Enquête CAP - Sociologique Guidimakha

2016

Projet d' « Amélioration du statut nutritionnel des populations de la région du Guidimakha »

Rapport d'analyse comparée : Enquête Sociologique et Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations en matière d'Alimentation, d'Hygiène et de Soins dans la région du Guidimakha

CONTENU

PARTIE 1 : JUSTIFICATION ET METHODOLOGIE ENQUETE 5

I. INTRODUCTION 5

II. METHODOLOGIE 7

A- Type d'étude 7

B- Considérations éthiques 8

C- Méthodologie d'échantillonnage 8

1. Population d'étude 8

2. Taille de l'échantillon 9

3. Approche statistique 9

D- Collecte des données 9

1. Recueil des données et instrument de collecte 9

2. Difficultés rencontrées et erreurs commises LORS DE LA COLLECTE DES DONNEES 10

3. Traitement et analyse des données 11

PARTIE 2. RESULTATS DE L'ENQUÊTE 12

I. CARACTERISTIQUES DES INTERROGES 12

A- Caractéristiques générales 12

B- Caractéristiques femmes avec enfants 19

II. EVOLUTION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES 20

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES 20

DE LA CONNAISSANCE AUX CHANGEMENTS DES PRATIQUES 23

A- Nutrition 23

1. COLOSTUM 23

2. AME 24

3. SEVRAGE & INTRODUCTION D'ALIMENT DE COMPLEMENT 26

DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE 29

B- Soins 33

1. RECONNAISSANCE SIGNES DE DANGER 33

2. RELATIONS DE CAUSES A EFFETS : PRATIQUES – MALADIES 34

PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT 35

3. CONSEQUENCES DE LA MALNUTRITION 38

C- EAu, Hygiène et Assanissement 39

4. HYGIENE 40

ACCES A L'EAU 41

TRAITEMENT 43

ASSAINISSEMENT 45

Source D'INFORMATION 45

III. analyse comparée des effets des deux stratégies de communication sociale appliquées aux populations cibles 47

Connaissance et attitudes 47

PRATIQUES 52

Allaitement 52

Diversification alimentaire 58

SOINS 59

partie 3. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DU PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION SOCIALE A BASE COMMUNAUTAIRE 61

SYNTHESE ET ANALYSE DES DONNEES 61

la pErtinence de la strategie de communication sociale 70

RECOMMANDATIONS 73

PERSPECTIVES 79

PARTIE 1 : JUSTIFICATION ET METHODOLOGIE ENQUETE

I. INTRODUCTION

En vue d'assurer un changement des comportements durable, ACF-E a développé un document stratégique de communication relativement aux efforts de prévention à la malnutrition aigüe mis en œuvre dans la région du Guidimakha.

Dans le cadre du projet d'amélioration du statut nutritionnel des populations du Guidimakha, les interventions proposées reposent sur des opérations de communication sociale, à base communautaire, favorisant la mobilisation des leaders (implication, responsabilisation, changement des mentalités) et promouvant le changement des comportements individuels.

Ainsi, la mise en œuvre du projet a suivi deux axes d'intervention stratégique découpés sur l'axe opérationnel accordé par OFDA :

	2015			2016				
	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
Stratégie Classique	107 villages		107 villages		107 villages		107 villages	
Stratégie Renforcée		36 villages		36 villages		36 villages		36 villages

La stratégie classique consiste en la réalisation du paquet traditionnel d'activités en matière de sensibilisation dans l'ensemble de la zone de couverture du projet (107 villages), à savoir : les causeries éducatives, les visites à domicile et les thé-débat.

La stratégie renforcée est une stratégie pilote de communication sociale, dans une zone de couverture restreinte (36 village parmi les 107 cibles), intégrant les activités suivantes : théâtre forum, projection de film/débat, causerie dans les mahadras, forum scolaire, atelier culinaire

Les critères des villages retenus pour cette seconde stratégie déployée sont les suivants:

- Des taux de malnutrition aigüe global élevés sur plusieurs mois consécutifs
- Un nombre d'habitants supérieur à 200 personnes
- La nécessité de la présence d'un marché à proximité
- La présence de groupement féminin
- Représentation homogène des différentes communautés de la région

D'après l'hypothèse initiale posée dans la stratégie de communication pour le changement de comportement développé, les 36 villages cibles bénéficieront donc de deux fois plus d'activités que les villages de la stratégie classique, qui assureront une amélioration des connaissances/attitudes générale. Par ailleurs, le type d'activités qui sera mise en œuvre dans la stratégie renforcée favorisera quant à elle, la prise de conscience et la mise en pratique des comportements promus. On considère ainsi que les efforts réalisés en faveur du changement des comportements, en étroite complémentarité et coordination avec les interventions des autres projets ACF-E de la zone (UNICEF / ECHO/FFP), auront des effets démultiplicateurs sur la réduction des taux de malnutrition materno-infantile.

A cet égard, la présente enquête CAP nous permet donc de faire une comparaison entre les deux stratégies et d'identifier les effets et la pertinence de notre approche ainsi que les conditions de sa duplication.

Il est à noter que nos activités ont visé non seulement le changement de comportement mais aussi à clarifier les conditions requises au changement social et individuel au travers de l'analyse des obstacles et de l'identification des motivations pour changer.

Dans ce sens, il est nécessaire de rappeler que les connaissances, les attitudes et les pratiques ne sont pas indubitablement liées ; les études nous montrent que la corrélation demeure souvent et faible. D'autres variables psychosociales culturelles interfèrent dans la relation ; c'est pourquoi, nous avons souhaité que l'enquête CAP endline soit couplée avec une enquête socio-anthropologique.

Ainsi, l'enquête CAP a été menée auprès de nos 4 groupes cibles (équilibre respecté entre les communautés ethniques):

- 60% de jeunes femmes ayant des enfants âgés de 0 à 2 ans (cible principale de l'enquête),
- 20% de femmes en âge de procréer avec ou sans enfants (cible secondaire),
- 15% hommes chefs de famille,

- 5% de belles mères et grandes mère

L'enquête socio-anthropologique a quant à elle ciblé 5 groupes cibles (équilibre entre communautés):

- FEFA ayant des enfants de 0 à 2 ans
- Femmes en âge de procréer avec enfants
- Hommes (chef de famille)
- Grands-mères / Belles-mères
- Leaders communautaires (Tradipraticiens / Accoucheuses traditionnelles /Imams)

OBJECTIF GLOBAL :

Mesurer l'impact des activités de communication sociale, à base communautaire, sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations relatives à la nutrition, l'hygiène et la santé :

- Connaitre les impacts désagrégées des 2 approches du projet, à savoir la stratégie renforcée et classique en vue d'en faire la comparaison.
- Identifier et analyser les déterminants socio-culturels de la sous-nutrition (structuration sociale) et le système de représentation socio-politique lié aux pratiques familiales essentielles

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Évaluer l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques en comparant les données de l'étude Baseline avec celles de l'étude Endline, pour l'ensemble de la population
- Formuler des recommandations pour le renforcement du plan stratégique de communication en matière de nutrition, d'EHA et de l'accès aux soins.

II. METHODOLOGIE

A- TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude sur les connaissances, pratiques et attitudes (CAP) couplée à une étude socio-anthropologique en matière d'hygiène, de soins et d'alimentation.

B- CONSIDERATIONS ETHIQUES

Pour la réalisation de cette étude, nous avons obtenu successivement : (i) au niveau communal : l'accord verbal des maires (ii) au niveau local : l'accord verbal des chefs de village. Enfin, chaque personne interrogée a donné son consentement éclairé.

C- METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE

1. POPULATION D'ETUDE

L'échantillon de l'enquête était constitué de femmes en âges de procréer avec enfant, de femmes ayant des enfants entre 0 et 2 ans, de pères de famille et de leaders d'opinions/communautaires (grands-mères, imams, tradipraticiens, etc.)

2 villages par commune ont été ciblés afin d'offrir une représentativité statistique satisfaisante dans l'étude des effets des activités des stratégies de communication appliquées sur les populations cibles :

- un village bénéficiant des activités classiques exclusivement
- un village bénéficiant des activités renforcées couplées à la stratégie classique

Villages statistiquement comparables, en termes de densités et des caractéristiques considérées homogénéisées.

	ZONE AVEC PAQUET D'ACTIVITES RENFORCEES				ZONE AVEC PAQUET D'ACTIVITES CLASSIQUES			
Commune	Village	Ethnie	Population	échant ménage	Village	Ethnie	Population	échant ménage
Ajar	Agoinitt	S	4637	45	Ajar centre	S / P	2556	45
Baediam	Melgue	P	2472	45	Dar Saalam	P	536	45
Bouanze	N'Diew	S	1862	45	Bouanze	S	3783	45
Dafort	Farkaka	M	441	45	Garfa El Jullany	M	605	45
Khabou	Coumba daw	S	2991	45	Guemou	S	2639	45
Lahraj	Lahraj centre	P / M	1181	45	Lahraj diam diam	P	661	23
					Oudehn Levrass	M	649	23
Selibaby	Quartier Adala	M/P		45	EL EMEN	M		23

					COLLEGE	P		23
Tachott	Hel sinou	M	319	45	Warr Hamemid	M	1179	45
Boully	Chalkha dakhna	P	2302	45	Kalinioro	P	1036	45

2. TAILLE DE L'ECHANTILLON

Dans chaque village, un nombre de 45 personnes ont été sélectionnés et enquêtés, soit un total de 812 ménages enquêtés.

3. APPROCHE STATISTIQUE

L'approche statistique choisie a été celle de l'échantillonnage par quota, afin d'assurer la représentativité statistique de l'échantillon. Les variables traitées sont : l'ethnie (représentativité des trois ethnies) ; la catégorie de la personne répondante, à savoir :

- 60% de jeunes femmes ayant des enfants âgés de 0 à 2 ans (cible principale de l'enquête),
- 20% de femmes en âge de procréer avec ou sans enfants (cible secondaire),
- 15% hommes chefs de famille,
- 5% de belles mères et grandes mère

D- COLLECTE DES DONNEES

1. RECUEIL DES DONNEES ET INSTRUMENT DE COLLECTE

La formation CAP des enquêteurs s'est déroulée durant 3 jours, les 26, 27 et 28 avril 2016 à Sélibabi. Elle a été animée par Yacoub Cheikh Sidiya, responsable des enquêtes ACF-E / NKC et Mohamed Ould Ahmed, Technicien spécialisé du projet OFDA. Elle a regroupé 18 enquêteurs et 6 superviseurs de l'ONG partenaire ADG. Les enquêteurs et superviseurs se sont, lors de la formation, familiarisés avec les objectifs de l'enquête, les fondements méthodologiques (échantillonnage / collecte des données), le questionnaire et la planification de interviewés planifiés.

Le questionnaire s'articule comme suit :

- Information du questionnaire
- Caractéristique interrogé
- Connaissances, attitudes et opinions

- Nutrition
- AME
- ANJE à partir de 6 mois
- Hygiène

- Comportements

- Alimentation
- Hygiène
- Père de famille
- AME
- ANJE à partir de 6 mois

- Sources d'information

L'enquête finale CAP a été réalisée du 29 Avril au 6 Mai 2016 pour une durée de 8 jours.

D'autre part, une enquête sociologique a été réalisée du 10 au 15 mai. Cette enquête a collecté des données qualitatives relatives aux déterminants socioculturels de la sous-nutrition chez les enfants de moins 5 ans et chez les femmes enceintes et allaitantes.

2. DIFFICULTES RENCONTREES ET ERREURS COMMISES LORS DE LA COLLECTE DES DONNEES

Quelques difficultés ont été rencontrées lors de la collecte des données:

- Refus d'un chef de village d'administrer le questionnaire aux populations cibles - De nombreuses enquêtes ACF ont été réalisés/ sont en cours dans la région
- Manque d'expérience des enquêteurs dans la réalisation de l'enquête socio-anthropologique - Difficulté à mener des focus group et à assurer une restitution de qualité des entretiens réalisés – *verbatimes/retranscriptions*)
- Absence de coordination avec le projet ECHO (2 enquêtes socio-anthropologique et CAPont été réalisée en quasi simultanée)

3. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Tous les questionnaires ont été vérifiés par les enquêteurs et les superviseurs de l'enquête. Un masque de saisie a été créé sous SPHINX. Quatre encodeurs de l'ONG locale ADG, formés à la saisie, ont été recrutés. La saisie s'est ensuite déroulée sur 8 jours entre du 9 au 16 mai 2016. Le département suivi-évaluation d'ACF/NKC a assuré l'extraction des données sous forme de tableau de bord et le développement des croisements/graphiques nécessaires à l'analyse.

PARTIE 2. RESULTATS DE L'ENQUÊTE

Ce chapitre comprend quatre parties. La première partie décrit les caractéristiques des interrogés. La seconde partie décrit l'évolution des pratiques, attitudes et connaissances en matière d'hygiène de soins et d'alimentation sur l'année 2015-2016, incluant tous les interrogés. La troisième partie décrit l'analyse comparée des effets des deux stratégies de communication sociale appliquées aux populations cibles. La dernière partie, présente les recommandations, émises à partir de l'analyse des données collectées, à l'endroit du plan stratégique de communication sociale à base communautaire, en matière de nutrition, d'EHA et de l'accès aux soins.

I. CARACTERISTIQUES DES INTERROGES

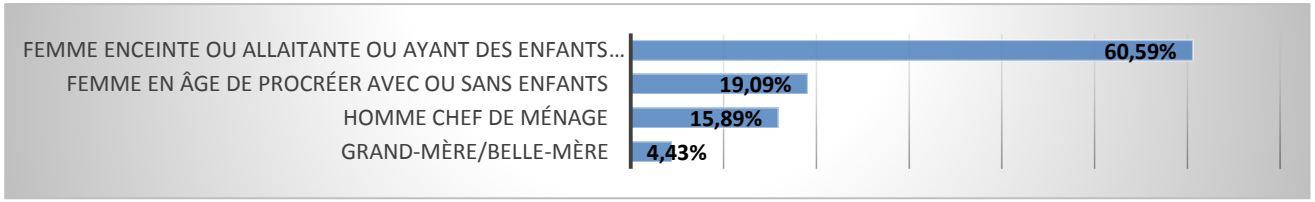
A- CARACTERISTIQUES GENERALES

Au total, 812 ménages ont été visités. Parmi eux,

- 60% des enquêtés appartiennent à notre cible principale (FEFA)
- 19 % des enquêtés appartiennent à notre cible secondaire (FAP),
- 20 % des enquêtés appartiennent à notre cible tertiaire (Homme Chef de Famille / Grand-mère / Belle-mère)

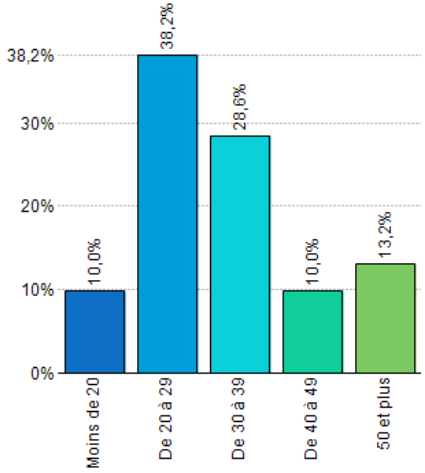
L'approche statistique recommandée a été respectée assurant la représentativité statistique de l'échantillon.

Figure 1: Caractéristiques sociodémographiques des interrogés



Au sein des ménages enquêtés, on observe que 66,8% des répondants sont âgés entre 20 et 39 ans. Soit respectivement 38,2% qui ont entre 20 et 29 ans et 28,6% qui ont entre 30-39 ans. 10% de la population enquêtée à moins de 20 ans et 23,2% ont 40 ans ou plus.

Figure 2: Structure par âge de la population



a- Niveau d'instruction

Le rapport réalisé par le GRDR pour ACF-E en 2009 sur les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition au Guidimakha soulignait déjà combien la faible scolarisation des femmes et les connaissances inappropriées de ces dernières sur les causes de la sous nutrition participaient à la dégradation de la situation nutritionnelle et sanitaire dans la région. Le présent rapport d'enquêtes montre que plus de la moitié des personnes interrogées non jamais été à l'école ; et seules 23,6% ont atteint le cycle au primaire. Ceci nous permettant d'expliquer l'importante difficulté à lire une affiche et ainsi à comprendre les messages diffusés sur l'importance de l'application des bonnes pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène. En effet, 40% ne peuvent pas du tout lire une affiche et 32,4% avec des difficultés. Il est à noter que les outils/supports de promotion sont majoritairement développés au travers d'une imagerie représentative et non d'un texte argumenté pour les personnes cibles.

Figure 3: Répartition des interrogés en fonction du niveau d'instruction

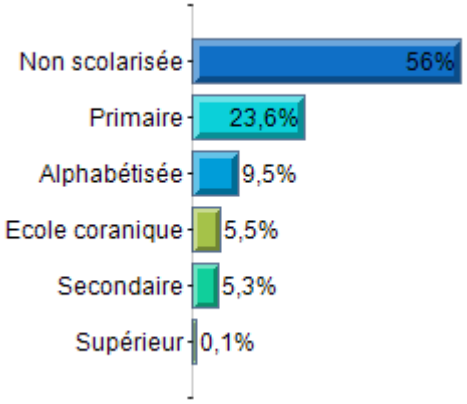
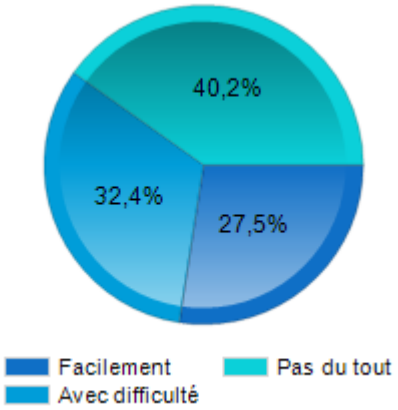


Figure 4: Répartition des interrogés en fonction de la capacité à lire ou à écrire une affiche en français



Il apparaît ici pertinent de croiser le niveau de scolarisation avec le statut des enquêtés. En effet, on note une forte représentation masculine dans l'accès aux structures éducatives secondaires et supérieures avec respectivement 30,2% et 100% du total de personnes enquêtées. 57% des personnes non scolarisées sont des femmes enceintes ou allaitantes. Egalement on observe que 94,4% des grand-mères n'ont pas bénéficié de scolarisation et 5,6% ont fait l'école coranique. Par ailleurs, dans la commune d'Ajar, on observe que 82,6% de la population totale enquêtée sont non scolarisées, c'est 86,1% dans la commune Khabou et 51,4% dans la commune de Buanze.

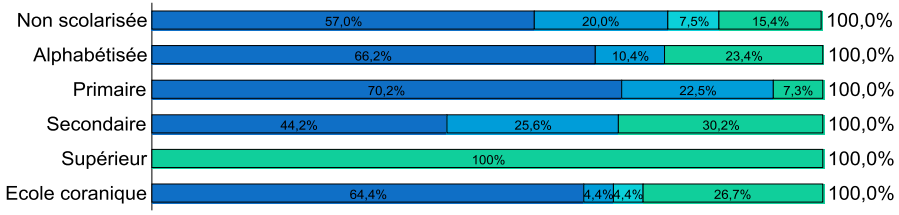
Figure 5 : Répartition des interrogés en fonction de leur statut et de taux de scolarisation

cibles enquêtées * niveau d'étude

	Femme enceinte ou allaitante ou ayant des enfants âgés entre 0-2ans	Femme en âge de procréer avec ou sans enfants	Grand-mère/ belle-mère	Homme chef de ménage
Non scolarisée	259	91	34	70
Alphabétisée	51	8	0	18
Primaire	134	43	0	14
Secondaire	19	11	0	13
Supérieur	0	0	0	1
Ecole coranique	29	2	2	12

p = **<0,01** ; Khi2 = **65,89** ; ddl = **15** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



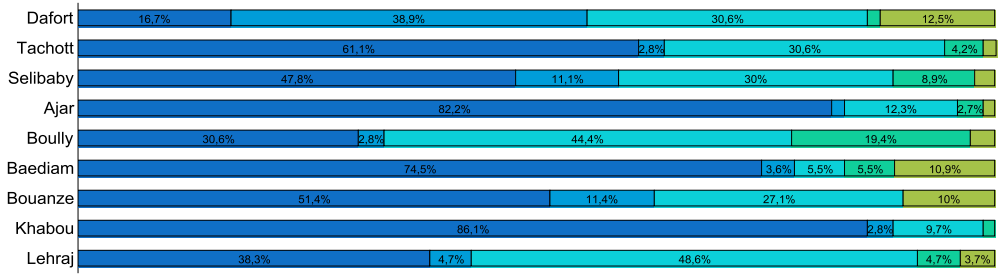
Fiche 5 bis : Répartition des interrogé en fonction de taux de scolarisation et leur commune

Niveau d'instruction*Commune

	Non scolarisée	Alphabétisée	Primaire	Secondaire	Supérieur	Ecole coranique
Dafort	12	28	22	1	0	9
Tachott	44	2	22	3	0	1
Selibaby	43	10	27	8	0	2
Ajar	60	1	9	2	0	1
Boully	11	1	16	7	0	1
Baediam	41	2	3	3	0	6
Bouanze	36	8	19	0	0	7
Khabou	62	2	7	1	0	0
Lehraj	41	5	52	5	0	4

p = **0,00** ; Khi2 = **244,67** ; ddl = **32** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



Cette corrélation ne peut néanmoins pas être directement relié avec les taux d'insécurité nutritionnelle enregistrées dans la région (données de la campagne dépistage – décembre 2015), comme le montre les données ci-dessous. En effet, par exemple la commune Dafort connait des taux de prévalence à la malnutrition élevée alors que c'est la commune dans laquelle la population est la plus alphabétisée (39% des personnes alphabétisées interrogées viennent de Dafort). A contrario pour la commune de Baidiam qui connait des taux de prévalence relativement faible mais un taux de scolarisation faible (3,9% des personnes scolarisées sont originaires de Dafort). Exception faite pour les communes d'Ajar, Buanze et Khabou qui connaissent de fort taux de non scolarisation (15,9%, 10,4%, et 16,7 respectivement) et des taux de prévalence à la malnutrition aigüe, élevés. Même corrélation observée dans la commune de Sélibaby où les taux de scolarisation sont les plus élevés (18,2%) et les taux d'insécurité nutritionnelle relativement faible.

