

RAPPORT TECHNIQUE

Évaluation des activités intégrées de changement social et de comportement de RISE II au Niger



MAI 2022



Remerciements

L'équipe de recherche souhaite remercier l'ensemble des équipes de collecte de données du CESAF SARL au Niger. Nous souhaitons également remercier Breakthrough ACTION et les partenaires de RISE II pour leurs commentaires. Enfin, nous souhaitons remercier Amanda Kalamar et Laura Reichenbach pour leurs révisions techniques.



Breakthrough RESEARCH est rendu possible grâce au généreux support du Peuple Américain par le biais de l'agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) sous les termes de l'accord de coopération no. AID-OAA-A-17-00018. Le contenu de ce document est la seule responsabilité du projet Breakthrough RESEARCH et Population Council et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.



Population Council s'attelle aux questions cruciales de la santé et du développement—qu'il s'agisse d'endiguer la progression du VIH, d'améliorer la santé reproductive en s'assurant que les jeunes vivent une vie satisfaisante et productive. Par ses travaux de recherche en biomédecine, en sciences sociales et en santé publique dans 50 pays, Population Council s'efforce d'apporter avec ses partenaires des solutions qui conduisent à des politiques, des programmes et des technologies plus efficaces, pour améliorer la vie dans le monde. Fondé en 1952, Population Council est une organisation non gouvernementale à but non lucratif qui siège à New York sous la conduite d'un conseil d'administration international.



Breakthrough RESEARCH catalyse changement social de comportement en menant des recherches et des évaluations de pointe et en promouvant des solutions fondées sur des preuves pour améliorer les programmes de santé et de développement dans le monde entier. Breakthrough RESEARCH est un consortium dirigé par le Population Council en partenariat avec Avenir Health, ideas42, Institute for Reproductive Health de Georgetown University, Population Reference Bureau et Tulane University.



En tant qu'intendant de la première école de santé publique aux États-Unis, l'École de santé publique et de médecine tropicale de l'Université de Tulane cultive des penseurs indépendants, des leaders innovants, des défenseurs féroces et des universitaires accomplis.

Des quartiers de la Nouvelle-Orléans aux communautés du monde entier, nous menons des recherches et collaborons avec nos partenaires pour garantir que toute l'humanité a une chance équitable d'être en bonne santé et de rechercher un bien-être optimal.

Nous formons les résolveurs de problèmes. Retrouvez-nous sur les lignes de front.



CESAF est un bureau d'études nigérien spécialisé dans l'évaluation et la gestion de développement répondant aux normes internationales de qualité. Il a pour mission d'assurer l'accompagnement des acteurs de développement des pays du Sud pour un meilleur impact de leurs initiatives sur le bien-être des bénéficiaires. Avec plus de 10 ans d'expérience au service de partenaires opérant dans plusieurs pays, CESAF a fourni une assistance technique et de gestion de haute qualité aux institutions gouvernementales, aux organismes de coopération internationale, aux ONG nationales et internationales dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs projets et programmes de développement.

Citation suggérée

Dougherty, Leanne, Lynn Abu Turk, Nrupa Jani, and Chaibou Dadi. 2022. « Évaluation des activités intégrées de changement social et de comportement de RISE II au Niger : Rapport de l'étude de base, » *Breakthrough RESEARCH Rapport Technique*. Washington, DC: Population Council.

Contact

4301 Connecticut Avenue NW, Suite 280 | Washington, DC 20008
+1 202 237 9400 | BreakthroughResearch@popcouncil.org
breakthroughactionandresearch.org

Crédit photo: Scott Dobberstein/ USAID/Sahel

©2022 The Population Council. All rights reserved.

Évaluation des activités intégrées de changement social et de comportement de RISE II au Niger

Rapport de l'étude de base

Leanne Dougherty¹

Lynn Abu Turk²

Nrupa Jani¹

Chaibou Dadi³

¹Population Council

²Tulane University

³CESAF SARL

Liste des acronymes

CESAF	Conception-Etudes-Suivi-Evaluation-Formation
CIP	Communication interpersonnelle
CPN	La consultation prénataux
CSC	Changement social et de comportement
EAH	Eau, assainissement et hygiène
PF	Planification familiale
RISE	Resilience in the Sahel Enhanced (Résilience au Sahel renforcée)
RFSA	Activités de résilience et de sécurité alimentaire
SD	Écart-type
SMNI	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SMS	Service de messages courts
TdC	Théorie du changement
USAID	Agence américaine pour le développement international
ZE	Zones d'énumération

Sommaire

Liste des acronymes	ii
Introduction	1
Méthodes	2
Site de l'étude	2
Description de l'intervention	2
Théorie du changement	2
Objectifs de l'étude	4
Conception de l'étude et échantillon	4
Collecte de données de base	4
Mesure des variables	5
Résultats	7
Description des biens des ménages	7
Description des participants à l'étude	7
Mariage des enfants	11
Planification Familial	16
Santé maternelle	20
Vaccination des enfants	26
Allaitement et alimentation complémentaire	31
La nutrition des enfants	36
Eau, assainissement et hygiène	40
Obstacles à la recherche de soins de santé	46
Principales conclusions et recommandations	48
Limites	53
Conclusion	53
Références	54

Introduction

Le projet Résilience in the Sahel Enhanced (RISE) II de l'USAID cible les populations chroniquement vulnérables par le biais d'une programmation intégrée visant à améliorer les comportements prioritaires et les résultats en matière de santé (planification familiale (PF) ; santé maternelle, néonatale, et infantile (SMNI) ; nutrition ; et eau, assainissement, et hygiène (EAH)). Le programme est mis en œuvre au niveau des communautés et des établissements par l'intermédiaire des partenaires de l'activité à la sécurité alimentaire pour la résilience (RFSA) et des mécanismes de prestation de services de santé dans certaines zones du Burkina Faso (près de Kaya) et du Niger (régions de Maradi et de Zinder). Breakthrough ACTION est un projet financé par l'USAID qui fournit une assistance technique aux ministères de la santé et aux partenaires au développement pour améliorer la coordination et l'efficacité des interventions de changement social et de comportement (CSC). Compte tenu de la complexité et des interactions entre les déterminants et les normes sous-jacents des résultats sanitaires prioritaires de RISE II, Breakthrough ACTION soutient les RFSA de RISE II au Niger et au Burkina Faso pour développer des stratégies intégrées de CSC basées sur la segmentation des audiences, la priorisation des comportements souhaités, l'analyse des barrières sociales et comportementales, et les approches efficaces de CSC, entre autres considérations.

Les approches CSC intégrées permettent aux individus de recevoir des informations de promotion de la santé sur de nombreuses questions de santé connexes (de la PF l'eau à et de l'assainissement) aux points d'entrée limités des individus pour interagir avec leur système de santé (dans la communauté et/ou dans un établissement). Les approches intégrées sont particulièrement utiles dans les zones rurales, aux ressources limitées, où l'accès au système de santé est restreint et où les populations sont mobiles (par exemple, les pasteurs). En outre, de nombreux comportements ont des effets bénéfiques sur plusieurs résultats de santé ; par exemple, une meilleure hygiène et un meilleur accès à l'eau potable peuvent conduire à de meilleurs résultats nutritionnels et réduire le risque de maladies diarrhéiques. Bien qu'il existe des preuves que les programmes/approches CSC intégrés au Sahel sont efficaces pour changer les comportements, il y a généralement un manque de preuves rigoureuses résultant de très peu d'évaluations

ou d'enquêtes à grande échelle. Les programmes qui sont intégrés ne séparent pas toujours chaque composante du programme, ce qui rend difficile la compréhension de ce qui influence le résultat. Il est essentiel de mesurer des messages ou des combinaisons spécifiques de changement de comportement pour mettre en place des programmes réussis et en tirer des leçons en vue d'une mise à l'échelle.

Breakthrough RESEARCH mène une étude à méthodes mixtes comprenant des méthodes quantitatives pour évaluer les changements différentiels au fil du temps dans les principaux résultats de santé associés à la stratégie CSC intégrée, et des méthodes qualitatives pour expliquer comment et pourquoi les changements liés au genre se sont produits ou ont été associés à ces changements. Les objectifs de cette étude sont de fournir des informations pour la mise en œuvre du projet et de construire une base de données mondiale sur la programmation multisectorielle intégrée de la CSC. Compte tenu de l'instabilité politique actuelle au Burkina Faso et de la portée plus large du programme au Niger (par exemple, en termes géographiques et de population), l'étude se concentre sur les régions de Maradi et de Zinder au Niger. L'objectif de ce rapport technique est de présenter les résultats descriptifs de base pour la partie quantitative de l'évaluation. Ces informations aideront les RFSA de RISE II à comprendre comment adapter les approches CSC planifiées afin d'éliminer les obstacles à l'adoption des comportements de santé visés.

Méthodes

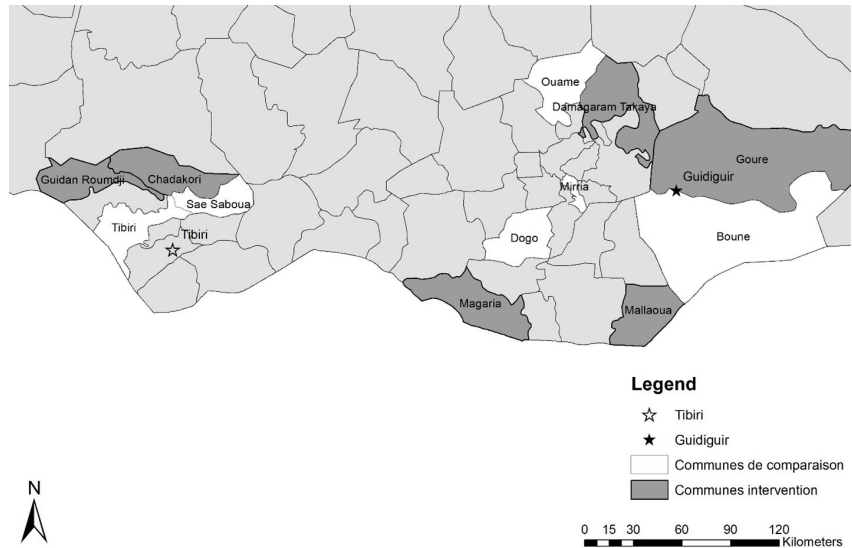
Site de l'étude

Les partenaires de RFSA soutenues par le Bureau de l'aide humanitaire de l'USAID au Niger sont Hamzari (dirigé par Care), Girma (dirigé par Catholic Relief Services) et Wadata (dirigé par Save the Children). Hamzari se trouve dans la région de Maradi au Niger et travaille exclusivement dans trois communes du département administratif de Guidan Roumdji (Figure 1). Wadata se trouve dans la région de Zinder et travaille dans trois communes du département administratif de Damagaram et une commune du département administratif de Gouré. Girma se trouve également dans la région de Zinder et travaille dans les quatre communes du département administratif de Dungass et dans les sept départements administratifs du département de Magaria. Nous avons choisi au hasard deux communes de chaque zone d'intervention RFSA et deux communes voisines comme zones de comparaison avec des caractéristiques sociodémographiques (par exemple, le niveau d'urbanisation) ; l'accessibilité aux soins de santé (par exemple, la distance à la structure sanitaire) ; et la densité de population similaires.

Description de l'intervention

Les partenaires RFSA mettent en œuvre des approches CSC intégrées pour améliorer les résultats sanitaires au niveau des ménages et des communautés. Les RFSA utilisent une variété d'approches CSC, notamment l'engagement communautaire et la communication interpersonnelle (CIP) par le biais d'activités de groupes de pairs et de la radio. Les RFSA sont traditionnellement utilisés des activités de CIP de groupe appelées groupes de soins pour se concentrer sur l'influence de la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, les pratiques de nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, et les comportements liés à l'EAH (Packard, 2018). Cependant, dans le cadre de RISE II, les groupes de soins s'étendront à d'autres sous-groupes démographiques influents et

FIGURE 1 CARTE DU NIGER ET LES RÉGIONS PROGRAMMATIQUES DE RISE II



serviront de « plaque tournante » pour des activités communautaires interdépendantes, notamment l'engagement des hommes et la communication au sein du couple, les groupes d'épargne et de prêt, le théâtre pour jeunes, et les clubs de grands-parents. Tous les partenaires utilisent la structure de base des groupes de soins, qui repose sur la formation en cascade des promoteurs rémunérés, des responsables bénévoles et des mères du quartier pour permettre une large couverture géographique. Le **Tableau 1** fournit une description des diverses activités CSC qui sont mises en œuvre dans le cadre de RISE II par chaque partenaire de RFSA.

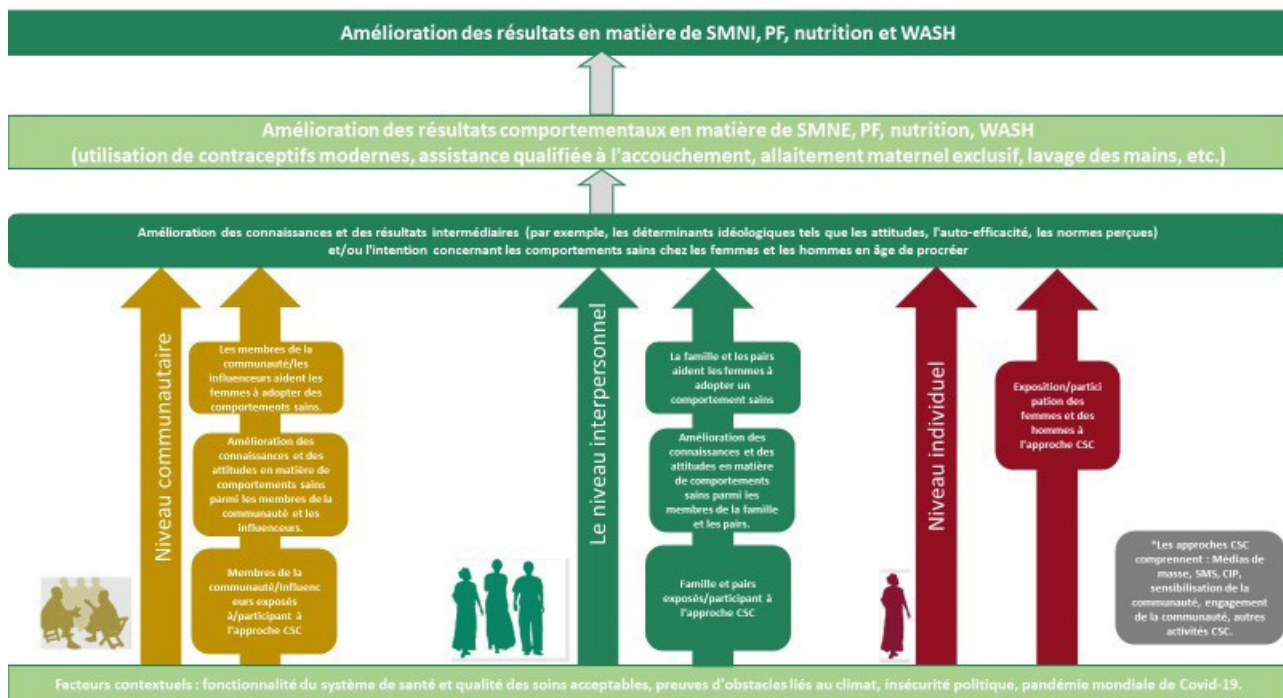
Théorie du changement

La **Figure 2** présente une théorie du changement (TdC) qui décrit comment les stratégies CSC du RFSA sont censées influencer les comportements de santé. La TdC est une version synthétisée et simplifiée des théories du changement reflétées dans les stratégies CSC de Wadata et Girma. Hamzari n'a pas développé sa propre TdC CSC. La TdC décrite dans la théorie du changement de Wadata est guidée par le modèle socio-écologique, qui reconnaît l'influence de facteurs opérant à quatre niveaux : 1) individuel, 2) interpersonnel, 3) communautaire, et 4) prestation de services de santé, et politique (McLeroy

TABLEAU 1 APPROCHES CSC PAR LES PARTENAIRES DE RFSA

INTERVENTION CSC	GIRMA CATHOLIC RELIEF SERVICES	HAMZARI CARE	WADATA SAVE THE CHILDREN
Médias de masse	Radio	Radio	Radio
SMS	Messagerie SMS à l'aide de VIAMO	Aucun	Aucun
CIP	Interventions CIP de groupe concentré sur les mères, les grands-mères et les couples (par exemple, Maison Familiale Harmonieuse)	Visites à domicile sur le bien-être de l'enfant, groupes de pairs éducateurs, CIP de groupe (pour les femmes enceintes, groupes de soins pour la mère, écoles pour le mari)	Interventions CIP de groupe axées sur les jeunes (c'est-à-dire Matasa Masu Fusaha), les mères (c'est-à-dire les groupes de la triade - liaisons communautaires de santé et de nutrition, groupes Islamique Coopération Forum pour les jeunes et groupes Maman Lumière) ; l'autonomisation des femmes : et les écoles de mari.
Activités de sensibilisation de la communauté	Visionnages de vidéos et autres événements communautaires	Conférences de sensibilisation, troupes culturelles, démonstrations de cuisine, projections de vidéos	Messages transmis par les prêches des chefs religieux.
Engagement communautaire	Engagement avec les chefs traditionnels et les leaders religieux, dialogues communautaires	Engagement des parties prenantes de la communauté, des chefs religieux	Forums communautaires dirigés par les pairs - comités de développement des villages/cycle d'action communautaire, engagement avec les personnes influentes de la communauté.
Autres activités du CSC	Plusieurs activités liées à l'alphabétisation, l'agriculture, l'éducation financière, l'assainissement, le leadership et la gouvernance, la planification des urgences	Plusieurs activités liées à l'agriculture au genre	Plusieurs activités liées à la sécurité alimentaire, l'agriculture, le développement économique, Mata Masu Dubara, la planification d'urgence et les infrastructures communautaires qui ont des implications sur la santé.

FIGURE 2 RISE II THÉORIE DU CHANGEMENT INTÉGRANT LE CSC



et al., 1988). Les stratégies CSC du RFSa abordent les facteurs opérant à ces différents niveaux et utilisent les interactions qui se produisent entre les niveaux. Les approches CSC ciblent non seulement les femmes et les hommes, mais aussi la famille et les pairs, les membres de la communauté et les personnes influentes, car les relations sociales au sein d'une communauté ont une forte influence sur les comportements de santé (Valente et al., 2015). Les activités de CSC visent à améliorer les connaissances ; les résultats intermédiaires (par exemple, les déterminants idéologiques tels que les attitudes, l'auto-efficacité et les normes) ; et l'intention d'adopter des comportements sains en prenant en considération les facteurs structurels sociaux qui influencent les choix comportementaux, notamment les relations et la disponibilité équitable des ressources sociales et matérielles. En faisant évoluer les attitudes et les comportements des membres clés de la communauté autour des comportements de santé, les partenaires de RISE II anticipent une amélioration des comportements et des résultats de santé.

Objectifs de l'étude

Les objectifs spécifiques de la recherche sont :

Objectif #1 : Évaluer l'efficacité d'une programmation CSC intégrée, et multisectorielle par rapport à l'absence d'intervention sur les idées, les normes sociales et de genre perçues, et les intentions et les comportements en matière de santé pour les femmes et les hommes en âge de procréer.

Objectif 2 : Documenter, par le biais de méthodes mixtes, la manière dont les normes sociales et de genre et la prise de décision des ménages concernant les comportements de santé visés sont influencés par la programmation CSC.

Objectif 3 : Mesurer l'exposition aux programmes de CSC tels que mis en œuvre par les partenaires de RISE II parmi les hommes et les femmes mariés en âge de procréer.

Conception de l'étude et échantillon

La conception globale de l'évaluation permet de collecter des données par le biais d'une enquête transversale répétée à moments, pour connaître l'étude de base, l'étude à mi-parcours et l'étude finale, dans les régions de Maradi et de Zinder au Niger afin d'évaluer quantitativement les changements dans les facteurs

idéationnels (y compris les normes sociales et de genre), les attitudes, les intentions en matière de santé, la prise de décision et les comportements. Les données sont recueillies auprès de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans et d'hommes mariés âgés de 15 à 49 ans dans 40 zones d'énumération (ZE) de six communes mettant en œuvre une approche CSC intégrée multisectorielle et 40 ZE dans six communes de comparaison sans approche CSC intégrée multisectorielle. L'échantillon de chaque enquête transversale sera composé de femmes et d'hommes mariés en âge de procréer (15-49 ans), avec 2 400 femmes et 1 200 hommes par cycle de collecte de données. Bien que certains répondants d'un même ménage puissent être mariés l'un à l'autre, l'échantillon n'a pas été intentionnellement apparié sur la base de l'état matrimonial en raison du statut migratoire fréquent des hommes dans la région pendant la période de collecte des données qui s'est déroulée pendant la saison sèche. Les caractéristiques du ménage ont été recueillies lors de l'entretien avec les femmes, car l'échantillon masculin est un sous-échantillon et est lié aux femmes interrogées. L'équipe de l'étude a administré une enquête quantitative de base dans les deux communautés en 2021. Une enquête intermédiaire est prévue en mars 2022 et une autre finale en mars 2023.

Collecte de données de base

La collecte des données de base a eu lieu en avril et mai 2021. Les enquêteurs ont interrogé des hommes, et les enquêtrices ont interrogé des femmes en raison des pratiques culturelles islamiques qui adhèrent généralement à une interaction limitée entre les sexes pour les personnes sans lien de parenté. Conception-Etudes-Suivi-Evaluation-Formation (CESAF), une société de recherche basée au Niger, était responsable de la collecte des données de base. CESAF a recruté localement des enquêteurs ayant une expérience préalable des enquêtes dans les ménages et les a informés à propos des objectifs de la recherche, a obtenu un consentement éclairé écrit (ou verbal si le participant ne savait pas écrire), puis a administré l'enquête en Kanouri (spécifiquement dans la zone de Wadata) et en Hausa aux participants à l'étude à l'aide de téléphones portables. Les participants à l'étude n'ont pas été rémunérés pour leur participation. Les entretiens se sont déroulés en présentiel à la maison du participant, dans un lieu extérieur et privé. Les participants ont reçu un masque et ont été invités à maintenir une distance d'un mètre tout au long de l'entretien afin d'atténuer la transmission potentielle du COVID-19. Les entretiens ont

duré environ 30 à 40 minutes. Au total, 2 709 femmes et 1 300 hommes ont été interrogés. Le **Tableau 2** présente un résumé de la taille de l'échantillon par groupe d'étude.

