sein des populations peu alphabétisées.

¹ Défini comme inférieur de -2 écarts types à la moyenne de la taille correspondant à leur âge au sein de la population de référence de l'OMS.

Les approches du changement de comportement qui incorporent des vidéos accompagnées de discussions guidées au niveau communautaire se sont révélées très prometteuses en santé publique (Desta et al., 2014; Khoury et al., 2002 ; Roye et Hudson, 2003 ; Tuong, Larsen et Armstrong, 2014). Toutefois, l'on dispose de peu de preuves sur l'utilisation de vidéos communautaires particulièrement pour l'appui des comportements en MIYCN et en hygiène.

Suite à une collaboration fructueuse développée en Inde, le projet de Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale (SPRING) et Digital Green (DG) ont noué des partenariats avec des groupes communautaires existants pour introduire au Niger une approche innovante de médias communautaires (Kadiyala et al., 2014). L'intervention pilote de SPRING/DG au Niger vise à contribuer à la réduction des maladies infantiles causées par de mauvaises pratiques de lavage des mains et à soutenir un meilleur apport alimentaire grâce à l'accroissement de l'utilisation de pratiques d'alimentation interactives. Le présent rapport présente les conclusions d'une évaluation à méthodes mixtes visant à déterminer l'acceptabilité et l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche de la vidéo communautaire pour aborder les comportements concernant la MIYCN et l'hygiène dans un cadre aux ressources limitées comme le Niger. L'étude explore également les facteurs qui influencent le potentiel d'intensification de l'intervention et de durabilité des activités.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Avec l'appui de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le projet SPRING, en collaboration avec DG, a mis en œuvre une intervention pilote depuis fin 2014 et tout au long de 2015 pour tester l'utilisation de la vidéo communautaire facilitée

pour la promotion de comportements de grand impact de MIYCN et d'hygiène dans le contexte de résilience du Niger.

Nous avons adapté l'approche à partir de l'approche collaborative de SPRING/DG mise en œuvre en Inde en 2012. Nous avons travaillé en partenariat avec trois projets : le programme Resilience and Economic Growth in the Sahel—Enhanced Resilience Program (REGIS-ER) et deux projets « Vivres pour la paix », les projets Livelihoods, Agriculture and Health Interventions in Action (LAHIA) et Sawki, respectivement dirigés par la National Cooperative Business Association CLUSA International (NCBA CLUSA), Save the Children et Mercy Corps.

Nous avons collaboré avec les partenaires pour tester l'approche de la vidéo communautaire dans leurs villages d'intervention respectifs. Nous avons commencé la mise en œuvre en janvier 2015, en identifiant d'abord 20 villages : 15 dans la commune de Guidan Roudji dans le cadre de REGIS-ER et Sawki, et 5 villages de la commune d'Aguié dans le cadre de Save the Children. Les deux communes font partie de la région de Maradi, dont la capitale – Maradi – est située à 670 kilomètres de Niamey. Les communes sélectionnées sont situées à environ une heure de distance de route depuis Maradi.

Pendant la période de mise en œuvre, l'équipe de notre intervention pilote a travaillé avec des collectivités sélectionnées pour élaborer et diffuser des vidéos portant sur 10 thèmes de MIYCN et d'hygiène. Les membres de ces communautés sélectionnées ont joué le rôle d'acteurs ou de « stars » dans les vidéos, qui ont été par la suite présentées par nos médiateurs pendant les réunions communautaires mensuelles, accompagnées de discussions facilitées, de quatre groupes

Figure 1. Étapes de la vidéo communautaire pour le guide de nutrition



communautaires existants² mis en place par les projets partenaires de mise en œuvre.

Les vidéos ont porté sur un certain nombre de thèmes clés, notamment la diversité de l'alimentation, le lavage des mains, l'allaitement maternel exclusif, ainsi que les pratiques d'alimentation complémentaire, notamment l'alimentation interactive des jeunes enfants en utilisant une assiette séparée. Outre les diffusions vers les quatre groupes communautaires existants, nos médiateurs ont projeté des vidéos pour quatre groupes de personnes influentes, notamment les belles-mères, les maris et les co-épouses. Des membres du groupe central ont sélectionné ces personnes influentes en fonction des vidéos, pour aider à faciliter leur adoption des comportements encouragés à domicile. Nous avons encouragé les membres du groupe central à choisir différentes personnes influentes pour chaque vidéo, en fonction du thème et en fonction des personnes qui, selon eux, tireraient profit de l'exposition à la vidéo. Les médiateurs (ou volontaires) sur le terrain ont partagé les vidéos, mené des discussions interactives suite à la projection des vidéos et conduit des visites à domicile pour aborder toute question soulevée par les participants et vérifier si les membres du groupe comprenaient vraiment la pratique correctement ou faisaient la promotion de la pratique auprès d'autres personnes dans leur famille ou leur communauté.

Pendant la durée de la mise en œuvre, l'intervention pilote a touché 1644 membres du groupe primaire (1278 femmes et 366 hommes) par le biais de 80 projections

² Les quatre groupes existants incluaient des groupes d'hommes (des maris modèles sélectionnés par centre de santé, 25 à 60 ans ou plus), des groupes de jeunes adolescentes (12 à 18 ans) et plusieurs types de groupes de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Chaque groupe comptait environ 10 à 25 participants qui ont bénéficié de la projection mensuelle de vidéos, de discussions facilitées et de visites à domicile.

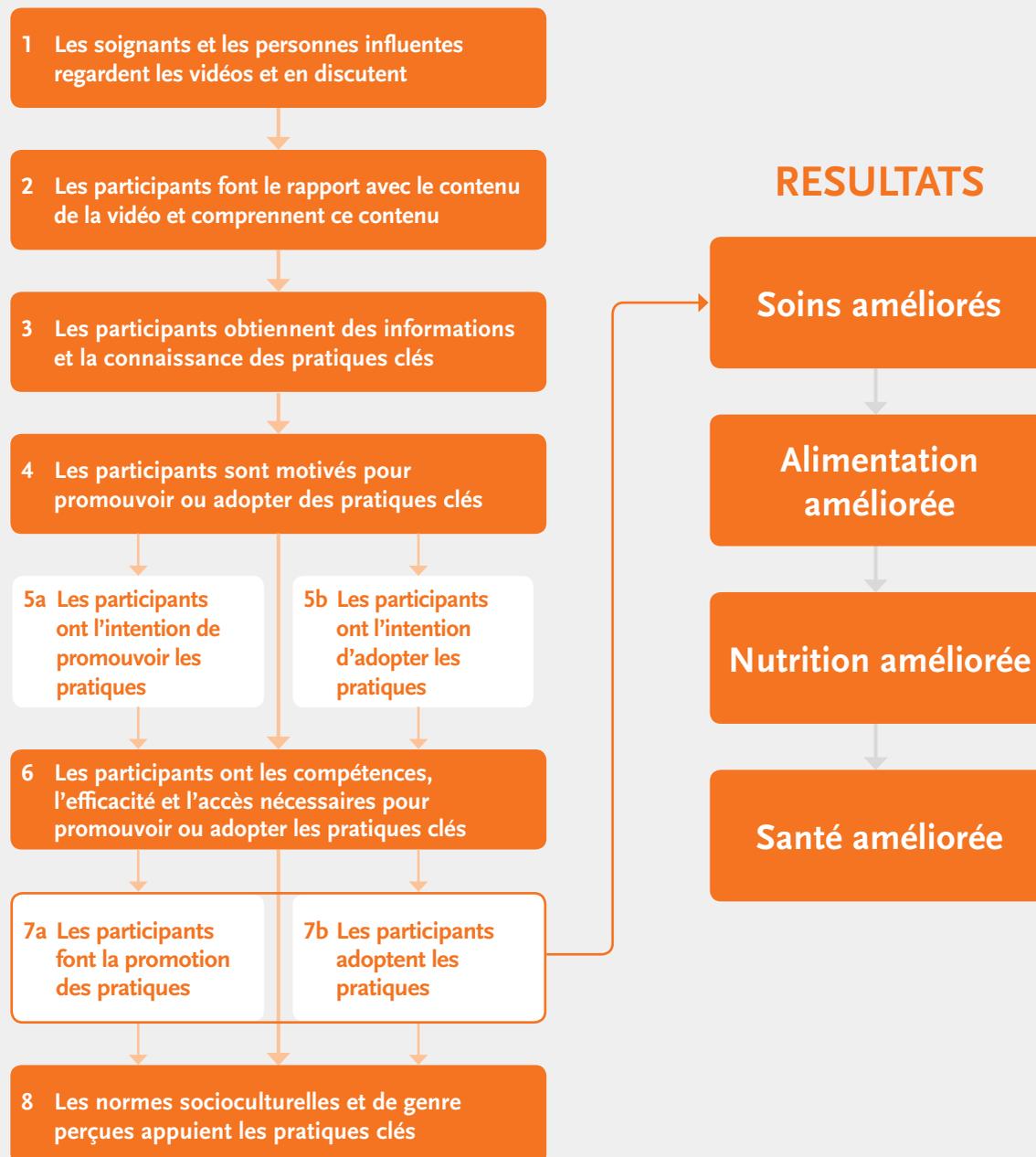
de vidéos communautaires. Pour chaque vidéo, le processus a nécessité l'adaptation des étapes indiquées et des outils dans la *vidéo communautaire pour le Guide de nutrition* de SPRING, comme illustré dans la **Figure 1** (voir la page précédente)

À cause du calendrier de l'évaluation, l'étude a mis l'accent sur les comportements qui pouvaient être adoptés immédiatement après l'exposition à la vidéo. Pour cette raison, nous avons sélectionné pour l'étude les comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive.

CADRE CONCEPTUEL

L'intervention de SPRING/DG s'inspire du modèle de changement de comportement par l'apprentissage social et du modèle socio-écologique de Bandura (Bandura 2004 ; Stokols 1996). Les deux théories reconnaissent la nécessité d'introduire les interventions qui traitent des facteurs cognitifs, comportementaux et environnementaux qui influencent le changement de comportement. Le cadre conceptuel présenté à la **Figure 2** résume la voie du changement que l'intervention SPRING/DG cherche à faciliter pour contribuer en fin de compte à l'amélioration des comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive. Pour traiter des facteurs cognitifs, l'intervention met l'accent sur le partage d'informations qui appuient des connaissances et des attitudes améliorées par rapport aux comportements. Pour les facteurs comportementaux, les vidéos offrent des démonstrations du comportement par les membres réels de la communauté, prouvant de ce fait que les spectateurs peuvent développer l'auto-efficacité pour pratiquer les comportements. Enfin, en offrant aux membres des groupes de femmes la possibilité d'inviter leurs personnes influentes aux projections de vidéos, l'intervention prend en compte les facteurs environnementaux, notamment les

Figure 2. Cadre conceptuel de la preuve du concept au Niger de SPRING/DG



normes sociales, qui sont des déterminants importants dans le contexte du Niger, où les femmes disposent d'un pouvoir décisionnel limité. La théorie de l'apprentissage social suggère que les connaissances et attitudes améliorées et une auto-efficacité accrue peuvent aboutir en fin de compte à un changement de comportement.

L'évaluation à méthodes mixtes vise à déterminer l'acceptabilité et l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche de la vidéo communautaire, ainsi qu'à comprendre les facteurs qui influenceront l'intensification et la durabilité, en répondant aux questions suivantes :

- Quelles étaient les expériences et les perspectives des bénéficiaires et des médiateurs en termes d'acceptabilité du programme de la vidéo

communautaire ? Dans quelle mesure ont-ils trouvé la mise en œuvre réalisable ?

- Quel a été l'effet de l'approche SPRING/DG en termes de changement des connaissances, des attitudes et d'adoption des comportements concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive dans le groupe cible ? Est-ce que les connaissances et l'adoption de comportements ont diminué/augmenté au fil du temps ?
- Quel est le coût par adoption de comportement et le coût par personne touchée dans les zones pilotes d'intervention de SPRING/DG ? Quel est le coût de l'intensification de l'intervention dans de nouvelles communautés ou de l'introduction de nouvelles vidéos ? Quels autres facteurs devraient être pris en compte pour l'intensification de l'intervention ?

Méthodes

Nous avons appliqué une conception d'étude à méthodes mixtes. Les enquêtes quantitatives ont mesuré l'efficacité des interventions et ont été administrées à trois périodes différentes : avant l'exposition à la vidéo (enquête initiale), quatre à huit semaines après l'exposition à la vidéo (deuxième enquête) et trois à quatre mois après l'exposition à la vidéo (évaluation finale) afin de tester la durabilité de l'adoption. Les discussions de groupe (FGD) des répondants à l'enquête ont permis d'évaluer l'acceptabilité et la possibilité d'intensifier et d'assurer la durabilité de l'intervention. Nous avons collecté les données de coûts en vue de déterminer le coût par bénéficiaire touché et par comportement changé tout en déterminant également les ressources qui seraient requises pour l'intensification de l'intervention.