Figure : Taux de prévalence MAG – Décembre 2015

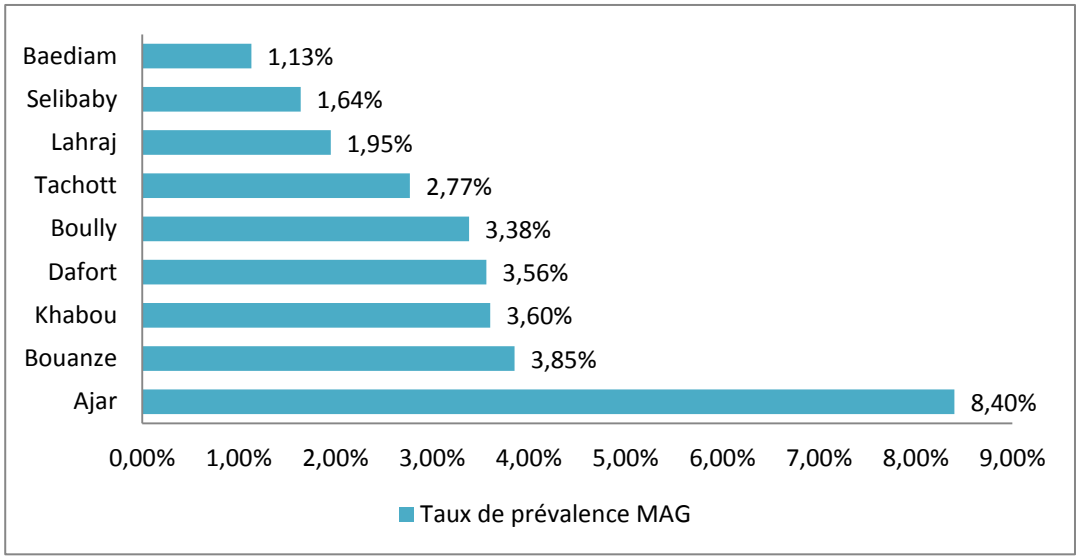


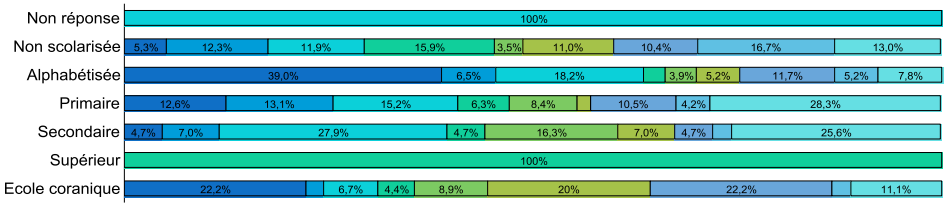
Figure : Niveau d'instruction des interrogées par commune

Niveau d'instruction*Commune

	Dafort	Tachott	Selibaby	Ajar	Boully	Baediam	Bouanze	Khabou	Lehraj
Non réponse	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Non scolarisée	24	56	54	72	16	50	47	76	59
Alphabétisée	30	5	14	2	3	4	9	4	6
Primaire	24	25	29	12	16	3	20	8	54
Secondaire	2	3	12	2	7	3	2	1	11
Supérieur	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ecole coranique	10	1	3	2	4	9	10	1	5

p = **<0,01** ; Khi2 = **228,18** ; ddl = **48** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



b- Situation matrimoniale croisé avec l'appartenance ethnique

On enregistre que 72% des personnes interrogées sont monogames et, 20% polygames - La majorité des ménages polygames sont soninkés (60,6%) ou peulhs (35,8%). Ainsi, 86,6% des interrogés maure sont monogames, parmi lesquels 5,5% sont divorcés ce qui représente 68% des divorcés totaux enquêtés.

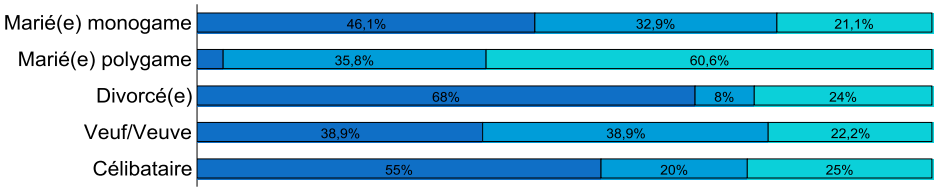
Figure 5:Répartition des interrogés en fonction de la situation matrimoniale et de leur appartenance ethnique

Situation matrimoniale* ethnie

	Maure	Peulh	Soninké
Marié(e) monogame	269	192	123
Marié(e) polygame	6	59	100
Divorcé(e)	17	2	6
Veuf/Veuve	7	7	4
Célibataire	11	4	5

p = **0,00** ; Khi2 = **144,12** ; ddl = **8** (**TS**)

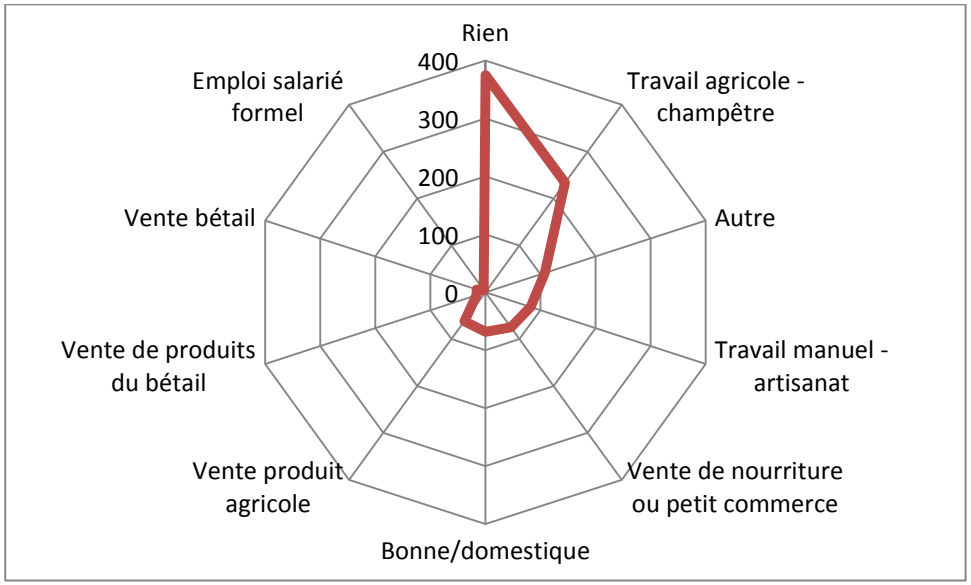
La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



c- Profil du travail des enquêtés

46% de la population enquêtées ne pratiquent aucune activité professionnelle et, 29% ont des activités agricoles. Seuls 17% vivent de petits commerce/vente de nourriture ou produits agricoles. On observe donc un faible taux de mise en œuvre d'activités génératrices de revenus risquant d'impacter directement sur les revenus des personnes enquêtées et ainsi, leurs capacités à adapter leur gestion/utilisation du budget ménage en faveur du bien-être et du développement des membres du ménage.

Figure 6 : Répartition des interrogés en fonction de leur activité professionnelle



B- CARACTERISTIQUES FEMMES AVEC ENFANTS

On observe que la moitié des femmes enquêtées (53%) ont entre 2 et 3 enfants âgés de 0 à 59 mois. Il est intéressant de comparer ces données avec l'âge des enquêtés – En effet, on voit que 43% des interrogés ayant un 1 enfant de moins de 5 ans sont des femmes âgés entre 18 et 24 ans et 8,1% sont des femmes âgés de moins de 18 ans.

48,2% des interviewées ayant 3 enfants de moins de 5 ans sont des femmes âgés entre 18 et 26 ans, c'est 40,6% qui ont 2 enfants de cette même classe d'âge. On peut donc en déduire que l'arrivée du premier enfant est précoce et que les naissances sont souvent rapprochés après l'arrivée du premier enfant.

Figure 7 : Répartition des interrogés en fonction du nombre d'enfants U5

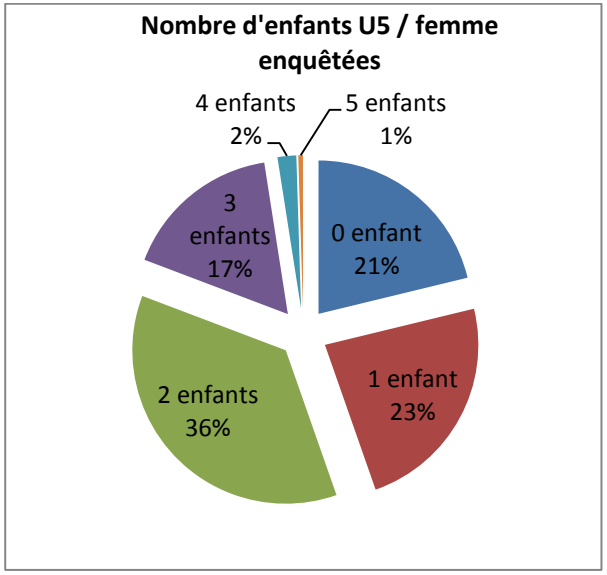


Figure 8 : Répartition du nombre d'enfant de moins de 5 ans par femmes interrogées

Nombre enfants moins de 5ans* age des femmes

	Moins de 18	De 18 à 26	De 27 à 35	De 36 à 44	De 45 à 53	54 et plus
Moins de 1 enf de - 5ans	7	39	24	31	2	2
1 enf de - 5ans	14	74	54	30	0	0
2 enf de - 5ans	10	101	109	26	3	0
3 enf de - 5ans	0	54	45	13	0	0
4 enf de - 5ans et plus	0	2	4	2	0	0

p = **<0,01** ; Khi2 = **58,10** ; ddl = **20** (**TS**)

La relation est très significative.
Répartition en 6 classes de même amplitude (BNF3)
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

II. EVOLUTION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

D'après l'enquête endline, les connaissances des enquêtées apparaissent comme étant bonnes, voire excellentes pour certaines modalités de réponse dans tous les groupes d'enquêtés confondus. 94,2% des interrogées pensent que le colostrum est très bon pour l'enfant, 89,7% des interrogées connaissant la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif et 89% savent que le sevrage doit être progressif. Ces données dont corrélées avec la part des femmes (89,9%) qui savent qu'on ne doit pas donner d'eau à la naissance.

Idem pour les connaissances ayant trait à la l'alimentation des femmes enceintes, 91,5% pensent qu'une femme enceinte doit manger plus que d'habitude et 87,6% savent que l'anémie n'est pas une pathologie ayant trait à l'ingurgitation d'un excès d'aliments riche en fer.

Egalement, 95,0% savent que si l'enfant à la diarrhée plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé.

Néanmoins il reste à noter que seules 61,2% des personnes enquêtées savent qu'une femme peut allaiter quand elle est enceinte. On note ici que 48,8% des hommes pensent qu'une femme ne peut pas allaiter quand elle est enceinte.

ENQUETE ENDLINE		
	VRAI	FAUX
Une femme ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte		61,20%
Une fois que l'enfant a six mois, il faut arrêter d'allaiter tout de suite		89,00%
Jusqu'à ce que l'enfant ait six mois, il faut exclusivement allaiter	89,70%	
Le premier lait jaune et épais, juste après l'accouchement est très bon pour l'enfant	94,20%	
La viande et le riz suffisent à une alimentation équilibrée		76,10%
Une femme qui est enceinte ou allaitante doit manger plus	91,50%	
Si l'enfant à la diarrhée pendant plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé	95,90%	
Une femme qui souffre d'anémie est une femme qui mange trop d'œufs, de poissons ou de viande		87,60%
L'eau suffit pour se laver les mains		92,70%
Il faut donner de l'eau dès la naissance à l'enfant lorsqu'il a soif		89,90%

On observe dans la figure ci-dessous un maintien des connaissances appropriées entre la baseline et l'enquête endline. Néanmoins et malgré un bon niveau des connaissances généralisée, on note que certaines connaissances ont évolué à la baisse. En effet, + 1, 29% des personnes enquêtées pensent qu'une femme ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte entre les deux enquêtes. C'est 2,41% supplémentaires qui pensent qu'une fois que l'enfant a six mois, il faut arrêter d'allaiter tout de suite et 2,54% de personnes en moins qui pensent que si l'enfant à la diarrhée pendant plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé. Ces évolutions relativement négatives sont

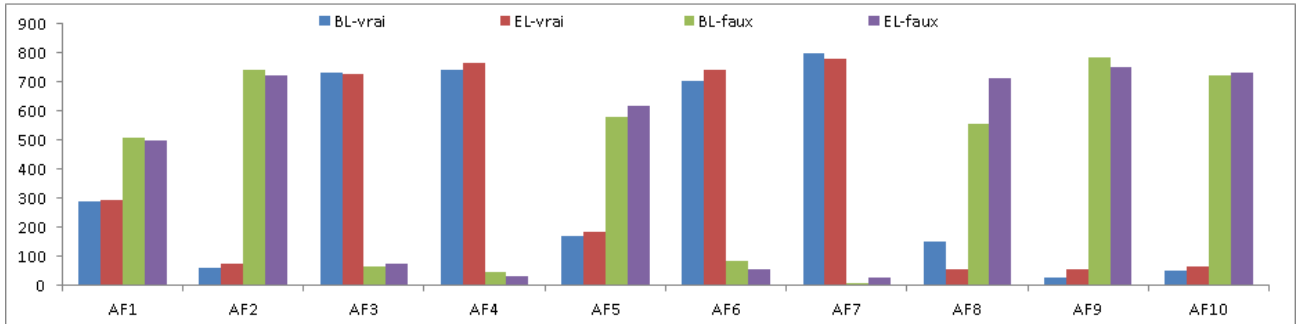
également à observer sur les connaissances relatives au lavage des mains (+4,04% pensent que le savon suffit) et à la pratique de donner de l'eau dès la naissance si l'enfant à soif (+1,64%).

Toutefois, 1,62% supplémentaires de personnes enquêtées pensent que le premier lait jaune, juste après l'accouchement, est très bon pour l'enfant.

Les évolutions positives des connaissances semblent plus marquées autour des questions relatives à l'alimentation de la femme enceinte et allaitante.

C'est 5,26% de personnes enquêtées additionnelles qui pensent que la viande et le riz ne suffisent pas à une alimentation équilibrée et 5,05% qui pensent qu'une femme enceinte ou allaitante doit manger plus. L'amélioration la plus notable revient à l'alimentation diversifiée chez la femme, en effet, 26,22% de plus pensent qu'une femme qui souffre d'anémie n'est pas seulement une femme qui mange trop d'œufs, de poissons ou de viande.

Figure 9 : Evolution des connaissances parmi les interrogés entre la baseline et la endline



AF1:Une femme ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte **AF2**:Une fois que l'enfant a six mois, il faut arrêter d'allaiter tout de suite
AF3:Jusqu'à ce que l'enfant ait six mois, il faut exclusivement allaiter **AF4**:Le premier lait jaune et épais, juste après l'accouchement est très bon pour l'enfant
AF5:La viande et le riz suffisent à une alimentation équilibrée **AF6**: Une femme qui est enceinte ou allaitante doit manger plus
AF7:Si l'enfant à la diarrhée pendant plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé **AF8**:Une femme qui souffre d'anémie est une femme qui mange trop d'œufs, de poissons ou de viande **AF9**:L'eau suffit pour se laver les mains **AF10**:Il faut donner de l'eau dès la naissance à l'enfant lorsqu'il a soif

DE LA CONNAISSANCE AUX CHANGEMENTS DES PRATIQUES

A- NUTRITION

1. COLOSTUM

On observe ici que les enquêtés qui pensent que le colostrum est bon pour l'enfant (majoritaire) disent également à 98% que ça protège des maladies. Les connaissances et attitudes sont donc bonnes voire excellentes à l'endroit du premier lait jaune.

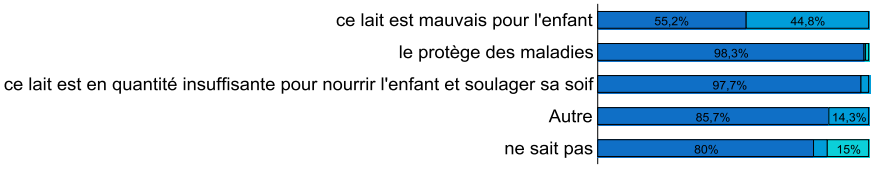
Figure 10 – Croisement attitudes/connaissances sur le colostrum

Q20*Q31

	vrai	faux	ne sait pas
ce lait est mauvais pour l'enfant	16	13	0
le protège des maladies	531	5	4
ce lait est en quantité insuffisante pour nourrir l'enfant et soulager sa soif	43	1	0
Autre	12	2	0
ne sait pas	16	1	3

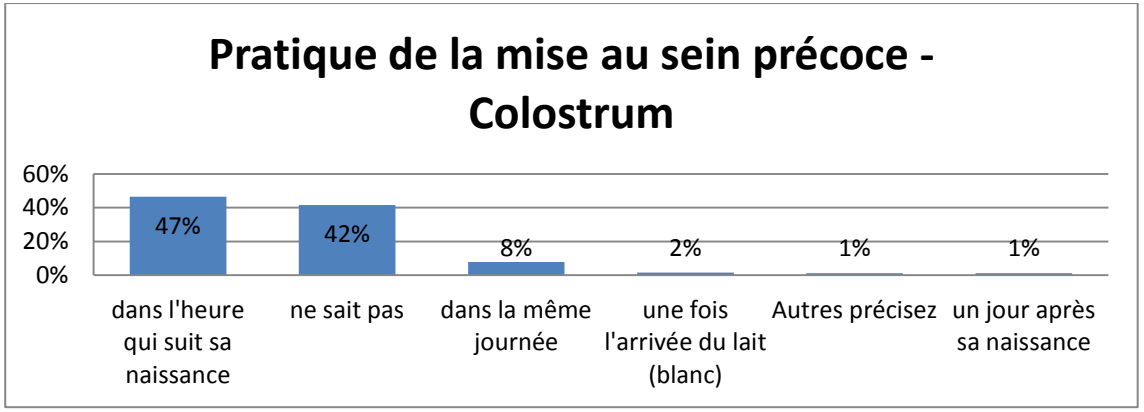
p = **0,00** ; Khi2 = **204,68** ; ddl = **8** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



Or, parmi les femmes ayant un enfant âgé de 0 à 6 mois, seules 47% des enquêtées se souviennent avoir donné le sein dans l'heure qui a suivi la naissance de leur dernier enfant et 8% dans la même journée. **Ce qui représente une faible proportion en faveur de la mise en pratique des connaissances et attitudes appropriées acquises.** Venant corroborer ce dernier point, d'après les données collectées, la moitié seulement des enquêtées (53%) affirment avoir donné le lait jaune à la naissance de leur enfant (Q89).