L'étude a été approuvée par le Comité national d'éthique pour la recherche en santé du ministère de la Santé publique du Niger (n° 017/2020/CNERS) et par le Institutional Review Board de Population Council des États-Unis (numéro de protocole 934).

Mesure des variables

Une liste de comportements prioritaires mesurés par l'évaluation est définie ci-dessous.

- Âge médian au premier mariage, femmes de 25 à 49 ans.
- Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer 15-49 utilisant une méthode contraceptive (moderne).
- Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant accouché au cours des 5 années précédant l'enquête et ayant bénéficié de 4 ou plus visites des consultations prénatales (CPN) pour leur dernière naissance.
- Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant accouché au cours des 5 années précédant l'enquête qui ont accouché dans un établissement pour leur dernier accouchement.
- Pourcentage femmes mariées en âge de procréer qui ont donné exclusivement du lait maternel à leur enfant âgé de 0 à 5 mois dans les 24 heures précédant l'enquête.
- Score de diversité diététique chez les femmes enceintes : Les scores de diversité alimentaire sont calculés en additionnant le nombre de groupes d'aliments consommés dans le ménage ou par l'enquêté individuel au cours de la période de rappel de 24 heures ;
- Diversité alimentaire minimale chez les enfants : Proportion d'enfants âgés de 6 à 23

mois qui reçoivent des aliments appartenant à 4 groupes alimentaires ou plus (ventilés par statut d'allaitement).

- Proportion d'enfants de 6 à 9 mois qui ont reçu une alimentation complémentaire (en plus du lait maternel) dans les 24 heures précédant l'enquête.
- Fréquence minimale des repas : Proportion d'enfants allaités et non allaités âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous (mais incluant également les aliments lactés pour les enfants non allaités) le nombre minimum de fois ou plus ; Remarque : pour les enfants allaités, le nombre minimum de fois varie en fonction de l'âge (2 fois si 6-8 mois et 3 fois si 9-23 mois). Pour les enfants non allaités, le nombre minimal de fois ne varie pas en fonction de l'âge (4 fois pour tous les enfants de 6 à 23 mois).
- Régime alimentaire minimum acceptable chez les enfants de 6 à 23 mois.
- Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer qui connaissent trois moments critiques pour le lavage des mains.
- Pourcentage femmes mariées en âge de procréer qui disposent d'un poste de lavage des mains.

Reconnaissant que certaines activités de RISE II aient commencé et que nous travaillons dans un environnement dynamique où il peut y avoir des activités similaires mises en œuvre par le gouvernement et d'autres organisations non gouvernementales, les résultats de cette collecte de données peuvent ne pas avoir une «vraie base de référence». Par conséquent, nous avons inclus une banque de questions pour évaluer l'exposition en utilisant une période de rappel de 3 mois pour toute programmation CSC à travers les canaux et les domaines de santé et nous utiliserons des méthodes analytiques à mi-parcours et à la fin de l'étude pour tenir compte de toute différence entre les groupes d'intervention et de comparaison, si nécessaire et approprié. Nous prévoyons que les bénéficiaires recevront différents niveaux d'exposition aux activités

TABLEAU 2 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON PAR GROUPE D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA	
	INTERVENTION	COMPARAISON	INTERVENTION	COMPARAISON	INTERVENTION	COMPARAISON
Femmes	476	477	403	402	475	476
Hommes	237	227	186	202	220	228

CSC. Nous utiliserons une combinaison de questions sur l'exposition dans les enquêtes de mi-parcours et de fin de programme ainsi que des données de routine recueillies par les partenaires de RFSA pour comprendre dans quelle mesure les bénéficiaires sont exposés aux activités intégrées de CSC. En accord avec la collecte de données intermédiaires, nous mènerons également des entretiens qualitatifs avec les principales parties prenantes (telles que les chefs religieux et communautaires) pour évaluer dans quelle mesure les facteurs contextuels, y compris les activités mises en œuvre par les organisations partenaires, peuvent influencer les résultats du projet. Nous évaluerons à la fois la participation aux activités de groupe multisectorielles parrainées par le RFSA (c'est-à-dire le groupe de soins, les écoles pour maris, le groupe d'agriculteurs, etc.) et l'exposition aux messages CSC par zone de santé. L'exposition aux messages CSC est évaluée par une série de questions en cascade demandant d'abord s'ils ont entendu des messages par zone de santé, puis où ils ont entendu ces messages (par chaîne avec la possibilité de sélectionner plusieurs réponses) et enfin à quelle fréquence (sur toutes les chaînes). La **Figure 3** résume la série de questions d'exposition en cascade. Dans les résultats, nous présentons l'exposition aux messages CSC par zones de santé. Alors que les

mesures liées à l'endroit où la personne interrogée a entendu le message ne sont posées qu'à ceux qui ont entendu un message au cours des 3 mois, nous présentons le pourcentage de ceux qui l'ont entendu (c'est-à-dire la radio) sur l'échantillon total car c'est ainsi que nous construirons les variables d'exposition dans les modèles de régression de l'évaluation finale afin de nous assurer que l'échantillon complet est inclus dans l'évaluation.

Pour décrire les groupes d'intervention et de comparaison à travers les groupes d'étude à la base, nous avons calculé les comptes avec les pourcentages pour les variables catégoriques et les médianes avec les écarts types pour les variables continues. Les statistiques du chi square pour les variables catégoriques et la somme des rangs à deux échantillons (Mann-Whitney) pour les variables continues ont été utilisées pour comparer les médianes dans les groupes d'intervention et de comparaison, ajustées par les zones de dénombrement et la commune. La gestion des données et les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de Stata/SE 16 (StataCorp LP, College Station, TX).

FIGURE 3 EXPOSITION AUX QUESTIONS DE L'ENQUÊTE DU CSC ANALYSE

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous entendu ou vu ...	Où avez-vous entendu ou vu ces messages ?	Combien de fois avez-vous entendu ou vu ces messages ?
Des messages encourageant les filles à attendre d'avoir 18 ans ou plus pour se marier ?	Radio	Une fois
Des messages sur la planification familiale ?	TV	2 à 4 fois
Des messages concernant la recherche de soins dans un établissement de santé pendant la grossesse ou l'accouchement ?	Événement communautaire	5 à 10 fois
Des messages sur l'allaitement maternel et la nutrition ?	Personnel de santé	Plus de 10 fois
Des messages sur l'immunisation ?	Bénévole communautaire	
Des messages concernant le lavage des mains ?	Responsable communautaire	
	Voisin/ami/	
	membre de la famille	
	Affiche	
	Message sur téléphone portable	
	Journal/magazine	
	Matériel promotionnel	
	Médias sociaux	

Résultats

Description des biens des ménages

Les caractéristiques du logement et les biens des ménages peuvent être utilisés comme une mesure du statut socio-économique des membres du ménage. Le **Tableau 3** présente des informations sur les caractéristiques des ménages des femmes interrogées, notamment le type de sol, les matériaux des murs, et du toit ; le nombre de chambres à coucher ; le type de combustible utilisé pour la cuisine ; la source d'eau et le type de toilettes. Le type de biens ménagers tels que l'électricité, la radio, les téléphones portables, et les motos disponibles dans le ménage sont également inclus.

Le charbon de bois, le bois et le gaz étaient la source dominante de combustible de cuisson pour tous les groupes d'étude (plus de 98 % dans chaque groupe d'étude). Parmi les matériaux de revêtement de sol, les matériaux naturels étaient les plus courants dans tous les groupes d'étude (plus de 85%). Cependant, dans les groupes d'étude de Girma, les matériaux de sol modernes représentés également 7,6. Parmi les matériaux de toiture, les matériaux modernes étaient les plus courants dans tous les groupes. Les autres matériaux de toiture, tels que les matériaux naturels étaient courants dans les groupes d'étude Hamzari et Girma (34% et 13% respectivement). Concernant les matériaux des murs, les matériaux les plus courants étaient les matériaux naturels (>88%) dans tous les groupes d'étude. Le nombre médian de pièces se situent entre deux et trois pièces.

Parmi les sources d'eau domestique, la source la plus courante était la fontaine publique, mais d'autres sources telles que les puits à pompe/forages et les puits creusés étaient également utilisées par les groupes d'étude, la source naturelle étant la moins courante. En fait, près de 50% de l'eau du ménage provenait d'un puits creusé dans le groupe d'étude de Wadata. En ce qui concerne le type de toilettes utilisées, la plupart des groupes d'étude n'en avaient pas (environ deux tiers dans les groupes d'intervention et de témoin). Cependant, dans certains groupes d'étude, des toilettes à chasse d'eau, et des latrines à fosse étaient utilisées. Pour le groupe d'étude de Hamzari, 53% des personnes ont déclaré utiliser une latrine à fosse, contre 7% pour Wadata et 16% pour Girma.

Très peu de ménages avaient accès à l'électricité. Dans le groupe d'étude Hamzari, seuls 4% des personnes du groupe d'intervention avaient accès à l'électricité, contre près de 15% dans le groupe de comparaison. De même, dans le groupe d'étude de Girma, 7,4% avaient accès à l'électricité contre 14,5% dans le groupe témoin. Dans le contexte des activités de promotion de la santé de RISE II, la radio, la télévision et la messagerie mobile via les téléphones portables sont des canaux de communication de masse fréquemment utilisés. Cependant, dans le groupe du programme RISE II, les ménages possédant ces biens étaient moins d'un sur trois. Nous avons préparé un indice de richesse des ménages en utilisant les méthodes décrites par la méthode **Equity Tool**^a. Pour les zones rurales, nous avons construit des indices de richesse des ménages basés sur les caractéristiques et les actifs des ménages qui sont présentés dans le Tableau 4.

Description des participants à l'étude

Nous décrivons les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude par sexe et par groupe d'étude comme indiqué dans le **Tableau 4** et le **Tableau 5** et nous incluons des tests de signification statistique entre les caractéristiques des groupes d'étude d'intervention et de comparaison.

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude sont présentées dans le **tableau 4**, notamment le niveau de richesse, le groupe d'âge, le niveau d'éducation, l'état civil, la possession d'un téléphone portable, et le fait de regarder ou d'écouter la télévision ou la radio. Parmi les groupes étudiés, Hamzari représenté la population la plus riche (45,4 % dans le tertile le plus élevé) et Wadata représenté la population la plus pauvre (55,6 % dans le tertile le plus bas). Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les tertiles de richesse lorsque nous avons comparé les groupes d'étude d'intervention et de comparaison dans leur ensemble.

^aL'indice de richesse donne à chaque personne de la population un score qui représente son degré de richesse en fonction des caractéristiques de son ménage. Le score est généré par une méthode connue sous le nom d'analyse en composantes principales. Après avoir classé les répondants en fonction de leur score, on peut les diviser en groupes. Traditionnellement, ils sont divisés en quintiles, soit 5 groupes de 20% chacun. Cependant, étant donné que cette analyse se concentre sur un échantillon rural, nous avons choisi de les diviser en trois groupes.

TABLEAU 3 BIENS DES MÉNAGES PAR LES PARTENAIRES RFSA ET GROUPE D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Type principal de combustible de cuisson									0.25
Gas naturel/ kérosène	0.2	1.1	0.0	0.3	0.8	1.7	0.4	1.0	
Charbon de bois/bois/herbe	99.8	99	100	99.8	99.2	98.3	99.6	99.0	
Matériel principal du sol									0.35
Matériel naturel	96.4	89.1	98.3	100	89.7	85.7	94.6	91.1	
Matériel rudimentaire	2.5	2.7	1	0	0.2	0.4	1.3	1.1	
Matériel moderne	1.1	7.6	0.7	0	7.6	10.9	3.3	6.5	
Autre	0	0.6	0	0	2.5	2.9	0.9	1.3	
Matériel principal du toit									0.30
Matériel naturel	34.7	35.4	1	0	13.1	3.4	17.1	13.7	
Matériel rudimentaire	0.4	4	2	1.7	15.8	16.4	6.3	7.7	
Matériel moderne	64.9	59.8	97.0	98.3	70.1	79.4	76.3	78.1	
Autre	0	0.8	0	0	1.1	0.8	0.4	0.6	
Matériel principal du mur									0.50
Matériel naturel	96.6	88.7	97.3	99.3	93.7	97.1	95.8	94.8	
Matériel rudimentaire	1.5	1.5	0	0.3	0.2	0.2	0.6	0.7	
Matériel moderne	1.9	9.9	1.5	0.3	5.7	2.7	3.1	4.5	
Autre	0	0	1.2	0.3	0.4	0	0.5	0.1	
Nombre médian de pièces	3(1.8)	2(1.7)	2 (1.0)	2 (1.0)	2 (1.1)	2 (0.9)	2 (1.5)	2 (1.3)	
Principale source d'eau du ménage									0.87
Fontaine publique	51.5	64.6	27.5	35.3	47.4	31.7	42.9	44.4	
Puits de pompage/forage	2.9	4.6	22.8	38.3	48.8	39.3	25.0	26.8	
Puits creusés	44.5	31	49.6	26.1	3.8	28.4	31.8	28.5	
Source naturelle	1.1	0.2	0.0	0.3	0.0	0.6	0.4	0.4	
Type de toilettes									0.46
Toilette avec une chasse d'eau	1.3	5.2	0.3	0.8	10.1	7.8	4.1	4.8	
Latrine à fosse	52.5	39	7.2	9	16.6	20	26.4	23.4	
Pas de toilettes	46.0	55.8	92.6	90.3	68.8	62.61	67.9	68.4	
Autre	0.2	0	0	0	4.4	9.7	1.6	3.4	
Biens des ménages									
Électricité	4	14.7	3.2	3.2	7.4	14.5	5.0	11.2	0.12
Radio	30.7	33.5	11.7	15.9	23	35.7	22.3	29.1	0.01
Télévision	3.2	10.1	3.7	0.8	5.9	9.0	4.3	6.9	0.29
Lecteur DVD/VCD	1.3	4.4	3.2	0.8	2.7	2.9	2.4	2.8	0.76
Téléphone portable	26.1	38.2	26.1	16.4	28.4	27.9	26.9	28.1	0.71
Chariot/chariot élévateur	5.5	4.6	10.2	14.7	20.0	10.7	12.0	9.7	0.15
Panneaux solaires	18.5	15.5	10.9	14.4	6.3	10.1	12.0	13.3	0.38
Montre	5.0	4.6	14.9	13.7	19.4	22.1	13.0	13.4	0.78
Bicyclette	6.9	7.3	3.7	2	6.5	4.2	5.8	4.7	0.32
Moto	9.5	21.8	9.4	8.7	17.3	14.5	12.2	15.4	0.18

Note: Inter = groupe d'intervention; Comp = Comparaison groupe de comparaison

TABEAU 4 DESCRIPTION DES PARTICIPANTES PAR LES PARTENAIRES RFSA ET GROUPES D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Situation économique									0.66
Les plus pauvres	25.8	19.5	55.6	49.5	23.4	34.5	33.8	33.7	
Moyen	28.8	26.0	33.3	37.8	41.7	31.1	34.6	31.3	
Les plus riches	45.4	54.5	11.2	12.7	35.0	34.5	31.5	35.1	
Tranche d'âge en années									0.03
15-24	12.4	19.5	18.9	20.9	10.3	17.0	19.0	13.6	
25-34	53.2	50.5	46.4	39.8	53.1	50.6	47.4	51.1	
35-49	34.5	28.5	31.8	36.3	35.4	32.1	32.1	34.0	
Manquant	0.0	1.5	3.0	3.0	1.3	0.2	1.5	1.3	
Niveau d'éducation									0.24
Pas d'éducation	86.1	80.1	88.1	87.3	86.3	85.3	86.8	84.1	
Un peu d'éducation formelle	13.9	19.9	11.9	12.7	13.7	14.7	13.2	15.9	
Situation de famille									0.31
Marié monogame	44.1	45.1	80.4	79.1	63.4	68.3	61.7	63.3	
Marié polygame	54.8	52	19.1	19.9	35.2	30.7	37.3	35.0	
Non marié/veuf/divorcé	1.1	2.9	0.5	1.0	1.5	1.1	1.0	1.7	
Posséder un téléphone portable	5.3	14.5	25.6	15.4	8.7	10.9	12.5	13.5	0.71
Regarder la télévision									0.91
Au moins une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine	10.5	11.3	3	0.8	8.0	9.9	7.4	7.7	
Pas du tout	89.5	88.7	97.0	99.3	92.0	90.1	92.6	92.3	
Écouter la radio									0.34
Au moins une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine	49.6	55.6	7.2	9.2	39.8	39.5	33.5	36.2	
Pas du tout	50.4	44.4	92.8	90.8	60.2	60.5	66.5	63.8	

En moyenne, la plupart des participantes à l'étude se sont situés dans la tranche d'âge 25-34 ans. Un pourcentage plus élevé de participantes (19%) dans le groupe d'étude Wadata se situe dans la tranche d'âge 15 à 24 ans, par rapport à Hamzari et Girma (12% et 10% respectivement). Nous avons observé une différence statistiquement significative dans les groupes d'âge entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Le groupe d'intervention était légèrement plus jeune que le groupe de comparaison.

Le niveau d'éducation était assez uniforme dans tous les groupes d'étude, la plupart des participantes ne

déclarant aucune éducation formelle. Le pourcentage de participantes ayant reçu une certaine éducation formelle varie de 11,9% dans le groupe d'intervention Wadata à 19,9% dans le groupe témoin Hamzari. Nous avons observé une différence statistiquement significative dans le statut éducatif entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Moins de femmes dans le groupe d'intervention avaient fréquenté une école.

Concernant le statut marital, la monogamie était plus élevée à Wadata (80%) et Girma (63%) alors que la polygamie était plus élevée à Hamzari (54,8%).

La possession d'un téléphone portable n'était pas très courante parmi les femmes de l'étude. Les femmes d'Hamzari rapporté le plus faible pourcentage de possession d'un téléphone portable (5,3%), suivies des femmes de Girma (8,7%) et enfin des femmes de Wadata (25,6%).

Le pourcentage de participantes qui regardent la télévision était très faible dans tous les groupes d'étude

(moins de 11,3%). Ecouter la radio était plus fréquent que regarder la télévision dans les régions de Hamzari et Girma (50% et 40%, respectivement) mais pas dans la région de Wadata (7%). Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative dans le statut marital, la possession d'un téléphone portable, ou l'utilisation de la radio ou de la télévision en comparant les groupes d'étude d'intervention et de comparaison.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants masculins à l'étude sont présentées dans le **tableau 5**, notamment le niveau de richesse, la tranche d'âge, le niveau d'éducation, l'état civil, la possession d'un

TABLEAU 5 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS MASCULINS PAR LES PARTENAIRES RFSA ET GROUPES D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Situation économique									0.84
Les plus pauvres	22.8	18.5	55.4	52.5	23.6	32.0	32.5	33.6	
Moyen	28.3	26.9	34.4	36.1	39.6	31.1	33.9	31.2	
Les plus riches	49.0	54.6	10.2	11.4	36.8	36.8	33.6	35.2	
Tranche d'âge en années									0.73
15-24	2.5	0.0	2.7	5.0	1.4	2.6	2.2	2.4	
25-34	20.3	18.9	22.0	22.8	22.7	18.9	21.6	20.1	
35-49	71.7	78.0	67.2	64.4	68.2	72.8	69.2	72.0	
Manquant	5.5	3.1	8.1	7.9	7.7	5.7	7.0	5.5	
Niveau d'éducation									0.62
Pas d'éducation	86.6	91.9	87.7	87.7	78.5	79.0	83.8	85.8	
Un peu d'éducation formelle	13.5	8.1	12.3	13.3	21.5	21.0	16.2	14.2	
Situation de famille									0.24
Marié monogame	97.1	90.2	91.8	91.1	64.6	66.0	84.8	82.0	
Marié polygame	2.9	8.6	8.2	8.9	35.4	34.0	15.2	17.5	
Non marié/veuf/ divorcé	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	
Posséder un téléphone portable	61.6	58.2	71.5	68.3	42.3	61.0	57.9	62.3	0.31
Regarder la télévision									0.09
Au moins une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine	58.2	60.4	10.2	6.4	15.0	6.6	29.6	25.1	
Pas du tout	41.8	39.7	89.8	93.6	85.0	93.4	70.5	74.9	
Écouter la radio									0.17
Au moins une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine	97.9	98.2	59.7	70.8	69.6	72.8	77.1	81.0	
Pas du tout	2.1	1.8	40.3	29.2	30.5	27.2	22.9	19.0	

téléphone portable, et le fait de regarder la télévision ou d'écouter la radio ou non. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les caractéristiques démographiques des hommes lorsque nous avons comparé les groupes d'étude d'intervention et de comparaison. En moyenne, la plupart des participants masculins à l'étude se situent dans la tranche d'âge 35 à 49 ans. En outre, environ 20 % des participants de tous les groupes d'étude se situaient dans la tranche d'âge 25 à 34 ans.

Le niveau d'instruction était généralement uniforme dans tous les groupes d'étude, la plupart des participants n'ayant pas d'instruction. Le pourcentage de participants ayant reçu une éducation formelle varie de 8% à 21%. La plupart des hommes ont déclaré être dans une relation monogame.

La possession d'un téléphone portable était assez courante chez les hommes de l'étude. Les hommes de Girma ont déclaré le plus faible pourcentage de possession d'un téléphone portable (42%), suivis des hommes de Hamzari (62%) et enfin des hommes de Wadata (72%). Le pourcentage de participants qui regardent la télévision était relativement faible parmi les hommes participant à l'étude à Wadata et Girma (moins de 15%) ; le groupe d'étude d'Hamzari avait un pourcentage plus élevé de participants qui regardent la télévision (58%). Cependant, écouter la radio était plus fréquent que regarder la télévision dans tous les groupes d'étude (plus de 60%).

Mariage des enfants

Le **Tableau 6** représente les attitudes, normes et comportements des femmes en matière de mariage des enfants.

En moyenne, l'âge médian auquel une femme pense qu'il est approprié pour une fille de se marier varié entre 15 et 17 ans.

Nous avons observé des variations considérables selon les groupes d'étude par rapport à la personne qui prend la décision de se marier. Dans le groupe d'étude Hamzari, 58% des femmes ont déclaré avoir pris elles-mêmes la décision de se marier ; ce pourcentage était légèrement inférieur dans le groupe d'étude Wadata. Dans le groupe d'étude Girma, le pourcentage de femmes ont déclaré que la famille prend la décision de se marier est considérablement différent, 89 % des femmes qui déclarent que leur famille a pris la décision de les marier.