ÉTUDE QUALITATIVE

Les objectifs de la recherche qualitative étaient de traiter les questions sur l'acceptabilité de l'intervention pilote et de recueillir le retour d'information sur la mise en œuvre, afin d'éclairer l'intensification, en interrogeant les bénéficiaires et les médiateurs du programme. Pour faciliter l'adhésion des partenaires et accroître les leçons tirées du programme, nous avons organisé des groupes de discussion (FGD) et des entretiens approfondis (IDI) au cours d'un atelier des parties prenantes sur une semaine, dirigé par les responsables de la mise en œuvre du programme, les conseillers techniques et les chercheurs à Maradi, au Niger, en août 2015. Nous avons organisé deux cycles de FGD avec les bénéficiaires et les médiateurs du programme, pour un total de 14 groupes de discussion. Le premier cycle des FGD a porté sur l'expérience de la projection de la vidéo et le deuxième cycle a porté sur l'expérience des visites à domicile. Les thèmes spécifiques abordés au cours des

groupes de discussion étaient, notamment :

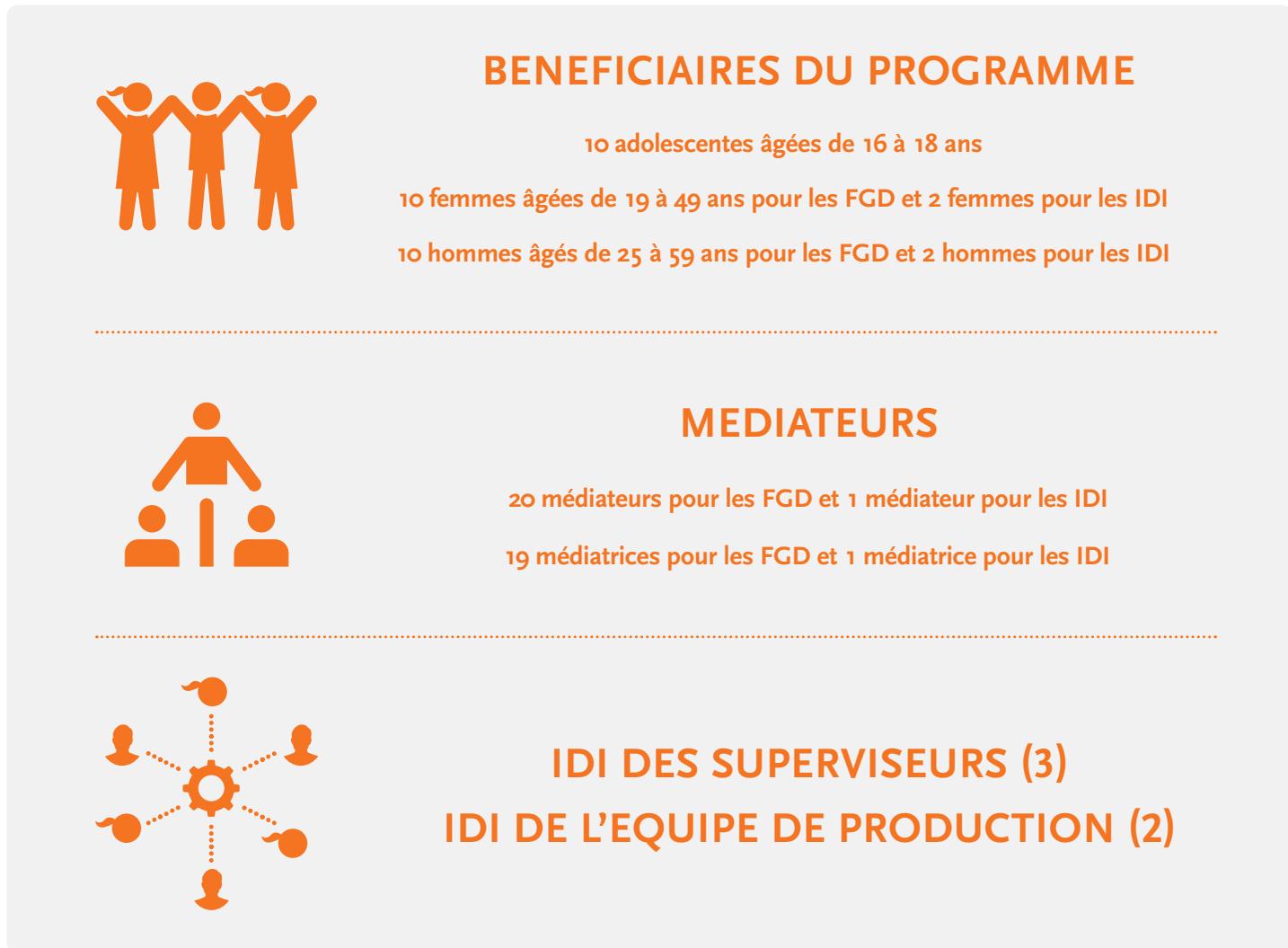
- l'acceptabilité de la programmation des projections vidéos et de l'environnement de la projection ;
- la compréhension des messages vidéo par les membres des groupes ;
- l'effet de la vidéo sur la participation des groupes et le statut social ;
- l'effet de la vidéo sur les personnes influentes invitées à y assister ;
- l'expérience des visites à domicile.

Nous avons sélectionné en tout 33 répondants au niveau des quatre groupes communautaires existants. Les répondants ont été choisis à dessein pour représenter une combinaison de groupes et de partenaires participant à l'intervention pilote (voir **Figure 3**). Nous avons invité l'ensemble des 40 médiateurs affectés à l'intervention pilote à participer à l'atelier et en tout 20 médiateurs de sexe masculin et 19 médiateurs de sexe féminin ont pu y assister. Les entretiens approfondis ont été menés avec un médiateur et une médiatrice ainsi que deux bénéficiaires de sexe masculin et deux bénéficiaires de sexe féminin, deux membres de l'équipe de production et les trois superviseurs impliqués dans le programme. Les entretiens ont été menés en haoussa et, avec la permission des répondants, enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique audio, transcrits en français et codés en MS Word. Nous avons appliqué des techniques d'analyse thématique, afin d'identifier les thèmes et de documenter les activités clés.

ÉTUDE QUANTITATIVE

Les objectifs des enquêtes quantitatives étaient de mesurer l'efficacité des interventions et d'évaluer les perspectives de durabilité en comprenant l'acceptabilité

Figure 3. Description des répondants de la recherche qualitative



et le point de vue des bénéficiaires du programme. Nous avons administré trois cycles d'enquêtes trans-sectorielles aux femmes en âge de procréer (WRA) (âgées de 15 à 49 ans) ayant un enfant âgé de 6 à 23 mois, qui ont été invitées à participer à la projection de la vidéo.

Nous avons administré les enquêtes à trois périodes différentes : avant l'exposition à la vidéo (enquête initiale), quatre à huit semaines après l'exposition à la vidéo (deuxième enquête) et trois à quatre mois après l'exposition à la vidéo (évaluation finale) afin d'examiner les effets de l'exposition à court et à long termes. En tout, nous avons interrogé 301 femmes

éligibles pendant l'enquête initiale, 322 femmes lors de la deuxième enquête et 356 femmes lors de l'évaluation finale. Le nombre des femmes interrogées a légèrement augmenté avec le temps, parce que nous avons inclus les femmes interrogées lors de l'enquête initiale ainsi que les femmes dont l'enfant entrainait dans la tranche d'âge des enfants de 6 à 23 mois au cours de la période de l'étude.

Certaines femmes ont été interrogées à plusieurs reprises pendant toute cette période, mais la cohorte n'était pas équivalente à chaque moment, dans la mesure où de nouvelles femmes ont été ajoutées à chacun de ces moments.

Nous avons sélectionné les répondants à partir d'une liste de participants au projet fournie par le principal partenaire dans chaque village. La liste des projets n'incluait pas d'informations relatives à l'âge et au fait que le répondant avait ou non un enfant âgé de 6 à 23 mois ; l'éligibilité a donc été déterminée au moment de l'entretien. Les enquêteurs ont approché chaque ménage où vivait un participant au projet et ont demandé à parler au participant au projet, qui a accepté de participer à l'enquête en donnant son consentement oral. Nous avons recueilli les informations de base, notamment l'âge et la date de la dernière naissance, afin de déterminer l'éligibilité. Lorsqu'un participant était déterminé comme étant éligible, le collecteur de données procédait à l'administration de l'enquête. L'enquête a été administrée par des enquêteurs formés en haoussa et saisie en français, à l'aide de téléphones mobiles. Les données cryptées ont été transmises au serveur de SurveyCTO et téléchargées pour permettre leur nettoyage. Des questions ont été renvoyées aux superviseurs sur le terrain. Les superviseurs ont ensuite travaillé avec les collecteurs de données pour répondre aux questions et traiter les erreurs ou incohérences éventuelles.

Les enquêtes ont recueilli des informations sur les connaissances, les attitudes, l'auto-efficacité et les comportements liés au lavage des mains et à l'alimentation interactive. Des indicateurs évaluant les comportements ont été auto-déclarés, sauf lorsqu'ils sont indiqués ci-dessous.

Lavage des mains

- Pourcentage de ménages ayant au moins un endroit consacré au lavage des mains (observé par l'enquêteur)
- Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains près des latrines ou de la cuisine (observé par l'enquêteur)
- Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau (observé par l'enquêteur)
- Pourcentage de postes de lavage des mains entretenus par le mari

Alimentation interactive

- Pourcentage de femmes qui ont déclaré que l'enfant était aidé par une personne responsable lors du dernier repas
- Pourcentage de femmes qui ont déclaré que la personne responsable d'aider l'enfant était à moins d'un bras de distance
- Pourcentage de femmes qui ont nourri l'enfant à partir d'une assiette séparée pour chaque repas
- Pourcentage de femmes qui ont activement encouragé leur enfant à manger

Les données ont été nettoyées et analysées à l'aide de Stata 13. Les écarts en matière de connaissances, attitudes et pratiques par cycle d'enquête ont été évalués via des analyses bi-variées. D'autres tests ont été réalisés avec des régressions logistiques, afin d'évaluer

un sous-groupe d'indicateurs décrit ci-dessus par cycle d'enquête, tout en vérifiant les caractéristiques démographiques clés. Les variables de contrôle socio-démographiques des modèles de lavage des mains incluait notamment l'âge de la femme, la parité et le niveau d'instruction. Les variables de contrôle sociodémographiques dans les modèles de résultats concernant l'alimentation interactive incluait l'âge de la mère, la parité, le niveau d'instruction, ainsi que l'âge et le sexe de l'enfant.

ANALYSE DES COUTS

Nous avons recueilli les données pour calculer les coûts détaillés de l'intervention, y compris le coût par personne touchée et le coût par adoption des comportements clés promus et également pour déterminer les coûts associés à l'intensification de l'intervention pour les activités futures. Les informations ont été d'abord recueillies pour documenter tout le processus de mise en œuvre, en décrivant toutes les catégories de coûts et toutes les activités. Ces informations sur le processus de mise en œuvre ont ensuite servi à préparer la structure des tableaux de répartition théorique avec la définition des coûts de processus directs et indirects, des coûts fixes et variables. Tous les partenaires ont mené des entretiens avec le personnel opérationnel pour collecter les informations sur les coûts et les données ont été saisies et analysées sous MS Excel. Les données de coûts, y compris le travail, l'équipement, les activités et les voyages, ont été collectées par le biais d'entretiens et recoupées avec les budgets et par audit aléatoire.

FORCES ET LIMITES

La principale force de la méthodologie est qu'elle a eu recours à des méthodes qualitatives et quantitatives. Le volet quantitatif a fourni des informations sur la mesure dans laquelle des changements de comportements

avaient été opérés, tandis que le volet qualitatif a fourni des informations sur la faisabilité de l'introduction de l'intervention et des preuves sur la manière dont le changement a été opéré. Ceci a permis de trianguler les données et de vérifier les conclusions de l'enquête par le biais d'entretiens qualitatifs. Les trois cycles d'enquêtes quantitatives ont donné l'occasion d'évaluer les effets immédiats de l'intervention, ainsi que le potentiel de changement de comportement durable. L'étude comporte un certain nombre de limites méthodologiques. Tout d'abord, l'étude manque de groupe de comparaison, ce qui limite la possibilité de déterminer si des facteurs en dehors de l'intervention ont pu influencer les résultats de l'étude. L'enquête a choisi les répondants sur la base de leur participation à des groupes communautaires existants et pourrait donc ne pas représenter la population générale.

La troisième enquête a été programmée durant un pic de saison d'activités agricoles, ce qui pourrait expliquer pourquoi certaines des réponses comportementales ont varié, dans la mesure où les membres du ménage avaient moins de temps à consacrer aux comportements.

APPROBATION ETHIQUE

L'approbation éthique n'était pas requise au Niger. Toutefois, la Direction régionale de santé publique a été informée de l'étude au cours d'une réunion officielle. Le protocole et le questionnaire de l'étude ont été examinés et approuvés par le Conseil d'examen institutionnel de John Snow, Inc., à Boston, dans le Massachusetts. Le consentement libre et éclairé de tous les répondants a été obtenu ; ce consentement a été obtenu verbalement plutôt que par écrit, compte tenu des taux élevés d'analphabétisme dans la région de Maradi, au Niger.