Figure 11 – Graphique de la mise en pratique des connaissances acquises à l'endroit du colostrum



2. AME

Parmi les femmes ayant un enfant âgé de 0 à 6 mois, 70% allaitent leur enfant (Q77), le cas échéant elles affirment, en majorité, être de nouveau enceinte (77% - Q78). Ainsi, malgré les connaissances acquises (89% connaissent la durée de l'AME et 61% savent qu'on peut poursuivre l'allaitement en étant enceinte), on observe ici une contradiction entre les connaissances et la mise en pratique à l'endroit de la poursuite de l'allaitement en état de grossesse. Néanmoins, on peut noter que 79% des femmes allaitantes d'un enfant de 0 à 6 mois affirment n'avoir donné que le lait maternel à leur enfant, depuis la naissance. Ces données sont corroborées par le nombre moyen de tétée par jour, entre

le levé et le coucher du soleil – Plus de la moitié des femmes ont donné entre 8 et 15 tétées par jour (64%). **Ainsi l'allaitement maternel exclusif est une pratique connue, et bien appliquée. Néanmoins, les modalités de mise en pratique ne sont pas pleinement acquises – l'arrivée d'une nouvelle grossesse reste synonyme à l'arrêt de l'AME.**

Figure 12 – Répartition des femmes allaitantes par nombre de tétée

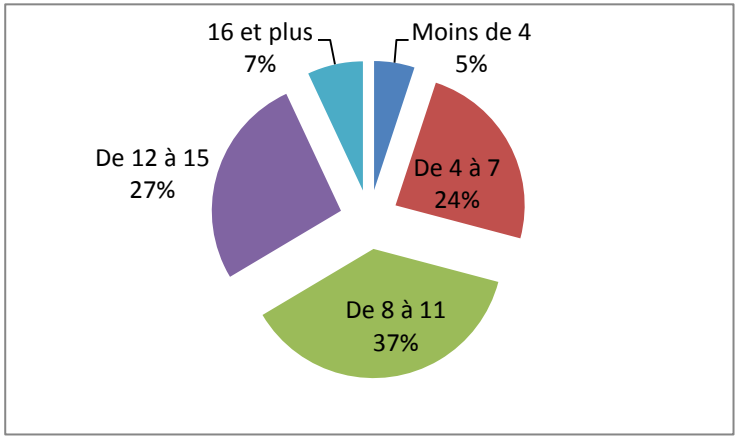
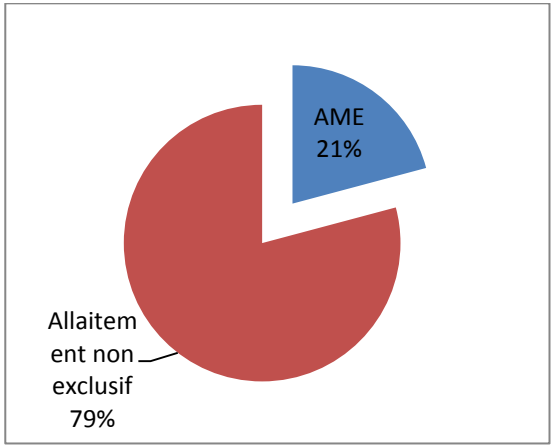


Figure 13- Répartition des femmes allaitantes exclusivement



On enregistre une augmentation du taux d'allaitement maternel de 23,4 % entre l'enquête baseline et endline. Comme le montre le tableau ci-dessous, on passe de 56,8% de femmes ayant un enfant de 0 à 6 mois qui allaitent à 70,28% et, une réduction de 31,48% des femmes qui n'allaitent pas. Néanmoins, on voit également qu'elles sont plus nombreuses à avoir donné de l'eau à l'enfant depuis la naissance dans l'enquête Endline (+31,71%). Seules 79,15% pratiquent l'AME contrairement à la baseline où l'on enregistrait 83,9% de femmes.

On peut donc affirmer que plus de femmes allaitent leurs enfants de 0 à 6 mois mais de manière moins exclusive que précédemment.

Figure 13 – Comparaison EL/BL sur l'application de l'AME

	BASELINE		ENDLINE	
	Nb	% obs.	Nb	% obs.
Allaitement en cours	142	**56,80%**	175	**70,28%**
Non allaitement	108	43,20%	74	29,72%
	BASELINE		ENDLINE	
	Nb	% obs.	Nb	% obs.
Introduction d'une boisson autre que le lait maternel	41	16,10%	54	20,85%
AME	214	**83,90%**	205	**79,15%**

3. SEVRAGE & INTRODUCTION D'ALIMENT DE COMPLEMENT

85,9% des femmes enquêtées qui ont des connaissances adéquates pour assurer une mise en pratique de l'AC en temps opportun ont introduit une alimentation de complément à l'allaitement maternel après les 6 mois de l'enfant. 100% des femmes qui pensent que l'on doit introduire une AC à l'arrivée d'une nouvelle grossesse l'ont réalisé entre le 4 et le 5ème mois de l'enfant et, 67% des femmes qui pensent que l'on doit introduire une AC en cas de refus de l'enfant ont réalisé la pratique entre le 4 et le 5ème mois de l'enfant. **Ainsi, on peut en déduire que les femmes enquêtées ont de bonnes connaissances sur l'introduction d'une alimentation complémentaire à l'allaitement à partir du 6ème mois mais ne maîtrise pas précisément les modalités de mise en œuvre, pénalisant la mise en pratique de l'AME.**

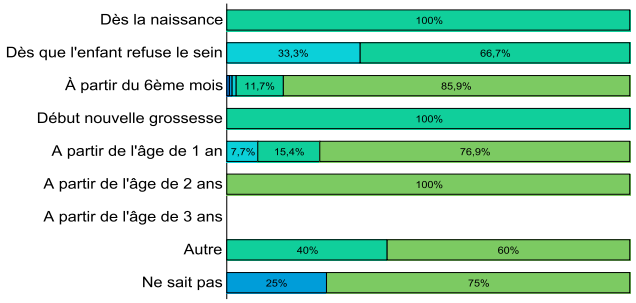
Figure 14 – Connaissances/attitudes croisées avec les pratiques relativement à l'introduction d'aliment de complément à l'allaitement maternel

AC_P16, AC_C2

	Dès la naissance	quelques jours aprés	2-3eme mois	4-5eme mois	aprés 6eme mois
Dès la naissance	0	0	0	1	0
Dès que l'enfant refuse le sein	0	0	1	2	0
À partir du 6ème mois	1	1	1	15	110
Début nouvelle grossesse	0	0	0	2	0
A partir de l'âge de 1 an	0	0	1	2	10
A partir de l'âge de 2 ans	0	0	0	0	1
A partir de l'âge de 3 ans	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	2	3
Ne sait pas	0	1	0	0	3

p = **<0,01** ; Khi2 = **66,05** ; ddl = **28** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



Toutefois, on observe une amélioration entre les enquêtes baseline et endline, passant de 8 à 0,6, le pourcentage de femmes ayant introduit autre chose que du lait maternel à la naissance et allant de 77, 4% à 80,89% l'introduction à l'alimentation de complément à l'allaitement après 6 mois.

Figure 14 – Evolution BL/EL sur l'introduction d'aliment de complément à l'allaitement maternel

	% obs. Baseline	% obs. Endline
Dès la naissance	8,00%	0,64%
quelques jours aprés	5,10%	1,27%
2-3eme mois	2,90%	1,91%
4-5eme mois	**6,60%**	**15,29%**
aprés 6eme mois	**77,40%**	**80,89%**

Parallèlement à cette évolution positive quant à l'AC à l'allaitement, il est à noter qu'une réduction de 34,39% est observée entre les femmes ayant un enfant âgé entre 6 et 23 mois allaitantes. La moitié des femmes qui n'allaitent plus affirment être enceinte.

Figure 15 – Evolution BL/EL sur la pratique de l'allaitement maternel de 6 à 23 mois

	BASELINE		ENDLINE	
	Nb	% obs.	Nb	% obs.
Allaitement de l'enfant âgé de 6 à 23 mois	314	67,70%	206	57,70%
Arrêt de l'allaitement de l'enfant âgé de 6 à 23 mois	150	32,30%	151	42,30%
Total	464	100,00%	357	100,00%

Ainsi les femmes ont de meilleure connaissance et une pratique optimisée au regard de l'introduction d'aliments de compléments après 6 mois, toutefois elles sont plus nombreuses à avoir sevré plus jeune leur enfant.

La contradiction s'inscrit donc entre connaissance et pratique ; bien que 40% des femmes savent que le sevrage nécessite d'introduire progressivement les différents aliments chez l'enfant tout en continuant l'allaitement, (Q36), 18% pensent également qu'il ne s'agit que d'introduire de la bouillie en arrêtant d'allaiter. Egalement, seules 43% des femmes connaissent (sans les citer) les méthodes à appliquer pour assurer un sevrage progressif (réduction progressive) ; 25% pensent qu'il est nécessaire de consulter un marabout (Q.37)

Ainsi, on enregistrement seulement 57% des femmes ayant un enfant entre âgés de 6 à 23 mois qui allaitent toujours. Cette faible proportion est majoritairement due à une nouvelle grossesse.

DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

Dans la figure ci-dessous, on observe un maintien à l'équilibre des pratiques alimentaires enregistrées au cours des 24 dernières heures, entre la base line et l'enquête endline :

- Consommation de céréales passant de 98% des personnes interrogées à 99% des personnes enquêtées
- Consommation des légumes/ feuilles passant de 45 à 46 % des personnes interrogées
- Consommation des œufs passant de 5 à 6 % des personnes enquêtées
- Consommation du sucre passant de 95 à 96% des personnes interrogées
- Consommation de fruits passant de 7 à 10% des personnes enquêtées

Une réduction des consommations suivantes est enregistrée entre la base line et la endline:

- Consommation du poisson passant de 34% à 30% des personnes interrogées

Une nette évolution est quant à elle observable entre la base line et la endline parmi les consommations suivantes :

- Consommation de la viande passant de 48% à 55% des personnes enquêtées
- Consommation de racines/tubercules passant de 25 à 36 % des personnes interrogées
- Consommation des légumineuses passant de 60% à 81% des personnes enquêtées
- Consommation des produits laitiers passant de 55% à 67% des personnes interrogées
- Consommation des matières grasses passant de 77% à 90% des personnes enquêtées

Figure 16 – SDAM

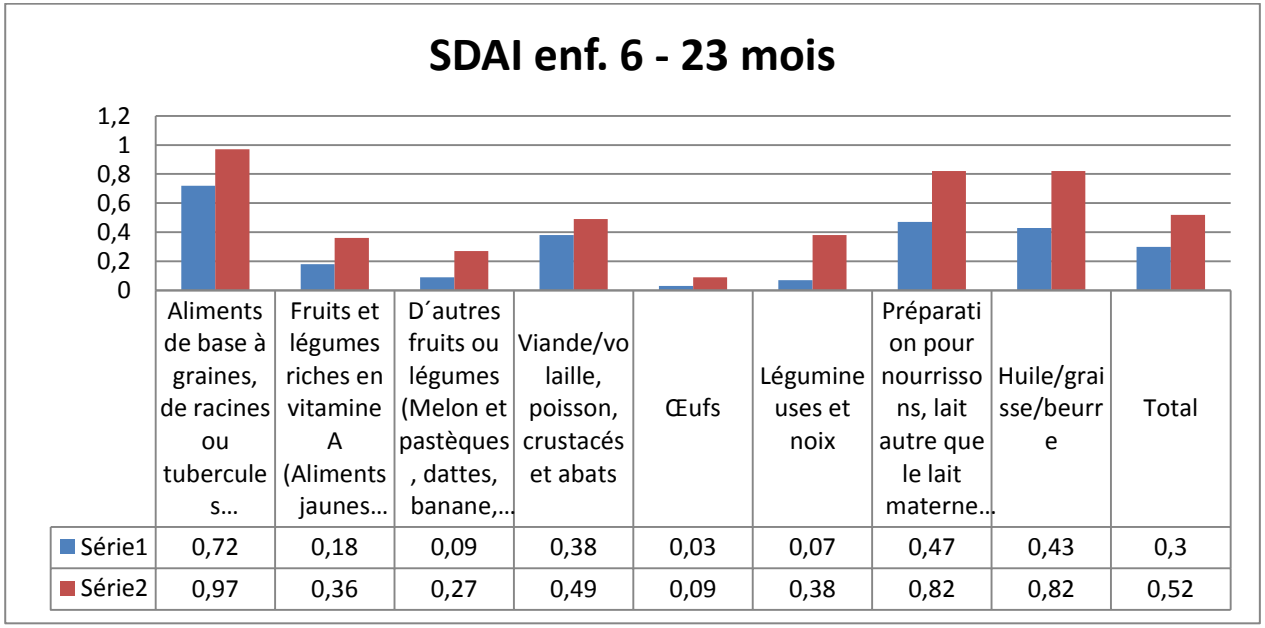
Groupe d'aliment	Baseline	Endline
Céréales - sorgho, riz, blé, pâtes,etc	98%	99%
Racines/tubercules - patate douce, pomme de terre, manioc, etc.	25%	36%
Légumineuses - niébé, arachide, lentille, etc. .	60%	81%

Légumes et les feuilles - carottes, chou, navet,aubergine, etc	45%	46%
Fruits - orange, banane, pomme, etc	7%	10%
Viande	48%	55%
Poisson	34%	30%
Œufs	5%	6%
Lait et produits laitiers (fromage, yaourt, etc.)	55%	67%
Huile, beurre, graisses	77%	90%
Sucre	95%	96%
Condiments, thé	83%	96%

Figure 17 – SDAI

Cet indicateur est mal collecté - 80% déclarent 0 aliments. Toutefois, on peut noter une nette amélioration de la diversification alimentaire chez l'enfant entre l'enquête baseline et endline pour tous les groupes d'aliments confondus.

On note une évolution positive de 39 points de pourcentage pour la préparation d'une bouillie enrichie et de 18 points de % pour l'introduction de légumes dans le régime alimentaire de l'enfant âgé de 6 à 23 mois.



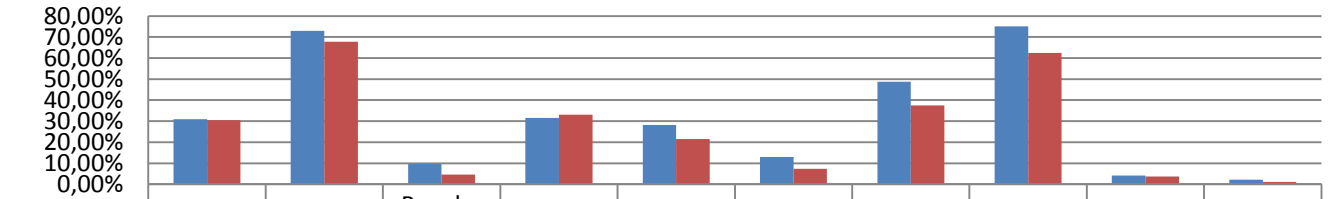
	Aliments de base à graines, de racines ou tubercules…	Fruits et légumes riches en vitamine A (Aliments jaunes…	D´autres fruits ou légumes (Melon et pastèques, dattes, banane,…	Viande/volaille, poisson, crustacés et abats	Œufs	Légumineuses et noix	Préparation pour nourrissons, lait autre que le lait materne…	Huile/graisse/beurre	Total
Série1	0,72	0,18	0,09	0,38	0,03	0,07	0,47	0,43	0,3
Série2	0,97	0,36	0,27	0,49	0,09	0,38	0,82	0,82	0,52

B- SOINS

1. RECONNAISSANCE SIGNES DE DANGER

Dans les deux enquêtes comparées, on enregistre que la fièvre et la faiblesse des enfants sont les principaux symptômes de la diarrhée reconnus par les enquêtées et, qui selon elles, nécessitent un recours aux soins. La durée de la diarrhée, le nombre de selles par jour et le manque d'appétit apparaissent également comme prépondérant comme signes de danger nécessitant des soins, avec 28%, 31,50 et 49% respectivement.

Figure 18 – Graphique de reconnaissance des signes de dangers liés à la diarrhée requérant un accès aux structures de santé

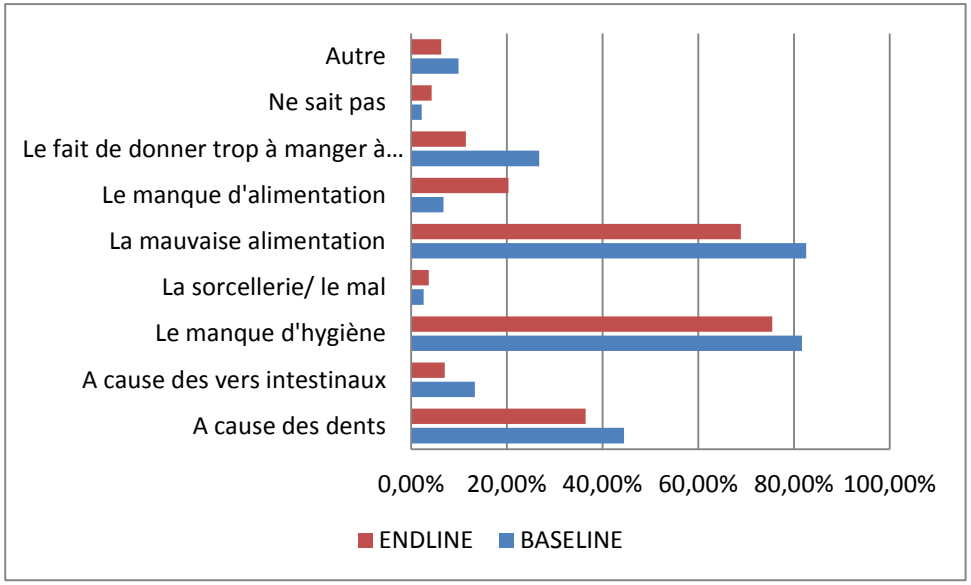


	Vomissements	Fièvre	Bouche sèche et diminution de la quantité d'urine	Plus de 6 selles par jours	Diarrhée plus de 4 jours d'affilée	Sang dans les selles	Manque d'appétit	Faiblesse	Autres	Ne sait pas
BASELINE	31,00%	73,00%	9,60%	31,50%	28,20%	12,90%	48,80%	75,00%	4,20%	2,10%
ENDLINE	30,42%	67,73%	4,56%	33,00%	21,43%	7,39%	37,44%	62,44%	3,69%	1,11%

2. RELATIONS DE CAUSES A EFFETS : PRATIQUES – MALADIES

Dans la figure ci-dessous, on observe que les causes de la diarrhée sont majoritairement attribuées aux mauvaises habitudes alimentaires et au manque d'hygiène, respectivement dans les deux enquêtes menées. **On a donc une connaissance appropriée des relations de causalités entre les pratiques et l'état de santé.**

Figure 18 – Causes de la diarrhée



PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT

En cas de diarrhée, les connaissances pour assurer la guérison de l'enfant concordent avec les pratiquent mises en place. En effet, plus de 88% des femmes interrogées savent qu'il faut se rendre au centre de santé en cas de selles liquides et plus de 70% y ont emmené leurs enfants lors des derniers épisodes survenus. Cette proportion est similaire entre les 2 enquêtes.