Les connaissances, les attitudes, l'auto-efficacité et les normes sociales et de genre sont souvent des prédicteurs importants des comportements de santé. Nous explorons ces déterminants comportementaux pour comprendre comment les activités de CSC peuvent être mieux adaptées aux facteurs influençant les comportements de santé. Un grand pourcentage de femmes pensait que se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme contre le harcèlement. En outre, la plupart des femmes pensait qu'une femme doit être mariée dès qu'elle atteint la puberté et que le fait de marier leurs filles tôt les protège contre les activités sexuelles hors mariage, ce qui est considéré comme culturellement inadmissible. Cependant, un pourcentage plus faible de femmes pensait que se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme de la pauvreté.

Environ la moitié des femmes dans les groupes d'intervention rapporté des normes sociales associées à la validité du mariage des enfants, tandis qu'un pourcentage légèrement plus élevé, statistiquement significatif, de femmes dans les groupes de comparaison l'ont fait. Les changements dans les déterminants comportementaux tels que la réduction de l'acceptation du mariage des enfants par la communauté peuvent indiquer que des changements comportementaux suivront et peuvent être une fonction des activités RFSA changeant les normes sociales dans les zones d'intervention.

TABEAU 6 ATTITUDES, NORMES ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE DE MARIAGE DES ENFANTS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Âge auquel le répondant pense qu'il est approprié de se marier (median (SD))	17 (2.0)	17 (2.1)	15 (1.7)	15 (1.6)	16 (1.9)	17 (2.0)	15 (1.9)	16 (2.0)	
Comportement									
Âge au mariage (médiane (SD))	15 (2.1)	16 (1.9)	15 (2.0)	15 (1.9)	15 (1.7)	15 (1.9)	15 (1.9)	15 (1.9)	
Personne qui a pris la décision de vous marier									
Répondant	58.0	51.2	39.0	46.3	19.0	7.6	38.6	34.4	0.04
Famille	53.8	58.7	50.4	42.0	88.6	98.1	65.0	67.6	0.07
Autre	0.0	0.0	15.6	17.4	0.8	0.0	5.0	5.2	0.59
Attitudes — En accord avec la déclaration									
Se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme contre le harcèlement.	48.1	57.2	53.9	63.7	69.1	55.3	57.2	58.5	0.56
Se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme de la pauvreté.	33.4	33.3	25.8	31.1	28.4	25.2	29.4	29.8	0.80
Une femme doit être mariée dès qu'elle atteint la puberté.	43.1	53.0	70.2	75.4	56.6	44.1	55.9	56.5	0.81
Les parents marient leur fille tôt parce qu'ils ont peur que si elle ne se marie pas tôt, elle pourrait avoir des aventures amoureuses et ruiner ses chances de se marier correctement.	42.7	56.2	77.4	76.9	68.0	53.2	61.9	61.3	0.80
Normes — En accord avec la déclaration									
Tous mes voisins marient leurs filles dès qu'elles atteignent la puberté.	41.2	52.0	69.2	76.6	43.8	45.4	50.4	57.0	0.01
Mes voisins pensent que les filles ne devraient pas avoir d'activité sexuelle avant le mariage.	35.1	39.8	82.9	91.8	55.4	69.1	56.4	65.5	0.00
Mes voisins pensent qu'il faut marier sa fille dès qu'elle atteint la puberté.	41.0	53.7	70.5	78.4	43.2	45.6	50.5	58.2	0.00

Le **Tableau 7** représente les attitudes, normes et comportements des hommes en matière de mariage des enfants.

En moyenne, l'âge médian auquel les hommes pensaient qu'il est approprié pour un homme de se marier est de 20 ans, tandis que l'âge médian auquel les hommes

se sont mariés varie de 20 à 21 ans. La famille prend le plus souvent la décision de savoir qui les hommes vont épouser dans les 3 groupes d'étude, avec les pourcentages les plus élevés à Wadata et Girma (82 et 83%, respectivement) et Hamzari (60%).

TABEAU 7 ATTITUDES, NORMES ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE DE MARIAGE DES ENFANTS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Âge auquel le répondant pense qu'il est approprié de se marier (median (SD))	20 (2.5)	20 (2.6)	20 (2.7)	20 (2.5)	20 (3.2)	20 (3.1)	20 (2.8)	20 (2.9)	
Comportement									
Âge au mariage (médiane (SD))	21 (2.7)	21 (3.4)	20 (4.9)	20 (3.8)	20 (4.6)	21 (4.5)	20 (4.1)	21 (3.9)	
Personne qui a pris la décision de vous marier									
Répondant	52.7	55.5	21.5	10.4	27.3	30.7	35.0	33.0	0.49
Famille	60.3	56.8	82.3	91.6	83.2	77.2	74.5	74.6	0.97
Autre	0.0	0.0	0.0	1.5	0.5	0.0	0.2	0.5	0.0
Attitudes — En accord avec la déclaration									
Se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme contre le harcèlement.	57.4	64.8	81.2	67.3	43.6	43.4	59.6	58.1	0.59
Se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme de la pauvreté.	51.9	54.2	45.7	38.1	28.6	38.2	42.2	43.7	0.45
Une femme doit être mariée dès qu'elle atteint la puberté.	56.1	60.4	85.0	78.7	77.3	52.6	71.7	63.3	0.01
Les parents marient leur fille tôt parce qu'ils ont peur que si elle ne se marie pas tôt, elle pourrait avoir des aventures amoureuses et ruiner ses chances de se marier correctement.	54.9	59.6	85.5	77.7	92.3	92.5	76.5	76.3	0.91
Normes — En accord avec la déclaration									
Tous mes voisins marient leurs filles dès qu'elles atteignent la puberté.	51.5	55.1	86.6	78.2	81.4	63.2	71.9	65.0	0.01
Mes voisins pensent que les filles ne devraient pas avoir d'activité sexuelle avant le mariage.	51.1	55.5	87.6	82.7	94.1	96.5	76.4	78.1	0.40
Mes voisins pensent qu'il faut marier sa fille dès qu'elle atteint la puberté.	51.5	54.6	86.6	78.7	84.1	64.9	72.8	65.6	0.01

Un grand pourcentage d'hommes dans la zone du groupe d'étude de Wadata (plus de 80% parmi les hommes du groupe d'intervention) pensait que le fait de se marier avant l'âge de 18 ans protège une femme contre le harcèlement et qu'une femme devrait être mariée avant d'atteindre la puberté et la protège également de la pauvreté. Cependant, ces attitudes étaient moins

répandues chez les hommes du groupe d'étude Hamzari et Girma. En outre, la plupart des hommes pensait qu'une femme doit être mariée dès qu'elle atteint la puberté et que le mariage précoce de leurs filles les protège contre les activités sexuelles non conjugales (entre 52 et 92%). De fortes normes sociales en faveur du mariage des enfants ont été observées dans toutes

les zones d'étude. La majorité des hommes sont d'accord avec la norme descriptive selon laquelle tous leurs voisins marient leurs filles dès qu'elles atteignent la puberté : environ 50% dans la zone d'étude de Hamzari, environ 80% dans la zone d'étude de Wadata et plus de 90% dans la zone d'étude de Girma. Les normes injonctives liées au mariage des enfants étaient cohérentes et ont permis de constater que la majorité des hommes croient et que les membres de la communauté pensent qu'il faut marier ses filles tôt.

Le **Tableau 8** présente des informations sur l'exposition des femmes aux messages encourageant les filles à attendre d'avoir 18 ans ou plus pour se marier. Dans les régions de Girma et de Hamzari, 40% et 60 % des participantes respectivement ont entendu des messages à ce sujet au cours des 3 derniers mois, contre seulement 13 % des participantes de la région de Wadata. Les messages encourageant les filles à attendre d'avoir 18

ans ou plus pour se marier étaient fréquents dans les groupes d'intervention et de comparaison. La radio, un événement communautaire ou un agent de santé étaient les sources d'information les plus fréquemment citées. Dans l'ensemble, la majorité des femmes des groupes d'intervention et de contrôle n'ont entendu aucun message encourageant les filles à attendre d'avoir 18 ans ou plus pour se marier, mais si elles l'ont entendu, c'est 2 à 4 fois qu'elles l'ont entendu le plus souvent. Les rapports de Wadata indiquent que les faibles niveaux d'exposition aux messages sur l'âge du mariage parmi les femmes sont probablement le résultat d'interventions limitées dans la vaste zone d'étude, associées à peu de canaux (par exemple, les téléphones portables et les stations de radio) pour le partage de l'information. Wadata vise à résoudre ces contraintes en se concentrant sur la segmentation de l'audience afin d'atteindre les publics les plus prioritaires par le biais de ses interventions communautaires. Les rapports de

TABLEAU 8 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES ENCOURAGEANT LES FILLES À ATTENDRE D'AVOIR 18 ANS OU PLUS POUR SE MARIER AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Entendu des messages au cours des 3 derniers mois	59.5	48.6	13.4	13.7	40.2	52.7	39.0	39.7	0.80
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	26.1	30.4	4.0	7.2	25.1	21.4	19.1	20.4	0.57
TV	1.3	2.1	0.3	0.0	0.8	1.1	0.8	1.1	0.59
Événement communautaire	17.9	6.3	1.7	0.3	13.9	30.7	11.7	13.1	0.35
travailleur de la santé	41.0	26.0	4.5	3.5	7.0	26.3	18.2	19.4	0.45
Bénévole communautaire	10.5	2.1	3.7	3.0	1.5	1.7	5.3	2.2	0.00
Leader Communautaire	12.6	2.5	2.5	0.8	1.7	2.7	5.8	2.1	0.00
Voisin	7.6	5.5	1.7	2.2	3.0	8.6	4.2	5.6	0.13
Affiche	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.09
Message mobile	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.32
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Medias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.34
Combien de fois									0.29
Pas entendu	40.6	51.6	86.6	86.3	59.8	47.3	61.0	60.4	
Une fois	7.1	9.0	3.0	4.0	3.4	4.2	4.6	5.8	
2-4 fois	31.5	25.0	6.0	8.7	28.2	36.8	22.8	24.3	
5-10 fois	17.4	11.7	2.7	1.0	5.1	10.1	8.7	8.0	
Plus de 10 fois	3.4	2.7	1.7	0.0	3.6	1.7	3.0	1.6	

Girma indiquent que les hommes et les autorités locales ont traditionnellement été le principal public cible des efforts déployés par des organisations telles que l'UNICEF et le Fonds des Nations unies pour la population pour augmenter l'âge du mariage. Cependant, malgré les efforts déployés pour atteindre les hommes, Girma a noté que ce sont les femmes qui peuvent être moins réceptives aux messages car les filles sont plus sujettes à la pression sociale et leurs mères sont traditionnellement celles qui portent le blâme lorsqu'une fille donne naissance hors mariage. Girma suggère la nécessité d'envisager des approches qui touchent des publics multiples et de s'attaquer aux causes sous-jacentes et aux pressions sociales qui conduisent au mariage des enfants.

Le **Tableau 9** présente des informations sur l'exposition des hommes aux messages encourageant les filles à attendre d'avoir 18 ans ou plus pour se marier. Dans

tous les groupes d'étude, 34% des participants à Hamzari, 46% à Wadata et 65% à Girma ont entendu des messages à ce sujet au cours des trois derniers mois. Les participants ont été exposés à ces informations principalement par le biais de la radio, mais certains ont rapporté avoir entendu des messages lors d'événements communautaires et/ou par le biais de travailleurs de la santé, bien que cela soit moins fréquent que d'entendre les messages par la radio. Dans l'ensemble, les hommes des groupes d'intervention et de contrôle ont déclaré ne pas avoir entendu de messages encourageant les filles à attendre d'avoir 18 ans ou plus pour se marier (52% et 54%, respectivement), mais s'ils ont entendu ces messages, ils les ont le plus souvent entendus 2 à 4 fois, tandis que certains hommes des deux groupes ont déclaré les avoir entendus 5 fois ou plus.

TABLEAU 9 EXPOSITION DES HOMMES À DES MESSAGES ENCOURAGEANT LES FILLES À ATTENDRE D'AVOIR 18 ANS OU PLUS POUR SE MARIER AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	33.8	13.2	46.2	47.0	65.0	79.0	46.4	48.1	0.55
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	32.9	12.8	43.0	45.1	56.8	60.1	44.0	39.1	0.09
TV	0.8	1.3	3.8	0.5	1.8	2.6	2.0	1.5	0.62
Événement communautaire	18.1	5.7	0.5	1.0	15.5	26.8	12.1	11.6	0.80
Travailleur de la santé	6.8	0.4	1.1	2.0	15.9	23.7	8.2	9.0	0.69
Bénévole communautaire	6.3	2.2	5.9	0.5	5.0	7.0	3.4	5.8	0.07
Leader communautaire	4.2	0.0	0.0	0.0	1.8	12.3	2.2	4.3	0.04
Voisin	0.0	0.4	3.8	1.0	5.9	9.7	3.1	3.8	0.55
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Message mobile	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Journal	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.3	0.0	0.15
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.4	0.2	0.3	0.58
Combien de fois									0.30
Pas entendu	66.2	86.8	53.8	53.0	35.0	21.1	51.9	53.6	
Une fois	1.3	1.8	0.5	0.5	6.4	10.1	2.8	4.3	
2-4 fois	23.2	8.8	26.3	26.2	45.0	43.9	31.6	26.3	
5-10 fois	7.2	1.8	19.4	19.8	6.8	13.6	10.6	11.4	
Plus de 10 fois	2.1	0.9	0.0	0.5	6.8	11.4	3.1	4.4	

Planification Familial

Le **Tableau 10** présente les connaissances, attitudes, normes, auto-efficacité et comportements des femmes en matière de PF. Au moins 58% des femmes interrogées connaissent 3 méthodes modernes de PF ou plus.

Environ la moitié des femmes des 3 régions étudiées pensaient qu'il est acceptable pour une femme d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans et qu'il est acceptable pour un couple d'essayer de limiter le nombre d'enfants qu'ils ont. La plupart des femmes de Wadata ont pensé qu'il est acceptable pour un couple d'avoir un enfant moins de 2 ans après la naissance de leur dernier enfant (63%), alors que seulement 17% des femmes de Hamzari et Girma sont d'accord avec cette affirmation. La majorité des femmes des groupes d'intervention sont d'accord pour dire qu'il est acceptable pour un couple d'utiliser des méthodes telles que les préservatifs, la pilule ou les injectables pour retarder ou éviter une grossesse.

Les normes sociales varient selon les zones d'étude. Dans la zone d'étude de Hamzari, plus de 70% des participantes à l'étude étaient d'accord que la communauté accepterait qu'une femme utilise la contraception, et un pourcentage similaire était d'accord que les chefs religieux accepteraient la décision d'une femme d'utiliser la contraception. Dans les zones d'étude de Wadata et de Girma, moins de participantes étaient d'accord avec ces affirmations. Dans la zone d'étude de Girma, environ 48% des participantes à l'étude étaient d'accord que la communauté accepte qu'une femme utilise la contraception, et 35% étaient d'accord que les chefs religieux acceptent la décision d'une femme d'utiliser la contraception.

Dans l'ensemble, la plupart des femmes, dans le groupe d'intervention et de comparaison, ont déclaré savoir où se rendre pour obtenir une contraception et se sentir à l'aise pour discuter de la PF avec leur partenaire, mais la majorité des femmes ont déclaré également qu'elles ne pourraient pas utiliser la PF si leur partenaire s'y opposait. Cela se reflète également dans les rapports des femmes sur la prise de décision concernant l'utilisation de la contraception : très peu de femmes ont déclaré que la décision leur appartient (4% des femmes ou moins), tandis que la prise de décision conjointe est considérablement plus élevée dans la zone d'étude de Hamzari (62%) et dans la zone d'étude de Girma (50%) par rapport à Wadata, où deux tiers des partenaires masculins ont pris seuls les décisions relatives à la contraception. Cependant, il existe un plan

pour augmenter la prise de décision conjointe dans l'intervention de Wadata par le biais de l'approche de l'école du mari, qui vise à ce que 40 % des épouses de leurs 5 000 membres attestent que la prise de décision en matière de PF était conjointe. Au moment de l'enquête, 15% des participantes à l'intervention Wadata et 34% des participantes à l'intervention Hamzari ont déclaré utiliser actuellement une méthode moderne de contraception.

Le **Tableau 11** présente les connaissances, les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des hommes en matière de PF. Au moins 40% des hommes dans les 3 groupes étudiés connaissaient 3 méthodes modernes de PF ou plus.

Nous avons évalué les attitudes des hommes en matière de PF. Environ 50% des hommes dans les groupes d'intervention pensaient qu'il est acceptable pour une femme d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans, tandis que 32% des participants de la zone d'intervention de Girma et 63% des participants de la zone d'intervention de Hamzari pensaient qu'il est acceptable pour un couple d'essayer de limiter le nombre d'enfants qu'ils ont. De plus, 34% des participants de la zone d'intervention de Wadata et 59% de ceux de la zone d'intervention de Hamzari pensaient qu'il est acceptable pour un couple d'avoir un enfant moins de 2 ans après la naissance de leur dernier enfant. A la question de savoir s'il est acceptable pour un couple d'utiliser des méthodes telles que les préservatifs, la pilule ou les injectables pour retarder ou éviter une grossesse, 48% des hommes dans les zones d'intervention de Wadata, contre 92% dans les groupes d'intervention de Hamzari, sont d'accord avec cette affirmation.

Les participants aux études Hamzari et Girma pensaient que les membres de la communauté seraient d'accord si une femme utilisait une contraception (60% et 75%, respectivement) et que les chefs religieux seraient d'accord avec la décision d'une femme d'utiliser une contraception (58% et 63%, respectivement), alors que les participantes de l'étude Wadata étaient moins susceptibles d'être d'accord avec les 2 affirmations.

Dans l'ensemble, la plupart des hommes ont déclaré savoir où s'adresser pour obtenir une contraception et se sentir à l'aise pour discuter de la PF avec leurs partenaires. La majorité des hommes de tous les groupes d'étude, à l'exception des hommes de Girma, ont déclaré que la décision d'utiliser un moyen de contraception

TABLEAU 10 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Connaissances									
Connaître au moins trois méthodes modernes de PF ou plus	90.8	91	66.3	57.7	74.1	86.1	77.6	79.4	0.47
Attitudes — En accord avec l'affirmation									
Il est acceptable qu'une femme ait un enfant avant l'âge de 18 ans.	45.0	55.1	48.4	53.7	55.8	50.4	49.8	53.1	0.31
Il est acceptable qu'un couple ait un enfant moins de 2 ans après la naissance de son dernier enfant.	17.0	23.9	62.8	72.1	17.1	15.1	30.7	35.1	0.01
Il est acceptable pour un couple d'essayer de limiter le nombre d'enfants qu'il a.	46.4	46.8	53.1	51.0	46.1	50.2	48.3	49.2	0.28
Il est acceptable qu'un couple utilise des méthodes telles que les préservatifs, la pilule ou les injectables pour retarder ou éviter une grossesse.	84.5	69.4	62.3	54.7	76.00	89.9	74.9	72.3	0.14
Normes — d'accord avec l'affirmation									
Les membres de cette communauté seraient d'accord pour dire que si une femme utilise une contraception	73.3	61.8	55.3	38.3	47.8	76.9	59.0	60.2	0.02
Les chefs religieux approuveraient la décision d'une femme de recourir à la contraception.	72.5	59.1	44.2	32.3	35.2	60.3	51.0	51.6	0.00
Auto-efficacité — d'accord avec l'affirmation									
Je sais où aller pour obtenir une contraception	90.1	88.5	67.7	60.2	75.2	90.6	78.2	80.8	0.52
Je pourrais utiliser la PF même si mon partenaire s'y oppose.	43.3	29.6	9.4	6.0	14.1	33.6	23.0	24.0	0.00
Je me sens à l'aise pour discuter de la PF avec mon partenaire.	77.3	70.7	51.6	45.3	55.6	79.8	62.0	66.4	0.34
Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement :									0.63
Votre décision	3.8	2.1	0.7	1.00	4.2	4.2	3.0	2.5	
La décision de votre partenaire	24.0	23.1	64.5	62.9	23.0	22.7	35.7	34.8	
Décision conjointe	61.8	56.2	13.2	11.9	49.7	55.3	43.1	42.7	
Autre	1.3	4.2	2.5	0.8	20.0	17.4	8.2	7.8	
Refuser	9.2	14.5	19.1	23.4	3.2	0.4	10.0	12.2	
Comportement									
Utilise actuellement une méthode standard de jours (indicateur Girma)	1.9	3.6	0.5	0	1.5	2.1	1.3	2.0	
Utilise actuellement une méthode moderne de contraception	33.8	22.4	15.1	10.7	25.3	28.4	25.3	21.0	0.10

TABLEAU 11 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Connaissances									
Connaître au moins trois méthodes modernes de PF ou plus	49.8	40.1	66.1	62.4	73.2	72.4	62.5	58.1	0.19
Attitudes — En accord avec l'affirmation									
Il est acceptable qu'une femme ait un enfant avant l'âge de 18 ans.	57.0	58.6	50.0	40.1	53.2	33.8	53.7	44.3	0.02
Il est acceptable qu'un couple ait un enfant moins de 2 ans après la naissance de son dernier enfant.	58.7	58.6	33.9	34.7	37.7	25.4	44.3	39.7	0.05
Il est acceptable pour un couple d'essayer de limiter le nombre d'enfants qu'il a.	63.3	55.5	33.3	34.2	32.7	48.3	44.2	46.4	0.17
Il est acceptable qu'un couple utilise des méthodes telles que les préservatifs, la pilule ou les injectables pour retarder ou éviter une grossesse.	62.9	59.0	48.9	48.5	91.8	92.1	68.7	67.3	0.74
Normes — d'accord avec l'affirmation									
Les membres de cette communauté seraient d'accord pour dire que si une femme utilise une contraception	60.3	58.6	38.7	32.7	75.0	87.3	60.6	59.1	0.26
Les chefs religieux approuveraient la décision d'une femme de recourir à la contraception.	57.8	56.8	34.4	23.3	62.7	86.4	52.7	56.8	0.00
Auto-efficacité — d'accord avec l'affirmation									
Je sais où aller pour obtenir une contraception	74.3	63.9	64.0	64.4	82.3	93.0	74.0	74.1	0.36
Je pourrais utiliser la PF même si mon partenaire s'y oppose.	69.6	56.8	9.7	5.5	44.1	37.7	43.6	34.4	0.00
Je me sens à l'aise pour discuter de la PF avec mon partenaire.	77.2	66.1	64.0	60.4	92.3	92.5	78.5	73.5	0.07
Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement									0.51
Votre décision	80.2	90.3	62.9	71.3	27.7	27.2	57.2	62.6	
La décision de votre partenaire	0.4	4.4	0.0	0.0	2.3	0.0	0.9	1.5	
Décision conjointe	19.4	5.3	31.7	27.2	63.2	66.7	38.0	33.3	
Autre	0.0	0.0	3.2	1.5	0.0	0.0	0.9	0.5	
Refuser	0.0	0.0	2.2	0.0	6.8	6.1	3.0	2.1	

leur appartient exclusivement ; parmi les hommes de Girma, la prise de décision conjointe est plus courante, ce qui peut être le résultat de l'approche « maison famille harmonieuse » qui vise à améliorer la communication et la prise de décision conjointe entre les conjoints sur un large éventail de sujets, y compris la PF. Comme les femmes de cette étude, très peu d'hommes rapporté que les femmes prennent la décision seules.