Résultats

Dans la section suivante, nous présentons les résultats par question de recherche. Premièrement, nous présentons les résultats de la recherche qualitative sur l'acceptabilité et la faisabilité du programme de vidéo communautaire. Ensuite, nous présentons une évaluation quantitative des effets de l'intervention sur les connaissances, les attitudes et l'adoption des comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive dans le groupe cible. Enfin, nous traitons du coût par adoption et du coût par personne touchée dans la zone du projet SPRING/DG, avec des informations supplémentaires sur les coûts relatifs à l'intensification de l'intervention et une analyse des facteurs à prendre en compte dans l'intensification des activités.

FAISABILITE ET ACCEPTABILITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE

La section qui suit présente les résultats de la recherche qualitative, qui vise à comprendre les expériences et les perspectives sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention pilote de la vidéo communautaire.

Acceptabilité de la programmation des vidéos et de l'environnement des projections

Lors des enquêtes qualitatives, les enquêteurs ont demandé aux bénéficiaires et aux médiateurs de commenter la faisabilité et l'acceptabilité de l'introduction des vidéos locales dans leurs communautés. Les bénéficiaires et les médiateurs ont parlé favorablement de l'introduction des vidéos et ont mentionné que la programmation et la durée des vidéos étaient appropriées et qu'elles n'ont pas empêché les bénéficiaires d'assumer leurs responsabilités.

Les personnes interviewées ont soulevé quelques préoccupations par rapport à l'emplacement et à

l'installation des projections de vidéos. De nombreux bénéficiaires et médiateurs ont noté que les salles où les vidéos étaient projetées étaient souvent trop petites pour le nombre de personnes qui y assistaient. Ceci a été particulièrement le cas lorsque d'autres personnes assistaient aux projections. Résultat : il faisait trop chaud dans les salles et il n'y avait pas assez de nattes ou de sièges pour s'asseoir confortablement. Plusieurs médiateurs ont recommandé que les lieux, les nattes, les tables, les chaises et les bancs soient achetés ou loués pour créer un environnement de projection plus confortable à l'avenir.

Compréhension des messages vidéos par les membres des groupes

Nombre de femmes ont indiqué qu'elles ressentaient un lien avec les histoires présentées dans les vidéos et que le contenu reflétait les comportements et les conditions de leur vie. Un certain nombre de médiateurs et de superviseurs ont convenu que les vidéos étaient culturellement appropriées, en observant que les spectateurs appréciaient l'utilisation de la langue haoussa et l'apparition des membres de la communauté en tant qu'acteurs.

Les femmes sont très enthousiastes parce que les acteurs sont des villageois comme elles et parlent haoussa. Ceci a eu un effet très important et a entraîné des changements de comportement importants.

—Médiatrice

Certaines femmes ont également ressenti que les comportements simulés visuellement dans les

vidéos étaient plus faciles à comprendre que le fait d'écouter les facilitateurs présentant verbalement les informations.

Il est important de projeter les vidéos pendant toutes les réunions de groupe. Les simulations menées pendant les vidéos sont plus faciles à comprendre qu'en écoutant le facilitateur du groupe.

— Femme bénéficiaire

Quelques incompréhensions sont survenues au sein de la communauté concernant les vidéos, mais celles-ci ont été rapidement résolues. Par exemple, dans un village, un chef s'est plaint du fait que le médiateur présentait des vidéos qui encourageaient les femmes à arrêter d'avoir des enfants. Mais, après avoir participé à l'une des projections vidéo, le chef du village s'est rendu compte qu'il s'était trompé et il a alors encouragé les femmes à participer à ces projections.

Dans l'ensemble, les observations des bénéficiaires suggèrent que les vidéos ont généré un enthousiasme au sein de leurs groupes et que cet enthousiasme se répercute auprès des membres de la communauté. Il y a donc des preuves d'un capital social et d'une cohésion plus importants, engendrant le changement des normes sociales.

La vidéo nous a donné l'élan final pour aller vers le changement. Je savais déjà beaucoup de choses par l'école de mon mari, mais il a fallu qu'on voie la vidéo pour apporter le changement.

— Femme bénéficiaire

Ici à Karazome, nous avons vu beaucoup de changements dans notre groupe. Nous observons que le groupe est plus uni socialement et même entre nous et nos maris, il y a plus de compréhension. C'est la cohésion totale.

— Femme bénéficiaire

Effets de la vidéo sur la participation du groupe et sur le statut social

Certaines femmes ont eu le sentiment que l'utilisation des vidéos dans leurs réunions de groupes existants avait entraîné des réunions plus fréquentes et une plus grande participation du groupe. Certains bénéficiaires et médiateurs ont noté que leur présence aux projections de vidéos avait accru leur influence sociale dans la communauté.

Nous sommes considérés comme des enseignants et on nous donne une grande importance. Nous sommes valorisés au sein de la communauté à cause de ce travail qui a changé notre statut. Nous sommes perçus comme des agents pour accompagner et soutenir les gens pour qu'ils changent leur comportement.

— Médiateur

Les femmes qui regardent les vidéos sont plus informées et elles partagent leur expertise avec les autres. Les réunions sont devenues plus animées, il y a plus de cohésion entre les membres du groupe et il y a la naissance d'un esprit de compétition, en particulier entre les femmes.

— Médiateur

Effets de la vidéo sur les personnes influentes invitées à assister aux projections des vidéos

Les médiateurs ont également demandé aux bénéficiaires d'inviter une autre personne de leur choix pour assister à une projection vidéo. L'idée était que chaque membre du groupe inviterait une personne qui pourrait influencer l'adoption par les membres du groupe des comportements encouragés dans la vidéo. Beaucoup de femmes ont estimé que tout le monde devrait voir les vidéos, en particulier leurs maris, ainsi ils en comprendraient la signification et encourageraient les femmes à fréquenter le centre de santé. Les personnes que les femmes ont le plus souvent invitées étaient des membres de leur famille (la mère, le mari, la sœur et une amie) et d'autres leaders de la communauté, même des personnes des villages voisins.

J'ai invité mon amie qui est enceinte à regarder la vidéo sur les mille jours. Elle a apprécié la vidéo et elle a mis en pratique les messages qu'elle avait appris pour accompagner le développement correct de sa grossesse.

—Femme bénéficiaire

Le fait d'inviter les personnes influentes aux projections de vidéos a permis d'éduquer les autres sur les thèmes de santé couverts, ce qui pourrait aider à influencer l'adoption au niveau des ménages. Par exemple, après avoir vu la vidéo sur le lavage des mains, les femmes ont pu rentrer chez elles et demander à leurs maris d'installer un poste de lavage des mains. Plusieurs répondants ont noté que lorsque les hommes voient les vidéos, ils comprennent plus facilement ce qu'ils doivent faire pour aider leurs femmes à adopter des pratiques de santé appropriées.

Maintenant, les hommes acceptent de laisser leurs femmes aller au centre de santé et les accompagnent parfois. En plus, ils sont d'accord pour donner l'argent pour les consultations plus souvent.

—Femme bénéficiaire

Maintenant, les enfants approchent les hommes avec leurs assiettes pour demander quelque chose à manger ou pour se faire aider pour se laver les mains avant de manger. L'éducation a permis de connecter les hommes avec leurs enfants, en ce sens que même les hommes qui ont l'esprit fermé sont obligés de s'ouvrir et de s'assurer que l'enfant mange, surtout quand la mère est absente.

—Femme bénéficiaire

Même s'il est important d'amener les hommes à s'engager dans la diffusion et les discussions, les médiateurs ont mentionné le fait que travailler avec les hommes bénéficiaires est plus difficile, en particulier parce que certains hommes pensent qu'ils comprennent mieux les contenus que les médiateurs. Ils ne voient pas comment le contenu peut affecter directement leur vie et aussi, leurs responsabilités ne permettent pas toujours de les rencontrer facilement. Toutefois, les médiateurs pensent que l'on pourrait surmonter cette situation par une éducation et des opportunités continues permettant aux hommes de regarder les vidéos. De même, les hommes et les femmes bénéficiaires pensent qu'il est très important pour les hommes de continuer à regarder les vidéos.

Expérience des visites à domicile

Les visites à domicile visaient à permettre de collecter des données, mais offraient également aux médiateurs une importante opportunité d'avoir un temps plus ciblé pour expliquer les messages de la vidéo aux bénéficiaires et pour s'entretenir avec les autres membres de la famille.

Toutefois, de nombreux bénéficiaires ont observé qu'ils aimeraient avoir des visites plus fréquentes. Selon les médiateurs et les bénéficiaires, les visites à domicile ont aidé à acquérir des connaissances, mais ont également contribué au changement de comportement, parce que le contact direct du médiateur avec le bénéficiaire a permis que les nouvelles informations soient intériorisées et mises en pratique.

Les visites à domicile ont également eu un effet sur la manière dont les familles, les amis et les membres de la communauté parlent des sujets présentés dans la vidéo. Lorsque les médiateurs rendent visite à la famille, ils s'adressent non seulement au bénéficiaire, mais également à l'ensemble de la famille, ce qui aide à diffuser l'information dans toute la famille et à obtenir le soutien de la famille.

Selon les bénéficiaires adolescents, les familles, les amis et les membres de la communauté étaient plus favorables aux sujets soulevés dans les vidéos pendant

les visites à domicile et les visites à domicile ont apporté un certain niveau de crédibilité aux personnes ayant assisté aux réunions. Les visites ont permis d'améliorer la transmission des messages.

La famille sait que les membres du groupe ne mentent pas et ils sentent que l'information les intéresse et leur donne une certaine fierté dans la communauté.

—Bénéficiaire adolescent

Toutefois, certains médiateurs ont déclaré que la présence des membres de la famille rendait parfois les visites à domicile moins efficaces ; dans certains cas, une femme bénéficiaire ne se sentait pas à l'aise pour exprimer ses problèmes en présence des parents ou des beaux-parents.

Nombre de bénéficiaires pensaient que les visites à domicile devraient continuer après la fin de l'intervention pilote. En particulier, les femmes ont mentionné le besoin de renforcer les messages partagés lors des projections de vidéos, l'importance de partager l'information avec d'autres membres de la famille et le besoin d'appui pour l'adoption de comportements.

Efficacité de l'approche de la vidéo communautaire sur les comportements de lavage des mains et d'alimentation interactive

La section qui suit présente les résultats des enquêtes quantitatives qui ont évalué l'effet de l'approche SPRING/DG sur les connaissances, les attitudes et l'adoption des comportements concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive.

COMPORTEMENTS CONCERNANT LE LAVAGE DES MAINS

La Figure 4 présente les connaissances, les attitudes, l'auto-efficacité, et le comportement auto-déclaré/observé concernant la présence d'un poste de lavage des mains (exemple, un tippy tap³) dans le ménage. Comme le montre la **Figure 4**, la connaissance de la nécessité d'avoir un poste de lavage des mains chez les femmes en âge de procréer qui avaient eu un enfant au cours des deux années ayant précédé l'enquête était élevée au niveau de l'enquête initiale et a légèrement augmenté tout au long de l'intervention pilote, passant de 94,4 % initialement à 97,2 % après l'intervention. Les attitudes positives vis-à-vis des postes de lavage des mains ont suivi une évolution similaire, avec 86,7 % de femmes convenant lors de l'enquête initiale que chaque maison devrait avoir un poste de lavage des mains et montant à 90,7 % lors de l'évaluation finale. Après la projection des vidéos, une importante transition a semblé survenir concernant l'auto-efficacité et les comportements auto-déclarés/observés. Initialement, seulement 35,2 % des femmes déclaraient qu'elles croyaient pouvoir avoir ou

installer un poste de lavage des mains. Ce pourcentage a grimpé à 94,4 % après la deuxième enquête, puis s'est stabilisé à 83,7 % lors de l'évaluation finale.

La hausse de l'auto-efficacité s'est traduite par des niveaux plus élevés de femmes déclarant que leur ménage avait au moins un endroit consacré au lavage des mains. Initialement, seulement 14 % de l'ensemble des répondants avaient au moins un endroit consacré au lavage des mains. Ce chiffre est monté à 48,8 % après la deuxième enquête et a atteint 59 % lors de l'évaluation finale.

Comme précédemment indiqué, les hommes sont souvent ceux qui prennent les décisions dans les ménages au Niger et il est donc important d'obtenir leur soutien pour le changement de comportement. Comme le montre la **Figure 5**, initialement, dans les ménages disposant d'un poste de lavage des mains, seulement 19,5 % des hommes l'entretenaient. Mais, après l'exposition à la vidéo, le pourcentage d'hommes entretenant le poste de lavage des mains est monté à 42 % après la deuxième enquête et a atteint 53,4 % lors de l'évaluation finale.