Figure 19 – Niveau de connaissances pour assurer la guérison de l'enfant

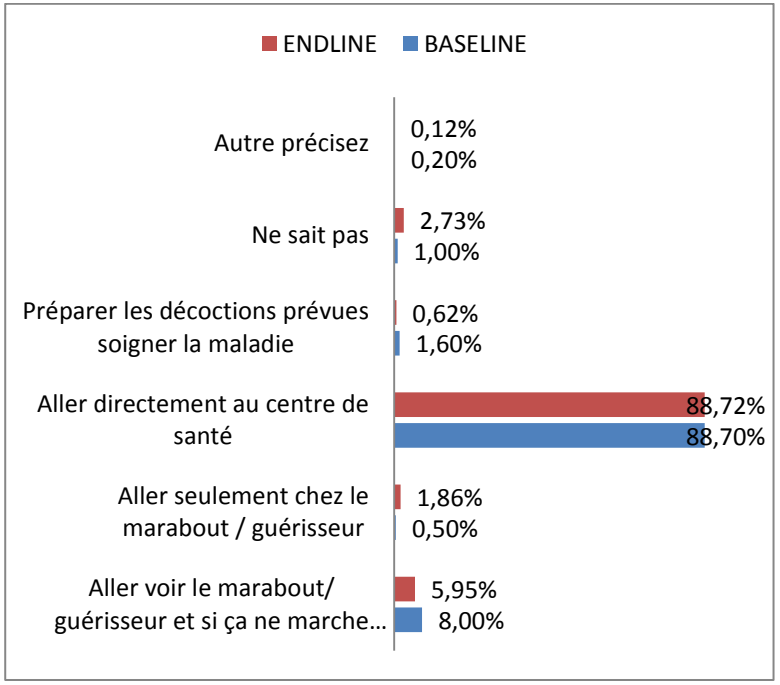
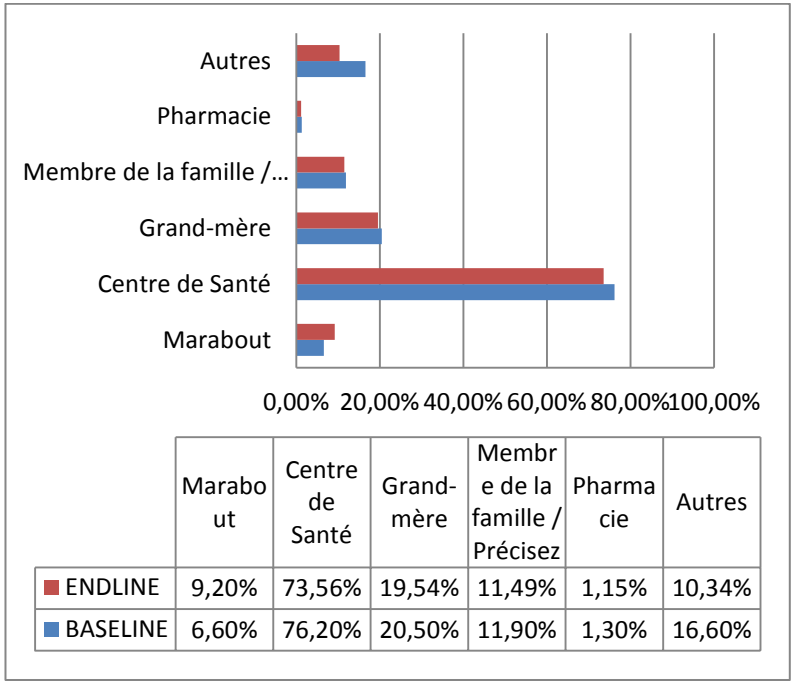


Figure 20 – Pratiques réalisées et/ou conseils recherchés en cas de diarrhée observée chez l'enfant



	Marabout	Centre de Santé	Grand-mère	Membre de la famille / Précisez	Pharmacie	Autres
ENDLINE	9,20%	73,56%	19,54%	11,49%	1,15%	10,34%
BASELINE	6,60%	76,20%	20,50%	11,90%	1,30%	16,60%

Les focus groups ont aussi révélé que les populations enquêtées ont confiance dans les diagnostics et remèdes donnés par les personnels de santé. Toutefois, l'enclavement, le manque de moyens financiers et la faible qualité de l'accueil dans les structures de santé limitent la mise en pratique des connaissances appropriées acquises et reconnus comme étant adaptées.

Figure 21 – Niveau de connaissance des pratiques à mettre en place à la suite d'une diarrhée

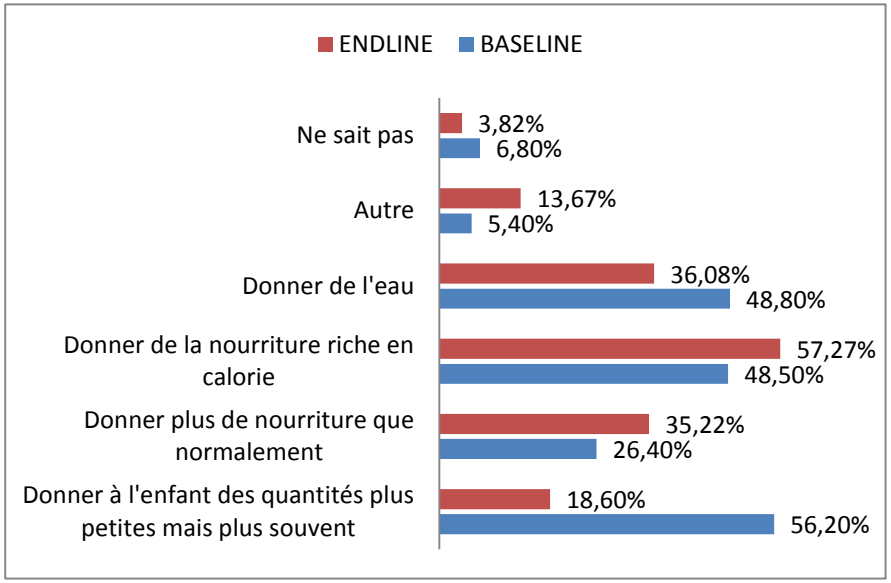
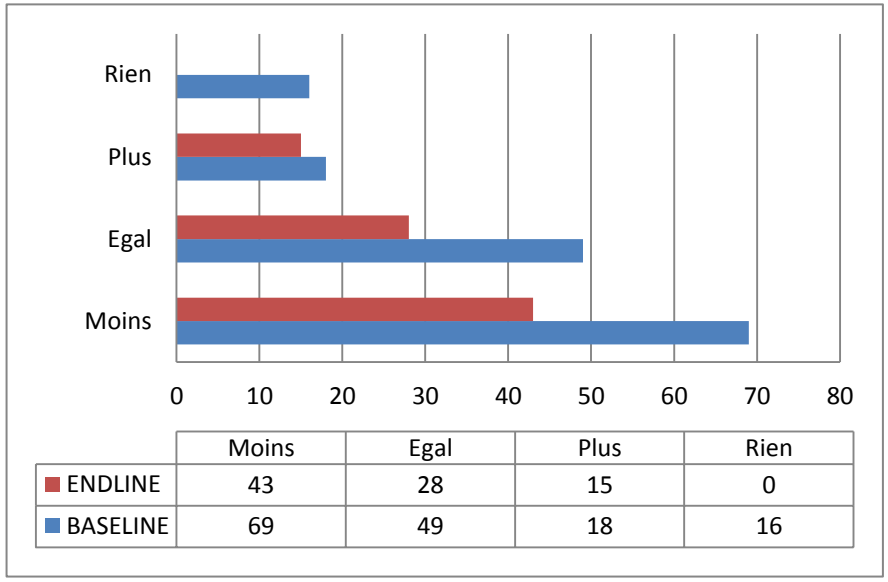


Figure 22 – Modification des pratiques alimentaire lors du dernier épisode de diarrhée



	Moins	Egal	Plus	Rien
ENDLINE	43	28	15	0
BASELINE	69	49	18	16

On observe que les attitudes, et plus précisément ici la compréhension des relations de causes à effets, entre pratiques et maladies est fonction du taux d'instruction. En effet, 80% des interrogés qui pensent que la diarrhée est due à la sorcellerie sont non scolarisés et 49% qui font le lien entre les pratiques d'hygiène et la diarrhée sont alphabétisés. .

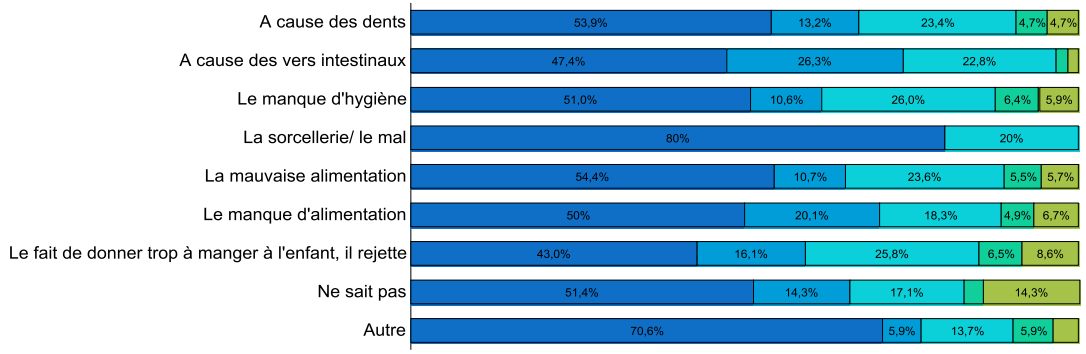
Figure 22 – Croisement du taux de scolarisation avec les attitudes face à la maladie

INSTR, MAL_C3

	Non scolarisée	Alphabétisée	Primaire	Secondaire	Supérieur	Ecole coranique
A cause des dents	159	39	69	14	0	14
A cause des vers intestinaux	27	15	13	1	0	1
Le manque d'hygiène	312	65	159	39	1	36
La sorcellerie/ le mal	24	0	6	0	0	0
La mauvaise alimentation	304	60	132	31	0	32
Le manque d'alimentation	82	33	30	8	0	11
Le fait de donner trop à manger à l'enfant, il rejette	40	15	24	6	0	8
Ne sait pas	18	5	6	1	0	5
Autre	36	3	7	3	0	2

p = **0,02** ; Khi2 = **60,44** ; ddl = **40** (**S**)

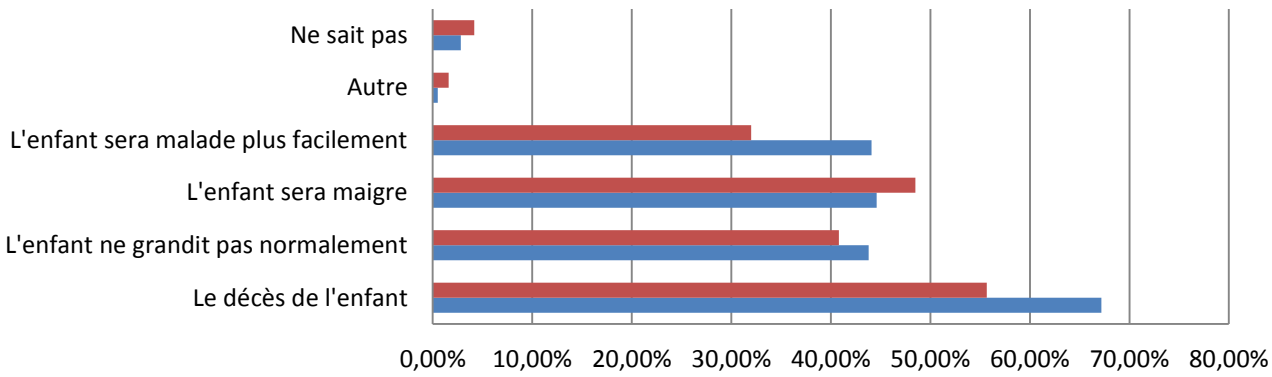
La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.



3. CONSEQUENCES DE LA MALNUTRITION

Les personnes enquêtées connaissent spontanément les dangers de la malnutrition et en majorité le risque élevé de décès lié à une malnutrition non traitée, avec 55,68% des interrogés dans l'enquête endline. Il est à noter une réduction du pourcentage entre les deux enquêtes sur cette dernière modalité de réponse, compensée par une augmentation des effets de la malnutrition sur le poids de l'enfant (48,48% pensent qu'une malnutrition mal soignée se répercutera sur la maigreur de l'enfant, c'était 44,6%dans la baseline).

Figure 23 – Connaissance sur les conséquences de la malnutrition

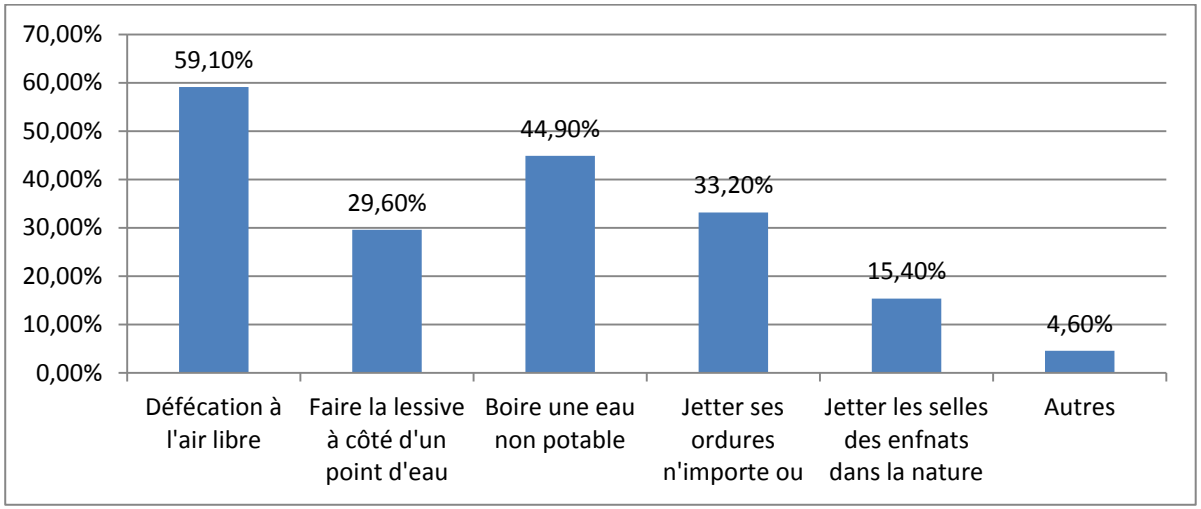


	Le décès de l'enfant	L'enfant ne grandit pas normalement	L'enfant sera maigre	L'enfant sera malade plus facilement	Autre	Ne sait pas
ENDLINE	55,68%	40,80%	48,48%	32,00%	1,60%	4,16%
BASELINE	67,20%	43,80%	44,60%	44,10%	0,50%	2,80%

C- EAU, HYGIENE ET ASSANISSEMENT

D'après les données collectées (BL), 59% pensent que la DAL peut être nuisible à la santé, suivi de l'ingurgitation d'une eau non potable avec 44,9% et d'une gestion des dechets innapropriée (33,2%). La relation de cause à effet est semble-t-il bien assimilée entre pratiques et maladies.

Figure 24 – Connaissance des pratiques nuisibles à la santé

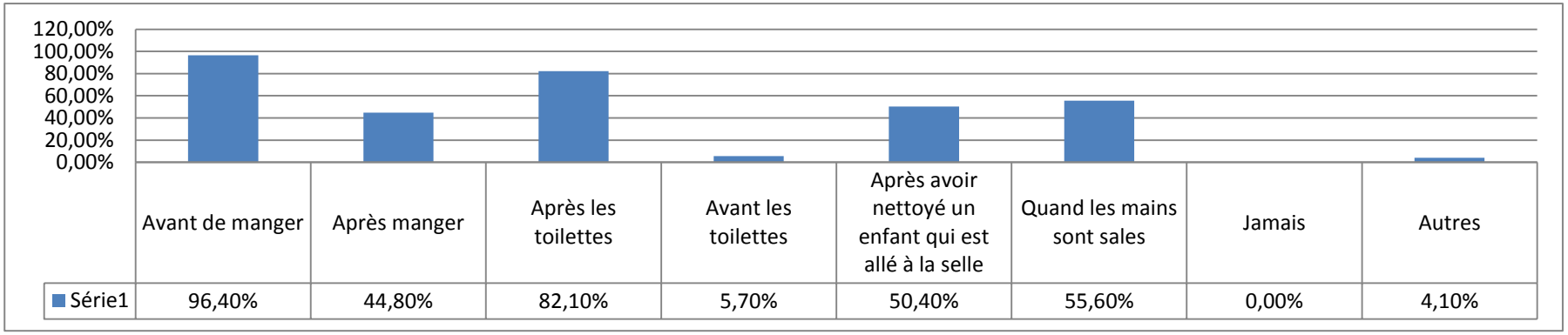


Selon les enquêtés (BL), les femmes (94%) et les enfants (78%) se livrent en majorité à ces pratiques néfastes à la santé, du fait de l'ignorance (76%), des coutumes (39%) ou du manque de volonté (36%) – C'est seulement 41% des hommes. Nous sommes ici face à un important risque de stigmatisation. Car malgré la part importante des femmes répondantes, plusieurs modalités de réponse pouvaient être données à cette question.

4. HYGIENE

On observe que selon 92% des enquêtés, le principal risque lié au faible lavage des mains est la maladie(Q.136). En bonne cohérence avec cela, les moments clés pour se laver les mains sont bien assimilés (BL) avec une majorité des répondants en faveur du lavage des mains à la sortie des toilettes et avant d'aller manger.

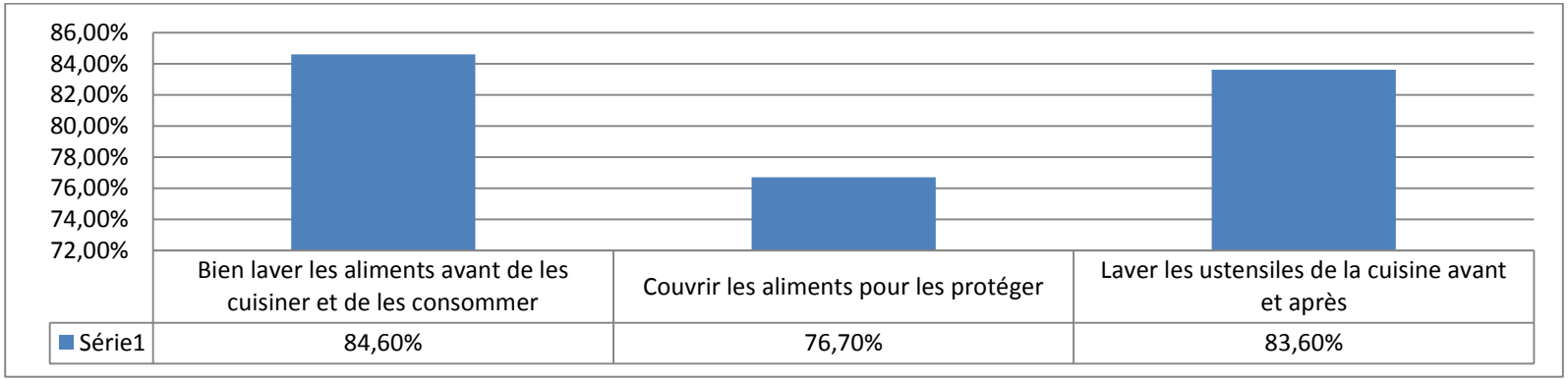
Figure 25 – Connaissance des moments clé pour se laver les mains



	Avant de manger	Après manger	Après les toilettes	Avant les toilettes	Après avoir nettoyé un enfant qui est allé à la selle	Quand les mains sont sales	Jamais	Autres
Série1	96,40%	44,80%	82,10%	5,70%	50,40%	55,60%	0,00%	4,10%

L'hygiène alimentaire est également une connaissance généralisée (BL) avec une majorité quasi totale qui a répondu spontanément les 3 mêmes modalités de réponse exactes.

Figure 26 – Connaissance sur la signification de l'hygiène alimentaire



ACCES A L'EAU

En majorité, les populations enquêtées (comparaison similaire entre BL et EL) ont recours aux puits traditionnels (46,6%) suivi d'un accès aux robinets (38,96%). 88,6% des enquêtés affirment que l'eau issue de la source d'approvisionnement principale est potable (Q.143).

Selon les communes d'origine des enquêtés, on observe que les zones ayant un taux d'accès limité à une eau de qualité sont les plus affectées par l'insécurité nutritionnelle.