Le **Tableau 12** présente l'exposition des femmes aux messages relatifs à la PF au cours des 3 derniers mois.

Le pourcentage de femmes dans les trois groupes d'étude qui ont entendu un message relatif à la PF au cours des trois derniers mois varie selon la zone d'intervention. Dans la zone d'intervention de Hamzari, 82% des femmes avaient entendu un message, contre seulement 43% dans la zone d'intervention de Wadata. Les femmes ont été principalement exposées à ces

messages par l'intermédiaire d'un agent de santé dans les groupes d'étude d'Hamzari et de Wadata et par des événements communautaires à Girma. Les femmes de Girma appartenant au groupe d'intervention ont déclaré également avoir entendu des messages à la radio, ce qui n'est pas le cas des femmes du groupe témoin, qui ont déclaré avoir entendu des messages de la part d'agents de santé. Dans l'ensemble, parmi la majorité des femmes qui disent avoir entendu des messages sur la PF, la plupart ont entendu le message au moins deux à quatre fois au cours des 3 derniers mois.

Le **Tableau 13** présente l'exposition des hommes aux messages sur la PF au cours des 3 derniers mois.

Le pourcentage d'hommes ayant entendu un message au cours des 3 derniers mois varie de 23% à 75% dans les groupes d'intervention. Ils ont été principalement exposés à ces messages par le biais de la radio et/

TABLEAU 12 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	81.5	79.9	42.7	27.9	55.4	61.3	60.8	57.9	0.35
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	15.6	17.2	2.2	4.7	23.2	8.6	14.3	10.5	0.05
TV	1.1	1.7	0.0	0.0	1.1	0.4	0.7	0.7	0.99
Événement communautaire	18.3	5.7	2.7	0.5	20.2	25.6	14.3	11.1	0.07
Travailleur de la santé	79.0	74.0	22.6	19.9	14.3	41.2	39.5	46.6	0.01
Bénévole communautaire	13.7	3.8	9.4	5.2	4.0	0.8	9.0	3.2	0.00
Leader communautaire	10.1	1.1	10.2	3.5	6.3	3.6	8.8	2.7	0.00
Voisin	7.8	1.9	10.4	4.2	9.1	12.0	9.0	6.1	0.02
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.32
Message mobile	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	0.99
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.32
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Combien de fois									0.01
Pas entendu	18.7	20.1	57.3	72.1	44.6	38.7	39.3	42.1	
Une fois	0.8	4.2	9.2	8.7	4.8	3.2	4.7	5.2	
2-4 fois	49.6	60.6	24.6	17.2	40.6	46.9	39.0	42.9	
5-10 fois	24.8	12.0	5.5	1.7	5.3	11.1	12.2	8.6	
Plus de 10 fois	6.1	3.1	3.5	0.3	4.6	0.2	4.8	1.3	

ou d'un agent de santé. Dans les régions de Hamzari et de Wadata 77% et 48% des participants à l'étude d'intervention respectivement, n'ont entendu aucun message sur la PF, tandis que dans la région de Girma, 43% des participants à l'étude d'intervention ont entendu un message sur la PF 2 à 4 fois au cours des 3 derniers mois. L'exposition aux messages de PF par le biais de la «maison famille harmonieuse» de Girma peut expliquer les niveaux d'exposition, plus élevés, qui bénéficient également de l'implication de chefs religieux influents et de bénévoles communautaires.

Santé maternelle

Le **Tableau 14** présente les connaissances, attitudes, normes, auto-efficacité et comportements des femmes en matière de santé maternelle.

La plupart des femmes pensaient qu'elles doivent passer au moins 4 consultations prénatales et qu'elles doivent accoucher dans un centre de santé ou un hôpital, et la majorité des femmes, pensaient qu'elles doivent discuter de leur grossesse avec leur mari. Un pourcentage relativement faible de femmes pensait que les femmes enceintes n'ont besoin de CPN que si elles sont malades (moins de 34%) et qu'il est préférable de recourir aux soins de santé traditionnels pendant la grossesse plutôt que de se rendre dans un établissement de santé pour les soins prénataux (moins de 30%).

La plupart des femmes du groupe d'intervention d'Hamzari (71%) pensent que les femmes de leur communauté reçoivent 4 visites de CPN ou plus, contre 52% dans la zone d'intervention de Wadata et 56% dans la zone d'intervention de Girma. La plupart des femmes de la zone d'intervention de Hamzari (80%) pensent que les femmes de leur communauté accouchent dans

TABLEAU 13 EXPOSITION DES HOMMES À DES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	23.2	11.5	51.6	50.0	75.0	82.5	49.1	48.0	0.64
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	21.1	9.7	42.5	46.0	55.9	46.1	39.2	33.5	0.05
TV	0.4	0.0	3.8	0.5	3.2	2.6	2.3	1.1	0.23
Événement communautaire	15.6	6.2	0.5	0.0	20.0	46.9	12.8	18.4	0.02
Travailleur de la santé	13.1	6.6	11.8	6.4	48.6	55.7	24.9	23.6	0.60
Bénévole communautaire	1.7	0.9	5.9	0.5	4.1	9.2	3.7	3.7	0.95
Leader communautaire	0.4	0.9	0.5	0.0	1.4	3.5	0.8	1.5	0.23
Voisin	0.4	0.0	1.6	2.0	6.8	14.0	5.5	3.0	0.05
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Message mobile	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.3	0.0	0.12
Combien de fois									0.61
Pas entendu	76.8	88.6	48.4	50.0	25.0	17.5	50.9	52.1	
Une fois	0.4	0.4	4.3	1.5	9.6	8.8	4.7	3.7	
2-4 fois	13.5	6.6	31.2	30.7	42.7	46.9	28.6	28.0	
5-10 fois	9.3	3.1	15.5	15.8	15.5	17.1	12.9	11.9	
Plus de 10 fois	0.0	1.3	1.6	2.0	7.3	9.7	3.0	4.4	

TABLEAU 14 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Connaissances									
Combien de CPN une femme doit-elle effectuer pour sa santé/son bébé ?									0.97
Aucune	0.2	0.00	3.7	4.2	0.4	0.0	1.3	1.3	
1-3	4.4	5.7	40.2	41.9	19.6	16.4	20.2	20.4	
4 ou plus	94.3	93.3	55.3	53.2	79.0	82.6	77.4	77.3	
Autre/ne sait pas/refuse	1.1	1.1	0.7	1.5	1.1	1.1	1.2	1.0	
Où une femme doit-elle accoucher ?									0.79
A la maison	1.3	1.5	43.2	42.8	10.5	9.5	17.0	16.5	
Établissement de santé/hôpital	98.7	98.1	56.8	57.2	89.3	90.3	82.9	83.3	
Autre/ne sait pas							0.0	0.1	
Refuse	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.2	
Attitudes — En accord avec l'affirmation									
Il est important pour une femme de discuter de sa grossesse avec son mari.	92.4	91.2	83.4	88.1	92.4	94.8	89.7	91.5	0.12
Les femmes enceintes n'ont besoin de CPN que si elles sont malades.	34.7	19.9	29.0	29.1	14.1	5.5	25.8	17.6	0.00
Il est préférable de recourir aux soins de santé traditionnels pendant la grossesse plutôt que de se rendre dans un établissement de santé pour les CPN	30.0	12.6	22.3	24.1	12.6	4.0	21.6	13.0	0.00
L'établissement de santé est le meilleur endroit pour accoucher.	97.3	95.6	87.1	93.8	90.5	93.5	91.9	94.3	0.31
Normes									
Combien de CPN la plupart des femmes de cette communauté reçoivent-elles pour leur santé et leur bébé ?									0.00
Aucune	0.0	0.0	1.5	0.5	1.3	0.2	0.9	0.2	
1-3	4.6	5.5	43.7	42.5	21.3	20.2	22.1	21.6	
4 ou plus	70.8	82.4	52.4	47.1	56.0	72.9	60.1	68.6	
Ne sait pas	24.6	12.2	2.5	10.0	21.5	6.7	16.9	9.6	
Où les femmes de cette communauté accouchent-elles habituellement ?									0.00
A la maison	0.2	0.4	54.8	59.2	32.4	21.9	27.8	25.4	
Établissement de santé/hôpital	80.3	93.1	44.9	40.6	59.0	77.5	62.3	72.0	
Autre	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	
Ne sait pas	18.7	5.0	0.3	0.3	8.6	0.6	9.7	2.1	
Refuse	0.6	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	

TABLEAU 14 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE (A CONTINUÉ)

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Auto-efficacité – Réponse pas difficile									
Engagez une conversation avec votre mari/partenaire sur la possibilité de suivre des CPN dans un établissement de santé.									0.14
Très difficile	0.6	1.3	2.7	2.5	2.7	1.5	2.0	1.7	
Un peu difficile	6.1	4.4	24.3	13.9	5.1	5.9	11.2	7.8	
Pas difficile du tout	93.3	94.1	72.7	83.1	92.0	92.4	86.7	90.3	
Refuser	0.0	0.2	0.3	0.5	0.2	0.2	0.2	0.3	
Assister aux CPN dans un établissement de santé/conduire votre femme dans un établissement de santé									0.71
Très difficile	0.4	0.8	2.2	4	2.3	1.3	1.6	1.9	
Un peu difficile	5.5	4.2	23.1	19.4	4.4	5.3	10.3	9.1	
Pas du tout difficile	94.1	94.6	74.4	76.4	93.1	93.3	87.9	88.7	
Refuser	0.0	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	
Entamez une conversation avec votre mari/partenaire sur l'accouchement dans un établissement de santé.									0.98
Très difficile	0.6	1.3	3.7	8.0	5.7	2.1	3.3	3.5	
Un peu difficile	6.1	4.0	26.1	27.1	7.2	8.8	12.4	12.6	
Pas du tout difficile	93.1	94.6	69.7	64.7	86.5	88.5	83.8	83.5	
Refuser	0.2	0.2	0.5	0.3	0.6	0.6	0.4	0.4	
Se rendre dans un centre de santé pour accoucher/conduire sa femme dans un centre de santé									0.32
Très difficile	0.6	1.3	14.9	12.4	10.5	5.3	8.4	6.0	
Un peu difficile	4.6	3.1	32.0	31.8	3.6	9.5	12.4	13.9	
Pas du tout difficile	94.5	95.2	53.1	55.7	85.9	84.9	79.2	80.0	
Refuser	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1	0.3	
Lors de votre dernière grossesse au cours des 5 dernières années, combien de fois avez-vous eu une consultation prénatale ?	N=459	N=459	N=345	N=323	N=475	N=476	N=1,258	N=1,279	0.04
Aucune	16.1	22.0	8.4	9.3	7.1	6.7	10.7	13.0	
1-3	25.7	32.0	47.0	45.2	28.8	35.3	32.6	36.7	
4 ou plus	58.2	46.0	44.6	45.5	64.0	58.0	56.7	50.4	
Où avez-vous accouché de votre dernier enfant ?	N=459	N=459	N=345	N=323	N=475	N=476	N=1,258	N=1,279	0.96
À la maison	27.9	36.8	58.8	63.2	49.1	37.6	44.1	43.9	
Établissement de santé/hôpital	72.1	63.2	41.2	36.8	51.0	62.4	55.9	56.1	

un centre de santé ou un hôpital. Cependant, moins de femmes à Wadata (45%) et à Girma (59%) étaient d'accord avec cette affirmation.

En ce qui concerne l'auto-efficacité, les participantes à l'étude dans les régions de Hamzari et de Girma n'ont pas signalé de difficultés pour entamer une conversation avec leur partenaire sur la participation aux CPN dans un établissement de santé. De même, elles n'ont pas trouvé difficile d'entamer une conversation avec leur

partenaire sur l'accouchement dans un centre de santé. Cependant, dans la région de Wadata, ces pourcentages étaient plus faibles que dans les autres groupes d'étude.

Environ 45% (Wadata) et 64% (Hamzari) des participantes des groupes d'intervention ont eu 4 consultations prénatales ou plus lors de leur dernière grossesse. Pour les femmes ayant accouché au cours des 5 dernières années, 72% des femmes de la zone d'intervention d'Hamzari, 51% des femmes de la zone d'intervention de

Girma et 41% des femmes de la zone d'intervention de Wadata ont accouché dans un établissement de santé. Dans la zone d'étude de Wadata, nous constatons qu'un pourcentage plus élevé de femmes (environ 53%) déclare avoir des difficultés à se rendre dans un établissement de santé pour accoucher, ce qui peut être dû à la vaste zone géographique et aux plus grandes difficultés à atteindre les établissements de santé. Cela peut expliquer les taux plus faibles de femmes accouchant dans un établissement de santé. Pour les femmes des zones de Girma, ce problème est moins important, mais les femmes ont toujours des difficultés à se rendre dans un établissement de santé pour accoucher, comparé aux zones d'intervention de Hamzari. Nous notons que dans les zones de Girma, les femmes ont déclaré que les membres de la communauté n'accouchent pas dans les centres de santé, ce qui suggère qu'un autre facteur peut expliquer la faible utilisation des centres de santé pour les accouchements dans ces communautés.

Le **Tableau 15** présente les connaissances, les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des hommes en matière de santé maternelle.

La plupart des hommes pensaient que les femmes devraient bénéficier d'au moins quatre consultations prénatales. Les hommes d'Hamzari et de Girma ont déclaré que les femmes devraient accoucher dans un centre de santé ou un hôpital (plus de 97%), mais seulement 47% des participants à l'étude à Wadata pensaient que les femmes devraient accoucher dans un centre de santé.

Plus de 88% des hommes pensaient que leur partenaire devrait discuter avec eux de leur grossesse. Dans le groupe d'intervention d'Hamzari, un pourcentage relativement élevé d'hommes pensait que les femmes enceintes n'ont besoin de soins prénataux que si elles sont malades et qu'il est préférable de recourir aux soins de santé traditionnels pendant la grossesse plutôt que de se rendre dans un établissement de santé pour les CPN, alors qu'un pourcentage beaucoup plus faible d'hommes

TABLEAU 15 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Connaissances									
Combien de CPN une femme doit-elle effectuer pour sa santé/son bébé ?									0.00
Aucune	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	
1-3	33.8	12.8	5.4	10.4	14.6	9.2	19.0	10.8	
4 ou plus	64.6	87.2	60.2	59.9	65.0	71.5	63.5	73.4	
Autre/ne sait pas/refuse	0.4	0.0	34.4	29.7	20.5	19.3	17.1	15.8	
Où une femme doit-elle accoucher ?									0.55
A la maison	0.0	0.0	52.7	43.6	2.7	2.2	16.2	14.2	
Établissement de santé/hôpital	100.0	100.0	47.3	56.4	97.3	97.4	83.8	85.7	
Autre/ne sait pas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	
Refuse									
Attitudes - En accord avec l'affirmation									
Il est important pour une femme de discuter de sa grossesse avec son mari.	91.6	92.1	87.6	95.5	99.1	97.8	93.0	95.1	0.28
Les femmes enceintes n'ont besoin de CPN que si elles sont malades.	71.3	66.5	22.0	9.4	30.0	23.3	42.9	33.9	0.00
Il est préférable de recourir aux soins de santé traditionnels pendant la grossesse plutôt que de se rendre dans un établissement de santé pour les CPN	79.8	84.6	11.3	11.4	26.4	12.3	41.7	37.0	0.02
L'établissement de santé est le meilleur endroit pour accoucher.	88.6	87.7	90.3	91.6	98.2	100.0	92.4	93.2	0.84

TABLEAU 15 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE (A CONTINUÉ)

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Normes									
Combien de CPN la plupart des femmes de cette communauté reçoivent-elles pour leur santé et leur bébé ?									0.00
Aucune	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	
1-3	32.5	14.1	7.5	6.4	19.6	10.1	20.8	10.4	
4 ou plus	65.0	85.5	50.0	50.5	58.6	70.6	58.5	69.6	
Ne sait pas	2.1	0.4	42.5	43.1	21.8	19.3	20.5	20.1	
Où les femmes de cette communauté accouchent-elles habituellement ?									0.32
A la maison	0.4	0.9	69.4	52.5	20.9	15.8	27.4	21.9	
Établissement de santé/hôpital	99.2	98.7	28.5	45.5	78.2	84.2	71.5	77.3	
Autre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.2	0.0	
Ne sait pas	0.4	0.4	2.2	2.0	0.5	0.0	0.9	0.8	
Refuse									
Auto-efficacité - réponse pas difficile									
Engagez une conversation avec votre mari/ partenaire sur la possibilité de suivre des CPN dans un établissement de santé.									0.27
Très difficile	2.1	2.6	3.2	4.0	1.4	0.0	2.2	2.1	
Un peu difficile	40.9	29.5	10.8	8.4	11.8	15.4	22.2	18.1	
Pas difficile du tout	57.0	67.8	86.0	87.6	86.8	84.7	75.6	79.8	
Assister aux CPN dans un établissement de santé/conduire votre femme dans un établissement de santé									0.06
Très difficile	0.8	3.5	2.7	4.5	1.4	0.4	1.6	2.7	
Un peu difficile	44.7	27.8	14.0	9.9	17.3	22.4	26.4	20.4	
Pas du tout difficile	54.4	68.7	82.8	85.2	81.4	77.2	71.9	76.7	
Refuser	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.0	0.1	0.2	
Entamez une conversation avec votre mari/ partenaire sur l'accouchement dans un établissement de santé.									0.03
Très difficile	2.1	2.6	12.9	15.4	1.8	0.0	5.1	5.6	
Un peu difficile	44.3	22.0	30.1	23.3	13.2	14.0	29.6	19.6	
Pas du tout difficile	53.2	74.5	56.5	60.9	85.0	85.5	65.0	74.1	
Refuser	0.4	0.9	0.5	0.5	0.0	0.4	0.3	0.6	
Se rendre dans un centre de santé pour accoucher/conduire sa femme dans un centre de santé									0.37
Très difficile	6.3	3.1	14.5	16.8	2.3	0.9	7.3	6.5	
Un peu difficile	45.2	35.2	33.3	22.8	13.2	18.9	30.8	25.7	
Pas du tout difficile	47.7	61.2	52.2	60.4	84.6	80.3	61.6	6.6	
Refuser	0.8	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	

pense de même dans les groupes d'intervention de Girma et Wadata.

La plupart des hommes de tous les groupes d'étude pensaient que les femmes de leur communauté reçoivent au moins 4 visites de CPN lorsqu'elles sont enceintes et que la plupart des femmes de leur communauté accouchent dans un centre de santé ou un hôpital, à l'exception des femmes de Girma, où la majorité des hommes ont déclaré que les femmes de leur communauté accouchent à la maison.

En ce qui concerne l'auto-efficacité, les hommes des 3 groupes d'étude n'ont pas rencontré pas de difficultés pour entamer une conversation avec leur partenaire sur la participation aux CPN dans un établissement de santé et n'ont pas trouvé difficile d'entamer une conversation avec leur partenaire sur l'accouchement dans un établissement de santé.

Le **Tableau 16** présente des informations sur l'exposition des femmes aux messages concernant la recherche de soins dans un établissement pendant la grossesse ou l'accouchement au cours des trois derniers mois.

Dans la région de Hamzari, 86% des participantes ont entendu des messages sur la recherche de soins pendant la grossesse et l'accouchement au cours des trois derniers mois, alors que dans les régions de Wadata et de Girma, seulement 47% et 55% des participantes respectivement, avaient entendu ces messages. Les messages relatifs aux femmes cherchant à obtenir des soins dans un établissement de santé pendant la grossesse ou l'accouchement étaient prévalents dans les groupes d'intervention et de comparaison dans tous les groupes d'étude, bien que les pourcentages soient plus élevés pour les femmes de Hamzari. Les femmes des trois régions étudiées ont été exposées à ces informations par le biais de la radio, d'un événement communautaire et/ou d'un agent de santé.

TABLEAU 16 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES CONCERNANT LES FEMMES QUI CHERCHENT À SE FAIRE SOIGNER DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PENDANT LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	85.7	85.5	47.4	44.0	54.95	61.1	63.5	64.7	0.61
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	14.9	25.0	5.0	8.2	24.0	9.2	15.1	14.5	0.74
TV	1.1	2.5	0.7	0.0	1.1	0.6	1.0	1.1	0.14
Événement communautaire	18.1	4.8	4.2	0.0	22.3	27.1	15.4	11.2	0.00
Travailleur de la santé	80.9	79.0	34.5	36.3	16.0	35.1	44.3	50.9	0.01
Bénévole communautaire	15.1	3.6	7.4	4.7	3.6	0.8	8.8	3.0	0.00
Leader communautaire	10.1	1.1	4.2	0.8	7.0	4.0	7.2	2.0	0.00
Voisin	7.8	2.9	4.5	1.2	7.6	13.7	6.7	6.2	0.59
Affiche	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.1	0.57
Message mobile	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.32
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.32
Médias sociaux	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.32
Combien de fois									0.01
Pas entendu	14.3	14.5	52.6	56.0	45.3	38.9	36.6	35.4	
Une fois	2.7	4.2	9.9	7.0	4.2	2.7	5.4	4.5	
2-4 fois	47.1	59.8	27.5	28.6	36.0	43.9	37.4	44.9	
5-10 fois	30.0	17.4	7.0	7.5	9.7	14.1	16.0	13.3	
Plus de 10 fois	5.9	4.2	3.0	1.0	4.8	0.4	4.7	1.8	

Parmi la majorité globale des femmes qui ont entendu des messages sur les femmes cherchant à se faire soigner dans un établissement, les femmes ont déclaré avoir entendu les messages au moins deux fois, et certaines femmes déclarent avoir entendu les messages cinq fois ou plus au cours des trois derniers mois (y compris près d'un tiers des femmes du groupe d'intervention à Hamzari).