La vidéo a fait la promotion du message selon lequel les femmes devraient avoir un poste de lavage des mains près de la cuisine et/ou des latrines. Parmi les femmes qui disposaient d'un poste de lavage des mains lors de l'enquête initiale, la majorité des postes étaient situés à l'entrée de la cour (43,9 %), puis à côté de la cuisine, à 36,6 %. Mais, lors de la deuxième enquête, 65,6 %

³ Un tippy tap est un dispositif pour se laver les mains en gardant les mains libres, dans les zones rurales où il n'y a pas d'eau courante. Le tippy tap inclut une petite tasse ou une petite gourde qui contient l'eau. La tasse est inclinée pour permettre à l'eau de couler pour laver les mains.

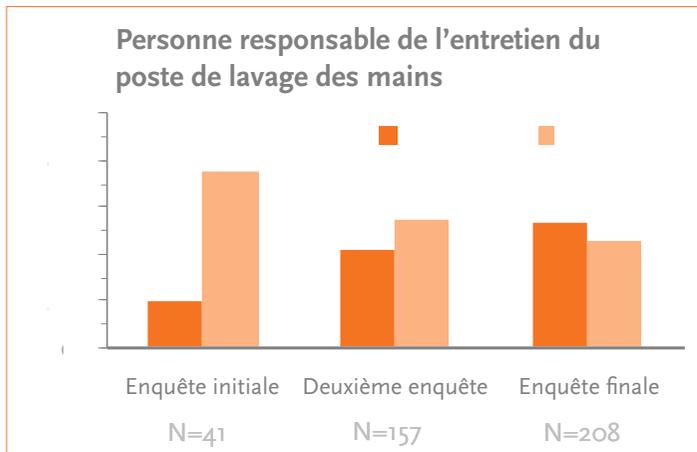
Figure 4. Présence d'un poste de lavage des mains : connaissances, attitudes, auto-efficacité et comportement des femmes ayant un enfant de moins de 2 ans par cycle d'enquête



des femmes ont indiqué avoir un poste de lavage des mains près de la cuisine. Lors de l'évaluation finale, 52,9 % des ménages disposaient d'un poste de lavage des mains près de la cuisine, tandis que 44,2 % des ménages disposaient d'un poste de lavage des mains près des latrines, comme recommandé par la vidéo. Initialement, sur les 14 % qui disposaient d'un poste de lavage des mains, 73,8 % des femmes ont pu présenter un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau pendant l'entretien. Ce chiffre est monté à 95,5 % lors de la deuxième enquête et a atteint 96,2 % lors de l'évaluation finale (voir l'Annexe 1.)

Il a été demandé aux femmes de citer les moments essentiels où il est nécessaire de se laver les mains. Avant le repas a été le moment le plus fréquemment cité pour se laver les mains (près de 80 %) lors de l'enquête initiale. Toutefois, 4 à 8 semaines après la projection de la vidéo, après avoir utilisé les latrines/ après les selles et avant de préparer un repas ont été les moments les plus fréquemment cités pour la pratique

Figure 5. Pourcentage de maris et de femmes responsables de l'entretien d'un poste de lavage des mains, selon les femmes ayant un enfant de moins de 2 ans par cycle d'enquête



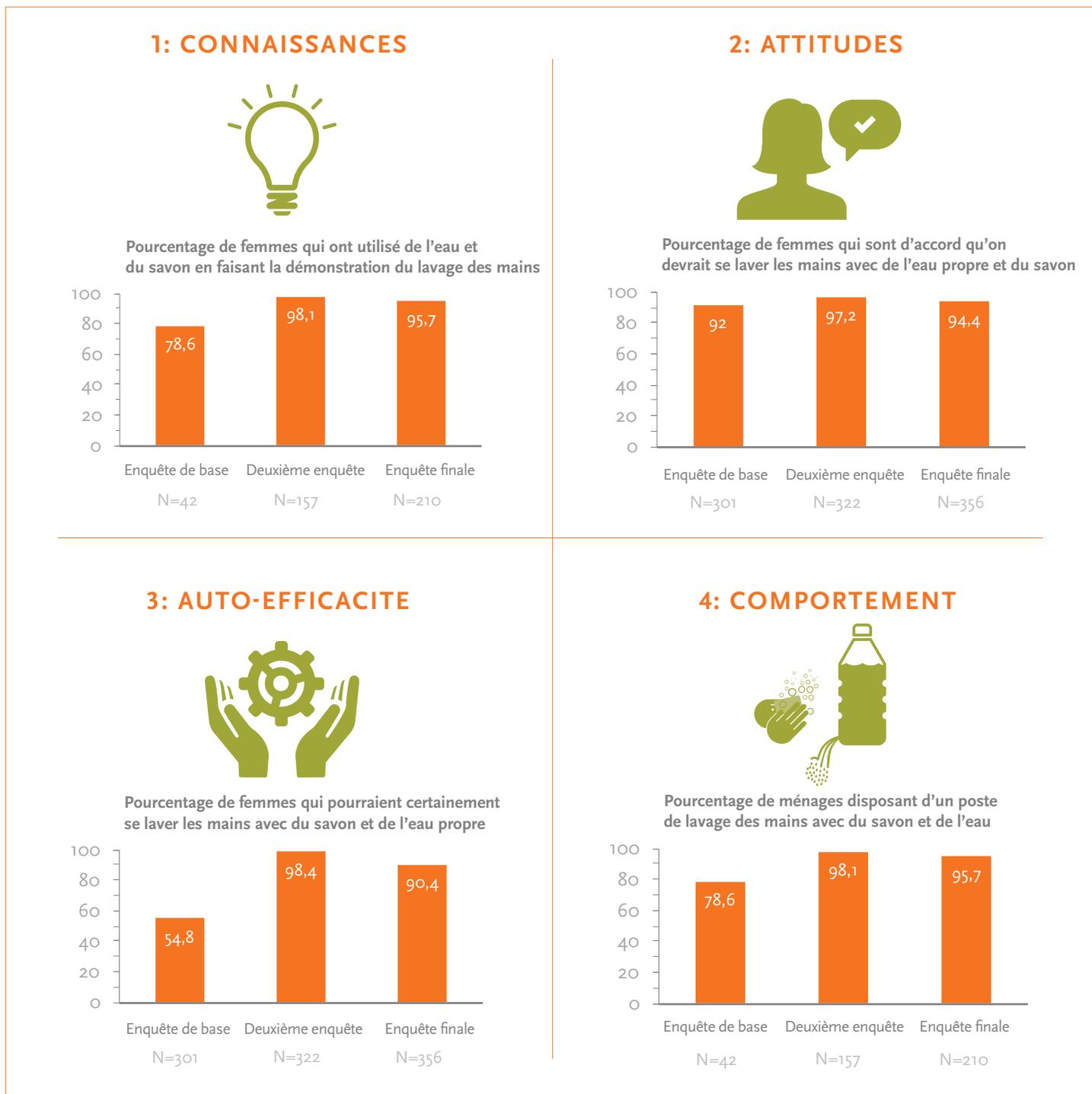
du comportement concernant le lavage des mains (respectivement 81,4 % et 86,6 %). Lors de l'enquête finale, les niveaux plus élevés de connaissances pour les moments essentiels pour pratiquer le lavage des mains ont persisté, avec 75 % des femmes qui ont mentionné qu'elles se lavaient les mains après avoir utilisé les latrines/après les selles, après avoir essuyé les fesses d'un enfant et avant de préparer un repas.

Lorsque des questions plus spécifiques ont été posées aux femmes concernant les raisons pour lesquelles elles se lavaient les mains, la plupart des femmes, lors de l'enquête initiale, avaient signalé la raison de la prévention/diarrhée/infection (83,7 %). Ce chiffre est monté à 93,5 % suite à l'exposition à la vidéo, mais a baissé légèrement 2 à 4 mois après l'exposition à la vidéo, atteignant 85,1 % (voir l'Annexe 1).

Globalement parlant, la connaissance de la manière de se laver les mains de manière appropriée s'est améliorée depuis l'enquête initiale. Lors de l'enquête initiale, il a été observé que 88,1 % des femmes se mouillaient les mains avec de l'eau, 78,6 % utilisaient du savon et 64,3 % se séchaient les mains à l'air plutôt que sur une serviette. Les comportements corrects de lavage des mains ont augmenté lors de la deuxième enquête et de l'enquête finale. À l'évaluation finale, 92,4 % des femmes se mouillaient les mains avec de l'eau, 95,7 % utilisaient du savon et 91,4 % se séchaient les mains à l'air libre, plutôt que sur une serviette.

Comme le montre la Figure 6, alors que plus de 90 % des femmes, lors de l'enquête initiale, étaient d'accord qu'on devrait se laver les mains avec de l'eau propre et du savon, seulement 54,8 % disaient qu'elles pourraient tout à fait se laver les mains avec du savon et de l'eau propre. Suite à l'exposition à la vidéo, 97 % des femmes ont déclaré qu'elles étaient d'accord qu'on

Figure 6. Lavage des mains avec du savon et de l'eau, connaissances, attitudes, auto-efficacité et comportement des femmes ayant un enfant de moins de 2 ans par cycle d'entretien



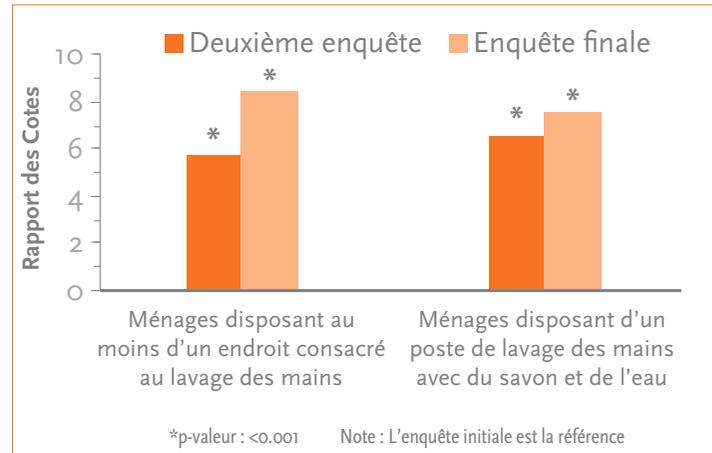
devrait se laver les mains avec de l'eau propre et du savon. Ce chiffre est légèrement tombé à 94,4 %, lors de l'évaluation finale. La conviction des femmes selon laquelle elles pourraient certainement se laver les mains avec du savon et de l'eau propre est montée à 98,4 % lors de la deuxième enquête avant de baisser lors de l'évaluation finale à 90,4 %. Quant au poste de lavage des mains, après l'exposition à la vidéo, les femmes ont montré un accroissement de l'auto-efficacité qui s'est traduit par un comportement amélioré en matière de lavage des mains.

Initialement, près de 78 % des femmes disposaient d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau (parmi celles qui disposaient de postes de lavage des mains). Ce chiffre est monté à 98,1 % lors de la deuxième enquête et à 95,7 % lors de l'évaluation finale.

Pour mieux évaluer les changements de comportement depuis l'exposition à l'intervention, nous avons appliqué des régressions logistiques sur un sous-ensemble de résultats intéressants concernant le lavage des mains, tout en vérifiant le moment et les données sociodémographiques depuis l'exposition. Deux variables indépendantes ont été codifiées pour le temps. La première variable temps était de quatre à huit semaines suivant l'exposition à la vidéo, tandis que la deuxième variable temps était de deux à quatre mois suivant l'exposition à la vidéo. Les variables de contrôle sociodémographiques des modèles de lavage des mains incluaient l'âge de la femme, la parité, ainsi que son niveau d'instruction.

Les modèles de comportement de lavage des mains ont indiqué que les femmes étaient cinq à six fois plus susceptibles de disposer au moins d'un endroit consacré au lavage des mains et d'avoir un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau quatre à

Figure 7. Ratios de probabilité pour le comportement de lavage des mains avec les régressions logistiques



huit semaines suite à l'exposition à la vidéo, comparativement à l'absence de poste de lavage des mains lors de l'enquête initiale, tout en vérifiant l'âge, la parité et le niveau d'instruction. Cet effet a augmenté lors de l'évaluation finale, où les femmes étaient 8,5 fois plus susceptibles de disposer d'un lieu consacré au lavage des mains et 7,6 fois plus susceptibles d'avoir un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau, comparativement à l'enquête initiale. La **Figure 7** présente les résultats des régressions logistiques concernant le lavage des mains.

COMPORTEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION INTERACTIVE

Comme le montre la **Figure 8**, la connaissance globale du comportement concernant l'alimentation interactive s'est améliorée avec le temps.