Dans la commune d'Ajar, près de 60% de la population ont accès à des puits traditionnels et/ou aux puisards, ruisseaux, c'est près de 50% à Bouanze ; et 100% à Dafor. On observe également, que les communes de Baidiam et de Sélibaby, respectivement 53,6% et 84,1% ont accès au robinet. ➔ A CROISER AVEC LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT

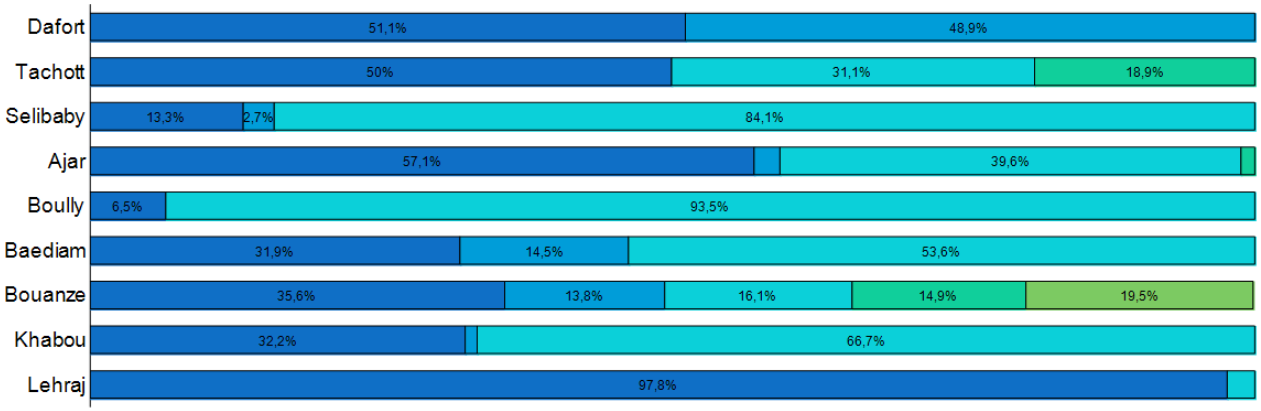
Figure 27 – Croisement entre les communes et les sources d'approvisionnement

Source approvisionnement en eau boisson, COM

	Puits traditionnels	Puisards, Ruisseau	Robinet	Borne Fontaine	Autre
Dafort	46	44	0	0	0
Tachott	45	0	28	17	0
Selibaby	15	3	95	0	0
Ajar	52	2	36	1	0
Boully	3	0	43	0	0
Baediam	22	10	37	0	0
Bouanze	31	12	14	13	17
Khabou	29	1	60	0	0
Lehraj	132	0	3	0	0

p = **0,00** ; Khi2 = **794,84** ; ddl = **32** (**TS**)

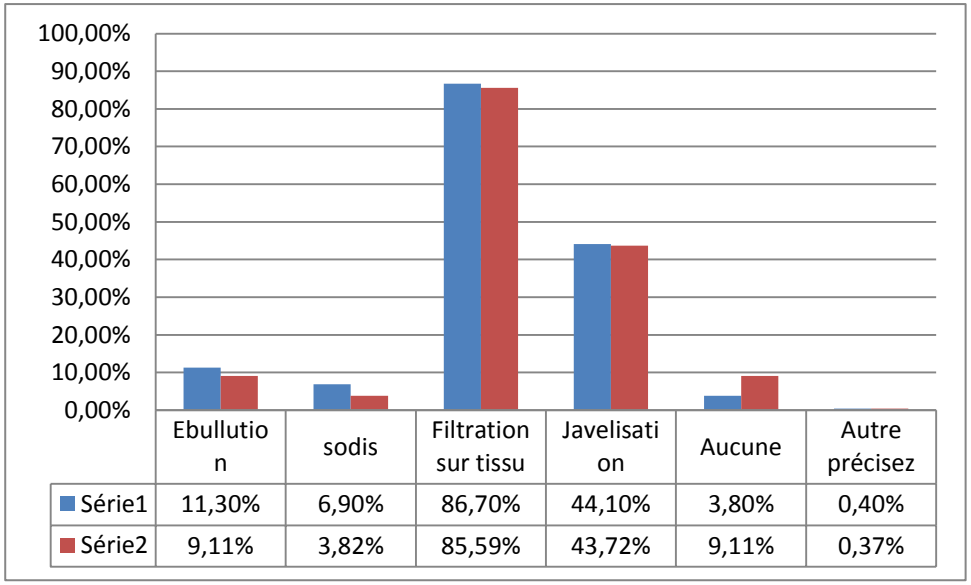
La relation est très significative.
Les éléments sur(sous) représentés sont coloriés.



TRAITEMENT

A l'observation des deux enquêtes BL et EL, la filtration sur tissu reste la technique de traitement de l'eau à domicile la plus connues, avec plus de 85% des personnes enquêtées, suivi de la javellisation (près de 45%)

Figure 28 – Connaissances des techniques de traitement de l'eau à domicile– A CROISER LES COMMUNES DES INTERROGES

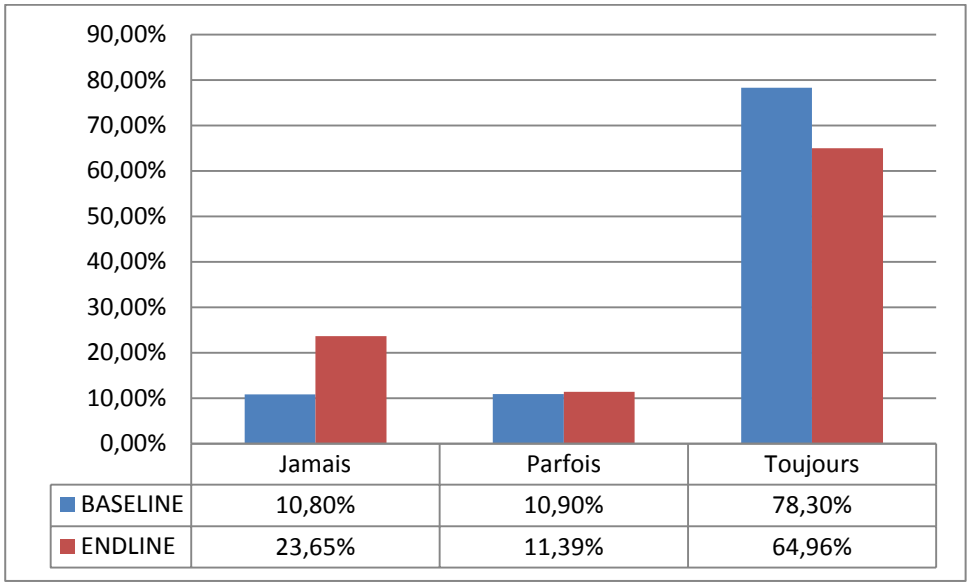


	Ebullution	sodis	Filtration sur tissu	Javelisation	Aucune	Autre précisez
Série1	11,30%	6,90%	86,70%	44,10%	3,80%	0,40%
Série2	9,11%	3,82%	85,59%	43,72%	9,11%	0,37%

A cet effet, on note que malgré la propreté de l'eau affirmée à 88,6% (Q.143), 76% des enquêtés la traite parfois ou toujours et majoritairement via la filtration sur tissus (92% - c'est 21% pour la javellisation).

On observe ici une détérioration de la pratique de traitement de l'eau entre la baseline et la endline passant de 89% à 76% ; et relativement à l'endroit des techniques de traitement recommandées comme la javellisation avec une réduction de 0,38 points de % et de 2,2 points de % pour l'ébullition. On peut noter ici que l'accompagnement au traitement de l'eau n'a ciblé que 50 ménages de la zone couverte par le projet (distribution de kit hygiène et formation de comité d'hygiène). A cet égard, on enregistre d'importantes évolutions positives quant au traitement de l'eau et la qualité de l'eau de boisson (voir rapport final).

Figure 29 – Pratiques réalisées pour le traitement de l'eau à domicile



	Jamais	Parfois	Toujours
BASELINE	10,80%	10,90%	78,30%
ENDLINE	23,65%	11,39%	64,96%

ASSAINISSEMENT

76% des interrogés affirment avoir une latrine (BL et EL) – Ils sont plus nombreux dans l'enquête endline à l'utiliser, passant de 93% à 98%.

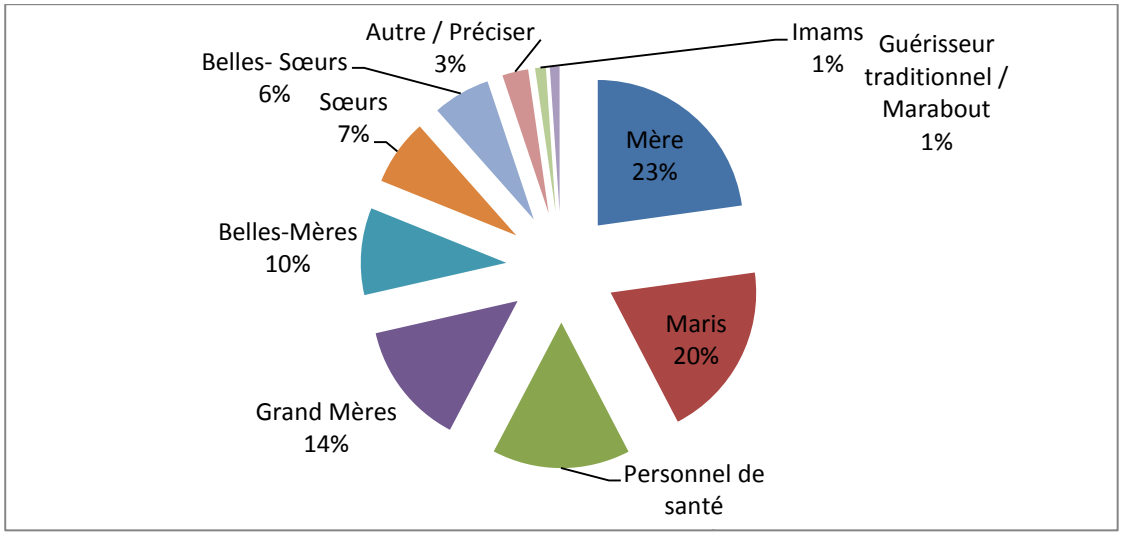
Dans l'enquête finale, les 23% ne disposant pas de latrines partent faire leurs besoins dans la nature (86%) malgré le risque encouru de contamination des sources d'eau environnantes, connu à 71%.

Concernant la gestion des déchets, 47% les jettent n'importent où et 56% les brûle ou les enfouissant (Q.176). On note une détérioration de la situation par rapport à la baseline (respectivement 35% et 60%).

SOURCE D'INFORMATION

D'après la figure ci-dessous, on observe que les maris et les mères demeures les personnes les plus influentes/pourvoyeuses de conseils concernant l'allaitement et l'alimentation du JE, suivi de la grand-mère et du personnel de santé.

Figure 49 – Personnes Influentes concernant l'allaitement et/ou l'alimentation du JE



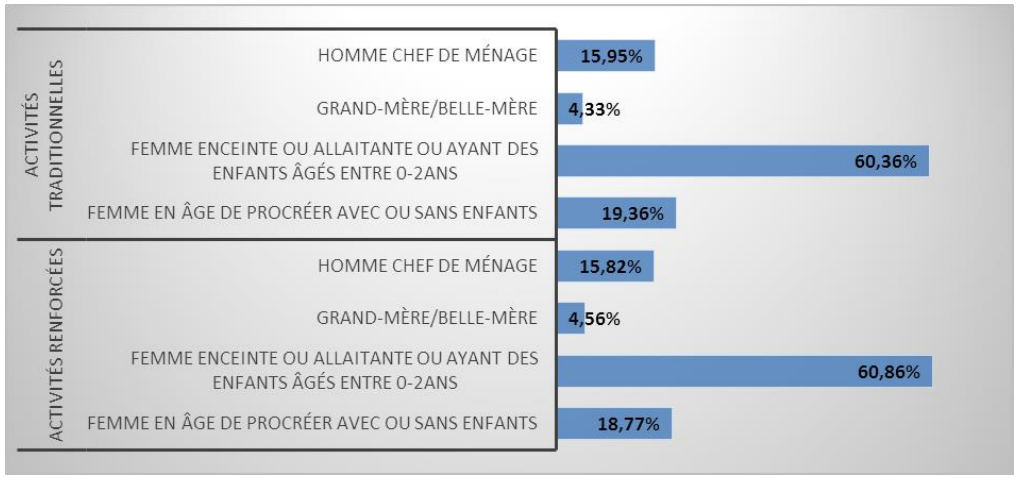
Il est à noter que les 3 moyens d'obtenir des informations/ conseils sur la santé et l'alimentation sont majoritairement : au travers des mass médias (62%), des structures de santé et du personnel ONG (44% respectivement) – Les relais communautaires remontent en quatrième position avec 37,4%. La répartition apparait comme quasi identique à l'enquête baseline réalisée. Toutefois, seules 30% de la population interrogée a reçu des messages sur la santé ces 7 derniers jours, c'est 31% dans les zones de communication renforcée et 35% dans les zones classique et ce malgré le volume d'activité plus important dans les 36 villages de la stratégie renforcée.

III. ANALYSE COMPAREE DES EFFETS DES DEUX STRATEGIES DE COMMUNICATION SOCIALE APPLIQUEES AUX POPULATIONS CIBLES

CONNAISSANCE ET ATTITUDES

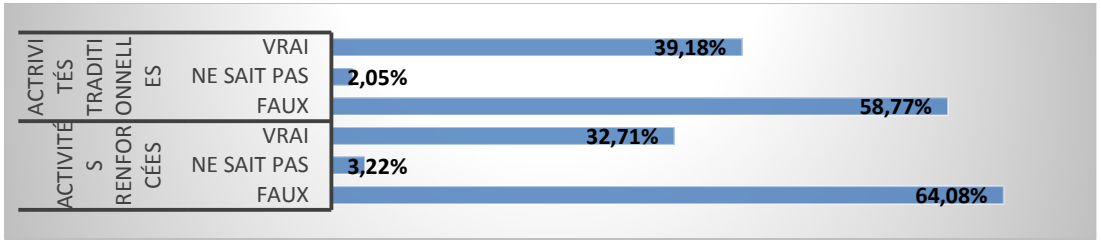
Il est à noter que l'échantillonnage a été calibré de manière à respecter les quotas pour l'analyse comparée entre les zones cibles de la stratégie classique de communication sociale et la stratégie renforcée.

Figure 30 –Répartition du statut des interrogés entre stratégie de communication sociale appliquée



On note un bon niveau de connaissance générale sur l'alimentation, les soins et l'hygiène, indépendamment des stratégies de communication appliquées. En effet, 58,7% des personnes interrogées dans les zones cibles de la stratégie classique savent que l'on peut poursuivre l'allaitement quand on est enceinte, c'est 64% des personnes interrogées des zones cibles de la stratégie renforcée.

Figure 31 –Une femme ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte



Par ailleurs, 88% des populations bénéficiaires de la stratégie classique et 91% des populations bénéficiaires connaissent la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif.

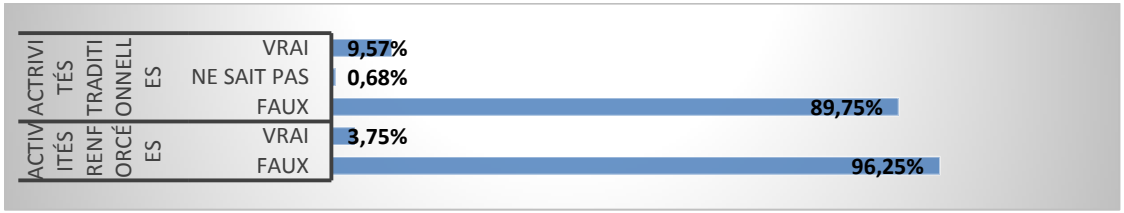
Figure 32 –Jusqu'à ce que l'enfant ait six mois, il faut exclusivement allaiter :

Idem, pour le colostrum, 93% des bénéficiaires de la stratégie classique et 95% des personnes cibles des activités renforcées connaissent sa valeur bénéfique pour un enfant à la naissance.

Figure 33 –Le premier lait jaune et épais, juste après l'accouchement est très bon pour l'enfant :

Concernant le lavage des mains, l'eau ne suffit pas, il est essentiel d'ajouter du savon/des cendres ou du omo pour assurer une décontamination complète. 90% des personnes issues des villages bénéficiaires des activités classiques et 96% des activités renforcées ont su répondre correctement aux besoins nécessaires pour se laver les mains.

Figure 34 –L'eau suffit pour se laver les mains



Concernant l'alimentation appropriée d'une femme enceinte, respectivement 92% et 90% des personnes interrogées dans les zones de la stratégie classique et renforcée savent qu'une femme enceinte doit manger plus pour assurer le bon développement du fœtus. Ici, il est à noter une connaissance légèrement améliorée dans les zones de la stratégie classique.

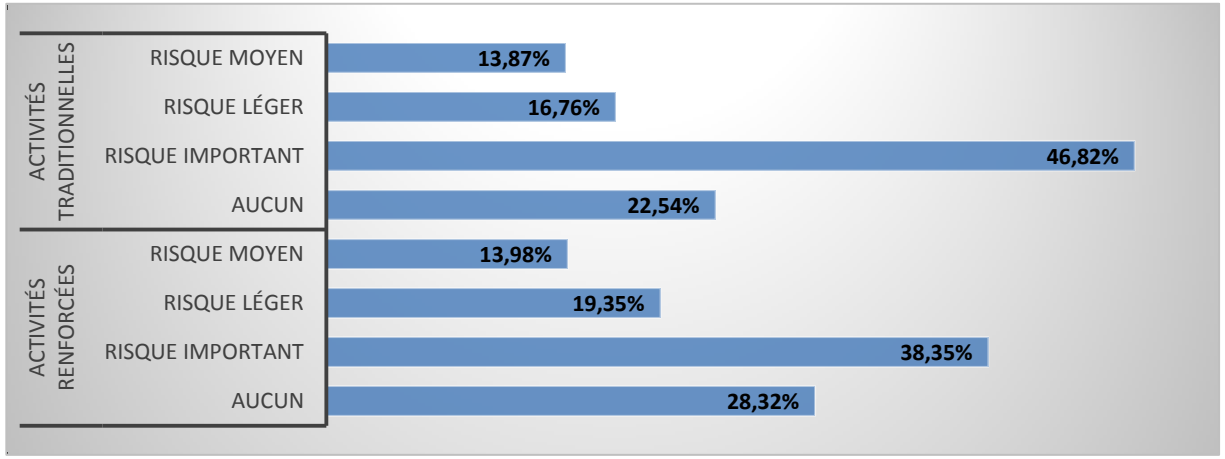
Figure 35 –Une femme qui est enceinte ou allaitante doit manger plus :

Pour la prise en charge sanitaire des enfants lors d'un épisode aigu de diarrhée, 96% des personnes interrogées, toutes zones confondues, reconnaissent le signe de danger de la diarrhée et la pratique appropriée pour assurer un traitement de qualité.

Figure 36 –Si l'enfant a la diarrhée pendant plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé :

A l'égard de ces connaissances appropriées largement généralisée, selon les personnes enquêtées, le risque encourus de malnutrition reste moyen à important, particulièrement dans les zones de la stratégie classique (60,7%) – C'est 52% parmi les populations vivant dans les zones couvertes par la stratégie renforcée. **On peut estimer que la relation de cause à effet entre pratiques inappropriées et conséquences sur la santé de l'enfant (risque de malnutrition) a était mieux assimilée parmi les populations des zones renforcées.** En effet, cela présuppose donc que les personnes interrogées sont indifféremment dotées de bonnes connaissances et d'attitudes positives (facteurs personnels favorables au changement), mais celles issues des zones renforcées sont désormais plus conscientes des risques associées aux pratiques inappropriées et convaincues des bénéfices des conseils prodigués.

Figure 307 –Selon vous quel est le risque qu'un enfant de votre entourage souffre de malnutrition?

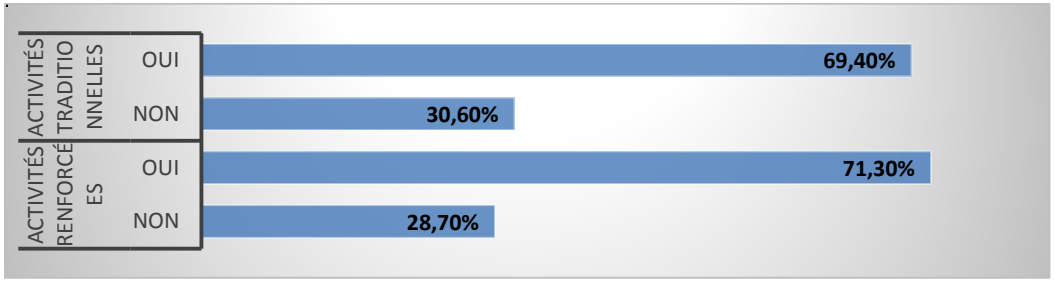


PRATIQUES

ALLAITEMENT

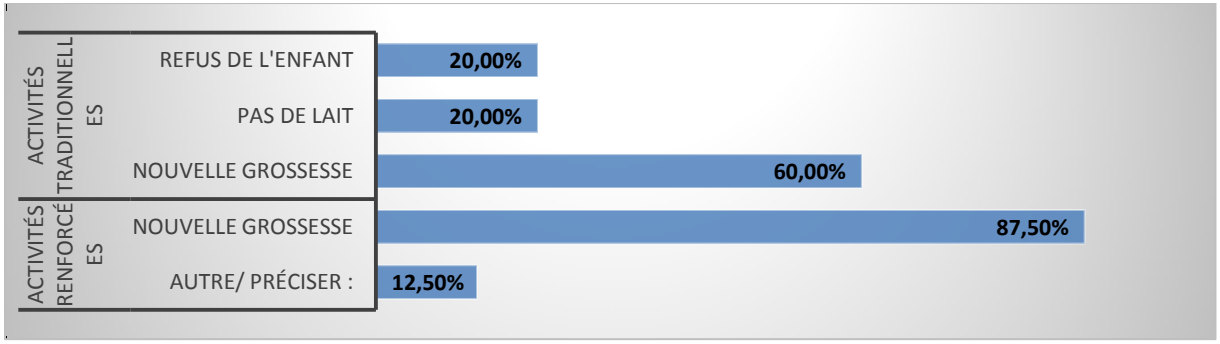
On observe ici que 71% des femmes interrogées, ayant un enfant entre 0 et 6 mois des zones de la stratégie renforcée, allaitent leur enfant – C'est 69% des femmes issues des zones de la stratégie classique.