Le **Tableau 17** présente des informations sur l'exposition des hommes aux messages concernant les femmes qui cherchent à se faire soigner dans un établissement de santé pendant la grossesse ou l'accouchement au cours des trois derniers mois.

Plus de la moitié des hommes à Wadata et à Girma ont déclaré avoir entendu des messages sur la recherche de soins pendant la grossesse et l'accouchement au cours des trois derniers mois, mais le pourcentage

d'hommes à Hamzari qui ont entendu ces messages était nettement inférieur (8%). La radio et les agents de santé communautaires étaient les canaux les plus courants, et à Girma, les hommes ont déclaré avoir entendu ces messages de la bouche de leurs voisins. Lorsque les hommes ont entendu des messages sur la nécessité pour les femmes de se faire soigner dans un établissement de santé pendant la grossesse ou l'accouchement, ils ont entendu ces messages plus d'une fois au cours des trois derniers mois.

Vaccination des enfants

Le **Tableau 18** présente des informations sur les connaissances, les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des femmes concernant la vaccination des enfants.

TABLEAU 17 EXPOSITIONS DES HOMMES AVEZ-VOUS ENTENDU OU VU DES MESSAGES CONCERNANT LES FEMMES QUI CHERCHENT À SE FAIRE SOIGNER DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PENDANT LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	8.0	6.2	55.4	58.9	80.0	83.3	46.4	49.2	0.34
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	7.2	5.7	46.2	46.5	57.3	47.4	35.6	32.7	0.35
TV	0.0	0.9	3.8	0.5	3.6	0.9	2.3	0.8	0.11
Événement communautaire	0.4	0.0	0.5	0.0	27.3	47.8	9.6	16.6	0.00
Travailleur de la santé	1.3	1.8	13.4	21.8	50.0	58.8	21.5	27.7	0.01
Bénévole communautaire	0.8	1.3	3.2	0.5	10.0	18.9	4.7	7.2	0.09
Leader communautaire	0.4	0.0	0.0	0.0	3.2	3.1	1.2	1.1	0.78
Voisin	0.0	0.0	0.5	0.0	11.8	23.7	4.2	8.2	0.02
Affiche	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.32
Message mobile	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.54
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Combien de fois									0.79
Pas entendu	92.0	93.8	44.6	41.1	20.0	16.7	53.7	50.8	
Une fois	0.0	0.9	5.4	4.0	3.6	4.0	2.8	2.9	
2-4 fois	5.5	5.3	20.4	33.2	45.5	38.6	23.5	25.4	
5-10 fois	1.7	0.0	22.6	16.3	21.4	31.6	14.5	16.0	
Plus de 10 fois	0.8	0.0	7.0	5.5	9.6	9.2	5.6	4.9	

TABLEAU 17 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES ET AUTO-EFFICACITÉ DES FEMMES LIÉES À LA VACCINATION DES ENFANTS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Connaissances									
Quand faut-il emmener un enfant pour sa première vaccination ?									0.08
Immédiatement après la naissance - 1ère semaine	24.4	34.4	8.7	6.0	13.8	11.8	16.0	18.0	
Entre 1 et 3 semaines après la naissance	39.7	44.0	31.8	38.6	67.0	68.3	46.9	50.9	
Entre 1 et 3 mois	35.1	20.6	56.1	47.3	17.1	18.7	35.0	27.8	
Entre 4 et 6 mois	0.0	0.2	0.3	1.5	0.6	0.2	0.3	0.6	
Ne sait pas/refuse	0.8	0.8	3.2	6.7	1.5	1.1	1.8	2.7	
Nombre de fois qu'un enfant devrait être vacciné au cours de la première année									0.01
Aucune	0.0	0.0	5.2	1.2	0.4	0.0	1.7	0.4	
1 à 4 fois	11.1	6.1	57.6	60.5	22.3	20.8	28.9	27.4	
5 fois ou plus	86.8	91.2	36.2	32.6	75.6	77.7	67.8	69.1	
Ne sait pas/refuse	2.1	2.7	1	5.7	1.7	1.5	1.6	3.2	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Les enfants devraient se faire vacciner pour se protéger contre les maladies	95.8	95.6	97.0	97.8	97.7	99.0	96.8	97.4	0.69
Les agents de santé peuvent fournir des services de vaccination aux enfants en toute sécurité	96.9	96.2	97.3	98.3	97.7	98.7	97.3	97.7	0.27
Auto-efficacité — pas du tout difficile									
Je pourrais emmener un enfant dans un centre de santé pour le faire vacciner dès la première semaine de sa vie.									0.01
Très difficile	0.0	0.0	36.7	37.6	13.3	14.5	15.6	16.2	
Un peu difficile	8.8	7.6	29.0	35.1	13.1	30.0	16.3	23.6	
Pas difficile du tout	90.8	91.8	34.0	27.4	73.7	55.5	67.9	59.9	
Refuser	0.4	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	
Je pourrais emmener un enfant dans un établissement de santé pour qu'il reçoive toutes les vaccinations recommandées.									0.45
Très difficile	0.0	0.2	18.1	17.2	2.5	2.1	6.3	5.9	
Un peu difficile	7.6	6.9	22.3	17.4	15.0	28.4	14.6	17.6	
Pas du tout difficile	92.2	92.7	59.6	65.4	82.5	69.5	79.1	76.5	
Refuser	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	
Normes									
Dans cette communauté, quand la plupart des familles emmènent-elles leur enfant pour sa première vaccination?									0.00
Immédiatement après la naissance - première semaine	17.9	21.2	4.7	3	9.1	8.2	10.9	11.2	
Entre 1 et 3 semaines après la naissance	32.1	42.8	33.5	37.8	57.5	70.2	41.4	50.9	
Entre 1 et 3 mois	30.7	16.6	56.1	47.0	11.6	16.8	31.5	25.7	
Entre 4 et 6 mois	0.0	0.8	0.0	1.00	1.1	0.6	0.4	0.8	
Ne sait pas/refuse	19.3	18.7	5.7	11.2	20.8	4.2	15.8	11.4	
Dans cette communauté, combien de fois la plupart des familles emmènent-elles leur enfant se faire vacciner ?									0.01
Aucune	0.0	0.0	2.0	0.0	0.2	0.0	0.7	0.0	
1 à 4 fois	8.4	6.1	65.3	58.7	21.3	20.0	29.8	26.6	
5 fois ou plus	59.2	68.3	28.5	24.1	55.4	67.7	48.7	55.0	
Ne sait pas/refuse	32.4	25.6	4.2	17.2	23.2	12.4	20.8	18.5	

Peu de femmes savaient que les enfants devraient recevoir leur premier vaccin immédiatement (c'est-à-dire dans la première semaine) après la naissance (par exemple, 9 % dans le groupe d'intervention Wadata et 24 % dans le groupe d'intervention Hamzari.). Alors que la plupart des femmes de Hamzari et de Girma ont déclaré savoir correctement que les enfants devaient être vaccinés cinq fois ou plus au cours de la première année, seulement environ un tiers des femmes des groupes d'étude de Wadata ont compris que les enfants devaient recevoir cinq vaccinations ou plus, ce qui se reflète également que les femmes de Wadata ont déclaré que les femmes de leur communauté n'emmenaient leurs enfants se faire vacciner qu'une à quatre fois.

La grande majorité des femmes des 3 groupes d'étude étaient d'accord avec les déclarations selon lesquelles les enfants devaient être vaccinés pour se protéger contre la maladie et que les agents de santé peuvent fournir en toute sécurité des services de vaccination aux enfants.

Plus de 90% des femmes à Hamzari ont déclaré aucune difficulté à pouvoir emmener un enfant dans un établissement de santé pour recevoir des vaccins au cours de la première semaine de naissance ; dans les zones d'intervention de Girma 74% ont déclaré aucune difficulté à le faire, mais plus d'un tiers des femmes (34%) de Wadata ont déclaré que ce serait très difficile.

Le **Tableau 19** montre les connaissances, les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des hommes en matière de vaccination des enfants.

La connaissance du moment où il faut emmener l'enfant pour sa première vaccination est variable selon les hommes des trois groupes d'étude, les pourcentages les plus élevés d'hommes ayant une connaissance correcte se trouvant à Hamzari et les plus faibles à Wadata. Les hommes de tous les groupes d'étude connaissaient moins bien que les femmes le nombre de fois qu'un enfant doit

être vacciné. Comme pour les participantes, la majorité des hommes interrogés sont d'accord pour dire que les enfants doivent être vaccinés pour se protéger contre les maladies et que les agents de santé peuvent fournir des services de vaccination aux enfants en toute sécurité.

La majorité des hommes participants à l'étude ont déclaré qu'ils pourraient emmener un enfant dans un centre de santé pour le faire vacciner au cours de la première semaine de sa vie (entre 58% et 73%). La plupart des hommes de Wadata (près des trois quarts) et de Girma (68% dans le groupe d'intervention et 50% dans le groupe témoin) ont déclaré qu'il ne serait pas du tout difficile d'emmener un enfant dans un centre de santé pour recevoir toutes les vaccinations recommandées, tandis que la moitié ou plus des hommes de Hamzari ont déclaré que ce serait au moins un peu difficile.

La plupart des participants à Hamzari (45% dans le groupe d'intervention et 58% dans le groupe témoin) ont noté que la plupart des familles de leur communauté emmènent leur enfant se faire vacciner 5 fois ou plus, tandis que la majorité des participants à Wadata et Girma ne savaient pas ou ont refusé de répondre.

Le **Tableau 20** montre l'exposition des femmes aux messages sur l'importance des vaccinations au cours des trois derniers mois.

La majorité des participantes des 3 groupes d'étude avaient entendu des messages sur l'importance des vaccinations au cours des trois derniers mois, soit entre 50 et 90 % environ. La majorité des participantes du groupe d'intervention Hamzari (85%) et du groupe d'intervention Wadata (42%) ont entendu ces messages de la part d'agents de santé, suivis par la radio. Vingt-six pour cent des participantes du groupe d'intervention Girma ont entendu ces messages lors d'événements communautaires, suivis par la radio et les agents de santé.

TABLEAU 19 CONNAISSANCES, ATTITUDES, NORMES ET AUTO-EFFICACITÉ DES HOMMES EN MATIÈRE DE VACCINATION DES ENFANTS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Connaissances									
Quand faut-il emmener un enfant pour sa première vaccination ?									0.56
Immédiatement après la naissance - 1ère semaine	74.3	57.3	9.1	7.4	23.6	41.7	38.1	36.5	
Entre 1 et 3 semaines après la naissance	23.6	37.9	34.4	38.1	41.4	32.9	32.8	36.2	
Entre 1 et 3 mois	1.3	4.0	28.0	26.7	19.6	7.9	15.2	12.3	
Entre 4 et 6 mois	0.8	0.9	0.0	1.5	0.9	0.4	0.6	0.9	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	28.5	26.2	14.6	17.1	13.2	14.0	
Nombre de fois qu'un enfant devrait être vacciné au cours de la première année									0.01
1 à 4 fois	57.8	46.7	33.3	40.1	44.1	34.2	46.0	40.0	
5 fois ou plus	42.2	53.3	18.3	14.4	26.4	42.1	29.9	37.4	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	48.4	45.5	29.6	23.7	24.1	22.2	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Les enfants devraient se faire vacciner pour se protéger contre les maladies	95.8	97.4	83.9	89.6	99.1	99.6	93.5	95.7	0.40
Les agents de santé peuvent fournir des services de vaccination aux enfants en toute sécurité	93.7	96.0	85.0	91.1	98.2	99.6	92.7	95.7	0.19
Auto-efficacité — pas du tout difficile									
Je pourrais emmener un enfant dans un centre de santé pour le faire vacciner dès la première semaine de sa vie.									0.63
Très difficile	0.4	1.3	7.0	6.9	14.6	12.3	7.2	6.9	
Un peu difficile	41.4	28.6	21.0	19.8	23.2	34.2	29.2	27.9	
Pas difficile du tout	58.2	69.6	72.0	73.3	62.3	53.1	63.6	65.0	
Refuser	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.3	
Je pourrais emmener un enfant dans un établissement de santé pour qu'il reçoive toutes les vaccinations recommandées.									0.72
Très difficile	5.1	4.9	6.5	6.9	7.3	6.1	6.2	5.9	
Un peu difficile	52.7	43.6	19.4	16.3	24.6	44.3	33.4	35.5	
Pas du tout difficile	41.8	51.5	74.2	76.7	68.2	49.6	60.2	58.6	
Refuser	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	
Normes									
Dans cette communauté, quand la plupart des familles emmènent-elles leur enfant pour sa première vaccination?									0.02
Immédiatement après la naissance - première semaine	69.6	57.3	3.8	4.5	19.6	24.1	33.4	29.5	
Entre 1 et 3 semaines après la naissance	27.9	38.3	26.9	30.7	40.0	50.0	31.7	40.0	
Entre 1 et 3 mois	2.1	4.0	21.5	22.3	24.6	8.3	15.4	11.1	
Entre 4 et 6 mois	0.4	0.4	2.2	0.5	1.4	0.0	1.2	0.3	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	45.7	42.1	14.6	17.5	18.2	19.0	
Dans cette communauté, combien de fois la plupart des familles emmènent-elles leur enfant se faire vacciner ?									0.00
1 à 4 fois	55.3	41.9	21.5	30.2	47.7	37.7	42.9	36.8	
5 fois ou plus	44.7	58.2	14.5	10.4	22.3	38.6	28.3	36.7	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	64.0	59.4	30.0	23.7	28.8	26.5	

TABLEAU 20 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES SUR L'IMPORTANCE DES VACCINATIONS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	89.5	83.4	51.4	49.0	58.5	65.8	67.3	67.0	0.90
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	17.7	29.1	3.0	7.2	25.5	11.3	16.0	16.4	0.88
TV	1.5	1.3	0.7	0.0	1.3	1.3	1.2	0.9	0.64
Événement communautaire	16.0	3.8	4.7	1.2	26.1	25.6	16.2	10.7	0.00
Travailleur de la santé	84.7	78.8	41.7	45.3	15.8	40.6	47.7	55.4	0.00
Bénévole communautaire	13.9	4.2	9.7	4.5	4.0	2.5	9.2	3.7	0.00
Leader communautaire	11.1	1.1	4.0	0.0	7.0	4.4	7.5	1.9	0.00
Voisin	8.4	1.7	2.5	1.5	6.1	13.2	5.8	5.7	0.87
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Message mobile	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.32
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Combien de fois									0.04
Pas entendu	10.5	16.6	48.6	51.0	41.5	34.2	32.7	33.0	
Une fois	1.9	2.3	12.2	9.2	8.0	5.3	7.1	5.4	
2-4 fois	47.9	46.8	26.8	34.1	36.6	43.9	37.7	42.0	
5-10 fois	34.5	30.2	8.2	5.5	9.9	16.2	18.0	17.9	
Plus de 10 fois	5.3	4.2	4.2	0.3	4.0	0.4	4.5	1.7	

La majorité des participantes à l'étude Hamzari ont entendu ces messages entre 2 et 4 fois, tandis que les participantes des groupes d'intervention Wadata (49%) et Girma (42%) ne les ont pas du tout entendus. Wadata a indiqué que les autorités sanitaires ont noté les difficultés à vacciner les enfants dans leur région et ont demandé que les vacinateurs accompagnent les efforts de distribution de nourriture en raison des difficultés à atteindre les enfants dans cette zone.

Le **Tableau 21** montre l'exposition des hommes aux messages sur l'importance des vaccinations au cours des 3 derniers mois.

La majorité des participants de Wadata (près de 60 %) et de Girma (environ 82 %) avaient entendu ces messages sur l'importance des vaccinations au cours des 3 derniers mois. A Wadata et à Girma, ces messages ont été le plus souvent entendus à la radio (46 % et environ 60 %

respectivement), suivis par les agents de santé (18 % et 56 % respectivement).

La majorité des participants de Hamzari (plus de 90 %) et de Wadata (environ 40 %) n'ont pas du tout entendu ces messages, tandis qu'environ 17 % des habitants de Girma n'ont pas entendu ces messages. L'intervention de l'école du mari était déployée dans la zone d'intervention de Hamzari et depuis son introduction en mars 2020, nous prévoyons de voir une augmentation de l'exposition aux messages de santé chez les hommes. Pour Wadata, les faibles niveaux d'exposition peuvent être dus au fait que l'école du mari se concentre davantage sur la nutrition et la PF et moins sur les vaccinations, l'on s'attend que les prestataires de santé communiquent ces informations sur l'importance des vaccinations.

TABLEAU 21 EXPOSITION DES HOMMES À DES MESSAGES SUR L'IMPORTANCE DES VACCINATIONS AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	3.4	4.9	58.1	59.4	82.3	82.9	46.2	48.7	0.35
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	3.0	4.9	45.7	46.0	60.9	57.5	35.2	35.8	0.83
TV	0.4	0.4	3.8	0.5	3.2	2.6	2.3	1.2	0.27
Événement communautaire	0.4	0.0	0.5	0.0	30.9	54.0	10.9	18.7	0.00
Travailleur de la santé	1.3	1.3	18.3	18.8	56.4	59.2	25.0	26.8	0.51
Bénévole communautaire	0.4	0.0	3.2	0.0	17.7	26.3	7.2	9.1	0.19
Leader communautaire	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	18.9	6.8	6.5	0.81
Voisin	0.0	0.0	0.5	0.5	22.3	28.5	7.8	10.1	0.14
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Message mobile	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Combien de fois									0.01
Pas entendu	96.6	95.2	41.9	40.6	17.7	17.1	53.8	51.3	
Une fois	0.0	0.44	9.7	5.0	4.1	4.0	4.2	3.0	
2-4 fois	1.7	3.5	26.9	25.7	38.6	29.0	21.6	19.2	
5-10 fois	1.3	0.0	9.1	19.3	25.5	39.0	11.8	19.5	
Plus de 10 fois	0.4	0.9	12.4	9.4	14.1	11.0	8.6	7.0	

Allaitement et alimentation complémentaire

Le **Tableau 22** montre les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des femmes en matière d'allaitement et d'alimentation complémentaire.

La majorité des femmes des 3 groupes d'étude ont déclaré qu'il est sain pour une femme de ne donner que du lait maternel à son enfant pendant 6 mois ou moins et que les aliments et les liquides devraient être introduits à 6 mois ou plus tard. Cependant, près de la moitié des femmes de Wadata ont déclaré qu'il est sain pour une femme de donner uniquement du lait maternel à un enfant pendant moins de 6 mois et un tiers des femmes ont déclaré que les aliments et les liquides devraient être introduits avant que l'enfant ait 6 mois. La majorité des participantes ont déclaré que les bébés ont

moins de chances de tomber malades s'ils sont nourris exclusivement au sein pendant 6 mois (entre 83% à 94%).

La majorité des participantes sont d'accord pour dire qu'il ne serait pas du tout difficile de donner à manger ou à boire à leur bébé à 6 mois. De même, les femmes des 3 groupes d'étude ont également indiqué qu'il ne serait pas difficile de donner uniquement du lait maternel à leur bébé pendant les six premiers mois de 49 % à 91 %. Dans l'ensemble, les femmes ont déclaré que la norme dans la communauté est d'allaiter pendant 6 mois ou moins, tandis que la norme concernant l'introduction d'aliments et de liquides dans l'alimentation du bébé varie : 46% des femmes dans les zones d'intervention de Hamzari suggèrent 7 à 23 mois, contre 17% des femmes dans les zones d'intervention de Wadata et 28% dans celles de Girma.

TABLEAU 22 ATTITUDES, NORMES ET AUTO-EFFICACITÉ DES FEMMES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT ET D'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Connaissances									
Pendant combien de mois une femme peut-elle donner uniquement du lait maternel ?									0.02
Moins de 6 mois	2.9	4.2	43.7	47.0	11.8	16.0	18.2	21.0	
6 mois	75.8	77.8	53.1	51.2	74.5	68.7	68.6	66.7	
De 7 à 23 mois	19.3	10.5	2.7	1.5	13.1	15.1	12.2	9.5	
Ne sait pas/refuse	1.9	7.6	0.5	0.3	0.6	0.2	1.0	2.8	
À quel âge un parent doit-il introduire des aliments et des liquides dans la vie de son bébé ?									0.38
Moins de 6 mois	1.7	2.1	34.2	33.1	15.4	10.9	16.2	14.4	
6 mois	21.6	14.9	50.1	51.0	39.8	45.4	36.5	36.3	
De 7 à 23 mois	73.7	75.7	15.1	15.7	43.6	43.5	45.7	46.6	
Ne sait pas/refuse	2.9	7.3	0.5	0.3	1.3	0.2	1.6	2.7	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Si le bébé est exclusivement nourri au sein pendant 6 mois, il risque moins d'être malade.	83.4	83.7	90.1	93.5	91.2	91.0	88.1	89.2	0.09
Les pères peuvent aider à introduire des aliments et des liquides dans l'alimentation du bébé.	88.2	84.7	95.0	97.0	81.9	78.8	86.3	88.0	0.27
Auto-efficacité — pas difficile du tout									
Donner à un bébé des aliments et des liquides à l'âge de 6 mois									0.44
Très difficile	0.2	1.3	14.1	9.2	10.7	9.5	8.1	6.5	
Un peu difficile	15.3	11.7	29.8	31.3	10.3	11.1	17.9	17.3	
Pas difficile du tout	84.2	86.2	55.8	59.5	79.0	79.2	73.9	75.8	
Refuser	0.2	0.8	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2	0.4	
Ne donner que du lait maternel au bébé pendant les six premiers mois.									0.07
Très difficile	0.8	8.0	30.8	34.8	33.9	36.6	21.3	26.0	
Un peu difficile	7.1	11.3	20.4	11.7	15.2	13.2	13.9	12.1	
Pas du tout difficile	91.4	78.8	48.9	53.5	51.0	50.0	64.6	61.2	
Refuser	0.6	1.9	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.7	

Le **Tableau 23** montre les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des hommes en ce qui concerne l'allaitement maternel et les comportements d'alimentation complémentaire.