Lors de l'enquête initiale, 46,5 % des femmes ont indiqué qu'elles devraient encourager un enfant à manger. Suite à l'exposition à la vidéo, le pourcentage de femmes disant qu'elles savaient qu'elles devraient encourager leur enfant à manger est monté à 71 %. Le

Figure 8. Alimentation interactive, connaissances, attitudes, auto-efficacité et comportement des femmes ayant un enfant de moins de 2 ans par cycle d'enquête

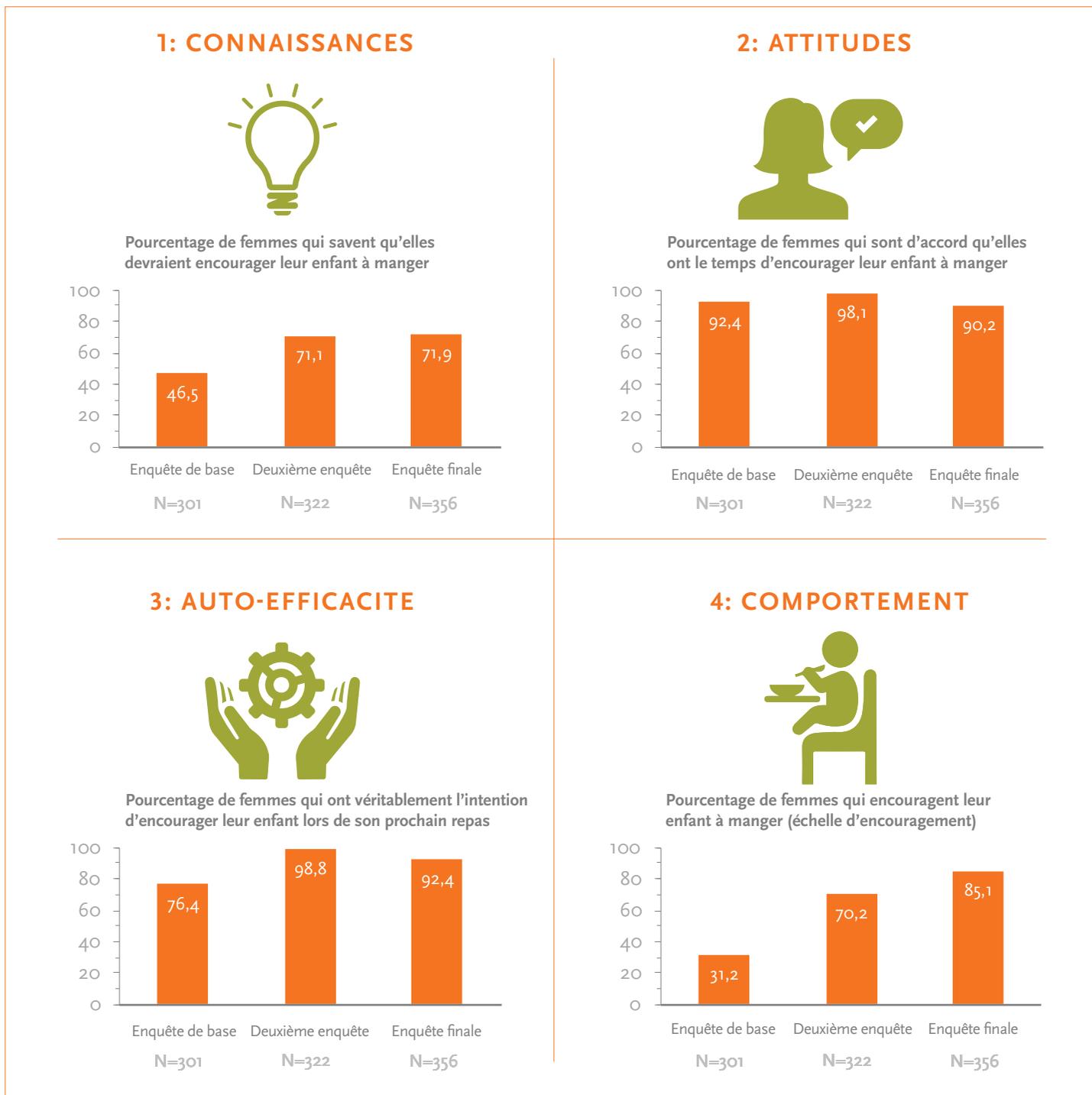
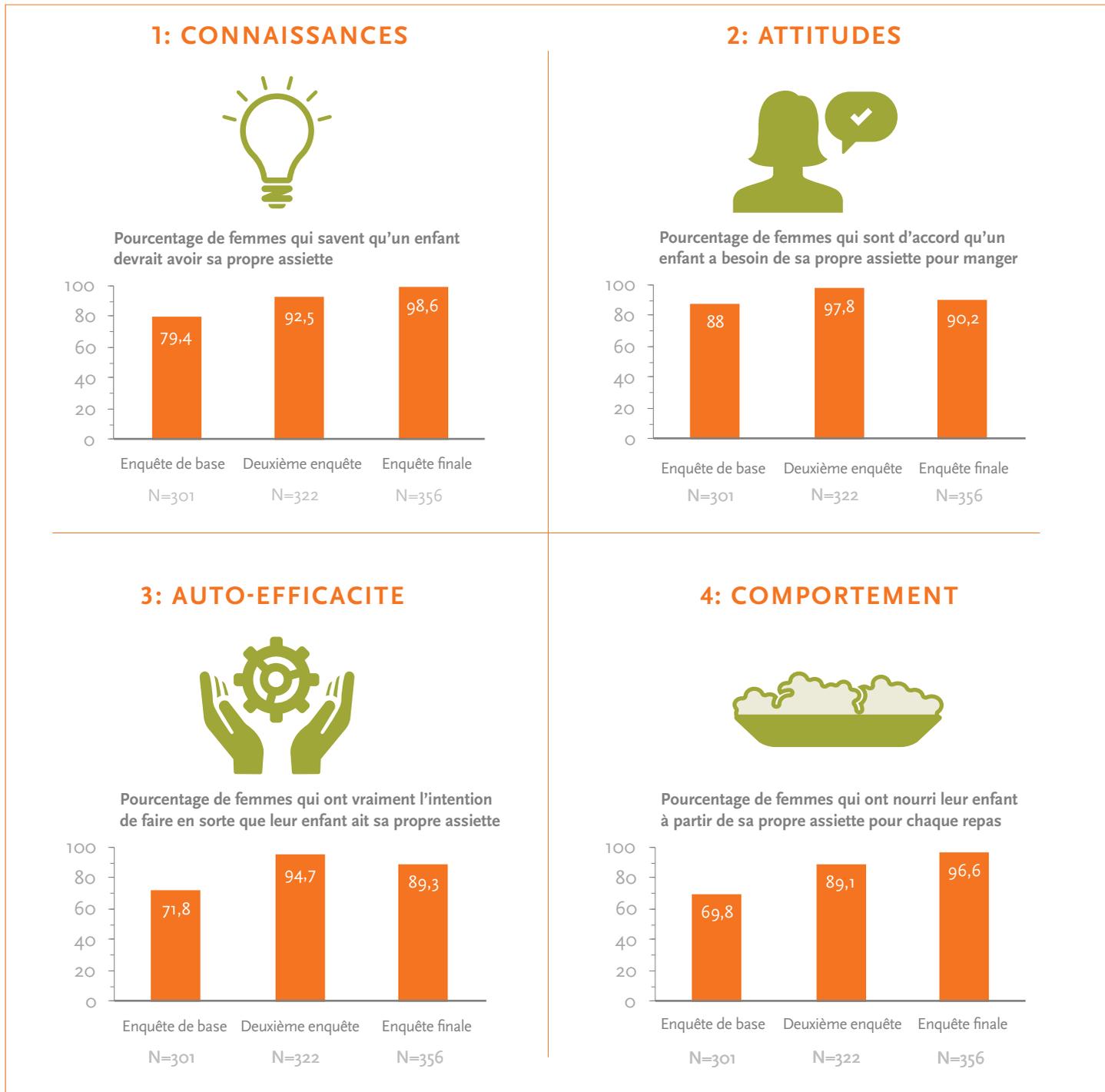


Figure 9. L'enfant a sa propre assiette – connaissances, attitudes, auto-efficacité et comportement des femmes ayant un enfant de moins de 2 ans par cycle d'enquête



pourcentage de femmes qui étaient d'accord qu'elles pouvaient chanter et jouer pour encourager leur enfant à manger est passé de 74,8 % au moment de l'enquête initiale à 93,8 % lors de l'évaluation finale et le pourcentage de femmes qui déclaraient qu'elles pouvaient encourager leur enfant à manger est passé de 76,4 % lors de l'enquête initiale à 92,4 % lors de l'évaluation finale. Lors de l'enquête initiale, 31,2 % des femmes encourageaient activement leur enfant à manger. Ce chiffre est monté à 70,2 % après l'exposition à la vidéo et a atteint 96,6 % lors de l'évaluation finale. L'échelle de l'alimentation interactive a été calculée à partir d'un ensemble de 20 questions validées qui sont avérées pouvoir mesurer si une soignante nourrit l'enfant de manière active.

Comme l'indique la **Figure 9**, nous avons observé des tendances similaires avec le pourcentage de femmes qui savaient qu'un enfant devrait avoir sa propre assiette, qui est passé de 79,4 % lors de l'enquête initiale à 98,6 % lors de l'évaluation finale. Le pourcentage de femmes qui ont convenu qu'elles pourraient nourrir un enfant à partir de sa propre assiette et encourager leur enfant était légèrement plus élevé lors de la deuxième enquête que lors de l'évaluation finale. Ceci peut s'expliquer par le fait que les données de l'évaluation finale ont été collectées pendant la haute saison de culture, lorsqu'un grand nombre des femmes étaient occupées dans les champs. Parmi les femmes en âge de procréer qui ont eu un enfant au cours des deux années précédant l'enquête, près de 69,8 % avaient déjà une assiette séparée pour leur enfant au moment de l'enquête initiale. Ce chiffre est monté à 89,1 % lors de la deuxième enquête et a atteint 96,6 % lors de l'enquête finale.

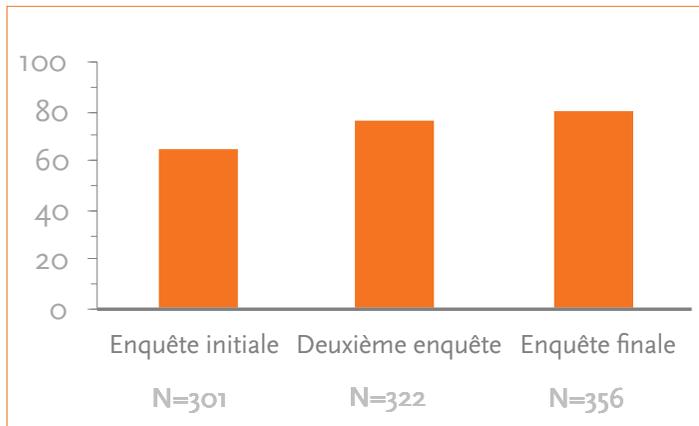
Le pourcentage de femmes qui convenaient qu'un enfant devrait manger avec une personne responsable est

passé de 83,7 % lors de l'enquête initiale à 92,1 % lors de l'évaluation finale et la conviction de ces femmes qu'elles pouvaient avoir ce comportement est passée de 63,8 % lors de l'enquête initiale à 92,4 % lors de l'enquête finale (voir **l'Annexe 1**).

Le pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'un enfant a besoin d'être nourri par une personne responsable se tenant à un bras de distance est resté relativement le même pour tous les cycles d'enquête. Toutefois, la conviction selon laquelle elles pouvaient mettre en pratique le comportement a grimpé de 65,8 % lors de l'enquête initiale à 92,4 % lors de l'évaluation finale (voir **l'Annexe 1**). Près de deux tiers des femmes ont signalé qu'une personne responsable se tenait à moins d'un bras de distance lors de l'enquête initiale. Comme l'indique la **Figure 10**, ce chiffre s'est amélioré, en passant à 76,7 % après l'exposition à la vidéo et jusqu'à 79,5 % lors de l'évaluation finale. Nous avons observé des tendances similaires concernant un enfant recevant l'aide d'une personne responsable lors du dernier repas.

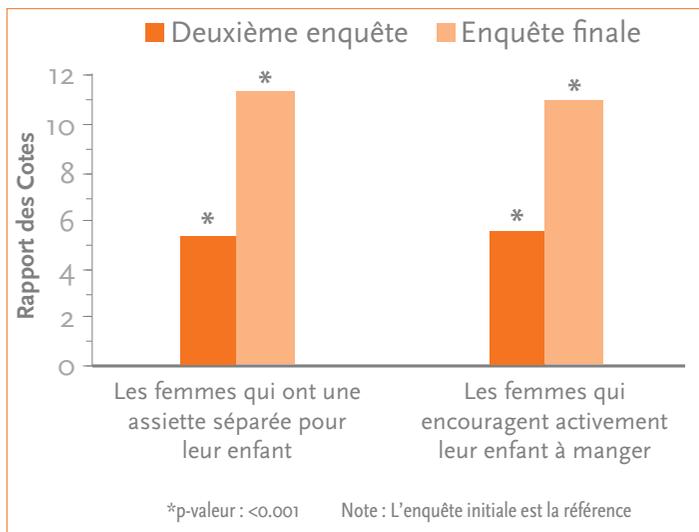
Pour évaluer les changements de comportement depuis l'exposition à l'intervention, nous avons également appliqué des régressions logistiques sur un sous-ensemble de résultats intéressants concernant l'alimentation interactive, tout en vérifiant le temps et les données sociodémographiques depuis l'exposition. Nous avons codé deux variables de temps indépendantes. La première variable temps était de quatre à huit semaines suite à l'exposition à la vidéo, tandis que la deuxième variable temps était de deux à quatre mois après l'exposition à la vidéo. Les variables de contrôle sociodémographiques incluaient l'âge de la femme, la parité, le niveau d'instruction, ainsi que l'âge et le sexe de l'enfant.