Figure 38 –Taux d'allaitement des enfants âgés de 0 à 6 mois



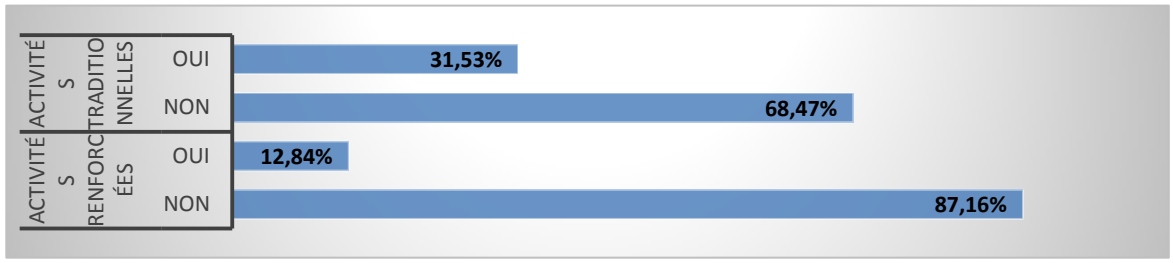
Toutefois, parmi celles qui n'allaitent pas, on enregistre dans les zones de communication classique 60% des femmes qui ont stoppé l'allaitement faute d'une nouvelle grossesse – C'est 87,5% des femmes des zones de communication renforcée.

Figure 39 –Justification à l'arrêt de l'allaitement



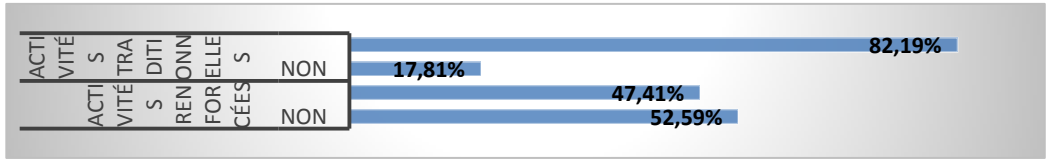
Néanmoins, dans les zones de communication renforcée, 87,16% des femmes affirment pratiquer l'allaitement maternel exclusif contre 68% des femmes des zones de communication classique.

Figure 40 –Introduction d'autres liquides en plus du lait maternel (enfant 0-6mois)



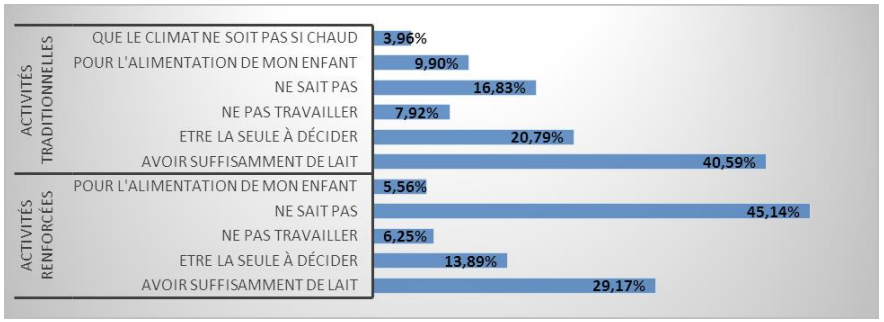
Il est étonnant de noter que seules 47% des personnes de l'entourage des femmes des zones de communication renforcée soutiennent l'application de l'AME, contraitement à la majorité dans les zones de communication classique (82%).

Figure 41 –Taux d'approbation de l'entourage en faveur de l'AME



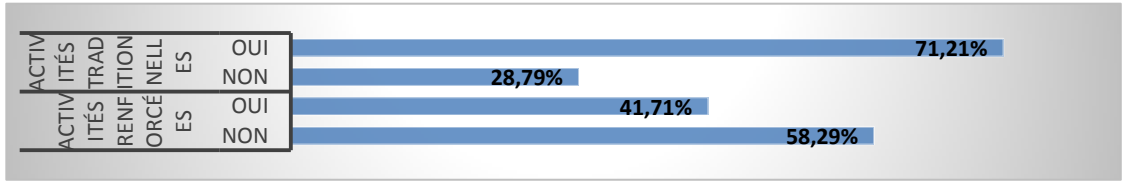
41% des femmes issues des zones de communication classique pensent qu'avoir suffisamment de lait faciliterait la pratique la mise en pratique de l'AME – seules 29% des femmes de la stratégie renforcée ont évoqué cette modalité de réponse. En effet, cette catégorie de femme ne sait pas, en majorité, comment la mise en pratique leur pourrait être facilité.

Figure 42 –Moyens de facilitation à l'AME



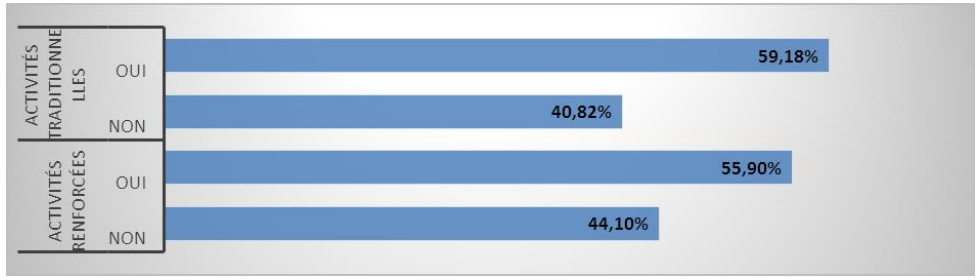
Seules 42% des femmes issues des zones de la stratégie renforcée ont fait bénéficier à leur enfant du colostrum, contrairement à 71% des femmes interviewés dans les zones de la communication classique.

Figure 43 –Mise au sein précoce / délivrance du colostrum à l'enfant



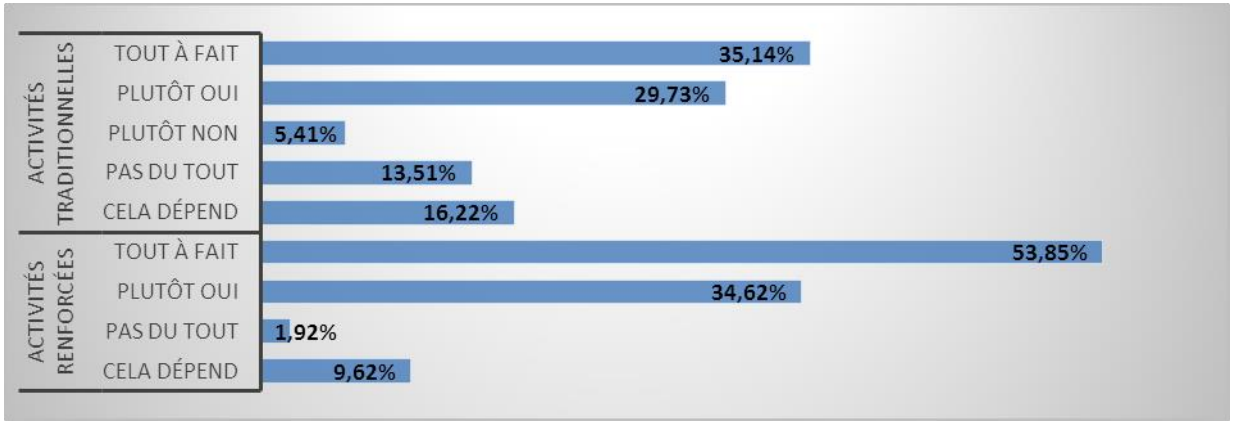
Idem pour la poursuite de l'allaitement après les 6 mois de l'enfant, 59% des femmes des zones classiques poursuivent l'allaitement de leur enfant âgé de plus de 6 mois – C'est 53% des femmes issues des zones renforcées. Les raisons invoquées d'arrêt de l'allaitement demeurent dans les deux cas, l'apparaition d'une nouvelle grossesse.

Figure 44 –Taux de poursuite de d'allaitement des enfants âgés entre 6-23 mois



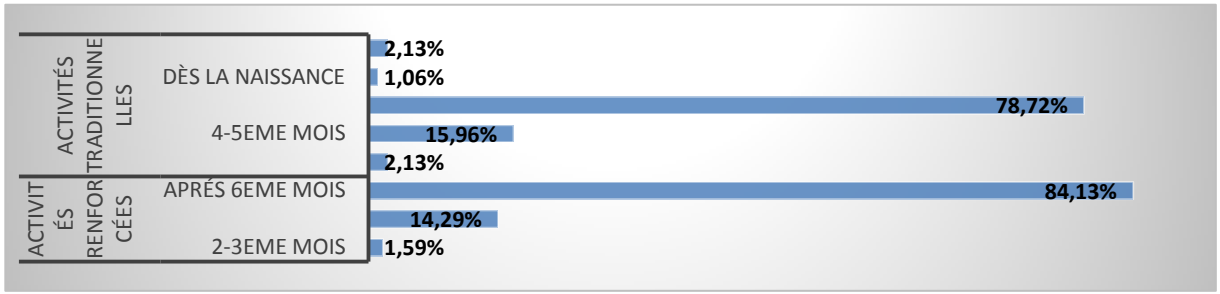
On observe également, que la majorité de l'entourage des femmes des zones renforcée connaissent et approuvent leur pratique (89% tout à fait d'accord et plutôt oui) – C'est 65% dans les zones classiques.

Figure 44 –Taux d'approbation de l'entourage en faveur de la poursuite de l'allaitement après 6 mois



A contrario avec le taux d'allaitement des enfants âgés de 6 à 23 mois, 84% des femmes issues des zones renforcées ont introduit des aliments de complément après le 6ème mois de l'enfant, c'est 78% des femmes des zones classiques.

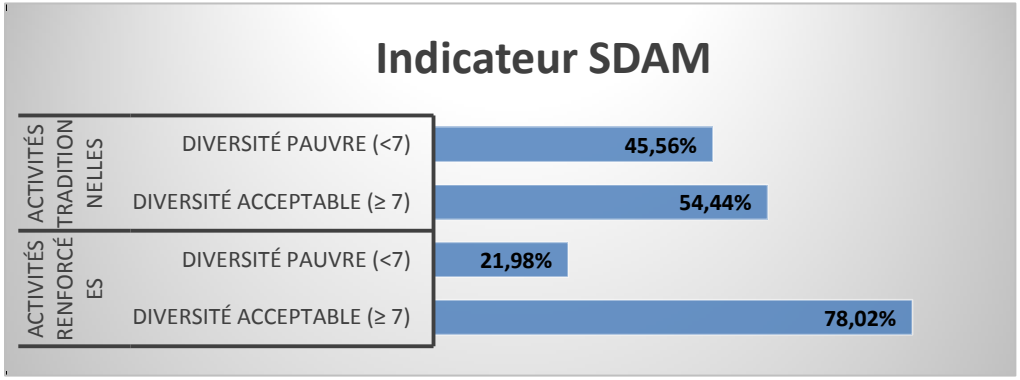
Figure 45 –Taux d'introduction à l'alimentation de complément



DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

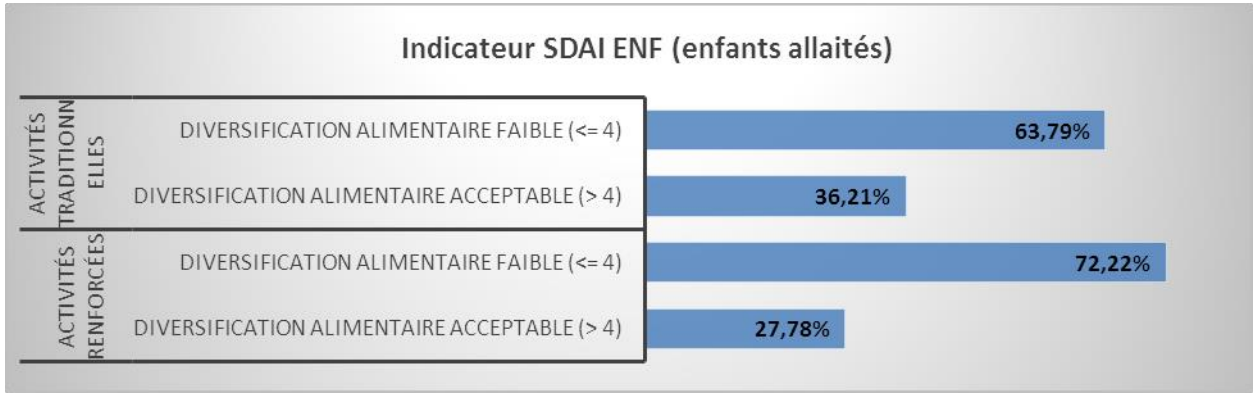
La décision d'agir présume vouloir résoudre le problème, maîtriser le thème et avoir testé le comportement – A cet effet, on voit que le score de diversité alimentaire du ménage est meilleur dans les zones de la stratégie renforcée que classique. 79% de la population des zones de communication renforcée ont une diversité alimentaire acceptable, alors que c'est seulement 54% de la population enquêtée des zones de la stratégie classique. Ceci vient donc confirmer que les activités renforcées ont participé à la gestion des obstacles à l'adoption du comportement et à pratiquer le nouveau comportement.

Figure 46 – SDAM



Néanmoins on observe que le score de diversité alimentaire des enfants âgés entre 6 et 23 mois est majoritairement plus acceptable dans les zones de communication classique (36%) que dans les zones renforcée (28%).

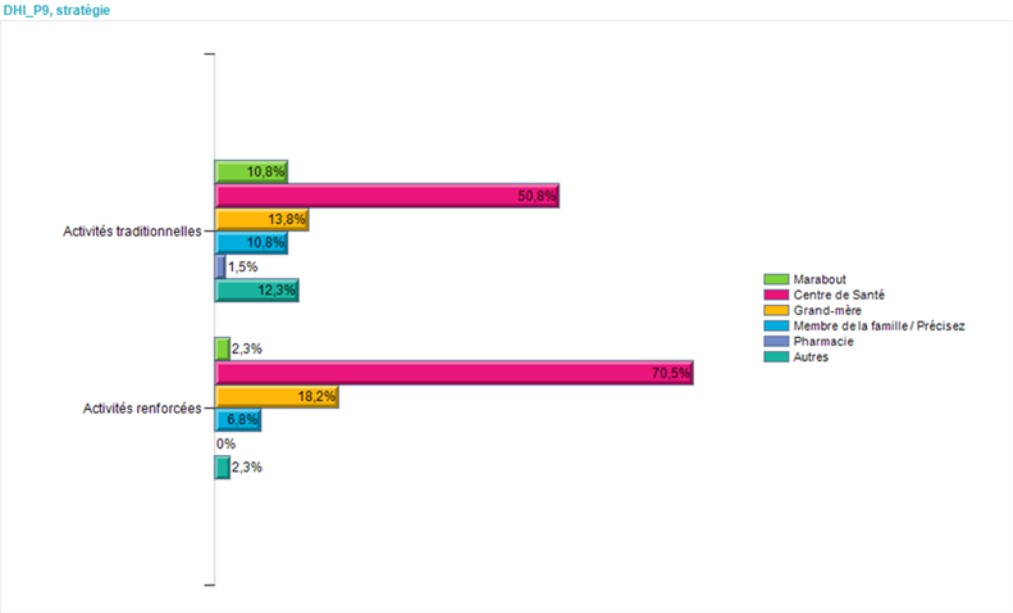
Figure 47 –SDAI / enfants allaités



SOINS

Au regard du recours aux soins en cas de diarrhée, 71% des personnes issues de la stratégie classique se dirigent vers les structures de santé en cas de diarrhée de l'enfant, contre 51% des femmes des zones de communication classique. Le recours aux marabouts est plus prégnant dans les zones classiques (11%) que dans les zones renforcées (2,3).

Figure 48 –Répartition des recours aux conseils ou traitement pour la diarrhée de votre enfant



Néanmoins aux vues de pratiques réalisées en faveur du rétablissement de l'enfant souffrant d'un épisode de diarrhée, aucune différence notable n'est à observer entre les populations interrogées issues des zones de communication classique ou renforcée, voire même des pratiques plus appropriées réalisées dans les zones de communication classique. On observe ici que 18% des femmes ont donné plus de nourriture à leur enfant malade, c'est 16% parmi les femmes des zones renforcées – Idem pour l'eau, 41,8% des femmes issues des zones de communication classique ont donné plus d'eau à leur enfant malade, contre 35% des femmes des zones renforcées.

PARTIE 3. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DU PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION SOCIALE A BASE COMMUNAUTAIRE

SYNTHESE ET ANALYSE DES DONNEES

Le présent rapport d'enquêtes montre que plus de la moitié des personnes interrogées non jamais été à l'école (56%), parmi lesquelles 57% sont des femmes enceintes et allaitantes et 20% sont des femmes en âges de procréer. On sait que l'analphabétisme limite considérablement la compréhension des relations entre les pratiques et les effets directs de celles-ci sur l'état de santé des femmes et des enfants. On note ici une **corrélation relative entre taux d'analphabétisme et taux d'insécurité nutritionnelle**, particulièrement dans la commune d'Ajar où les taux sont respectivement les plus élevés (83% et 8,4%). Toutefois, on voit que la commune de Baidiam qui recense les taux de malnutrition les moins importants (1,13%) connait également un taux de scolarisation faible (3,9% des personnes scolarisées sont originaires de Dafort). **Cette corrélation est donc à nuancer avec les facteurs environnementaux et contextuels.**

En effet on observe que malgré les niveaux de connaissances appropriées sur les pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène, l'importance et la nécessité de les mettre en pratique reste un enjeu dans la zone cible du projet.

Au travers des focus groupe, les ressources financières sont principalement évoquées comme frein à la mise en pratique des conseils diffusés. A cet égard, 46% de la population enquêtées ne pratiquent aucune activité professionnelle limitant ainsi les capacités des populations à assurer les réallocations nécessaires à l'application de certaines bonnes pratiques. **L'identification des barrières et les efforts de mitigation doivent être renforcés pour assurer une prise en considération du contexte et des difficultés des communautés en vue d'assurer des changements effectifs et durables.**

On enregistre que les **femmes interrogées ont entre 1 et 3 enfants, souvent précocement**, « entre 14 et 15 ans » d'après plusieurs focus groupe menés et, **à la suite de grossesses rapprochées**. En effet, on voit que 43% des interrogées ayant un 1 enfant de moins de 5 ans sont des femmes âgés entre 18 et 24 ans et 8,1% sont des femmes âgés de moins de 18 ans – Egalement, 48,2% des interviewées ayant 3 enfants de moins de 5 ans sont des femmes âgés entre 18 et 26 ans.

On sait également, au travers des focus group organisés, que les **jeunes femmes primipares sont plus sujettes à demander des conseils aux femmes plus âgées, majoritairement non scolarisées** (94,4% des grand-mères n'ont pas

bénéficié de scolarisation), limitant ici l'application des bonnes pratiques apprises car sous influence des ainés (croyances/attitudes inappropriées) et de leurs maris (connaissances inappropriées). **Il apparaît essentiel d'impliquer ces franges de la population pour assurer une évolution du cadre social / normes & valeurs sociales et créer une dynamique favorable et nécessaire aux changements individuels.**

DES CONNAISSANCES APPROPRIEES

Toutes enquêtes confondues, **les connaissances des enquêtées apparaissent comme étant bonnes, voire excellentes** pour certaines modalités de réponse :

- 94,2% que le colostrum est très bon pour l'enfant. Ces données dont corrélées avec la part des femmes (89,9%) qui savent qu'on ne doit pas donner d'eau à la naissance.
- 89% savent que le sevrage doit être progressif
- 89,7% des interrogées connaissant la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif
- 91,5% pensent qu'une femme enceinte doit manger plus que d'habitude
- 87,6% savent que l'anémie n'est pas une pathologie ayant trait à l'ingurgitation d'un excès d'aliments riche en fer.
- 95,0% savent que si l'enfant à la diarrhée plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé.