Environ 62% des hommes dans les zones d'intervention de Hamzari, 33% des hommes dans les zones d'intervention de Wadata, et 45% des hommes dans les zones d'intervention de Girma ont déclaré qu'il est sain pour une femme de ne donner que du lait maternel pendant 6 mois. Ceci est en accord avec les normes de la communauté concernant ce comportement. La connaissance du moment où il faut introduire des aliments et des liquides dans l'alimentation d'un bébé était très variable parmi les hommes de tous les groupes d'étude, ce qui se reflète également dans les normes communautaires relatives à ce comportement. Notamment, un certain nombre d'hommes de Wadata ont déclaré qu'ils ne savaient pas ou ont refusé de répondre à la question de l'âge auquel les parents

devraient introduire des aliments et des liquides en plus du lait maternel. Cela s'aligne sur la recherche formative de Wadata, qui a révélé que les hommes ne participent pas à l'alimentation complémentaire de leurs enfants car cela est plutôt considéré comme le rôle des mères et d'autres femmes, comme les grands-mères. La majorité des participants dans les zones d'intervention font état d'attitudes favorables et sont d'accord pour dire que les bébés ont moins de chances de tomber malades s'ils sont exclusivement nourris au sein pendant 6 mois.

La majorité des participants sont d'accord pour dire que l'introduction d'aliments et de liquides dans l'alimentation d'un bébé à l'âge de 6 mois n'est pas du tout difficile (de 59% à 88%). Toutefois, les hommes sont plus nombreux à déclarer qu'il leur est difficile d'aider leur partenaire à allaiter leur bébé, 22 % des hommes du groupe d'intervention de Wadata ont déclaré qu'il leur serait très difficile de le faire.

TABLEAU 23 ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT ET D'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Connaissances									
Pendant combien de mois une femme peut-elle donner uniquement du lait maternel ?									0.00
Moins de 6 mois	37.1	30.4	51.6	57.4	22.7	28.1	36.4	37.9	
6 mois	62.5	66.5	33.3	31.2	45.0	58.8	48.1	53.0	
De 7 à 23 mois	0.4	3.1	3.8	0.5	20.5	1.3	8.2	1.7	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	11.3	10.9	11.8	11.8	7.3	7.5	
À quel âge un parent doit-il introduire des aliments et des liquides dans la vie de son bébé ?									0.45
Moins de 6 mois	30.4	31.7	27.4	28.7	34.1	30.3	30.8	30.3	
6 mois	15.2	14.1	34.4	40.6	37.7	42.1	28.5	32.0	
De 7 à 23 mois	54.4	54.2	26.9	20.3	15.9	12.7	33.3	29.4	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	11.3	10.4	12.3	14.9	7.5	8.4	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Si le bébé est exclusivement nourri au sein pendant 6 mois, il risque moins d'être malade.	94.5	96.0	85.0	78.7	96.8	98.7	92.5	91.6	0.38
Donner à un bébé des aliments et des liquides à l'âge de six mois									0.44
Très difficile	0.8	0.9	3.2	0.5	7.3	8.8	3.7	3.5	
Un peu difficile	40.1	28.2	28.0	32.2	5.0	4.4	24.6	21.2	
Pas difficile du tout	59.1	70.9	68.3	67.3	87.7	86.8	71.5	75.4	
Refuser	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	
Auto-efficacité — pas difficile du tout									
Aider votre partenaire à allaiter son bébé									0.04
Très difficile	3.8	1.3	22.0	9.4	12.3	9.2	12.0	6.5	
Un peu difficile	50.6	41.0	25.3	35.6	26.4	34.7	35.0	37.1	
Pas du tout difficile	45.6	57.7	52.7	55.0	61.4	56.1	53.0	56.3	
Les pères peuvent aider à introduire des aliments et des liquides dans l'alimentation du bébé.	92.4	92.5	75.8	76.2	96.8	99.6	89.1	90.0	0.19
Normes									
Pendant combien de mois les gens de cette communauté pensent-ils qu'il est sain pour une femme de ne donner à son bébé que du lait maternel ?									0.00
Moins de 6 mois	31.7	30.0	48.9	51.0	30.0	47.4	36.1	42.5	
6 mois	59.9	67.8	16.7	9.9	35.5	37.3	39.0	39.4	
De 7 à 23 mois	8.4	2.2	2.7	1.0	17.3	0.9	9.8	1.4	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.0	31.7	38.1	17.3	14.5	15.1	16.7	
À quel âge les gens de cette communauté pensent-ils qu'un parent devrait introduire des aliments et des liquides autres que le lait maternel dans l'alimentation de son bébé ?									0.09
Moins de 6 mois	27.4	28.6	28.0	24.8	40.9	50.4	32.2	35.0	
6 mois	14.4	17.6	25.8	32.7	27.3	21.5	22.1	23.6	
De 7 à 23 mois	58.2	52.9	14.0	4.0	13.2	11.1	30.0	23.4	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.9	32.3	38.6	18.6	16.7	15.7	18.0	

Le **Tableau 24** montre les expositions des femmes à messages sur l'importance de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire au cours des 3 derniers mois.

Une majorité de participants Hamzari avaient entendu des messages sur l'importance de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire au cours des 3 derniers mois (85%), tandis que moins de participants Wadata (49%) et Girma (51%) les avaient entendus. La plupart des femmes de Hamzari (78 %) et environ un tiers (37 %) de Wadata avaient entendu ces messages d'un agent de santé, tandis que 20 % des participantes à Girma les avaient entendus à la radio et 19 % lors d'un événement communautaire.

Ce qui est intéressant est environ la moitié des participants de Wadata et de Girma n'ont pas du tout entendu les messages. Cependant, la moitié des participants Hamzari et 26 % des participants Wadata et 35 % des participants Girma ont entendu les messages 2 à 4 fois.

Le **Tableau 25** montre les expositions des hommes à messages sur l'importance de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire au cours des 3 derniers mois.

Seuls 3 % des participants de Hamzari avaient entendu des messages sur l'importance de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire au cours des 3 derniers mois, tandis que 58 % des participants de Wadata et 73 % des participants de Girma les avaient entendus. Environ 46 % de Wadata et la moitié de Girma (51 %) avaient entendu ces messages par la radio, tandis que 13 % des participants de Wadata et 47 % des participants de Girma les avaient entendus par l'intermédiaire d'un agent de santé.

Alors que la majorité des Hamzari (97%) et près de la moitié (43%) des participants à Wadata n'ont pas entendu ces messages, environ 38% des participants à Girma ont entendu les messages 2 à 4 fois.

TABLEAU 24 EXPOSITION DES FEMMES À TOUT MESSAGE SUR L'IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT ET DE L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	85.1	78.6	49.4	45.8	51.0	55.7	62.5	60.8	0.49
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	15.8	18.9	3.5	6.2	20.2	7.1	13.7	11.0	0.08
TV	1.7	0.8	0.3	0.0	1.1	0.4	1.0	0.4	0.16
Événement communautaire	17.0	4.0	2.2	0.5	19.0	26.7	13.3	10.9	0.11
Travailleur de la santé	78.8	73.8	36.7	37.8	12.6	33.4	43.1	48.9	0.01
Bénévole communautaire	15.8	3.8	10.2	4.0	4.0	1.3	10.0	3.0	0.00
Leader communautaire	10.5	1.3	4.5	1.7	7.4	3.8	7.6	2.3	0.00
Voisin	8.2	1.5	4.7	3.5	5.3	11.8	6.1	5.7	0.61
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.16
Message mobile	0.0	0.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.2	0.1	0.57
Journal	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.32
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.32
Combien de fois									0.00
Pas entendu	14.9	21.8	50.6	54.2	49.1	44.3	37.5	39.3	
Une fois	2.3	3.6	11.4	11.9	3.4	3.8	5.4	6.1	
2-4 fois	49.2	55.9	26.3	26.6	34.5	38.0	37.2	41.0	
5-10 fois	27.7	15.1	7.4	6.5	8.8	13.5	15.1	12.0	
Plus de 10 fois	5.9	3.6	4.2	0.8	4.2	0.4	4.8	1.6	

TABLEAU 25 EXPOSITION DES HOMMES À L'IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT ET DE L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	3.4	4.9	57.5	57.4	72.7	78.5	42.6	46.6	0.13
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	3.0	4.9	46.2	45.5	51.4	45.2	32.0	31.4	0.80
TV	0.0	0.9	3.8	0.5	2.7	1.8	2.0	1.1	0.30
Événement communautaire	0.0	0.0	1.1	0.0	19.6	45.2	7.0	15.7	0.00
Travailleur de la santé	0.8	0.4	13.4	17.3	47.3	57.5	20.4	25.4	0.04
Bénévole communautaire	0.0	0.0	5.4	0.0	6.8	15.4	3.9	5.3	0.21
Leader communautaire	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	4.0	0.5	1.4	0.14
Voisin	0.0	0.0	0.5	0.0	12.7	22.8	4.5	7.9	0.02
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Message mobile	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.31
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.33
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Combien de fois									0.11
Pas entendu	96.6	95.2	42.5	42.6	27.7	21.5	57.4	53.4	
Une fois	0.0	0.4	4.8	5.5	4.6	2.2	3.0	2.6	
2-4 fois	1.7	4.0	35.5	29.2	37.7	32.0	23.8	21.5	
5-10 fois	1.3	0.4	12.9	17.8	18.6	29.8	10.6	16.0	
Plus de 10 fois	0.4	0.0	4.3	5.0	11.4	14.5	5.3	6.5	

La nutrition des enfants

Le **Tableau 26** présente les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des femmes concernant la nutrition des enfants.

Une majorité de participants des 3 zones d'étude (52%-89%) ont déclaré qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger 4 repas ou plus chaque jour, alors que la connaissance du nombre d'aliments différents qu'un enfant devrait manger était beaucoup plus mitigée, bien que la majorité des femmes déclarent qu'il devrait être supérieur à 2. La majorité des femmes dans les 3 régions ont convenu que les enfants qui mangent une variété d'aliments sont moins susceptibles de tomber malades et que fournir aux enfants 4 repas par jour assure qu'ils ont de la force.

La majorité des participants rapporté également que donner un repas à un enfant 4 fois par jour n'est pas difficile du tout. Cependant, les femmes de Wadata et de Girma ont noté qu'il est très difficile de donner à un

enfant un minimum de cinq types d'aliments différents par jour. Davantage de femmes rapporté que la norme dans leur communauté est que les enfants reçoivent au moins trois repas par jour, tandis que la norme pour le nombre de types d'aliments différents est plus mitigée, bien que la non-réponse (ne savait pas ou a refusé de répondre) sur ces questions est remarquable. Cela reflète les résultats qualitatifs qui suggèrent que les problèmes liés à la nutrition et à la malnutrition des enfants peuvent être stigmatisés en raison de la honte que les parents ressentent vis-à-vis de la pauvreté et de la malnutrition. Girma suggère de tirer parti du sentiment des communautés lié à la fierté et à l'honneur culturels pour lutter contre cette stigmatisation en générant des messages innovants liés à la fierté et à l'honneur culturels associés à un enfant en bonne santé nutritionnelle et en les diffusant via les plateformes CSC (assemblées de village, spectacles folkloriques, vidéos communautaires, radio communautaire, etc.) pour améliorer les indicateurs associés. Wadata a également reconnu l'importance d'aborder la fierté et l'honneur culturels à travers leur travail de triade.

TABLEAU 26 ATTITUDES, NORMES ET AUTO-EFFICACITÉ DES FEMMES EN MATIÈRE DE NUTRITION

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Connaissances									
Nombre de repas qu'un enfant de 6 à 23 mois doit prendre chaque jour									0.00
Un repas	0.4	0.8	0.7	0.3	0.2	0.0	0.4	0.4	
Deux repas	1.9	2.1	1.2	1.2	12.4	0.0	5.4	1.1	
Trois repas	33.6	30.4	8.4	9.2	35.0	16.2	25.6	19.1	
Quatre repas ou plus	63.0	65.6	89.3	89.3	51.8	83.6	66.9	79.0	
Ne sait pas/refuse	1.1	1.1	0.3	0.0	0.6	0.2	0.7	0.4	
Nombre de types d'aliments différents qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger par jour									0.17
Un	8.2	9.2	13.7	15.9	3.2	3.8	8.1	9.3	
Deux	24.6	17.4	57.3	65.4	37.7	47.3	38.9	42.1	
Trois	36.3	36.7	20.8	16.2	28.0	20.6	28.8	24.9	
Quatre ou plus	28.4	31.2	7.9	2.5	30.5	28.4	23.0	21.7	
Ne sait pas/refuse	2.5	5.5	0.3	0.0	0.6	0.0	1.2	1.9	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Les enfants qui mangent des aliments variés ont moins de chances de tomber malades.	78.6	85.5	92.3	99.8	92.6	95.8	87.6	93.4	0.00
Fournir aux enfants quatre repas par jour leur permet d'avoir des forces	87.6	85.5	98.8	100.0	76.4	77.7	87.0	87.1	0.15
Auto-efficacité — pas difficile du tout									
Donner un repas à l'enfant quatre fois par jour									0.01
Très difficile	1.5	2.5	1.2	0.3	4.2	0.6	2.4	1.2	
Un peu difficile	14.9	27.9	14.9	9.0	26.5	45.2	19.0	28.3	
Pas difficile du tout	83.4	69.4	83.6	90.6	68.8	54.2	78.4	70.3	
Refuser	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.0	0.3	0.2	
Donner à l'enfant un minimum de cinq types d'aliments différents par jour									0.35
Très difficile	19.1	21.6	48.1	53.0	45.1	49.2	36.9	40.6	
Un peu difficile	33.4	35.4	23.8	13.2	16.00	21.9	24.5	24.1	
Pas difficile du tout	47.5	42.4	27.5	33.8	38.5	29.0	38.4	35.1	
Refuser	0.0	0.6	0.5	0.0	0.4	0.0	0.3	0.2	
Normes									
Nombre de repas que les personnes de la communauté pensent qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger chaque jour									0.00
Un repas	0.0	0.2	0.7	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	
Deux repas	1.5	0.4	1.5	0.8	4.2	0.2	2.4	0.4	
Trois repas	15.8	13.4	16.9	16.4	24.6	15.3	19.2	15.0	
Quatre repas ou plus	33.4	40.9	73.7	76.9	43.4	79.4	49.0	65.1	
Ne sait pas/refuse	49.4	45.1	7.2	6.0	27.8	5.0	29.2	19.4	
Nombre de types d'aliments différents que les membres de la communauté pensent qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger par jour									0.00
Un	0.2	1.1	12.4	13.4	2.3	5.3	4.6	6.2	
Deux	13.2	14.5	55.6	59.7	21.9	46.9	28.9	39.3	
Trois	27.3	26.8	17.4	15.2	24.0	13.0	23.2	18.5	
Quatre ou plus	8.4	10.5	6.2	3.7	23.0	28.8	12.9	14.9	
Ne sait pas/refuse	50.8	47.2	8.4	8.0	28.8	6.1	30.5	21.1	

Le **Tableau 27** présente les attitudes, les normes et l'auto-efficacité des hommes concernant la nutrition des enfants.

Une majorité de participants des 3 groupes d'étude ont déclaré qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger 4 repas ou plus chaque jour, avec des normes communautaires similaires autour de ce comportement, tandis que la connaissance du nombre de différents types d'aliments qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger était beaucoup plus variés, y compris une majorité d'hommes à Wadata déclarant 3 ou moins.

La majorité des hommes dans les 3 régions ont convenu que les enfants qui mangent une variété d'aliments sont moins susceptibles de tomber malades et que le fait de fournir aux enfants 4 repas par jour leur donne de la force.

La majorité des participants rapportent également que donner à un enfant un repas 4 fois par jour n'est pas difficile du tout, bien qu'une plus grande difficulté soit signalée à donner à un enfant un minimum de 5 types d'aliments différents par jour.

Le **Tableau 28** présente les expositions des femmes aux messages sur l'importance de la diversité et d'un régime alimentaire minimum acceptable au cours des 3 derniers mois.

La majorité des femmes de Hamzari (76%) avaient entendu des messages sur l'importance de la diversité et d'un régime alimentaire minimum acceptable au cours des 3 derniers mois ; mais, la plupart des femmes de Wadata et de Girma n'en avaient pas entendu parler.

Parmi les participants qui avaient entendu les messages, la majorité des participants Hamzari (71%) et 18% des participants Wadata les ont entendus par l'intermédiaire d'un agent de santé, tandis que 18% des participants Girma les ont entendus par la radio. La majorité des participants Hamzari ont entendu ces messages entre deux et quatre fois.

TABLEAU 27 ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE DE NUTRITION

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Connaissances									
Nombre de repas qu'un enfant de 6 à 23 mois doit prendre chaque jour									0.00
Un repas	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	
Deux repas	12.7	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	0.2	
Trois repas	36.3	19.4	11.3	7.4	16.8	8.3	22.4	11.9	
Quatre repas ou plus	50.6	79.7	86.0	84.7	76.8	87.3	69.8	83.9	
Ne sait pas/refuse	0.4	0.0	2.7	7.9	6.4	4.4	3.1	4.0	
Nombre de types d'aliments différents qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger par jour									0.00
Un	0.0	0.0	8.6	2.5	2.3	3.5	3.3	2.0	
Deux	3.8	1.3	28.0	30.2	16.4	45.2	15.1	25.4	
Trois	27.4	12.8	45.2	52.5	27.7	11.8	32.7	24.7	
Quatre ou plus	68.4	85.5	15.1	8.4	42.7	33.8	44.2	43.8	
Ne sait pas/refuse	0.4	0.4	3.2	6.4	10.9	5.7	4.8	4.1	
Attitudes — d'accord avec l'affirmation									
Les enfants qui mangent des aliments variés ont moins de chances de tomber malades.	74.7	74.5	93.6	94.1	97.7	99.6	88.0	88.2	0.87
Fournir aux enfants quatre repas par jour leur permet d'avoir des forces	84.8	89.9	95.2	95.1	97.7	99.6	92.2	94.8	0.33
Auto-efficacité — pas difficile du tout									
Donner un repas à l'enfant quatre fois par jour									0.22
Très difficile	0.8	1.8	1.1	1.0	3.6	3.1	1.9	2.0	
Un peu difficile	48.5	26.9	24.2	15.4	32.7	47.4	36.1	30.4	
Pas difficile du tout	50.6	71.4	74.7	83.7	63.6	49.1	62.1	67.4	
Refuser	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	
Donner à l'enfant un minimum de cinq types d'aliments différents par jour									0.15
Très difficile	7.2	4.4	34.4	26.7	25.9	35.5	21.5	22.1	
Un peu difficile	56.1	44.5	21.5	21.8	30.0	26.8	37.1	31.4	
Pas difficile du tout	36.7	51.1	44.1	51.5	44.1	37.7	41.4	46.6	
Normes									
Nombre de repas que les personnes de la communauté pensent qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger chaque jour									0.00
Un repas	0.4	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	
Deux repas	3.8	1.8	0.0	0.0	0.9	0.0	1.7	0.6	
Trois repas	38.0	21.6	10.2	5.5	22.3	15.4	24.6	14.5	
Quatre repas ou plus	57.8	76.2	64.5	63.9	68.2	80.7	63.3	74.0	
Ne sait pas/refuse	0.0	0.4	24.7	30.7	8.6	4.0	10.1	11.0	
Nombre de types d'aliments différents que les membres de la communauté pensent qu'un enfant de 6 à 23 mois devrait manger par jour									0.00
Un	0.4	0.0	2.2	0.0	2.7	3.5	1.7	1.2	
Deux	0.8	1.8	11.8	16.3	16.4	46.5	9.3	21.8	
Trois	25.7	15.0	25.8	30.2	33.2	16.2	28.3	20.1	
Quatre ou plus	73.0	81.9	11.3	5.9	35.5	29.8	42.3	40.5	
Ne sait pas/refuse	0.0	1.3	48.9	47.5	12.3	4.0	18.4	16.4	

TABLEAU 28 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES SUR L'IMPORTANCE DE LA DIVERSITÉ ET D'UNE ALIMENTATION MINIMALE ACCEPTABLE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	75.8	60.2	27.3	18.9	40.8	47.1	49.1	43.3	0.02
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	11.6	7.1	3.5	3.2	18.5	7.8	11.6	6.2	0.00
TV	1.1	0.6	0.7	0.0	0.0	0.6	0.6	0.4	0.57
Événement communautaire	18.9	4.4	1.2	0.0	15.2	25.2	12.3	10.4	0.20
Travailleur de la santé	71.0	56.0	17.6	13.7	10.3	22.3	33.8	31.6	0.21
Bénévole communautaire	14.5	5.0	8.2	2.0	3.6	0.8	8.8	2.7	0.00
Leader communautaire	10.5	0.8	4.0	1.0	6.1	4.2	7.0	2.1	0.00
Voisin	8.4	1.1	2.5	2.0	5.7	13.7	5.7	5.8	0.93
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.16
Message mobile	0.0	0.0	0.3	0.5	0.4	0.0	0.2	0.2	0.64
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na
Combien de fois									0.00
Pas entendu	24.2	39.8	72.7	81.1	59.4	52.9	51.0	56.7	
Une fois	3.2	2.1	6.5	7.5	3.8	4.0	4.4	4.4	
2-4 fois	44.3	47.8	14.1	9.7	29.1	31.9	30.0	30.9	
5-10 fois	25.0	8.4	4.5	1.7	6.1	10.3	12.3	7.1	
Plus de 10 fois	3.4	1.9	2.2	0.0	1.7	0.8	2.4	0.96	

Le **Tableau 29** présente les expositions des hommes aux messages sur l'importance de la diversité et d'un régime alimentaire minimum acceptable au cours des 3 derniers mois.

La majorité des hommes de Girma (70%) avaient entendu des messages sur l'importance de la diversité et d'un régime alimentaire minimum acceptable au cours des 3 derniers mois, mais seulement environ la moitié des hommes de Wadata (53%) les avaient entendus, alors que la plupart des hommes de Hamzari (3%) n'en avait pas.

Parmi les participants ayant entendu les messages, une pluralité de Wadata (43%) les ont entendus par la radio tandis que 39% des participants à Girma les ont entendus par un agent de santé et 20% par la radio.

Alors que la majorité des participants Hamzari (97%) n'avaient pas entendu ces messages, 31% des participants Wadata et 45% des participants Girma les ont entendus entre 2 et 4 fois.

Eau, assainissement et hygiène

Le **Tableau 30** montre les attitudes, les normes, l'auto-efficacité et les comportements des femmes liés à EAH par groupe d'étude.