Figure 10. Pourcentage de femmes qui ont déclaré que la personne chargée d'aider l'enfant se tenait à moins d'un bras de distance de l'enfant



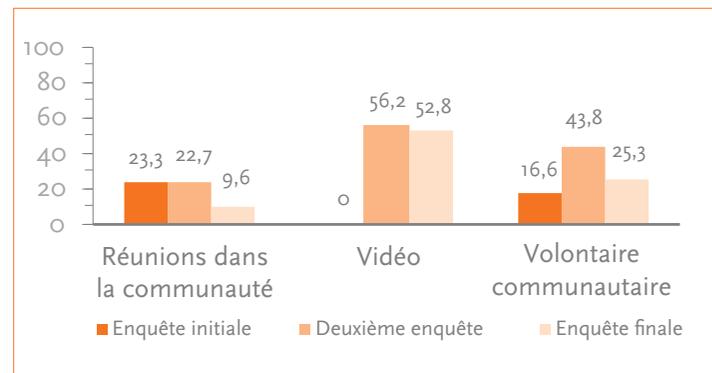
Les résultats indiquent que les femmes étaient 5,4 fois plus susceptibles d'encourager activement leur enfant à manger lors du dernier repas et 5,1 fois plus susceptibles d'avoir une assiette séparée à 4 à 8 semaines comparativement à l'enquête initiale, après l'exposition

Figure 11. Ratios de probabilité pour les comportements d'alimentation interactive avec les régressions logistiques



à la vidéo, tout en vérifiant l'âge, la parité, le niveau d'instruction, ainsi que l'âge et le sexe de l'enfant. Cet effet a augmenté lors de l'évaluation finale, les femmes étant alors 11,3 fois plus susceptibles d'encourager activement leur enfant à manger lors du dernier repas et 11,3 fois plus susceptibles d'avoir une assiette séparée pour l'enfant comparativement à l'enquête initiale, comme le montre la **Figure 11**.

Figure 12. Source de messages sur le lavage des mains par canal et par période d'étude

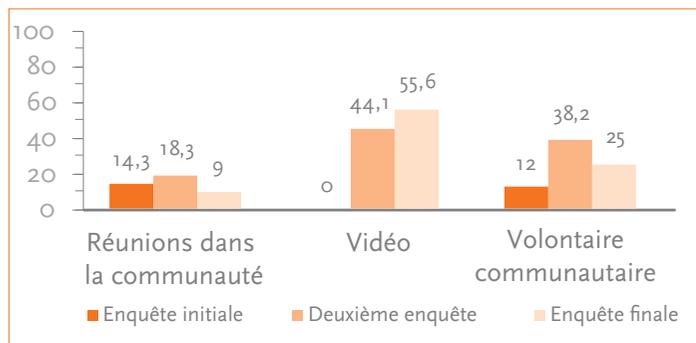


EXPOSITION AUX MESSAGES CONCERNANT LE LAVAGE DES MAINS ET L'ALIMENTATION INTERACTIVE

Dans l'ensemble, l'exposition aux messages liés aux deux comportements prioritaires a considérablement augmenté après l'enquête initiale. Comme le démontrent la **Figure 12** et la **Figure 13**, l'exposition à la vidéo a été la source de messages la plus fréquemment citée pour les deux comportements, depuis 0 % lors de l'enquête initiale, jusqu'à environ 50 % suite à l'introduction des sessions de vidéo au sein des groupes bénéficiaires.

L'exposition aux messages des réunions communautaires et des volontaires a augmenté après l'enquête

Figure 13. Source de messages concernant l'alimentation interactive par canal et par période d'étude



initiale et a baissé lors de l'enquête finale, probablement parce que la question a été posée de savoir si le répondant avait entendu des messages par le biais de ces canaux au cours des deux semaines précédentes alors que l'intervention avait eu lieu deux mois auparavant.

Avec un mauvais accès à la radio et à la télévision, et avec de faibles taux d'alphabétisation dans les communautés, il n'est pas étonnant que moins de 5 % des

femmes aient mentionné les affiches, les journaux/magazines, les messages du gouvernement, la radio ou la télévision comme source de messages (voir l'Annexe 1).

Les preuves démontrent que les projections de vidéos combinées aux visites à domicile peuvent entraîner des changements de comportement durables. L'enquête a révélé que la présence d'un poste de lavage des mains a grimpé de 14 % lors de l'enquête initiale à 48,8 % à la deuxième enquête ; ce comportement a été durable et est monté encore lors de l'évaluation finale à 59 %. Nous avons trouvé un résultat similaire avec les indicateurs de l'alimentation interactive, où les enfants qui avaient leur propre assiette sont passés de 69,8 % lors de l'enquête initiale à 89,1 % lors de l'évaluation finale ; le comportement était durable et a grimpé jusqu'à 96,6 % lors de l'évaluation finale.

Lorsqu'il leur a été demandé avec qui elles partageaient ces messages, la majorité des femmes ont indiqué qu'elles partageaient les messages concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive avec leurs

Figure 14. Pourcentage de femmes qui ont partagé les messages de lavage des mains par personne et par cycle d'enquête

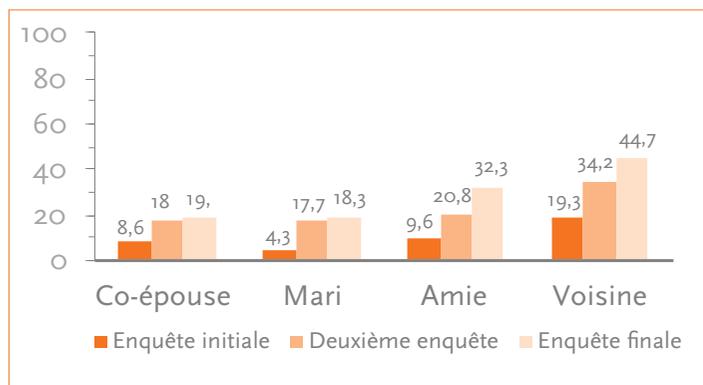


Figure 15. Pourcentage de femmes qui ont partagé les messages concernant l'alimentation interactive par personne et cycle d'enquête

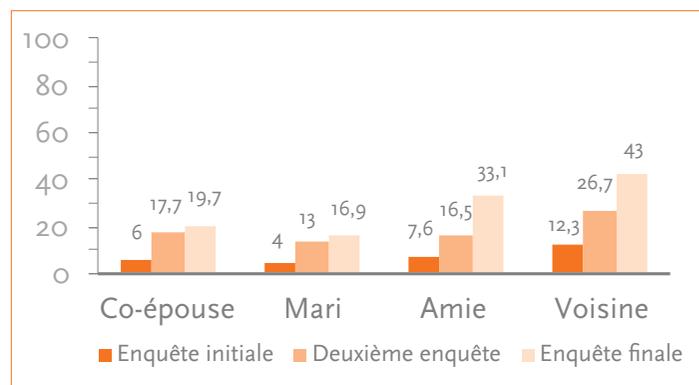


Tableau 3. Coût par bénéficiaire et pour l'intensification de l'intervention

	Preuve du concept		Scénario 1		Scénario 2	
	N	242 804 \$EU	N	277 169 \$EU	N	304 887 \$EU
Coût par personne touchée	1500	16,19 \$	7500	3,73 \$	7500	4,13 \$
Nombre de ménages qui, lors de l'évaluation finale, ont un endroit consacré au lavage des mains	840	28,91 \$	4200	6,60 \$	4200	7,26 \$
Nombre de ménages qui, lors de l'évaluation finale, ont un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	501	48,46 \$	2505	11,06 \$	2505	12,17 \$
Nombre de nouvelles femmes qui ont une assiette séparée pour leur enfant lors de l'évaluation finale	670	36,24 \$	3350	8,27 \$	3350	9,10 \$
Nombre de nouvelles femmes qui encouragent activement leur enfant à manger	624	38,91 \$	3120	8,88 \$	3120	9,77 \$

co-épouses, leurs maris, leurs amies et leurs voisines comme indiqué dans la **Figure 14** et la **Figure 15**. Il est intéressant de noter l'augmentation constante du nombre de femmes qui partagent des messages avec les membres de la famille, les amies et les voisines lors de l'évaluation finale, signe que l'intervention continue à se diffuser au sein de la communauté.

COUT ET INTENSIFICATION

La section qui suit présente les résultats de l'analyse des coûts. Nous discutons du coût par personne touchée et par comportement changé et nous présentons également les coûts associés à l'intensification de l'intervention pilote vers de nouvelles communautés et l'introduction de nouvelles vidéos. Nous incluons également les facteurs à prendre en compte pour l'intensification de l'intervention pilote.

Analyse de coûts

Notre analyse détaillée des dépenses de l'intervention a montré que le coût total de l'intervention en cours dans les villages sélectionnés était de 242 804 dollars EU. Les coûts couvraient différentes formations, le travail de production vidéo, les réunions mensuelles avec les médiateurs communautaires, le suivi et la supervision à distance et par les déplacements sur le terrain, la mise en place du système d'information et de suivi pour assurer la qualité, la diffusion des vidéos communautaires et les visites de suivi aux membres du groupe par les médiateurs communautaires.

D'autres détails sur le coût par composante de programme sont disponibles à la demande dans le rapport complet de l'analyse des coûts (Minault, 2015). Sur la base des informations collectées dans le cadre du suivi systématique, la preuve du concept estime que 1500

individus dans les 20 communautés ont été touchés par l'intervention. Les résultats du coût par bénéficiaire et comportement changé par divers scénarios de coûts sont présentés dans le **Tableau 3**.

Sur la base de ces estimations, nous avons pu obtenir un coût par bénéficiaire touché, soit environ 16,19 dollars EU par personne. Cette estimation a été obtenue en prenant le coût total de la phase de la preuve du concept et en le divisant par les 1500 bénéficiaires et les 10 messages de changement de comportement auxquels les différentes personnes ont été exposées. Puis, nous avons étudié la différence entre les valeurs de l'enquête initiale et de l'évaluation finale pour deux comportements clés que la preuve du concept visait à changer. Pour le comportement concernant le lavage des mains, nous avons extrapolé que 840 des 1500 bénéficiaires avaient changé de comportement, sur la base du changement intervenu entre 14 % lors de l'enquête initiale à 59 % lors de l'évaluation finale. Nous avons utilisé une méthode d'extrapolation similaire pour déterminer le nombre de bénéficiaires qui ont adopté le changement de comportement concernant l'assiette séparée et nous sommes arrivés à 670 bénéficiaires.

À partir du nombre de bénéficiaires dont les comportements ont changé, nous avons déterminé le coût par comportement changé en matière de lavage des mains, à savoir 28,91 dollars EU par bénéficiaire et 36,24 dollars EU par bénéficiaire ayant adopté le comportement relatif à l'assiette séparée. Il est important de noter, toutefois, que les coûts ci-dessus reflètent une petite phase du concept de preuve, qui tend à être plus coûteuse du fait des coûts de cadrage et de démarrage et ne bénéficie pas d'économies d'échelle.

Potentiel d'intensification

L'enthousiasme suscité par les vidéos s'est étendu

au-delà des communautés immédiates et nous avons noté un intérêt pour l'extension des diffusions des vidéos à de nouveaux publics, en envisageant de nouveaux canaux de projection des vidéos et en accroissant le nombre de médiateurs.

Nous devons étendre les séances de vidéo à tous les autres groupes des villages et aller vers les villages voisins. En accroissant le nombre de médiateurs et en trouvant d'autres moyens de projection, notamment les enregistrements de CD et les téléphones cellulaires, nous pouvons étendre la portée du programme.

—Médiateur

Nous avons estimé les coûts d'intensification de deux scénarios. Le scénario 1 portait sur l'intensification de l'intervention vers 100 autres villages (soit 7500 bénéficiaires) dans la région de Maradi, en utilisant les 10 vidéos existantes produites par la preuve du concept. Pour l'intensification du programme, l'estimation des coûts a indiqué un accroissement de 277 169 dollars EU.

Les principaux déterminants de l'accroissement des coûts sont la main-d'œuvre et l'activité ; l'utilisation de vidéos existantes permettra de faire quelques économies de coûts. En conséquence, le coût par bénéficiaire tombe à 3,73 dollars EU par personne touchée, 6,60 dollars EU pour les comportements changés relativement au poste de lavage des mains et 8,27 dollars EU pour le comportement concernant l'assiette séparée.

Un deuxième scénario de coûts proposait l'intensification à 100 villages dans une nouvelle région du Sahel, ce qui pourrait nécessiter une recherche

formative supplémentaire, l'adaptation d'outils de formation et la production d'un nouveau contenu de vidéos. Les coûts associés au second scénario étaient de 304 887 dollars EU. Par conséquent, le coût par bénéficiaire serait de 4,13 dollars EU par personne touchée, 7,26 dollars EU pour les comportements changés concernant le poste de lavage des mains et de 9,10 dollars EU pour le comportement concernant l'assiette séparée.