Exception faite **pour la poursuite de l'allaitement en état de grossesse qui perdure comme facteur limitant la pratique de l'allaitement**. En effet, seules 61,2% des personnes enquêtées savent qu'une femme peut allaiter quand elle est enceinte. On observe ici que 48,8% des hommes pensent qu'une femme ne peut pas allaiter quand elle est enceinte, représentant la part de la population enquêtée ayant des connaissances inappropriées, la plus importante.

Il est à noter que les évolutions positives des connaissances (BL/EL) semblent plus marquées autour des questions relatives à l'alimentation de la femme enceinte et allaitante :

- 5,26% des personnes enquêtées additionnelles pensent que la viande et le riz ne suffisent pas à une alimentation équilibrée
- C'est 5,05% supplémentaires qui pensent qu'une femme enceinte ou allaitante doit manger plus.

L'amélioration la plus notable revient à l'alimentation diversifiée chez la femme :

- 26,22% de plus pensent qu'une femme qui souffre d'anémie n'est pas seulement une femme qui mange trop d'œufs, de poissons ou de viande.

Ceci peut s'expliquer par les activités renforcées mises en place en faveur de l'accompagnement au changement et la mitigation des contraintes rencontrées dans l'application des bonnes pratiques d'alimentation (cf. atelier culinaire)

Certaines connaissances ont, quant à elles, relativement évolué à la baisse – Néanmoins, au vue des résultats finaux obtenus, on peut qualifier comme bon et, équilibré sur l'année (maintien des connaissances), le niveau général des connaissances sur les pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène.

- ⇨ + 1, 29% des personnes enquêtées pensent qu'une femme ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte entre les deux enquêtes.
- ⇨ C'est 2,41% supplémentaires qui pensent qu'une fois que l'enfant a six mois, il faut arrêter d'allaiter tout de suite
- ⇨ 2,54% de personnes en moins qui pensent que si l'enfant à la diarrhée pendant plus de 3 jours, il faut l'emmener au centre de santé.
- ⇨ Ces évolutions relativement négatives sont également à observer sur les connaissances relatives au lavage des mains (+4,04% pensent que le savon suffit) et à la pratique de donner de l'eau dès la naissance si l'enfant à soif (+1,64%).

UNE MISE EN PRATIQUE ENCORE TIMIDE

COLOSTRUM

Les connaissances à l'égard du lait jaune sont excellentes – En effet, ses vertus sont connues et l'attitude est favorable – *les enquêtés qui pensent que le colostrum est bon pour l'enfant (majoritaire) disent également à 98% que ça protège des maladies*. Toutefois, la mise en pratique reste encore limitée ; seules 53% des enquêtées affirment avoir donné le premier lait à la naissance de leur enfant.

Selon les focus group réalisés, «*le premier lait qu'on donne à l'enfant est très bon, il offre aussi de l'amour et de l'affection à l'enfant - Le lait jaune soigne aussi les oreilles et les yeux, on en met toujours un peu par goutte dans les oreilles et dans les yeux* » - Toutefois, la mise en pratique reste inadaptée : « *Chez nous, quand l'enfant nait, on ne le lave que le 3ème jour - C'est là qu'on donne le colostrum à l'enfant ».* La mise au sein précoce doit être améliorée pour assurer une introduction au lait jaune dans l'heure qui suit la naissance de l'enfant. Certaines personnes des focus group ont rappelé que le colostrum tiré vers le rouge orangée (gorgé de sang) et apparaissait donc comme mauvais pour

l'enfant. La couleur et la texture du colostrum (caractéristiques) doivent être rappelées/précisées pour assurer une bonne reconnaissance et compréhension des bienfaits.

AME

L'allaitement maternel exclusif est une pratique expérimentée et ses modalités sont bien acquises, et comprises par les femmes - 79% des femmes allaitantes d'un enfant de 0 à 6 mois affirment n'avoir donné que le lait maternel à leur enfant, depuis la naissance. Néanmoins, la mise en pratique sur toute la durée recommandée n'est pas encore appliquée - l'arrivée d'une nouvelle grossesse reste synonyme de l'arrêt de l'allaitement. En effet, on observe que 70% des femmes interrogées ayant un enfant de 0 à 6 mois allaitent leur enfant, le cas échéant elles affirment, en majorité, être de nouveau enceinte (77%).

Selon les focus group réalisés, « *certaines femmes pratiques l'allaitement exclusif d'autres non, car elles sont très occupées par le travail qui les empêche d'allaiter ou à cause du refus de leur mari* » ; également, « *les femmes arrêtent d'allaiter si elles sont malades ou si elles n'ont pas assez de lait - ce qui limite l'allaitement c'est " le manque de temps - le travail les empêche d'allaiter et la volonté du mari ».*

Selon certaines femmes des focus group « *si elle applique l'allaitement, son mari va la frapper - pour eux [les maris], il faut donner de l'eau à l'enfant, surtout quand il fait chaud*», selon certains groupes d'hommes « *si une femme applique l'allaitement exclusif c'est qu'elle n'est pas intelligente* »

On note ici l'influence du mari sur l'allaitement maternel exclusif et la méconnaissance de ses bienfaits et de la composition du lait maternel. Les femmes sont soumises, de manière consentante et éclairée, au diktat du mari, c'est pourquoi il est essentiel de les impliquer plus fortement dans le changement des mentalités pour assurer une caution sociale, une promotion communautaire des bonnes pratiques et des changements individuels effectifs et durables.

Il est à noter une nette évolution entre l'enquête baseline et endline relativement au taux d'allaitement maternel (+23,4 %). Parallèlement, on observe que les femmes interrogées en endline sont plus nombreuses à avoir donné de l'eau à l'enfant depuis la naissance (+31,71%). Seules 79,15% des femmes ayant un enfant âgés entre 0 et 6 mois pratiquent l'AME contrairement à la baseline, où l'on enregistrait 83,9% de femmes. L'allaitement est donc une pratique qui bénéficie à un nombre d'enfants de 0 à 6 mois plus important, néanmoins l'introduction d'aliments/boisson est réalisée de manière plus précoce pénalisant l'application de l'AME.

ALIMENT DE COMPLEMENT A L'ALLAITEMENT

80,89% des femmes enquêtées ont introduit une alimentation de complément à l'allaitement maternel après les 6 mois de l'enfant (77,6% pour la BL)- Parmi elles, 86% avaient les connaissances adéquates pour assurer une mise en pratique de qualité. **On voit donc une nette corrélation entre connaissance et pratique en faveur de l'alimentation de complément entre la BL et la EL.** Egalement, 100% femmes qui pensent que l'on doit introduire une AC à l'arrivée d'une nouvelle grossesse l'ont réalisé entre le 4 et le 5ème mois de l'enfant, contribuant à la **justification du faible espacement des naissances réalisé.** Egalement, il est à noter une **forte réduction** (34,39%) du **nombre de femmes allaitantes ayant un enfant âgé entre 6 et 23 mois** (BL/EL) – Seules 57% en endline allaitent toujours leur enfant âgé de 6 à 23 mois.

Ainsi les femmes ont de meilleures connaissances et une pratique optimisée au regard de l'introduction d'aliments de compléments après 6 mois, toutefois elles sont plus nombreuses à avoir sevré plus jeune leur enfant, majoritairement pour cause d'une nouvelle grossesse. En effet, bien que 40% des femmes savent que le sevrage nécessite d'introduire progressivement les différents aliments chez l'enfant tout en continuant l'allaitement, 18% pensent également qu'il ne s'agit que d'introduire de la bouillie en arrêtant d'allaiter.

Il apparaît donc indispensable de préserver ce lien précieux entre ces deux pratiques pour assurer les bienfaits promus. **La sensibilisation à l'AC doit donc être réalisée de manière concomitante avec la poursuite de l'allaitement maternel et non comme une pratique annexe.**

DIVERSITE ALIMENTAIRE

Une **nette évolution est observable entre la baseline et la endline concernant la diversification alimentaire du ménage**. En effet, la consommation des groupes d'aliments énergétiques (lipides/glucides), constructeurs (protéine) et protecteurs (vitamines/minéraux) montre des **variations positives entre les 2 enquêtes** (BL/EL). D'après les focus groups réalisés, il apparaît que les femmes sont responsables du choix et de la préparation des plats offerts au ménage – Ces données viennent ainsi corréler l'amélioration des connaissances observées ; en effet, 76% de personnes enquêtées pensent que la viande et le riz ne suffisent pas à une alimentation équilibrée.

Il est également à noter que selon les focus group réalisés, « *la femme prépare à manger et choisi le plat - quand une femme est enceinte, elle ne doit pas manger de viande*, *ni boire trop, surtout à la fin de la grossesse* ». En effet, d'après les observations terrain, on enregistre que si la femme enceinte mange « *trop lourd* », la croyance dit qu'elle aura des problèmes pour accoucher, le bébé sera trop gros et si elle boit trop, elle risque de noyer l'enfant – Cela vient donc

contredire les connaissances acquises, à savoir 92% des interrogés pensent qu'une femme enceinte ou allaitante doit manger plus.

Il apparaît donc essentiel de poursuivre les efforts réalisés à l'endroit de la diversification alimentaire de la FEFA pour assurer une grossesse saine et un accouchement sans risques.

Concernant la **diversification du régime alimentaire des enfants âgés entre 6 et 23 mois**, on enregistre une **nette amélioration** entre l'enquête baseline et endline pour tous les groupes d'aliments confondus. En effet, **une évolution positive de 39 points de pourcentage** est observée **pour la préparation d'une bouillie enrichie** et de **18 points de % pour l'introduction de légumes dans le régime alimentaire** de l'enfant âgé de 6 à 23 mois.

SOINS

Les femmes enquêtées **connaissent spontanément les dangers de la malnutrition** et en majorité le risque élevé de décès lié à une malnutrition non traitée, avec 55,68% dans l'enquête endline**.** Selon les focus group réalisés, « *la malnutrition provoque la mort* » et, « *si l'enfant n'est pas bien soigné, il va mourir* ». En majorité les gens pensent que la malnutrition est due à une mauvaise alimentation et à un manque d'hygiène, le lien est également fait avec la santé du couple mère-enfant « *si elle ne fait pas ses CPN, si l'enfant n'est pas vacciné* ». **Il a été observé que la plupart des répondants font l'amalgame entre toutes les pratiques promus et présentent à cela des liens directs avec le statut nutritionnel des enfants, sans véritable compréhension des relations de causes à effets entre pratiques et maladies.** Il est dans ce cadre essentiel de **contextualiser chacun des messages diffusés pour éviter de donner une multitude de messages sans lien direct avec la problématique et ses causes sous-jacentes.**

Egalement, l**a reconnaissance des symptômes de la diarrhée sont bien assimilés**, avec la fièvre et la faiblesse des enfants qui reviennent comme principaux signes de danger nécessitant un recours aux soins. **A cet égard, on observe que la compréhension des relations de causes à effets entre pratique et maladies est fonction du taux d'instruction**. En effet, 80% des femmes non scolarisées pensent que la diarrhée est le fait de sorcellerie alors que 49% des femmes alphabétisées, tous niveaux confondus, font le lien avec les pratiques d'hygiène. Néanmoins on enregistre que **plus de 88% des femmes interrogées savent qu'il faut se rendre au centre de santé en cas de selles liquides et plus de 70% y ont emmené leurs enfants lors des derniers épisodes survenus**. Cette proportion est similaire entre les 2 enquêtes. D'après les focus group menés « *si l'enfant est malade, avant, on le soignait avec les médicaments traditionnels mais maintenant on va au centre de santé* ».

Toutefois, on note que « *les conseils pour l'accès aux soins sont donnés par les anciens* » or, ce sont « *surtout les vieilles femmes qui conseils en faveur de la médecine traditionnelle* ». Dans les focus group, ils sont nombreux à affirmer que « *si les femmes ou les enfants sont malades ont les emmène chez le guérisseur traditionnel ou le marabout - S'ils ne guérissent pas, c'est l'homme qui décide d'aller au centre de santé* ». Les focus groups ont aussi révélé que les populations enquêtées ont **confiance dans les diagnostics et remèdes donnés par les personnels de santé**. Toutefois, **l'enclavement, le manque de moyens financiers et la faible qualité de l'accueil dans les structures de santé limitent la mise en pratique** des connaissances appropriées acquises et reconnus comme étant adaptées.

Le rapprochement entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle apparaît alors essentiel pour favoriser les relations/liens entre les approches et assurer une prise en charge des enfants malades au moment opportun. En effet, les deux approches ne sont pas antinomiques, elles peuvent même être complémentaires si les synergies adéquates (identification des signes de dangers / référencement – promotion des PFE) sont développées à partir d'un socle de compétences et de capacités solides des parties prenantes.

Concernant les pratiques alimentaires suite à une diarrhée, plus de la moitié (56%) pensent qu'il faut donner à l'enfant des quantités plus petites mais plus souvent, or la majorité (50% dans la endline et 45% dans la baseline) ont donné moins de nourriture à l'enfant. **Il y a donc une discordance entre connaissances et pratiques relativement aux soins à porter à l'enfant guéris. Il apparaît ici nécessaire de poursuivre les efforts sur la promotion des pratiques alimentaires adaptées aux enfants malades/guéris.**

WASH

D'après les données collectées (BL), 59% pensent que la DAL peut être nuisible à la santé, suivi de l'ingurgitation d'une eau non potable avec 44,9% et d'une gestion des dechets innapropriée (33,2%). **La relation de cause à effet est semble-t-il bien assimilée entre pratiques et maladies**. **Egalement dans la EL, on observe que selon 92% des enquêtés, le principal risque lié au faible lavage des mains est la maladie(Q.136).** Selon les focus group réalisés, « *on manque souvent de savon* » et « *Si on n'a pas de savon, on utilise de la cendre pour se laver les mains* » - **On assiste donc une adaptation au contexte des pratiques positives au vue des risques connus.**

En majorité les populations enquêtées (comparaison similaire entre BL et EL) **ont recours aux puits traditionnels (46,6%) suivi d'un accès aux robinets (38,96%)**. D'après les données des focus Group, « *pour avoir accès à de l'eau potable, on doit dépenser chaque jour entre 100 et 200 UM* ». **Selon les communes d'origine des enquêtés, on observe que les zones ayant un taux d'accès limité à une eau de qualité sont les plus affectées par l'insécurité nutritionnelle -** Exception faite pour la commune de Lahraj – *A voir les pratiques de TCED.*

En effet, dans la commune d'Ajar, près de 60% de la population ont accès à des puits traditionnels et/ou aux puisards, ruisseaux (MAG : 8,4%), c'est près de 50% à Buanze (MAG : 3,85%) ; et 100% à Dafor (MAG : 3,56 %). On observe également, que les communes de Baidiam et de Sélibaby, respectivement 53,6% et 84,1% ont accès au robinet (MAG : 1,13 % et 1,64%).

On enregistre que 76% des enquêtés traite parfois ou toujours leur eau de boisson et majoritairement via la filtration sur tissus (92% - c'est 21% pour la javellisation). **On observe ici une détérioration de la pratique de traitement de l'eau entre la baseline et la endline passant de 89% à 76% ; et relativement à l'endroit des techniques de traitement recommandées comme la javellisation avec une réduction de 0,38 points de % et de 2,2 points de % pour l'ébullition.** On peut noter ici que l'accompagnement au traitement de l'eau n'a ciblé que 50 ménages de la zone couverte par le projet *(distribution de kit hygiène et formation de comité d'hygiène).* A cet égard, on a pu enregistrer d'importantes évolutions positives quant au traitement de l'eau et la qualité de l'eau de boisson (voir rapport final).

Selon les données collectées dans les focus group, « "*Il y a des latrines pour certains ménages, ça permet d'avoir de l'intimité et c'est plus hygiénique* ». Dans l'enquête finale, les **23% ne disposant pas de latrines partent faire leurs besoins dans la nature (86%) malgré le risque encouru de contamination des sources d'eau environnantes connu à 71%.** En effet, on enregistre dans les focus group que « *pendant l'hivernage, on pratique la défécation que la nuit parce que les lieux environnants sont occupés par les eaux stagnantes* ».

Concernant la **gestion des déchets**, 47% les jettent n'importent où et 56% les brûle ou les enfouissant (Q.176). On note une **détérioration de la situation par rapport à la baseline** (respectivement 35% et 60%).

Il apparaît donc que le volet eau, hygiène et assainissement nécessite d'être renforcé dans le cadre des efforts de promotion aux bonnes pratiques en assurant un accompagnement communautaire à l'application et aux changement sociétal nécessaire à cet égard.

SOURCES D'INFORMATION

On observe que les **maris et les mères demeures les personnes les plus influentes**/pourvoyeuses de conseils concernant l'allaitement et l'alimentation du JE, suivi de la grand-mère et du personnel de santé.

D'après les focus group réalisés, « *les femmes n'ont pas accès aux mêmes responsabilités que les hommes - l'homme prend la majorité des décisions sur les dépenses » et « c'est le mari qui prend la majorité des décisions et ça nous convient - si le mari est d'accord, on peut prendre des décisions par nous-mêmes"- « C'est le père qui décide d'aller au*

dispensaire » On peut donc affirmer que **c'est l'homme, en tant que responsable du foyer qui permettra d'assurer une redistribution du budget familial en faveur de l'application de certaines pratiques nécessitant un appui économique**.

Egalement, les **hommes ont un fort pouvoir dans l'approbation des pratiques**, tel que sur l'allaitement « *leur mari peuvent ne pas accepter cette pratique d'allaiter pendant 2 ans ou de ne pas donner d'eau avant 6 mois – Les femmes doivent écouter et appliquer les conseils de leur mari*» - les croyances à cet égard restent fortes. **L'homme a donc un rôle clé dans la validation de la pratique, la recommandation donnée aux femmes en faveur de son application et son accompagnement aux changements dans la durée pour un maintien durable.**

Par ailleurs, *« Les grands-parents conseillent les parents* » - «*Nous, les grands-mères on donne du lait et de l'eau au bébé et on s'occupe des femmes enceinte et allaitantes, on les conseille"*; ce sont elles qui accompagnent les mères à l'accouchement et dans les premiers jours qui s'en suivent – Ce sont également elles à qui on peut faire appel lors du sevrage. **Elles sont clés dans les soins portés aux enfants et aux FEFA.** Or, il ressort des focus group que *"les grands-mères et les belles mères sont négatives envers l'allaitement du bébé - Elles font boire l'enfant avant 6 mois »* - et selon ce groupe de femmes interrogées *« Si une femme est de nouveau enceinte, elle ne doit pas allaiter son bébé ».* **Ainsi les grands-mères ont un rôle influent dans les pratiques appliquées en faveur de l'alimentation et des soins mais n'ont pas nécessairement les connaissances appropriées pour assurer un bon développement de la FEFA et de l'enfant.**

Il est à noter que les **3 moyens d'obtenir des informations**/ conseils sur la santé et l'alimentation sont au travers des **mass médias** (62%), des **structures de santé et du personnel ONG** (44% respectivement) – Les relais communautaires remontent en quatrième position avec 37,4%. La répartition apparait comme quasi identique à l'enquête baseline réalisée. **Dans la promotion des bonnes pratiques et l'accompagnement aux changements, il apparaît nécessaire de préserver l'assise communautaire de la diffusion permettant ainsi une appropriation et une responsabilisation des acteurs. Par ailleurs, la communication interpersonnelle semble être favorisée facilitant l'écoute, la participation active et l'adaptation des messages à l'individualité** (messages diffusés aux moments opportuns selon le besoin/problématique et, adaptation des pratiques promues aux contraintes/difficultés – Développement de solutions singulières et personnelles).

Seuls 30% de la population interrogée a reçu des messages sur la santé ces 7 derniers jours, c'est 31% dans les zones de communication renforcée et 35% dans les zones classique et ceux malgré le volume d'activité plus important dans les 36 villages de la stratégie renforcée. Il apparaît donc que **la concentration des activités ne permet pas de toucher plus de personnes, c'est les modalités/types d'intervention (TDR spécifique pour chacune des activités de communication sociale) qui importent pour assurer une adaptation des activités aux cibles en usant de différents canaux (développement d'une**

dynamique communautaire en faveur du changement), mais aussi pour adapter les messages aux contraintes environnementales et contextuels (accompagnement rapproché du changement) et ainsi assurer un changement individuel des comportements.