Dans l'ensemble, il y avait un faible accord parmi les femmes de tous les groupes d'étude avec des attitudes qui empêcheraient le comportement de lavage des mains et un accord élevé avec les normes communautaires qui soutiennent le comportement de lavage des mains. Les femmes ont également convenu que se laver les mains avec du savon après avoir déféqué n'est pas du tout difficile (71-91%), que se laver les mains avec du savon

TABLEAU 29 EXPOSITION DES HOMMES À DES MESSAGES SUR L'IMPORTANCE DE LA DIVERSITÉ ET D'UNE ALIMENTATION MINIMALE ACCEPTABLE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	3.0	3.5	53.2	58.4	69.6	76.8	40.3	45.8	0.03
Où avez-vous entendu ces messages*									
Radio	2.5	2.2	42.5	47.5	20.0	21.5	20.1	22.8	
TV	0.0	0.0	1.1	0.0	0.9	0.9	0.6	0.3	
Événement communautaire	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	12.7	1.7	4.4	
Travailleur de la santé	0.0	0.9	3.2	10.4	39.1	38.2	14.3	16.7	
Bénévole communautaire	0.4	0.4	5.4	0.5	0.9	0.0	2.0	0.3	
Leader communautaire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.9	0.3	0.3	
Voisin	0.0	0.0	1.1	0.0	2.7	2.6	1.2	0.9	
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.05	
Message mobile	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Combien de fois									0.18
Pas entendu	97.1	96.5	46.8	41.6	30.5	23.3	59.7	54.2	
Une fois	0.0	0.4	7.0	5.0	6.4	17.5	4.2	7.8	
2-4 fois	2.1	2.2	31.2	42.6	45.1	34.7	25.2	25.9	
5-10 fois	0.8	0.9	14.5	9.4	13.2	17.5	9.0	9.3	
Plus de 10 fois	0.0	0.0	0.5	1.5	5.0	7.0	1.9	2.9	

*La question a été capturée en tant que réponse fermée unique pour cette question uniquement. Les réponses multiples n'étaient pas autorisées.

avant de préparer la nourriture n'est pas du tout difficile (67-87%), et que se laver les mains avec du savon avant de manger n'est également pas difficile du tout (71-91%). La plupart des participants ont déclaré utiliser à la fois de l'eau et du savon pour se laver les mains (73-90 %) et qu'il est essentiel de se laver les mains avant de manger (72-82 %). De nombreuses femmes à Hamzari et Girma ont signalé qu'il est également essentiel de se laver les mains avant de préparer un repas et après avoir utilisé les latrines/défécation, bien que les femmes de Wadata n'ont signalé pas ces moments comme critiques pour le lavage des mains, et de faibles pourcentages de femmes ont signalé le besoin de se laver les mains avant de servir de la nourriture. La majorité des femmes dans les 3 zones d'étude ont déclaré que rien n'est fait pour rendre l'eau potable (83-97%). À Wadata, la plupart des stations de lavage des mains observées étaient fixes, tandis que la

moitié des stations à Hamzari étaient mobiles, et les deux tiers des ménages à Girma n'avaient pas de stations de lavage des mains observées. Les stations de lavage des mains Wadata faisaient partie d'un effort ciblé sur les activités de prévention contre le COVID 19 depuis 2020 et ont été réalisées avec des équipements locaux (tippy-taps) dans les ménages et les lieux publics. Dans la zone de Girma, les gens préféraient utiliser la « bouilloire » classique soit pour les ablutions — avant la prière — ou pour aller aux latrines, ou pour toute autre circonstance nécessitant le lavage des mains. Ils n'étaient pas très intéressés par les tippy-taps.

TABLEAU 30 ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE D'EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE, PAR GROUPE D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Attitudes — En accord avec l'affirmation									
Je ne me lave pas les mains avec du savon parce que la religion ne requiert que l'utilisation d'eau, pas de savon.	22.7	27.0	20.6	9.7	1.7	2.1	14.7	13.1	0.03
Je ne peux pas me laver les mains avec du savon parce que le pain de savon est trop cher.	23.7	23.3	22.3	13.7	5.3	5.5	16.8	14.2	0.30
Se laver les mains au savon avant de manger gâche le goût de la nourriture.	23.7	13.2	18.9	10.2	1.1	2.7	14.3	8.6	0.01
Normes — En accord avec l'affirmation									
Les gens de cette communauté se lavent les mains après avoir déféqué.	72.3	74.2	78.2	81.8	61.3	94.5	70.2	83.6	0.00
Les gens de cette communauté se lavent les mains avant de préparer la nourriture.	72.3	75.3	84.9	82.3	63.2	95.8	72.8	84.6	0.00
Les membres de cette communauté se lavent les mains avant de manger.	72.3	75.3	82.9	82.6	61.7	93.1	71.7	83.7	0.00
Auto-efficacité — Pas difficile du tout									
Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué									0.56
Très difficile	0.4	0.4	1.5	2.0	3.6	1.3	1.9	1.2	
Un peu difficile	8.8	5.0	26.8	21.4	15.6	27.1	16.5	17.6	
Pas difficile du tout	90.6	93.7	71.1	76.4	80.0	70.8	81.2	80.5	
Refuser	0.2	0.8	0.0	0.3	0.8	0.8	0.4	0.7	
Se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture									0.06
Très difficile	1.7	1.7	0.0	0.0	4.2	7.1	3.5	2.4	
Un peu difficile	30.3	19.7	12.8	1.0	24.5	39.5	16.3	21.3	
Pas du tout difficile	67.2	78.6	87.2	98.5	71.3	53.4	80.0	75.9	
Refuser	0.8	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.3	0.4	
Se laver les mains au savon avant de manger									0.04
Très difficile	0.8	0.8	2.5	2.5	5.1	4.2	2.8	2.5	
Un peu difficile	7.6	5.5	26.3	25.4	15.2	33.4	15.8	21.2	
Pas du tout difficile	91.4	92.9	71.2	72.1	79.6	62.4	81.4	76.0	
Refuser	0.2	0.8	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.3	

TABLEAU 30 ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES FEMMES EN MATIÈRE D'EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE, PAR GROUPE D'ÉTUDE (A CONTINUÉ)

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
Comportement									
Qu'utilisez-vous pour vous laver les mains ?									0.48
Eau seulement/lavage/sable	10.1	14.3	26.8	32.1	21.7	18.1	19.1	20.9	
Eau et savon	89.9	85.7	73.2	67.9	78.3	81.9	80.9	79.1	
Quels sont les moments critiques pour se laver les mains									
Avant de préparer un repas	55.5	58.3	40.9	33.6	63.4	61.8	53.9	52.2	0.45
Avant de servir les aliments	39.5	47.4	40.2	38.8	19.0	12.2	32.5	32.5	0.99
Avant de manger	82.1	82.6	71.7	67.2	75.0	72.1	76.5	74.3	0.15
Après avoir utilisé les latrines/défécation	82.8	65.2	35.5	36.3	47.0	52.5	56.1	52.2	0.09
Manipulation des matières fécales	24.6	32.7	21.6	21.9	12.0	1.3	19.3	18.5	0.54
Comment rendre l'eau potable									
Faire bouillir	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.1	0.56
Ajouter de l'eau de Javel/du chlore	10.3	1.5	0.0	0.0	0.0	0.2	3.6	0.6	0.00
Filtrer à travers un tissu	4.2	2.5	3.0	7.0	7.0	16.0	4.8	8.6	0.00
Filtre à eau	5.0	2.7	0.3	0.0	0.6	1.3	2.1	1.4	0.19
Désinfection solaire	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	1.00
Rien	82.6	93.5	97.3	93.3	93.5	83.6	90.8	90.0	0.48
Poste de lavage des mains observé dans le ménage									0.399
Fixe	21.0	21.4	83.1	83.8	27.6	31.1	41.8	43.3	
Mobile	52.1	50.5	16.4	17.2	9.1	4.4	26.4	24.1	
Aucun	26.9	28.1	0.5	0.0	63.3	64.5	31.8	32.6	
Poste de lavage des mains observé	N=348	N=343	N401	N402	N=175	N=169	N=914	N=924	
Eau au poste de lavage des mains observée	12.6	16.0	68.3	66.9	50.3	29.0	56.0	59.2	0.24
Savon ou cendres/sable observés	4.6	3.5	24.4	20.2	17.7	2.0	15.7	10.6	0.00

Le **Tableau 31** montre les attitudes, les normes, l'auto-efficacité et les comportements des hommes liés à EAH par groupe d'étude.

Dans l'ensemble, il y avait un faible accord parmi les hommes de tous les groupes d'étude avec des attitudes qui ne soutiennent pas les comportements de lavage des mains, à l'exception des hommes de Hamzari, et un accord élevé avec les normes communautaires qui soutiennent les comportements de lavage des mains.

Les hommes ont également convenu que se laver les mains avec du savon après avoir déféqué n'est pas du tout difficile (69-94%), que se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture n'est pas du tout difficile (66-89%) et que se laver les mains avec du savon avant de manger n'est également pas difficile du tout (56-96%).

La majorité des hommes à Hamzari et Girma déclarent utiliser à la fois de l'eau et du savon pour se laver les mains la plupart du temps, tandis qu'à Wadata, il était beaucoup plus courant que les participants déclarent

TABLEAU 31 ATTITUDES, NORMES, AUTO-EFFICACITÉ ET COMPORTEMENTS DES HOMMES EN MATIÈRE D'EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE, PAR GROUPE D'ÉTUDE

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
Attitudes — En accord avec l'affirmation									
Je ne me lave pas les mains avec du savon parce que la religion ne requiert que l'utilisation d'eau, pas de savon.	62.0	54.6	9.1	3.0	4.6	7.0	22.2	27.1	0.08
Je ne peux pas me laver les mains avec du savon parce que le pain de savon est trop cher.	59.9	55.5	4.8	1.0	8.2	7.0	26.3	21.9	0.00
Se laver les mains au savon avant de manger gâche le goût de la nourriture.	59.1	55.1	17.7	9.9	3.6	5.7	28.2	24.1	0.04
Normes — En accord avec l'affirmation									
Les gens de cette communauté se lavent les mains après avoir déféqué.	80.6	87.7	85.0	85.6	84.6	93.9	83.2	89.2	0.00
Les gens de cette communauté se lavent les mains avant de préparer la nourriture.	75.5	85.5	65.6	74.3	76.8	80.3	73.1	80.2	0.00
Les membres de cette communauté se lavent les mains avant de manger	78.5	87.7	92.5	93.1	85.5	78.7	84.9	89.4	0.03
Auto-efficacité — Pas difficile du tout									
Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué									0.31
Très difficile	0.8	0.9	0.0	0.0	2.3	1.8	1.1	0.9	
Un peu difficile	30.4	17.6	6.5	1.5	18.6	33.3	19.4	18.1	
Pas difficile du tout	68.8	80.2	93.6	98.5	79.1	64.5	79.5	80.4	
Refuser	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.6	
Se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture									0.52
Très difficile	1.7	1.3	0.0	0.0	4.1	7.5	2.0	3.0	
Un peu difficile	31.7	20.3	11.3	1.0	24.6	39.9	23.3	21.2	
Pas du tout difficile	65.8	78.4	88.7	98.5	71.4	52.6	74.3	75.7	
Refuser	0.8	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.3	0.2	
Se laver les mains au savon avant de manger									0.55
Très difficile	6.8	3.5	0.0	0.0	3.2	4.4	3.6	2.7	
Un peu difficile	36.7	32.2	4.3	0.5	24.1	41.2	23.0	25.6	
Pas du tout difficile	55.7	64.3	95.7	99.5	72.7	54.0	73.1	71.5	
Refuser	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	
Comportement									
Qu'utilisez-vous pour vous laver les mains ?									0.81
Eau seulement/lavage/sable	7.2	4.0	57.0	60.9	24.6	23.7	27.5	28.3	
Eau et savon	92.8	96.0	43.0	39.1	75.5	76.3	72.5	71.7	
Quels sont les moments critiques pour se laver les mains									
Avant de préparer un repas	68.8	68.7	54.3	58.9	69.1	60.5	64.7	62.9	0.53
Avant de servir les aliments	51.1	52.4	39.3	44.1	35.0	25.4	42.2	40.5	0.49
Avant de manger	52.7	62.1	98.9	99.0	97.3	95.6	81.3	85.1	0.03
Après avoir utilisé les latrines/défécation	91.1	94.7	42.5	25.7	46.8	71.1	72.2	65.3	0.04
Manipulation de matières fécales	60.8	61.7	28.5	27.2	47.7	51.3	47.0	47.5	0.85

utiliser de l'eau uniquement avec de la cendre ou du sable.

Les participants ont convenu qu'il est essentiel de se laver les mains avant de préparer un repas (54-69%), et aussi avant de manger (53-99%), avec des réponses plus mitigées sur d'autres moments critiques de lavage des mains comme avant de servir de la nourriture et après avoir utilisé les latrines /défécation.

Le **Tableau 32** montre les expositions des femmes aux messages sur le lavage des mains au cours des 3 derniers mois.

La majorité des femmes des groupes d'intervention avaient entendu des messages sur le lavage des mains au cours des 3 derniers mois (52-87 %), et la plupart avaient entendu ces messages par l'intermédiaire d'un agent de santé (Hamzari 76 % ; Wadata 36 %) et/ou de la radio et des événements dans les zones d'intervention du Girma.

Alors que 44 % et 48 %, respectivement, des participantes Wadata et Girma n'ont pas entendu ces messages, 46 % des participantes Hamzari, 38 % des participantes Wadata et 31 % des participantes Girma les ont entendus 2 à 4 fois.

Le **Tableau 33** montre les expositions des hommes aux messages sur le lavage des mains au cours des 3 derniers mois

La majorité des hommes des régions de Wadata (66%) et de Girma (84%) avaient entendu des messages sur le lavage des mains au cours des 3 derniers mois, alors que seulement 13% des hommes de Hamzari avaient entendu ces messages. La plupart des participants ont entendu ces messages par radio (allant de 13 à 67 %), tandis que 20 % des participants Wadata et 58 % des participants Girma les ont également entendus par l'intermédiaire d'un agent de santé.

TABLEAU 32 EXPOSITION DES FEMMES À DES MESSAGES SUR LE LAVAGE DES MAINS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	87.0	87.8	55.6	38.3	52.0	56.9	65.4	62.3	0.24
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	22.1	40.0	6.0	8.5	23.6	10.7	17.8	20.4	0.25
TV	1.5	2.9	0.5	0.0	1.3	0.4	1.1	1.2	0.92
Événement communautaire	20.0	11.3	5.0	1.0	22.1	31.1	16.3	15.2	0.59
Travailleur de la santé	75.8	72.3	36.2	29.1	13.9	30.5	42.3	44.8	0.29
Bénévole communautaire	16.0	9.9	13.4	7.5	4.0	2.1	11.0	6.4	0.00
Leader communautaire	13.7	2.1	12.2	3.2	6.5	4.8	10.7	3.4	0.00
Voisin	7.4	2.5	4.0	1.2	5.5	11.8	5.7	5.4	0.77
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	5.5	0.96	1.9	0.05
Message mobile	0.0	0.0	1.0	0.5	0.2	0.0	0.4	0.2	0.25
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.2	0.0	0.07
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.16
Médias sociaux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.32
Combien de fois									0.18
Pas entendu	13.0	12.4	44.4	61.7	48.0	43.1	34.6	37.8	
Une fois	5.7	8.0	5.0	6.2	5.5	4.8	5.4	6.4	
2-4 fois	45.6	50.9	38.2	26.9	31.4	37.6	38.4	39.1	
5-10 fois	30.0	23.3	8.2	5.0	10.1	12.6	16.5	14.1	
Plus de 10 fois	5.7	5.5	4.2	0.3	5.1	1.9	5.0	2.7	

Alors que 87 % des participants Hamzari, 34 % des participants Wadata et 16 % des participants Girma n'ont pas entendu ces messages, 28 % des participants Wadata et 36 % des participants Girma les ont entendus plus de 10 fois.

Obstacles à la recherche de soins de santé

Les **tableaux 34** et **35** résumant les indicateurs liés au revenu des ménages et aux obstacles à la recherche de soins de santé.

Le **Tableau 34** décrit les obstacles à la recherche de soins de santé chez les femmes mariées en âge de procréer.

Peu de participantes ont travaillé pour de l'argent au cours des 12 derniers mois (8-21%). Interrogées sur les différentes raisons pour lesquelles les femmes ont des difficultés à obtenir des conseils ou un traitement médical, la moitié des femmes déclarent que le fait d'y

aller seule n'est pas un obstacle, tandis qu'environ les deux tiers des femmes déclarent que le transport et la distance jusqu'aux centres de santé sont un problème. L'autorisation de consulter un médecin est un obstacle pour les trois quarts des femmes, tandis que l'argent est le principal obstacle à la recherche de soins de santé.

Le **Tableau 35** présente les obstacles à la recherche de soins de santé chez les hommes mariés en âge de procréer.

La plupart des participants masculins ont travaillé pour de l'argent au cours des 12 derniers mois. Interrogés sur les différentes raisons pour lesquelles les hommes ont des difficultés à obtenir des conseils ou un traitement médical, environ les deux tiers des hommes déclarent que le transport à distance jusqu'au centre de santé est un obstacle et, comme pour les femmes, l'argent était le principal obstacle à la recherche de soins de santé.

TABLEAU 33 EXPOSITION DES HOMMES À DES MESSAGES SUR LE LAVAGE DES MAINS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A entendu des messages au cours des 3 derniers mois	13.1	7.5	65.6	72.3	83.6	86.0	52.4	54.6	0.47
Où avez-vous entendu ces messages (sélectionnez tous)									
Radio	13.1	7.5	45.7	49.5	66.8	66.2	40.9	40.8	0.97
TV	0.8	0.9	3.8	0.0	5.5	4.0	3.3	1.7	0.27
Événement communautaire	0.8	1.3	0.5	0.5	42.7	64.0	15.1	22.8	0.00
Travailleur de la santé	3.0	1.3	19.9	27.2	57.7	63.2	26.6	30.8	0.12
Bénévole communautaire	0.0	0.9	10.2	1.0	35.9	37.3	15.4	13.6	0.35
Leader communautaire	0.4	0.0	0.0	0.0	20.0	31.6	7.0	11.0	0.02
Voisin	0.0	0.0	1.1	2.5	27.3	33.3	9.6	12.3	0.05
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	18.9	6.8	6.5	0.76
Message mobile	4.6	0.4	0.0	0.5	5.0	8.8	3.4	3.4	0.96
Journal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Matériel promotionnel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Na
Médias sociaux	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.2	0.3	0.63
Combien de fois									0.01
Pas entendu	86.9	92.5	34.4	27.7	16.4	14.0	47.6	45.4	
Une fois	0.0	0.0	8.1	7.9	0.9	1.3	2.6	2.9	
2-4 fois	7.2	5.3	17.7	18.3	19.6	8.8	14.5	10.5	
5-10 fois	5.1	1.8	11.8	20.3	27.3	49.6	14.6	24.1	
Plus de 10 fois	0.8	0.4	28.0	25.7	35.9	26.3	20.7	17.2	

TABLEAU 34 OBSTACLES À LA RECHERCHE DE SOINS DE SANTÉ CHEZ LES FEMMES MARIÉES EN ÂGE DE PROCRÉER

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=476 (%)	COMP N=477 (%)	INTER N=403 (%)	COMP N=402 (%)	INTER N=475 (%)	COMP N=476 (%)	INTER N=1,355 (%)	COMP N=1,354 (%)	
A travaillé au cours des 12 derniers mois pour de l'argent	7.6	11.1	9.4	8.7	17.1	21.2	11.5	14.0	0.08
Pour différentes raisons, les femmes ont des difficultés à obtenir un avis médical ou un traitement. Lorsque vous êtes malade et que vous souhaitez obtenir un avis médical ou un traitement, chacun des points suivants constitue-t-il un problème important ou non important ?									
Pas important d'obtenir la permission de voir un médecin	15.1	18.2	20.4	32.3	35.8	25.4	23.9	25.0	0.50
Pas important d'obtenir de l'argent pour le traitement	10.1	12.8	15.1	21.1	15	11.6	13.3	14.8	0.45
Pas important la distance pour arriver à un centre de santé	25.2	30.4	23.1	28.6	57.3	51.3	35.8	37.2	0.62
Pas important-transport	26.3	32.9	24.8	30.9	42.1	44.5	31.4	36.4	0.26
Pas important — aller seul	47.5	62.7	20.8	19.4	79.8	75.4	50.9	54.3	0.20

TABLEAU 35 OBSTACLES À LA RECHERCHE DE SOINS DE SANTÉ CHEZ LES HOMMES MARIÉS EN ÂGE DE PROCRÉER

	HAMZARI		WADATA		GIRMA		TOTAL		P-VALUE
	INTER N=237 (%)	COMP N=227 (%)	INTER N=186 (%)	COMP N=202 (%)	INTER N=220 (%)	COMP N=228 (%)	INTER N=643 (%)	COMP N=657 (%)	
A travaillé au cours des 12 derniers mois pour de l'argent	62.9	44.5	58.6	60.9	96.8	99.1	73.3	68.5	0.18
Pour différentes raisons, les hommes ont des difficultés à obtenir un avis médical ou un traitement. Lorsque vous êtes malade et que vous souhaitez obtenir un avis médical ou un traitement, chacun des éléments suivants constitue-t-il un problème important ou non important?									
Pas important d'obtenir de l'argent pour le traitement	16.9	30.8	1.6	8.9	25.9	23.7	15.6	21.6	0.03
Pas important la distance pour arriver à un centre de santé	16.5	16.7	14.5	17.8	72.7	61.0	35.2	32.4	0.68
Pas important le transport	18.6	18.9	13.4	17.8	65.9	62.7	33.3	33.8	0.47

Principales conclusions et recommandations

Ce rapport technique présente les résultats complets de l'enquête de référence entreprise entre avril et mai 2021. Au cours de la période 2021 à travers 2022 et 2023, les vagues de référence, médiane et finale de l'enquête seront utilisées pour évaluer l'efficacité des activités du RISE II intégré dans le CSC pour le mariage précoce, la PF, la santé maternelle, la vaccination, la nutrition infantile, et les comportements EAH dans les régions de Maradi et Zinder au Niger. Dans le cadre de cette évaluation, les enquêtes mesureront non seulement les changements dans les résultats comportementaux dans ces domaines de santé, mais mesureront également si certains facteurs comportementaux ou idéations ont été modifiés par les activités de CSC au cours de la durée du programme. Ces enquêtes sont uniques en ce sens qu'elles mesurent également les déterminants intermédiaires des résultats comportementaux. Ce rapport de référence fournit d'importantes preuves pertinentes pour le programme afin d'éclairer l'adaptation et la mise à l'échelle du CSC au cours de cette première période de mise en œuvre.