Les résultats des groupes de discussion ont identifié des facteurs qui devraient être pris en compte pour les activités d'intensification futures.

Besoins futurs de formation pour les médiateurs

L'introduction de la projection de vidéos dans des réunions de groupes existants pourrait tirer profit d'un soutien extérieur supplémentaire. Plusieurs médiateurs ont indiqué que les formations de recyclage mensuelles étaient importantes pour renforcer leur compréhension, introduire de nouveaux contenus et obtenir des réponses aux questions restées sans réponse.

Toutefois, certains médiateurs pensent que même sans soutien extérieur continu, si l'équipement et les vidéos étaient mis à leur disposition, ils pourraient poursuivre les visites à domicile pour conseiller les populations et étendre la portée de l'intervention pilote.

Si le projet ne retire pas l'équipement, nous pourrions continuer à faire des visites à domicile et à conseiller la population.

—Médiateur

Idées pour de futurs thèmes de vidéos

Les bénéficiaires ont fait des observations sur des sujets de nouvelles vidéos qu'ils seraient intéressés à voir si l'intervention pilote était prolongée. Des suggestions ont été faites sur des vidéos portant sur les méthodes contraceptives et l'espacement des naissances ; l'importance de l'éducation, en particulier chez les jeunes filles et le fait d'éviter les mariages précoces ; la nutrition chez les adolescents ; le traitement de l'eau ; et les conseils portant sur les méthodes d'amélioration des pratiques agricoles.

Les médiateurs et les bénéficiaires ont fait plusieurs autres suggestions qui pourraient être utiles à prendre en compte si les activités étaient intensifiées à l'avenir. Les bénéficiaires et les médiateurs pensent qu'il serait utile de montrer les risques de la non-adoption des comportements des vidéos, de proposer des vidéos avec des sous-titres ou proposer des brochures écrites et/ou des aides visuelles qui pourraient être partagées avec les membres des ménages et de fournir un résumé des questions clés à la fin de la vidéo. Plusieurs autres suggestions portaient sur l'utilisation de messages SMS pour rappeler aux bénéficiaires les sujets faisant l'objet de promotion et l'offre de T-shirts ou de récompenses aux bénéficiaires qui changent de comportement.

Discussion et conclusion

L'approche de vidéo communautaire utilisée dans cette étude s'est avérée efficace pour influencer les connaissances, les attitudes, l'auto-efficacité et les comportements auto-déclarés dans le cadre de résilience du Niger.

Les résultats de l'évaluation à méthodes mixtes suggèrent que notre approche de vidéo communautaire est un outil acceptable et efficace pour accompagner le changement de comportement en MIYCN dans le cadre de résilience du Niger. Nous présentons ci-dessous un résumé des résultats de recherche, ainsi que des recommandations pour éclairer les efforts futurs.

L'exposition aux messages par le biais de plusieurs canaux de communication aide à la diffusion des informations.

Les conclusions des données quantitatives et qualitatives suggèrent que les multiples canaux de communication introduits par l'intervention sont efficaces pour générer la discussion au sein des communautés, qui peut à son tour influencer les normes sociales et rendre les messages plus durables. Selon les enquêtes quantitatives, l'exposition aux messages concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive par le biais de la vidéo ont augmenté de 0 % lors de l'enquête initiale à plus de 50 % lors de l'évaluation finale. L'exposition aux messages des volontaires communautaires par le biais des visites à domicile a augmenté, passant d'environ 15 % pour les deux comportements lors de l'enquête initiale à environ 40 %. L'accroissement de l'exposition aux informations par le biais des vidéos et des visites à domicile a coïncidé avec un accroissement du nombre de femmes qui ont échangé des informations concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive avec un certain nombre de membres de la communauté. Les conclusions des entretiens qualitatifs suggèrent que les bénéficiaires aimeraient avoir

d'un soutien continu par des visites à domicile après chaque projection de vidéo.

Les femmes ont mentionné le besoin de renforcer les messages partagés lors des projections de vidéos, l'importance de partager les informations avec les autres membres de la famille et le besoin de soutien pour l'adoption des comportements.

Nous recommandons que les activités futures réfléchissent aux niveaux d'exposition nécessaires pour appuyer la diffusion des informations et également à la manière dont la propagation des informations influence le changement de comportement. Ces informations peuvent aider à déterminer la « dose » optimale d'exposition à la vidéo et de visites à domicile.

Le fait d'inviter les personnes influentes, en particulier les maris, aux activités de l'intervention pilote, accroît leur soutien.

L'importance du rôle des hommes dans l'appui au changement de comportement est ressortie des conclusions. Les données de l'enquête indiquent l'implication croissante des hommes dans l'appui au comportement lié au lavage des mains ; le pourcentage d'hommes qui entretiennent le poste de lavage des mains a considérablement augmenté, passant de 19,5 % lors de l'enquête initiale à 53,4 % lors de l'enquête finale. Le pourcentage de femmes qui déclarent avoir discuté des messages de santé concernant le lavage des mains et l'alimentation interactive avec leur mari a également augmenté. Les conclusions des entretiens qualitatifs montrent que les hommes apportent un soutien aux femmes en installant les postes de lavage des mains, en autorisant les femmes à se rendre aux centres de santé et en s'assurant que leurs enfants sont bien nourris.

Étant donné que la prise de décisions par les hommes sert de déterminant majeur influençant la capacité d'une femme à adopter un comportement sain, la recherche future pourrait recueillir des données sur les changements en matière de connaissances, d'attitudes et de pratiques chez les hommes et établir des comparaisons entre les femmes et les hommes, pour savoir dans quel domaine leurs connaissances, attitudes et pratiques sont concordantes et discordantes. Comprendre les différences dans la façon dont les hommes et les femmes réagissent pourrait permettre d'identifier les domaines où des communications plus ciblées peuvent être développées.

L'intensification de l'intervention pilote est accueillie avec enthousiasme et les coûts baisseront par bénéficiaire.

Les conclusions des entretiens qualitatifs suggèrent que l'enthousiasme suscité par les vidéos s'étend au-delà des communautés immédiates et que de nouveaux publics dans les communautés voisines sont intéressés. Les communautés pilotes sont également intéressées par de nouveaux thèmes de vidéos. Les résultats de l'analyse des coûts indiquent que les coûts chuteront considérablement si les interventions pilotes sont mises à échelle. Les coûts associés à l'extension de l'intervention de 1500 à 7500 bénéficiaires et à l'introduction de nouveaux contenus vidéo sont de 304 887 dollars EU. En conséquence, le coût par bénéficiaire serait de 4,13 dollars EU par personne touchée, 7,26 dollars EU pour les comportements changés concernant les postes de lavage des mains et 9,10 dollars EU pour le comportement concernant l'assiette séparée. Bien que nous ne puissions comparer les estimations de coûts des études antérieures, parce que différents enquêteurs ont utilisé des hypothèses différentes, nous pouvons situer le prix par changement de comportement dans le contexte d'interventions similaires.

Les coûts d'interventions similaires, qui portaient sur le coût par vie sauvée ont révélé que les coûts pouvaient aller de 22 dollars EU jusqu'à 393 dollars EU par année de vie sauvée (Farnsworth et al., 2014).

Notons que nous avons introduit l'intervention pilote dans une zone où les partenaires avaient une présence bien établie. Cela signifie que les coûts ne reflètent pas les efforts investis par les partenaires pour prendre contact avec les communautés, établir des relations avec les leaders communautaires et obtenir leur soutien pour les activités. En outre, des études antérieures ont noté que l'intervention à base communautaire devrait évaluer et prendre en compte les communautés aux différents stades de l'état de préparation de la communauté pour le changement, en reconnaissant que ce ne sont pas toutes les communautés qui sont prêtes à recevoir l'information et faire des démarches dans le sens du changement.

Les efforts futurs devraient prendre en compte les stades de l'état de préparation des communautés et adapter les interventions pour répondre à l'état de préparation des communautés pour le changement de comportement.

La collaboration SPRING/DG montre que l'approche peut être mise en œuvre avec succès dans le contexte de résilience du Niger. Les résultats de notre évaluation mettent en évidence le potentiel de l'approche de la vidéo communautaire comme approche innovante et efficace pour susciter le changement de comportements liés à la nutrition et à l'hygiène, à la fois au plan social et au plan individuel. Les résultats montrent que l'utilisation de canaux multiples pour diffuser les messages et entrer en contact avec les personnes influentes clés est une approche prometteuse pour autonomiser les femmes, les hommes et les communautés en vue d'améliorer leur santé.

Références

- Bandura, A. 2004. "Health Promotion by Social Cognitive Means." *Health Education & Behavior* 31(2): 143–64. <http://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bentley, M. E., H. M. Wasser et H. M. Creed-Kanashiro. 2011. "Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Nutrition* 141(3): 502–507. <http://doi.org/10.3945/jn.110.130005>
- Berrigan, F. 1979. *Role of Community Media in Development*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, et al. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *Lancet*, 371(9608): 243–60.
- Desta, B. F., H. Mohammed, D. Barry, A. H. Frew, et al. 2014. "Use of Mobile Video Show for Community Behavior Change on Maternal and Newborn Health in Rural Ethiopia." *Journal of Midwifery & Women's Health* 59(s1): S65–S72. <http://doi.org/10.1111/jmwh.12111>
- Farnsworth, S. K., K. Böse, O. Fajobi, P. P. Souza, et al. 2014. "Community Engagement to Enhance Child Survival and Early Development in Low- and Middle-Income Countries: An Evidence Review." *Journal of Health Communication* 19(1): 67–88. <http://doi.org/10.1080/10810730.2014.941519>
- Institut national de la statistique (INS) et ICF International. 2012. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger 2012*. Calverton, MD: INS/ICF International.
- Kadiyala, S., T. Roopnaraine, A. Margolies, et S. Cyriac. 2014. *Using a Community-Led Video Approach to Promote Maternal, Infant, and Young Child Nutrition in Odisha, India: Results from a Pilot and Feasibility Study*. Arlington, VA: Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING).
- Khoury, A. J., A. K. Mitra, A. Hinton, et al. 2002. "An Innovative Video Succeeds in Addressing Barriers to Breastfeeding among Low-Income Women." *Journal of Human Lactation* 18(2): 125–31.
- Minault, S. 2015. *SPRING/Digital Green: Analyse des coûts*. [SPRING/Digital Green: Cost Analysis.] Arlington, VA: Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING).
- Moreaux, M. 2015. *Informing Video Topics and Content on MIYCN and Handwashing: Situational Analysis and Formative Research in Maradi, Niger*. Arlington, VA: Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING).
- Roye, C. et M. Hudson. 2003. "Developing a Culturally Appropriate Video to Promote Dual-Method Use by Urban Teens: Rationale and Methodology." *AIDS Education and Prevention* 15(2): 148–58.

Stokols, D. 1996. "Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion." *American Journal of Health Promotion* 10(4): 282–98.

Tuong, W., E.R. Larsen et A. W. Armstrong. 2014. "Videos to Influence: A Systematic Review of Effectiveness of Video-Based Education in

Modifying Health Behaviors." *Journal of Behavioral Medicine* 37(2): 218–33. <http://doi.org/10.1007/s10865-012-9480-7>

Annexe 1 : Description des répondants à l'enquête

Tableau 1. Distribution en pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par certaines caractéristiques sociodémographiques et par cycle d'enquête

	Enquête initiale		Deuxième enquête		Enquête finale	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
ÂGE						
15–19 ans	12,3	37	9,3	30	7,3	26
20–24 ans	20,3	61	15,8	51	19,7	70
25–29 ans	23,6	71	23,3	75	23,3	83
30–34 ans	21,3	64	23,3	75	18,8	67
35–39 ans	14,6	44	17,1	55	19,7	70
40–44 ans	7	21	8,7	28	7,6	27
45–49 ans	1	3	2,5	8	3,7	13
Total	100	301	100	322	100	356
ACTUELLEMENT MARIÉE						
Mariée	99,3	299	100	322	100	356
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Pas d'instruction	68,4	206	79,8	257	84,3	300
Alphabétisée	7	21	1,6	5	0,6	2
Primaire	17,3	52	14	45	12,1	43
Secondaire	7,3	22	4,7	15	3,1	11

	Enquête initiale		Deuxième enquête		Enquête finale	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
Total	100	301	100	322	100	356
PARITE						
Nombre moyen d'enfants	4,7	301	5,4	322	5	356
SEXE DE L'ENFANT						
Dernier enfant de sexe masculin	53,2	301	52,2	322	52	356
ÂGE DE L'ENFANT						
6–8 mois	17,3	51	14,0	42	3,1	10
9–11 mois	7,5	22	6,6	20	4,6	15
12–17 mois	27,1	80	41,5	125	46,5	151
18–23 mois	46,7	138	37,9	114	45,8	149
Total	100,0	295	100,0	301	100,0	325