LA PERTINENCE DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION SOCIALE

UN NIVEAU DE CONNAISSANCE GENERAL QUI TIRE VERS L'EXCELLENCE

On note un bon niveau de connaissance générale sur l'alimentation, les soins et l'hygiène, indépendamment des stratégies de communication appliquées.

- ⇨ 58,7% des personnes interrogées dans les zones cibles de la stratégie classique savent que l'on peut poursuivre l'allaitement quand on est enceinte, c'est 64% des personnes interrogées des zones cibles de la stratégie renforcée.
- ⇨ 88% des populations bénéficiaires de la stratégie classique et 91% des populations bénéficiaires connaissent la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif.
- ⇨ 93% des bénéficiaires de la stratégie classique et 95% des personnes cibles des activités renforcées connaissent sa valeur bénéfique pour un enfant à la naissance
- ⇨ 90% des personnes issues des villages bénéficiaires des activités classiques et 96% des activités renforcées ont su répondre correctement aux besoins nécessaires pour se laver les mains.
- ⇨ respectivement 92% et 90% des personnes interrogées dans les zones de la stratégie classique et renforcée savent qu'une femme enceinte doit manger plus pour assurer le bon développement du fœtus. Ici, il est à noter une connaissance légèrement améliorée dans les zones de la stratégie classique
- ⇨ 96% des personnes interrogées, toutes zones confondues, reconnaissent le signe de danger de la diarrhée et la pratique appropriée pour assurer un traitement de qualité.

A l'égard de ces connaissances appropriées largement généralisée, selon les personnes enquêtées, le risque encourus de malnutrition reste moyen à important, particulièrement dans les zones de la stratégie classique (60,7%) – C'est 52% parmi les populations vivant dans les zones couvertes par la stratégie renforcée. On peut estimer que la relation de cause à effet entre pratiques inappropriées et conséquences sur la santé de l'enfant (risque de malnutrition) a été mieux assimilée parmi les populations des zones renforcées. En effet, cela présuppose donc que les personnes interrogées sont indifféremment dotées de bonnes connaissances et d'attitudes positives (facteurs personnels favorables au changement),

mais celles issues des zones renforcées sont désormais plus conscientes des risques associées aux pratiques inappropriées et convaincues des bénéfices des conseils prodigués.

Néanmoins, on sait que les interventions qui ne servent qu'à diffuser des informations ne sont pas suffisantes pour amener un changement de comportement. Les connaissances sont essentielles mais ne semblent pas automatiquement liées à un changement d'attitude ou à un changement de comportement et de pratiques ; d'autres variables psychosociales et culturelles interfèrent dans la relation et particulièrement les facteurs environnementaux / situationnels, tels que les ressources économiques, les limites géographique, les normes sociales, les valeurs culturelles, les pratiques traditionnelles, etc.

DES PRATIQUES QUI PEINENT A SE REALISER

ALLAITEMENT

Seules 42% des femmes issues des zones de la stratégie renforcée ont fait bénéficier à leur enfant du colostrum, contrairement à 71% des femmes interviewés dans les zones de la communication classique. L'accompagnement au changement a semble-t-il été plus rapproché dans le cadre des activités dîtes classiques (VAD – Causerie) facilitant l'échange participatif et interpersonnel, l'adaption aux individualités et la contextualisation des messages diffusés/recherches de solutions adaptées.

On observe que 71% des femmes interrogées, ayant un enfant entre 0 et 6 mois des zones de la stratégie renforcée, allaitent leur enfant – C'est 69% des femmes issues des zones de la stratégie classique. Toutefois, parmi celles qui n'allaitent pas, on enregistre dans les zones de communication classique 60% des femmes qui ont stoppé l'allaitement faute d'une nouvelle grossesse – C'est 87,5% des femmes des zones de communication renforcée.

La grossesse reste une cause majeure de l'arrêt de l'allaitement et identique entre les zones géographiques couvertes.

Néanmoins, dans les zones de communication renforcée, 87,16% des femmes affirment pratiquer l'allaitement maternel exclusif contre 68% des femmes des zones de communication classique. 41% des femmes issues des zones de communication classique pensent qu'avoir suffisamment de lait faciliterait la pratique la mise en pratique de l'AME – seules 29% des femmes de la stratégie renforcée ont évoqué cette modalité de réponse. En effet, cette catégorie de femme ne sait, en majorité, pas comment la mise en pratique pourrait leur être facilitée, ce qui pourrait vouloir signifier qu'elles ont assimilé les modalités postives de l'allaitement mais que que la nouvelle grossesse reste un frein à la mise en pratique.

Contraitement à l'approche de la stratégie renforcée souhaitée, **seuls 47% de l'entourage des femmes des zones de communication renforcée soutiennent l'application de l'AME, contraitement à la majorité dans les zones de communication classique (82%).**

Concernant la poursuite de l'allaitement après les 6 mois de l'enfant, **59% des femmes des zones classiques poursuivent l'allaitement de leur enfant âgés de plus de 6 mois – C'est 53% des femmes issues des zones renforcées**. Les raisons invoquées d'arrêt de l'allaitement demeurent dans les deux cas, **l'apparaition d'une nouvelle grossesse.** Dans ce cadre, 84% des femmes issues des zones renforcées ont introduit des aliments de complément après le 6ème mois de l'enfant, c'est 78% des femmes des zones classiques. **On note ici un faible taux de poursuite de l'allaitement en complément de l'introduction, dans le régime alimentaire de l'enfant, d'une alimentation adaptée.**

En bonne logique avec l'implication des acteurs clés de la communauté dans les séances de sensibilisation renforcée, on observe que **la majorité de l'entourage des femmes des zones renforcées connaissent et approuvent leur pratique (89% tout à fait d'accord et plutôt oui à la poursuite de l'allaitement 6-23 mois) – C'est 65% dans les zones classiques.**

DIVERSITE ALIMENTAIRE

La décision d'agir présume vouloir résoudre le problème, maîtriser le thème et avoir testé le comportement – A cet effet, on voit que le **score de diversité alimentaire du ménage est meilleur dans les zones de la stratégie renforcée que classique.** 79% de la population des zones de communication renforcée ont une diversité alimentaire acceptable, alors que c'est seulement 54% de la population enquêtée des zones de la stratégie classique. Ceci vient donc confirmer que les activités renforcées et particulièrement la **mise en œuvre d'ateliers culinaires, ont participé à la gestion des obstacles à l'adoption du comportement et à pratiquer le nouveau comportement.**

Néanmoins il est à noter, le score de diversité alimentaire des enfants âgés entre 6 et 23 mois est majoritairement plus acceptable dans les zones de communication classique (36%) que dans les zones renforcée (28%).

PRATIQUE DE SOINS

Au regard du recours aux soins en cas de diarrhée, 71% des personnes issues de la stratégie renforcée se dirigent vers les structures de santé en cas de diarrhée de l'enfant, contre 51% des femmes des zones de communication classique. **Le recours aux marabouts est plus prégnant dans les zones classiques (11%) que dans les zones renforcées (2,3%) – Ces données compilées peuvent s'expliquer par l'enclavement et ainsi la difficulté d'accéder aux structures de santé dans les zones de la stratégie classique.**

Néanmoins aux vues des pratiques réalisées en faveur du **rétablissement de l'enfant souffrant d'un épisode de diarrhée, aucune différence notable n'est à observer** entre les populations interrogées issues des zones de communication classique ou renforcée, voire même des pratiques plus appropriées réalisées dans les zones de communication classique. On note ici que 18% des femmes ont donné plus de nourriture à leur enfant malade, c'est 16% parmi les femmes des zones renforcées – Idem pour l'eau, 41,8% des femmes issues des zones de communication classique ont donné plus d'eau à leur enfant malade, contre 35% des femmes des zones renforcées.

RECOMMANDATIONS

On peut donc conclure qu'il n'existe pas de liens omnipotents et unidirectionnels entre les connaissances, les attitudes et les pratiques. Les facteurs individuels sont souvent relayés au second plan pour laisser peser le poids des facteurs environnementaux et contextuels. Les représentations sociales et les relations de pouvoir dans la communauté continuent d'influencer fortement en la défaveur de l'application des bonnes pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène. Egalement, il est à noter qu'au-delà du volume d'activité mis en œuvre c'est le type d'intervention ciblée, assurant une implication de toute la communauté dans le changement, un suivi rapproché et un accompagnement individualisé au changement qui garantira une évolution positive. Ainsi on peut noter que la stratégie classique et renforcée doit être mise en œuvre en simultanée visant des objectifs complémentaires (cible spécifique pour chaque objectif recherché, placé sur l'axe du changement et définit selon le contexte spécifique).

Par ailleurs, dans les approches de santé communautaire, on préfèrera cibler la problématique, déterminer les causes et conséquences associées en vue d'identifier quelques pratiques sur lesquelles engager la communauté vers un changement positif (individuel & collectif). Le placement des engagements positifs doit nécessairement être réalisé sur la courbe du changement et prendre en compte les barrières, les obstacles, les ressources et les moyens de mitigation.

Les recommandations que nous pouvons formuler au regard des résultats de cette enquête permettront donc de renseigner le tableau ci-dessous déterminant notre stratégie opérationnelle.

Problèmes identifié: comportement à changer, nouvelle pratique à intégrer, comportement à faire évoluer	Groupe Cible	Activités	Niveau d'intervention	Phase du changement	Commentaires

1. Les personnes à cibler
   - ⇨ FEFA
   - ⇨ FAP
   - ⇨ Hommes chez de ménage
   - ⇨ Grands-mères / Belles-mères (personnes âgées)
   - ⇨ Jeunes
   - ⇨ Leaders communautaires : RC / ASC – tradipraticiens – leaders religieux – Enseignants – communicateurs traditionnels / Griot

2. Les messages à promouvoir aux moments opportuns et en suivant la courbe du changement – *voir stratégie opérationnelle de l'approche 1 000 jours*
   - ⇨ Scolarisation des filles
   - ⇨ Colostrum : moment opportun
   - ⇨ AME et poursuite de l'allaitement en état de grossesse
   - ⇨ Introduction d'aliment de complément à 6 mois en assurant la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans
   - ⇨ Diversification alimentaire : FEFA / JE
   - ⇨ Alimentation d'un enfant malade/guéri : nourriture/boisson & traitement SRO / Complémentarité des médecines traditionnelles et conventionnelles
   - ⇨ WASH : traitement de l'eau et hygiène au foyer

3. Types d'activités / sources d'informations

- ⇨ Implication communautaire dans l'identification de la problématique – causes et conséquences associées en vue de garantir un engagement individuel et collectif en faveur des comportements positifs à appliquer - Elaboration d'un plan d'action avec résultats attendus au niveau communautaire (suivi du CVD)
- ⇨ Promotion des bonnes pratiques et accompagnement/encouragement au changement – suivi individualisé du changement/adaptation du soutien
- ⇨ Implication des leaders communautaires comme prescripteurs du développement / initiateur de la norme sociale et pourvoyeur de messages clés
    - o Le rapprochement entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle doit à cet effet être renforcée
    - o L'implication des leaders religieux doit être soutenue
    - o Engagement des jeunes comme moteur du changement et implication de leur encadrant dans le développement social des communautés
    - o L'utilisation des communicateurs traditionnels comme canal de communication à base communautaire
- ⇨ Communication de masse & valorisation des prescripteurs/primo-adoptantes : Emission radio : Table ronde/débat / festivités autour des journées internationales

Activités	Objectifs / Cible comportementale	Groupe Cible	Niveau d'intervention / Type d'activités	Déroulement / Structuration	Résultats attendus / Phase de changement
Visite à Domicile	- Prise de conscience / Conseils individualisés - Diagnostic du problème individualisé : Causes & conséquences / difficultés & obstacles = Identification de moyens de mitigation - Suivi PEC - Encouragement, motivation, soutien & Accompagnement au changement	FEFA	**Ménages** - VAD 1 000 jours *(Communication interpersonnelle : ASC/RC via comité villageois de développement)* - VAD de Suivi rapproché & Conseils - Entretien de motivation (Négocier et aider la personne à surmonter les obstacles)	- Visite régulière - Individualisation du suivi - Engagement des bénéficiaires	PHASE 2 : EXPLORATION & PHASE 3 : MAINTIEN
Causeries éducatives	- Promotion des bonnes pratiques & Réflexion sur les croyances, habitudes, représentations sociales, obstacles pour identifier des axes d'amélioration/solutions (échanges sur les normes sociales)	FEFA Homme Grand-mère & belle-mère	**Communauté** - Causeries par groupe de pairs - Causerie ménage	- Mobilisation communautaire ciblée - Engagement dans le changement & Accompagnement	PHASE 1 : ACTIVATION & PHASE 2 : EXPLORATION

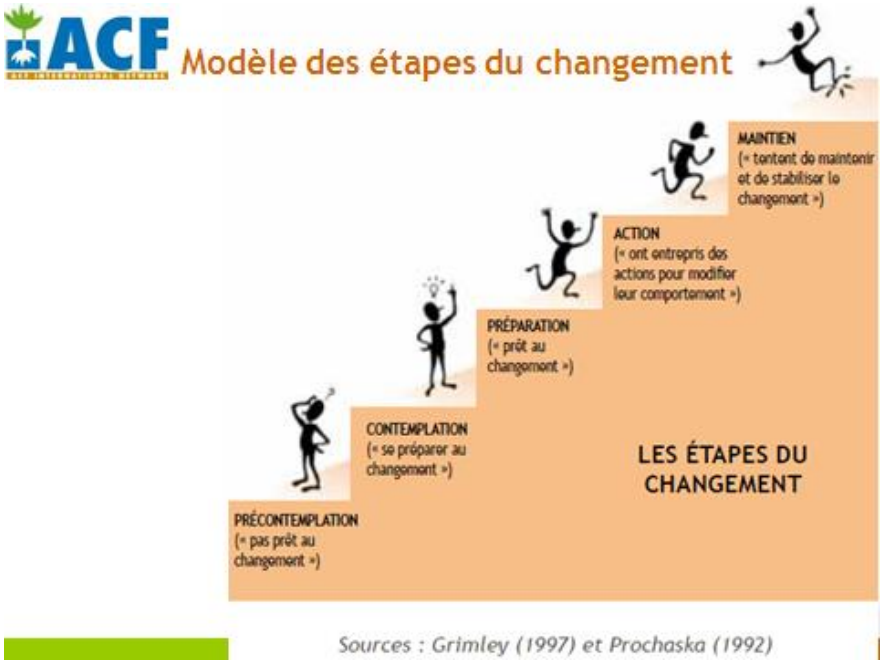
	–Amélioration des attitudes - Amélioration de la compréhension des relations de causes a effets : pratiques – santé - Responsabilisation face au changement - Engagement & encouragement au changement	Ménage	(Encourager/discuter les avantages du comportement) - Cellule de soutien (Féliciter/réitérer les avantages)	- Promotion des bonnes pratiques	
Atelier culinaire	- Mise en pratique des changements positifs - Accompagnement à l'application des moyens de mitigation / solutions individualisées - Engagement & encouragement au changement (soutien et conseils adaptés) - Valorisation des femmes primo-adoptantes & motivation pour le maintien des bonnes pratiques	FEFA	**Communauté / ménages** - Atelier de mise en pratique de la diversification alimentaire - Atelier de mise en pratique de l'alimentation adaptée du jeune enfant - Atelier de mise en pratique des pratiques d'hygiène	- Mobilisation communautaire ciblée / valorisation des femmes et engagement dans le changement (mise en pratique) - Valorisation des produits locaux	PHASE 2 : EXPLORATION & PHASE 3 : MAINTIEN

Théâtre forum	- Amélioration des connaissances/attitudes - Implication de toute la communauté dans la dynamique du changement (appropriation / responsabilisation)	Toute la communauté	**Communauté**	- Mobilisation communautaire - Communication ludique & pédagogique de masse	PHASE 1 : ACTIVATION
Causeries mahadras / forum scolaire	- Amélioration des connaissances /attitudes - Renforcement des capacités& Implication des enseignants dans la formation à la santé des jeunes (bien être & développement) - Mobilisation en faveur du changement : promotion de la dynamique sociale	Jeunes & Enseignants	**Communauté**	- Communication pédagogique - Implication des jeunes et leurs encadreurs dans le changement /développement social - Engagement en faveur d'une génération en bonne santé - Responsabilité des jeunes comme prescripteurs des pratiques positives dans leur ménage	PHASE 1 : ACTIVATION

PERSPECTIVES

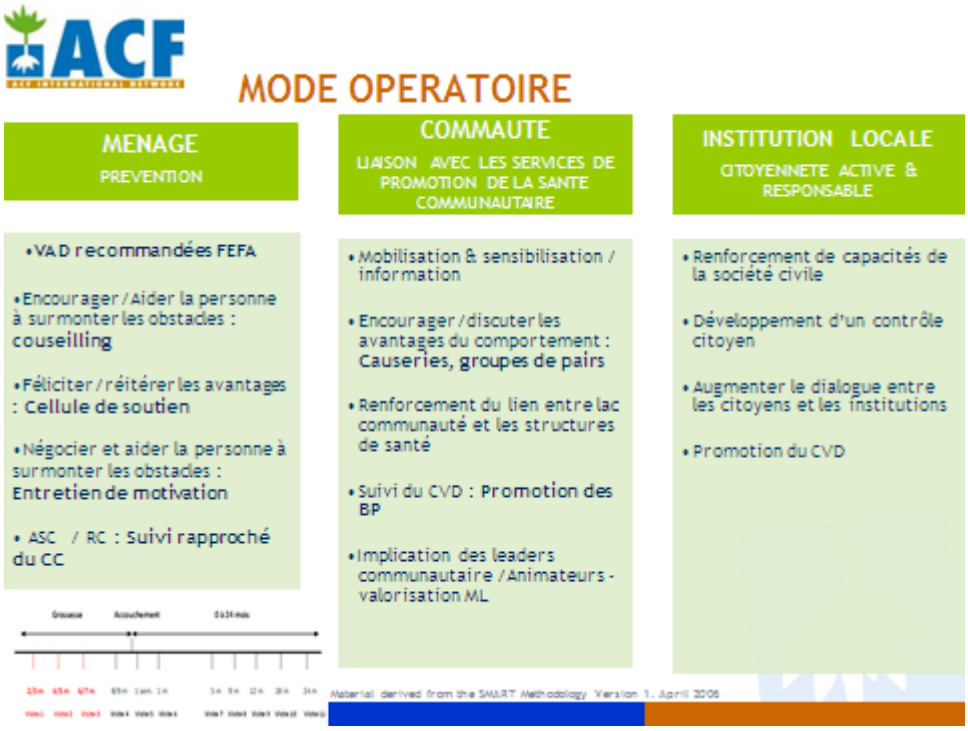
Un changement comportemental et social peut être considérée comme un processus / un cycle avec une phase initiale de conscientisation/activation des bonnes pratiques, suivie de la volonté de changer/exploration de la pratique et une phase finale de maintien /ritualisation du changement.

ACF valorise les initiatives de changement de comportement qui considèrent et tiennent explicitement compte des perceptions sociales locales et des significations contextuelles, et qui reconnaissent et considèrent les normes sociales, la culture, les dynamiques communautaires et les contraintes environnementales/contextuelles. Ces initiatives apparaissent davantage puissantes, cohérentes, faciles à adapter et durables.



Au travers ses projets de CCC, ACF s'engage à appuyer le processus entier :

- Identifier les obstacles et les difficultés liées au changement
- Promouvoir les moyens pour faciliter et aider le processus à atteindre le changement souhaité.

A cet effet, et dans le cadre des efforts de prévention à la malnutrition, ACF priorise la mise en œuvre de l'approche 1 000 jours comme axe d'intervention prioritaires à trois différents niveaux complémentaires pour promouvoir le changement de comportements :

- Au niveau ménage
    - ASC / RC : Sensibilisation recentrée en faveur du changement individuel des comportements et suivi rapproché
    - VAD sur les messages clés et adaptés au cours des 11 visites recommandées chez les FEFA
    - Activités de communication interpersonnelle et discussion de groupe pour favoriser l'adaptation des messages aux individualités (motivation /encouragement/conseils) et assurer l'accompagnement aux changements
- Au niveau communautaire
    - Comité villageois de développement en faveur de la politique de santé communautaire
    - Implication communautaire, responsabilisation et accompagnement dans le changement de comportement collectif
    - Mobilisation communautaire en faveur des changements de mentalités & valorisation des primo-adoptantes et des leaders communautaires
- Au niveau de l'environnement
    - Fora communautaires
    - Plaidoyer local & national
    - Plaidoyer institutionnel en faveur de la gratuité des soins enfants de moins de 5ans