Les principales conclusions et recommandations pour les différents domaines de la santé sont décrites dans les sections suivantes. À l'avenir, des analyses approfondies de l'ensemble de données de référence résumées dans des manuscrits, des mémoires de recherche programmatique et des présentations fourniront des preuves supplémentaires de l'importance relative des différentes idées sur les résultats comportementaux dans les domaines de la santé. Nous examinerons également plus en détail le rôle de la communication avec les partenaires et des normes de genre ; l'influence de l'environnement, y compris la sécheresse et le changement climatique, sur les comportements de santé ; et comment nous pouvons séquencer ou superposer les messages de comportement CSC pour tirer parti des synergies entre les résultats de santé.

1. Description des ménages et de la population étudiée

L'accès aux téléviseurs est faible. Moins de 10 % des ménages interrogés ont indiqué qu'ils possédaient un

téléviseur. Cependant, environ un quart des ménages ont indiqué qu'ils avaient une radio ou un téléphone portable.

- L'électricité n'était pas largement disponible. Seuls 5 % des ménages du groupe d'intervention avaient accès à l'électricité. Cependant, la disponibilité des panneaux solaires était plus répandue avec 12 % des ménages dans les zones d'intervention et 13 % des ménages dans les zones de comparaison indiquant qu'ils possédaient un panneau solaire.
- La majorité des femmes interrogées avaient entre 25 et 34 ans, tandis que la majorité des hommes interrogés avaient entre 35 et 49 ans. Les femmes du groupe de comparaison étaient légèrement plus jeunes que celles du groupe d'intervention. Cependant, les groupes d'âge des hommes interrogés avaient une distribution similaire.
- Très peu d'hommes et de femmes interrogés avaient fréquenté une école formelle. Environ 85 % des hommes et des femmes n'avaient jamais fréquenté l'école.
- Environ 90 % des femmes n'avaient pas du tout regardé la télévision au cours de la semaine précédant l'enquête, comparativement à environ 70 % des hommes. Deux tiers des femmes n'avaient pas écouté la radio contre un cinquième des hommes. Il y avait des différences entre les groupes d'étude, avec moins de 10% de femmes dans le groupe d'étude Wadata indiquant qu'elles avaient écouté la radio dans la semaine précédant l'enquête. Parmi les hommes des groupes d'étude Hamzari, 98% des hommes avaient écouté la radio dans la semaine précédant l'enquête.
- Les résultats de base ont trouvé des échantillons d'intervention et de comparaison relativement équilibrés malgré l'absence de conception aléatoire. L'échantillon de comparaison était légèrement plus instruit et plus jeune par rapport à la zone d'intervention, ce qui peut contribuer aux différences dans certains indicateurs.

Recommandations

- En considérant l'exposition limitée de la population étudiée aux médias de masse et de ses faibles niveaux d'éducation, envisagez davantage d'approches CSC basées sur la communauté et incluant des approches liées à la CIP. Cela peut inclure le partage de programmes de stations de radio via des cartes mémoire avec des groupes d'écoute, comme proposé par Girma, ainsi qu'un recours accru à des bénévoles de santé communautaire, comme proposé par Wadata.
- Nous appliquerons une pondération entropique pour tenir compte des différences dans l'échantillon lors de l'analyse d'évaluation finale afin d'établir un échantillon équilibré entre les groupes d'intervention et de comparaison.

2. Mariage d'enfants

- L'âge médian au mariage des femmes et l'âge que l'enquêtée pense qui est approprié pour se marier est désaligné dans les groupes d'étude Hamzari et Girma. Dans les deux groupes, l'âge médian du mariage chez les femmes est de 15 ans, tandis que l'âge que les femmes pensent que l'âge approprié est de 16 à 17 ans. Cependant, une tendance similaire dans les groupes d'étude Wadata n'est pas observée car l'âge médian du mariage (15 ans) est cohérent avec l'âge auquel le répondant pense qu'une femme devrait se marier.
- Chez les hommes, l'âge médian du mariage est de 20 ans et correspond à l'âge auquel le répondant pense qu'un homme devrait être marié.
- La plupart des hommes et des femmes notent que leur famille a pris la décision de se marier. Cela était particulièrement répandu dans la zone d'étude de Girma, où près de 90 % des femmes du groupe d'intervention ont indiqué que leur famille avait pris la décision de se marier.
- Les attitudes dominantes liées à l'acceptabilité du mariage d'enfants visent davantage à s'assurer qu'une fille n'a pas de relations sexuelles avant le mariage plutôt qu'à la suite directe du mariage pour éviter la pauvreté.
- Les normes sociales étaient les plus fortes dans les groupes d'étude de Wadata, plus de 70 % des répondants notant que leurs voisins pensaient que

les filles devraient se marier dès qu'elles atteignent la puberté.

- Nous n'avons pas observé de différences d'exposition liées aux messages sur le mariage d'enfants dans les groupes d'intervention et de comparaison regroupés. Cependant, nous avons noté des niveaux globalement faibles d'exposition aux informations dans les zones d'étude de Wadata, tandis que les hommes signalent une exposition plus élevée aux informations sur le mariage d'enfants par rapport aux femmes dans les zones d'étude de Girma.
- La radio, les événements communautaires et les agents de santé (femmes uniquement) étaient les sources d'information les plus citées.

Recommandation

- En considérant l'importance que les membres de la famille (par exemple, les pères) et les chefs religieux jouent pour déterminer quand les hommes et les femmes sont mariés, les approches CSC doivent garantir que les activités sont orientées vers la communauté au sens large lors de la discussion sur le mariage précoce et communiquer que le corps d'une fille est encore en train de mûrir des années après le début de la puberté.

3. Planification familiale

- La majorité des femmes interrogées connaissaient au moins trois méthodes modernes de PF. Cependant, le niveau de connaissances varié selon le groupe d'étude. Dans la zone d'étude de Girma, plus de 70% des hommes et des femmes connaissaient au moins 3 méthodes. Cependant, dans la zone d'étude de Hamzari, plus de 90 % des femmes connaissaient 3 méthodes alors que moins de 50 % des hommes connaissaient 3 méthodes.
- Malgré les niveaux élevés de connaissances de la PF, les niveaux d'utilisation de la contraception ne sont pas élevés et varient selon la zone d'étude (34% dans la zone d'intervention de Hamzari, 15% dans la zone d'intervention de Wadata, et 25% dans la zone d'intervention de Girma).
- Les attitudes à l'égard de la PF suggèrent que près de la moitié des femmes interrogées et moins de la moitié des hommes interrogés conviennent qu'il est acceptable pour une femme d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans et qu'il est acceptable de limiter le

nombre d'enfants qu'elle a, ce qui suggère qu'il est possible que les approches CSC se concentrent sur l'amélioration des attitudes liées au moment et à l'espacement sains des grossesses.

- Le rôle des chefs religieux est particulièrement important dans le contexte nigérien. Dans la zone d'intervention de Hamzari, les chefs religieux sont perçus comme relativement plus favorables à la PF par rapport aux zones d'intervention de Wadata et Girma.
- La communication liée à la PF et à la prise de décision avec les partenaires est un déterminant comportemental important lié à l'utilisation de la contraception. Un tiers des femmes ont déclaré que l'utilisation d'une méthode de PF était la décision de leur partenaire et environ 60% des hommes ont déclaré que c'était leur décision.
- Les agents de santé sont la principale source d'information sur la PF pour les femmes dans la zone d'étude de Hamzari plus de 70 % et; pour 20 % dans la zone d'intervention de Wadata et 14 % dans la zone d'intervention de Girma, suivis par les événements communautaires et la radio.

Recommandations

- La promotion de messages visant à accroître la sensibilisation à l'importance d'un calendrier et d'un espacement sains des grossesses, et aux moyens d'atteindre un calendrier et un espacement sains grâce à différentes options contraceptives, en particulier parmi le public masculin peut-être une approche importante étant donné que les hommes jouent un rôle important dans la prise de décision liée à l'utilisation de la PF.
- Étant donné le rôle que jouent les chefs religieux pour influencer les hommes dans les communautés, il peut être utile d'envisager de tirer parti de leur influence pour encourager la communication entre partenaires et la prise de décision conjointe liée à l'utilisation de la PF.

4. Santé maternelle

- La plupart des répondants savent qu'une femme devrait assister à quatre CPN ou plus et accoucher dans un établissement. Cependant, un quart des femmes du groupe d'intervention groupé pensent qu'une femme enceinte n'a besoin de CPN que si elle

est malade, et environ 40 % des hommes pensent qu'il est préférable d'utiliser les soins de santé traditionnels pendant la grossesse plutôt que de se rendre dans un établissement de santé pour des CPN.

- Le pourcentage de femmes qui ont assisté à 4 ou plus CPN et qui ont accouché dans un établissement de santé pour l'accouchement le plus récent était d'environ 50 % pour les zones d'intervention regroupées et de comparaison. Cependant, des taux plus élevés d'accouchement en établissement étaient observés chez les femmes de la zone d'intervention de Hamzari (72%) par rapport à la zone d'intervention de Wadata (41%).
- Les agents de santé sont la principale source d'information sur la santé maternelle pour les femmes dans la zone d'étude de Hamzari (plus de 80 %), plus de 40 % dans la zone d'intervention de Wadata, et plus de 50 % dans la zone d'intervention de Girma, suivie par des événements communautaires et radio. La radio est la source d'information la plus citée par les hommes dans la zone d'étude de Girma et contribue à un pourcentage élevé d'hommes citant la radio comme source d'information pour la santé maternelle dans les 3 mois précédant l'enquête.

Recommandations

- La promotion de messages visant à traiter les déterminants comportementaux, y compris les attitudes à l'égard de l'utilisation des CPN et des établissements de santé pour l'accouchement par le biais d'émissions de radio diffusées le soir, peut aider, en particulier auprès du public masculin, à renforcer le soutien des femmes à l'obtention de soins de santé pendant la grossesse et l'accouchement.
- Les agents de santé peuvent être des vecteurs efficaces d'informations relatives aux services de soins de santé maternelle ; les programmes de CSC doivent travailler en collaboration avec l'activité de Kulawa pour garantir que les approches qui engagent les membres de la communauté et les prestataires de santé sont efficacement partagées.
- Compte tenu des vastes distances géographiques dans la zone d'intervention de Wadata, il peut être utile d'envisager d'utiliser les programmes CSC pour promouvoir l'élaboration d'un plan de préparation à l'accouchement qui facilitera le transport des

femmes vers les établissements de santé pour l'accouchement.

- Pour la zone d'intervention de Girma, il peut être nécessaire d'explorer davantage les obstacles à l'utilisation des services de livraison qui peuvent être culturels ou liés à la qualité des services fournis.

5. Vaccination

- Les connaissances concernant le moment et le nombre de visites qu'un enfant devrait avoir pour les vaccinations étaient faibles chez les femmes et les hommes. Moins de 20 % des femmes savent qu'un enfant devrait recevoir son premier vaccin au cours de la première semaine suivant sa naissance, tandis que les deux tiers savent que l'enfant devrait recevoir cinq vaccins ou plus. Seul un tiers des hommes savent à la fois que les enfants doivent recevoir leur premier vaccin au cours de la première semaine suivant la naissance et qu'ils doivent recevoir cinq vaccins ou plus.
- Malgré ces faibles niveaux de connaissances, les attitudes vis-à-vis des vaccinations étaient largement positive, avec plus de 90% des répondants indiquant des attitudes favorables vis-à-vis des vaccins.
- Les agents de santé sont la principale source d'information des femmes sur les vaccinations plus de 80% dans la zone d'intervention de Hamzari ; 40% dans la zone d'intervention de Wadata, et 26% dans la zone d'intervention de Girma, suivis des événements communautaires et de la radio. Peu d'hommes se souviennent des messages liés aux vaccinations dans les zones d'étude de Hamzari (plus de 95% n'ont pas entendu de message au cours des 3 mois précédents). Dans la zone d'intervention de Girma, 56% des hommes cités les agents de santé comme source d'information.

Recommandations

- Les faibles niveaux de connaissances sur le moment et le nombre de vaccins par rapport aux attitudes globales positif des répondants à l'égard de l'importance des vaccinations suggère que les programmes de CSC devraient se concentrer sur l'amélioration des connaissances sur le moment où un enfant devrait recevoir son premier vaccin et le nombre de vaccins que l'enfant devrait recevoir et devraient utiliser des sources d'information

couramment signalées telles que les travailleurs de la santé et les événements communautaires.

- Les efforts visant à intégrer les chefs religieux ou les membres traditionnels de la communauté, tels que les barbiers traditionnels qui rasant la tête de l'enfant au cours de la première semaine de vie, peuvent tirer parti de cette opportunité de parler avec les pères et de partager des informations sur le moment approprié pour qu'un enfant reçoive ses premiers vaccins.

6. Nutrition de l'enfant, y compris l'allaitement et l'alimentation complémentaire

- Peu de femmes (environ 18 % dans la zone d'intervention regroupée et 21 % dans la zone de comparaison regroupée) savaient que les femmes ne devaient donner à leur enfant que du lait maternel pendant les 6 premiers mois et plus de la moitié des femmes pensaient qu'un parent devait introduire de la nourriture et des liquides dans une l'alimentation de l'enfant avant qu'il n'atteigne l'âge de 6 mois. Un tiers des femmes ont également noté que donner à un enfant uniquement du lait maternel pendant les 6 premiers mois de la vie d'un enfant serait très difficile ou un peu difficile.
- Dans l'ensemble, les femmes avaient des attitudes positives à l'égard de l'allaitement et de l'engagement des pères à soutenir l'alimentation complémentaire, mais les hommes signalent des difficultés à aider les femmes à allaiter.
- Deux tiers des femmes de la zone d'intervention regroupée ont déclaré que les enfants de 6 à 23 mois d'âge devraient recevoir 4 repas ou plus, contre 79 % dans la zone de comparaison regroupée. Cependant, moins d'un quart des répondants des deux groupes ont indiqué que les enfants devraient manger au moins quatre groupes d'aliments par jour.
- La plupart des femmes et des hommes (plus de 75 %) avaient des attitudes positives envers la diversité alimentaire et la fourniture d'un régime alimentaire minimum acceptable. Cependant, plus d'un tiers des femmes et un homme sur cinq ont déclaré qu'il serait très difficile de fournir à un enfant cinq types d'aliments différents par jour, ce qui peut être dû au fait que l'étude s'est déroulée pendant la saison sèche mais aussi à cause d'un manque de

compréhension du potentiel des aliments locaux en tant que forme d'augmentation de la diversité alimentaire et de la nutrition.

- La majorité des femmes dans les zones d'intervention regroupées et de comparaison (environ 60 %) ont entendu des messages sur l'importance de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire. Les principales sources d'information sont la radio, les travailleurs de la santé, les événements communautaires et les bénévoles. Il est intéressant de noter que dans les zones d'étude de Girma, un certain nombre d'hommes et de femmes interrogés se souviennent avoir entendu des messages liés à l'allaitement et à l'alimentation complémentaire de la part de leurs voisins. Moins de femmes (environ 49 % dans la zone d'intervention regroupée et 43 % dans la zone de comparaison regroupée) avaient entendu des messages liés à l'importance de la diversité alimentaire et d'un régime alimentaire minimum acceptable.

Recommandations

- Les programmes de CSC devraient envisager de mieux comprendre pourquoi les femmes pensent qu'il serait difficile ou très difficile d'allaiter exclusivement les enfants de moins de 6 mois, car cela peut être lié au faible niveau de connaissances sur la durée pendant laquelle les femmes devraient allaiter exclusivement les enfants.
- En outre, les programmes CSC peuvent tirer parti d'influenceurs clés tels que le personnel de santé pour soutenir/encourager les mères à continuer d'allaiter et dissiper les idées fausses sur l'approvisionnement en lait maternel.
- La pauvreté persistante et les ressources agricoles limitées influencent la capacité des parents à offrir une diversité alimentaire aux jeunes enfants. Les programmes CSC doivent réfléchir à la manière dont ils peuvent donner aux parents les moyens de fournir des régimes alimentaires diversifiés dans un régime aux ressources limitées.

7. Eau, assainissement et hygiène

- Pendant la saison sèche et les périodes de sécheresse, l'accès à l'eau potable peut devenir plus difficile lorsque les forages et les puits sont secs et que la qualité de l'eau devient plus trouble. Dans les

groupes d'étude Hamzari et le groupe d'intervention Girma, la population de l'étude a un meilleur accès à l'eau de la fontaine publique (près ou plus de 50 %), ce qui indique qu'il peut être moins nécessaire de traiter l'eau car la qualité de l'eau est meilleure. Cependant, dans les groupes d'étude de Wadata, les niveaux d'eau de la fontaine publique disponibles sont relativement faibles et une plus grande dépendance à l'égard des puits/pompes/forages creusés, indique un plus grand besoin d'interventions comportementales axées sur le traitement de l'eau potable pour la rendre potable. Il n'y avait pas de différence notable entre les groupes d'intervention regroupés et les groupes d'étude de comparaison.

- Plus de 90 % des ménages de la zone d'étude de Wadata n'avaient pas de toilettes contre environ 60 % à Girma et entre 46 à Hamzari. Peu ont des toilettes à chasse d'eau dans toutes les zones d'étude, probablement en raison du coût élevé de l'installation.
- Les attitudes et les normes sociales liées au lavage des mains aux moments appropriés étaient largement positives, et la plupart des répondants ont indiqué qu'il ne serait pas du tout difficile de se laver les mains aux moments critiques.
- La plupart des répondants ont indiqué qu'ils se lavaient les mains à l'eau et au savon bien que moins de la moitié des ménages interrogés disposaient d'une station fixe de lavage des mains et très peu avaient du savon observé à la station.
- Il y avait un fort rappel des messages de lavage des mains chez les hommes et les femmes au cours des trois mois précédant l'enquête (plus de 50 % dans les zones d'intervention et de comparaison), en particulier de la radio, et des agents de santé et des événements communautaires, des bénévoles et des dirigeants.

Recommandations

- Les approches CSC devraient chercher à remédier au décalage entre les niveaux élevés de déterminants comportementaux intermédiaires et les comportements autodéclarés et les pratiques comportementales EAH observées limitées telles que la disponibilité d'une station de lavage des mains avec du savon et de l'eau ainsi que la présence d'une latrine, en particulier dans les zones Wadata d'enquête.

- Compte tenu de la disponibilité limitée de l'eau, en particulier dans ce contexte sujet à la sécheresse, il peut également être important d'envisager d'intégrer les approches CSC à des activités multisectorielles plus larges qui traitent de l'accès à l'eau.

8. Obstacles à la recherche de soins de santé

- Moins de 20% des femmes interrogées n'ont pas travaillé pour de l'argent au cours des 12 derniers mois, tandis que la majorité des hommes, en particulier dans la zone d'étude de Girma (plus de 90%) ont travaillé pour de l'argent.
- Interrogés sur les différentes raisons pour lesquelles les répondants ont de la difficulté à obtenir un traitement médical, l'obstacle le plus courant était l'argent, tant pour les femmes que pour les hommes.

Recommandations

- La disponibilité de ressources financières pour obtenir des conseils ou des soins médicaux peut influencer sur les comportements en matière de santé. Les approches CSC qui permettent aux communautés de tirer parti des ressources collectives pour surmonter les obstacles à la recherche de soins plutôt que de se concentrer spécifiquement sur les interventions au niveau individuel doivent être envisagées, car elles peuvent être plus efficaces pour améliorer les comportements de santé.
- Cibler les hommes sur la nécessité d'investir ou de payer pour les soins de santé, étant donné qu'ils contrôlent le plus souvent les ressources financières, peut également contribuer à renforcer l'accès des femmes aux soins de santé.

Limites

La collecte de données a eu lieu d'avril à mai 2021. En raison du COVID-19, l'équipe d'étude basée à Washington, DC n'a pas pu voyager et participer avec l'équipe basée au Niger à la formation et au pilotage de l'outil d'étude. Par conséquent, il était plus difficile d'assurer une surveillance étroite et de s'assurer que l'outil d'étude sur papier était correctement déployé sur l'application mobile. Un modèle de saut déployé de manière inexacte a entraîné l'échec de la collecte des mois d'âge pour certains enfants, compromettant ainsi

notre capacité à rapporter les indicateurs de santé et de nutrition des enfants dans le rapport de référence. Heureusement, les données comportementales sont disponibles et nous prévoyons de faire un suivi auprès des ménages de référence en mars 2022 pour collecter les informations manquantes liées à l'âge pour les enfants de référence. À ce moment-là, nous appliquerons rétroactivement ces informations aux indicateurs en question pour nous assurer que tous les indicateurs sont disponibles pour analyse à la fin. Nous avons proposé cette idée au CESAFA et n'anticipons pas d'augmentation des coûts. La décision de revisiter les mêmes ménages à mi-parcours nous donnera également l'opportunité d'évaluer les niveaux d'attrition à partir de la ligne de base et de déterminer la faisabilité de procéder à une enquête par panel pour l'évaluation complète. Si l'attrition n'est pas significative, nous modifierons la conception de l'étude transversale répétée en une conception de panel qui nous permettra de suivre les mêmes répondants tout au long de la mise en œuvre du programme, ce qui renforcera la conception de l'évaluation.

Conclusion

Les résultats de l'étude de base mettent en évidence le potentiel d'un programme CSC intégré associé à un développement dirigé par la communauté pour accroître l'accès et la demande de services de santé et, en fin de compte, améliorer les résultats liés à la santé. Les résultats montrent que l'utilisation de plusieurs canaux adaptés aux hommes et aux femmes pour diffuser des messages, favoriser la communication entre partenaires et remédier au désalignement des attitudes et des normes sociales est une approche prometteuse pour donner aux femmes, aux hommes et aux communautés les moyens d'améliorer leur santé.

Références

McLeroy, K. R., D. Bibeau, A. Steckler, & K. Glanz. 1988. « An ecological perspective on health promotion programs, » *Health Education & Behavior* 15(4): 351–377.

Packard, M. 2018. *Report on a Review of Social and Behavior Change Methods and Approaches within Food for Peace Development Food Security Activities*. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)/FHI 360.

Valente, T. W. et al. 2015. « Social network analysis for program implementation, » *PLoS ONE* 10(6): e0131712. doi: 10.1371/journal.pone.0131712

Population Council

4301 Connecticut Ave., NW | Suite 280
Washington, DC 20008
+1 202 237 9400
breakthroughactionandresearch.org