Tableau 2. Connaissances, attitudes et auto-efficacité concernant le lavage des mains chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par cycle d'enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Connaissances			
Pourcentage de femmes démontrant un lavage des mains correct			
La femme a-t-elle mouillé ses mains avec de l'eau ?	88,1	100	92,4
La femme a-t-elle utilisé du savon (ou des cendres en l'absence de savon) ?	78,6	98,1	95,7
La femme s'est-elle frotté les mains pendant au moins 15 secondes ?	71,4	94,9	98,6
La femme a-t-elle rincé les deux faces des mains avec de l'eau courante (pas dans une bassine) ?	78,6	96,2	96,7
Est-ce que la femme s'est séché les mains à l'air libre et non sur une serviette ?	64,3	81,5	91,4
Nombre total	42	157	210
Pourcentage de femmes qui savent qu'elles devraient avoir un poste de lavage des mains	94,4	96	97,2
Pourcentage de femmes qui citent les moments où elles se lavent les mains			
Après avoir utilisé les latrines/après les selles	36,2	81,4	77,3
Après avoir essuyé les fesses d'un enfant après les selles	22,9	60,9	76,4
Avant de préparer un repas	40,5	86,6	85,4
Après avoir manipulé les selles d'un enfant	11,6	32,9	32,3
Avant de nourrir les autres	9,6	42,5	43,3
Avant le repas	78,1	72,7	73,9
Pourcentage de femmes qui citent les raisons pour lesquelles il est important de se laver les mains avec du savon			
Pour prévenir l'infection/la diarrhée	83,7	93,5	85,1
Pour nettoyer les mains/éliminer la saleté	25,9	45,7	44,1
Pour une bonne hygiène	58,5	70,2	67,1
Pour empêcher la saleté d'entrer dans les aliments	5,6	18,9	8,7
Pour empêcher la saleté d'entrer dans la bouche	5,6	10,2	10,1
Pour éliminer les microbes	15	12,1	12,6
Attitude			
Pourcentage de femmes qui sont d'accord que chaque maison devrait disposer d'un poste de lavage des mains	86,7	92,9	90,7

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Connaissances			
Pourcentage de celles qui sont d'accord qu'on doit se laver les mains avec de l'eau propre/du savon	92	97,2	94,4
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'on doit se laver les mains pour prévenir l'infection	89,4	97,2	92,4
Auto-efficacité			
Pourcentage de femmes qui pourraient certainement avoir/installer un poste de lavage des mains	35,2	94,4	83,7
Pourcentage de femmes qui pourraient certainement se laver les mains avec du savon et de l'eau propre	54,8	98,4	90,4
Pourcentage de celles qui pourraient certainement se laver les mains avec du savon après les selles	77,7	99,7	79,8
Pourcentage de celles qui pourraient certainement se laver les mains avec du savon avant de préparer les aliments	76,1	99,4	81,5
Pourcentage de celles qui pourraient certainement se laver les mains avant de manger	76,4	100	83,1
Nombre total	301	322	356

Tableau 3. Comportement concernant le lavage des mains chez les femmes âgées de 15 à 79 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Pourcentage de ménages qui disposent au moins d'un endroit consacré au lavage des mains	14	48,8	59
Nombre total de ménages	301	322	356
Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage de mains par lieu de poste			
Près de la cuisine	36,6	65,6	52,9
Près des latrines	19,5	22,9	44,2
Près de l'entrée de la cour	2,9	7	43,9
Pourcentage de ménages qui disposent d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	73,8	95,5	96,2
Qui entretient le poste de lavage des mains ?			
Le mari	19,5	42	53,4
La femme	75,6	54,8	46,2
Un enfant/autre	2,4	2,5	0
Nombre de ménages disposant d'un poste de lavage des mains	41	157	208

Tableau 4. Connaissances, attitudes et auto-efficacité concernant l'alimentation interactive chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par cycle d'enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Connaissances			
Pourcentage de femmes qui savent qu'un enfant devrait avoir sa propre assiette	79,4	92,5	98,6
Pourcentage de femmes qui savent qu'elles devraient encourager un enfant à manger	46,5	71,1	71,9
Attitudes			
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'un enfant devrait avoir une personne responsable à un bras de distance	83,1	82	83,7
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'un enfant devrait manger avec une personne responsable à côté de lui	83,7	87,6	92,1
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'un enfant peut décider de quand il devrait arrêter de manger	38,9	43,2	60,7
Pourcentage de femmes qui sont d'accord que la meilleure façon pour une mère de savoir qu'un enfant a suffisamment mangé est de manger dans le même bol	56,1	45	62,1
Pourcentage de femmes qui sont d'accord que si un enfant refuse de manger, l'on doit mettre la nourriture de force dans la bouche de l'enfant	24,3	14	28,9
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'elles peuvent chanter et jouer pour encourager l'enfant à manger	74,8	84,5	93,8
Pourcentage de femmes qui sont d'accord que tout enfant de plus de 6 ans à qui la mère donne des instructions peut nourrir un enfant	75,4	71,4	79,8
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'elles n'ont pas le temps de s'asseoir avec un enfant et de le nourrir	9,6	8,7	9
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'elles n'ont pas le temps d'encourager un enfant à manger	7,6	1,9	9,8

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'un enfant n'a pas besoin de sa propre assiette pour manger	12	2,2	9,8
Auto-efficacité			
Pourcentage de femmes qui pourraient certainement avoir une personne responsable auprès de l'enfant au prochain repas	65,8	87	92,4
Pourcentage de femmes qui pourraient certainement avoir une personne responsable à un bras de distance de l'enfant au prochain repas	63,8	85,1	92,4
Pourcentage de femmes qui ont certainement l'intention de donner sa propre assiette à l'enfant	71,8	94,7	89,3
Pourcentage de femmes qui entendent certainement encourager l'enfant au prochain repas	76,4	98,8	92,4
Nombre	301	322	356

Tableau 5. Comportement concernant l'alimentation interactive chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par cycle d'enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Pourcentage de femmes qui ont déclaré que l'enfant était aidé par une personne responsable lors du dernier repas	87,7	94,7	92,7
Pourcentage de femmes qui ont déclaré que la personne responsable d'aider l'enfant se trouvait à moins d'un bras de distance	64,5	76,7	79,5
Pourcentage de femmes qui ont nourri l'enfant avec sa propre assiette pour chaque repas	69,8	89,1	96,6
Pourcentage de femmes qui encouragent activement leur enfant à manger (sur la base de l'échelle d'encouragement)	31,2	70,2	85,1
Nombre total	301	322	356

Tableau 6. Exposition aux messages relatifs au lavage des mains chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par cycle d'enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Ont entendu un message concernant le lavage des mains au cours des deux semaines précédant l'enquête			
Pourcentage de femmes qui ont entendu des messages concernant le lavage des mains par type de message			
Comment se laver les mains (avec de l'eau propre, du savon, durée du lavage des mains et méthode de séchage)	21,9	65,5	52,5
Quand se laver les mains (après les selles, avant de manger)	16,3	45,3	50,8
La raison du lavage des mains, c'est pour réduire l'infection	14,6	40,7	43,3
Source du message sur le lavage des mains entendu dans les deux semaines précédant l'enquête			
Pourcentage de femmes qui ont entendu les messages concernant le lavage des mains par canal			
Affiches dans la communauté	0,7	0,9	3,4
Réunions dans la communauté	23,3	22,7	9,6
Messages de services publics du gouvernement	0,3	0	0,6
Visite d'un centre de santé	5,3	9,3	1,7
Visite du domicile d'un membre de la famille	4,7	15,8	4,8
Journaux/magazines	0	0,3	0
Télé	0	0,9	0,8
Radio	9	4,7	0,3
Vidéo	0	56,2	52,8
Source de message concernant le lavage des mains			
Pourcentage de femmes qui ont entendu des messages portant sur le lavage des mains par personne influente			
Chef de village	4	2,5	11,5
Agent du gouvernement	1	0,3	0,3
ONG	15,6	17,7	12,6
Membre de la famille	0,7	6,5	1,1
Ami(e)	0,7	7,8	12,1
Voisin(e)	1	9	13,5
Radio/télé/acteur de la vidéo	5,3	35,1	18,3
Volontaire communautaire	16,6	43,8	25,3
Professionnel de santé	6,6	6,2	6,5

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Les messages que les femmes ont partagés sur le lavage des mains			
Pourcentage de femmes qui ont partagé des messages sur le lavage des mains par type de message			
Comment se laver les mains (avec de l'eau propre, du savon, durée du lavage des mains et méthode de séchage)	17,3	39,8	50,6
Quand se laver les mains (après les selles, avant de manger)	14,6	29,5	49,2
La raison du lavage des mains, c'est pour réduire l'infection	13	25,8	43,3
Avec qui les femmes ont-elles partagé des messages sur le lavage des mains ?			
Pourcentage de femmes qui ont partagé des messages avec x personne			
Chef de village	1	0	12,9
Agent du gouvernement	0	0	0
ONG	1,3	1,6	0
Belle famille	1,7	3,7	2
Mère/père	2,7	4	5,1
Co-épouse	8,6	18	19,1
Beau-frère/belle-sœur	6,6	9,6	7
Enfant dans la concession	8	17,4	12,1
Le mari	4,3	17,7	18,3
Ami(e)	9,6	20,8	32,3
Voisin(e)	19,3	34,2	44,7
Nombre	301	322	356

Tableau 7. Exposition aux messages portant sur l'alimentation interactive chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant né au cours des deux dernières années par cycle d'enquête

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Ont entendu un message portant sur l'alimentation interactive au cours des deux semaines précédant l'enquête			
Pourcentage de femmes qui ont entendu des messages portant sur l'alimentation interactive par type de message			
Veiller à ce qu'un adulte responsable supervise un enfant pendant son repas	13,6	43,2	41,6
S'assurer qu'un adulte ou que quelqu'un de responsable se tient à moins d'un bras de distance de l'enfant	4,7	24,2	45,8
Mettre la nourriture dans une assiette séparée pour un enfant	6	32,9	40,4
Encourager l'enfant à manger	11,6	34,8	30,6
Ne pas forcer l'enfant à manger	10	36	20,2
Source du message portant sur l'alimentation interactive au cours des deux semaines précédant l'enquête			
Pourcentage de femmes qui ont entendu des messages sur l'alimentation interactive par canal			
Affiches dans la communauté	1,3	0,3	1,4
Réunions dans la communauté	14,3	18,3	9
Messages de services publics du gouvernement	0	0	0,3
Visite d'un centre de santé	8	7,1	1,1
Visite du domicile d'un membre de la famille	5	13,4	5,3
Journaux/magazines	0	0,3	0,3
Télé	0,7	0,6	0,6
Radio	5,3	3,1	0,6
Vidéo	0	44,1	55,6
Source du message portant sur l'alimentation interactive			
Pourcentage de femmes qui ont entendu des messages sur l'alimentation interactive par canal			
Chef de village	2,7	0,9	12,9
Agent du gouvernement	0,7	0,3	0,3
ONG	8,3	10,2	12,9
Membre de la famille	0,3	2,8	0,8
Ami(e)	0,3	5,6	11,2
Voisin(e)	1,7	6,8	13,5

	Enquête initiale	Deuxième enquête	Enquête finale
Radio/télé/acteur de la vidéo	4,7	31,4	21,1
Volontaire communautaire	12	38,2	25
Professionnel de santé	9,3	4,7	6,2
Messages partagés par les femmes sur l'alimentation interactive			
Pourcentage de femmes qui ont partagé des messages sur l'alimentation interactive par type de message			
Veiller à ce qu'un adulte responsable supervise un enfant pendant son repas	9,3	23,9	37,4
S'assurer qu'un adulte ou que quelqu'un de responsable se tient à moins d'un bras de distance de l'enfant	4	11,5	43,5
Mettre la nourriture dans une assiette séparée pour un enfant	4,3	20,8	37,6
Encourager l'enfant à manger	9,3	21,7	26,4
Ne pas forcer l'enfant à manger	9,3	21,4	19,1
Avec qui les femmes ont-elles partagé des messages sur l'alimentation interactive ?			
Pourcentage de femmes qui ont partagé des messages avec x personne			
Chef de village	0,7	0	13,2
Agent du gouvernement	0	0	0
ONG	1,7	0	0,3
Belle famille	1	2,8	2,5
Mère/père	2,7	2,8	7,6
Co-épouse	6	17,7	19,7
Beau-frère/belle-sœur	5	7,1	10,7
Enfant dans la concession	3,3	9	8,1
Le mari	4	13	16,9
Ami(e)	7,6	16,5	33,1
Voisin(e)	12,3	26,7	43
Nombre	301	322	356

La vidéo communautaire est une approche puissante qui permet d'améliorer les pratiques de la nutrition, même dans les zones frappées par la sécheresse, les conflits et la pénurie alimentaire. Lorsque des membres de la communauté créent et partagent des vidéos faisant la promotion de comportements idéaux de nutrition et d'hygiène, les amis et les voisins y font attention. Ce rapport documente en détail l'impact positif d'un projet de vidéo communautaire pilote pour une meilleure alimentation chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant au Niger et offre d'importantes leçons apprises.

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org
Web: www.spring-nutrition.org

SPRING
Renforcement de partenariats, résultats, et
innovations en nutrition à l'échelle mondiale