



JUIN 2012

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Récit d'une Recherche
Action en Communication
pour le Changement Social
et de Comportement dans
cinq communes de Maradi
et Zinder, Niger

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	4
a) Une Recherche Action : pourquoi ?	4
b) Une Recherche Action : comment ?	7
c) A qui s'adresse ce document ?	9
II. RECIT DE LA RECHERCHE ACTION	10
a) Quelques préalables	10
b) Les catalyseurs	15
c) Le dialogue communautaire	16
d) L'action collective	25
e) Le modèle	36
III. POUR CONCLURE	37

I. INTRODUCTION

a) Une Recherche Action : pourquoi ?

Au Niger, sur 1000 naissances 127 enfants décèdent avant d'atteindre l'âge¹ de cinq ans.

L'analyse des tendances récentes (2006-2010) de la mortalité des enfants montre une baisse importante et continue. Au cours de cette période, le risque pour un enfant de mourir avant l'âge de cinq a subi une baisse en passant de 198 à 127‰. Cette baisse est en grande partie imputable aux progrès enregistrés dans le domaine de la lutte contre la mortalité juvénile dont la baisse est estimée à 36% entre 2006 et 2012.

Pour démontrer que la Communication pour le Changement Social et de Comportement² peut contribuer à la réduction de ce taux de mortalité très élevé, l'Unicef et le Gouvernement du Niger ont initié une Recherche Action dans cinq communes de Maradi et Zinder en 2008. Celle-ci entend promouvoir l'adoption de pratiques préventives-dites Pratiques Familiales Essentielles (PFE) - en matière de santé, d'hygiène et de nutrition de l'enfant. Huit pratiques sont retenues pour leur impact démontré³.

¹ EDSN MICS 2012

² L'Unicef, à l'instar des Nations Unies, utilise aujourd'hui le concept de Communication pour le Développement.

³ Lancet 2003-2004.

**DONNER SEULEMENT
DU LAIT MATERNEL
JUSQU'À 6 MOIS**



**AJOUTER D'AUTRES
ALIMENTS À PARTIR
DE 6 MOIS**



**LAVER LES MAINS
AU SAVON**



**DORMIR SOUS UNE
MOUSTIQUAIRE
IMPRÉGNÉE TOUTES
LES NUITS**



**RÉHYDRATER
L'ENFANT AVEC SRO
EN CAS DE DIARRHÉE**



**VEILLER AUX SOINS
PRÉVENTIFS DE
SANTÉ DE L'ENFANT**



**AMENER L'ENFANT
AU CENTRE DE SANTÉ
AUX PREMIERS
SIGNES DE MALADIE**



**ESPACER LES
NAISSANCES POUR
LE BIEN ÊTRE DE
LA FAMILLE**



L'objectif global de la Recherche Action est de contribuer à la réduction de 30 % du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les 176 villages concernés⁴.

Les objectifs spécifiques sont au nombre de trois :

1. au moins 60 % des familles adoptent les PFE pour la survie et le développement de l'enfant ;
2. les communautés sont autonomisées pour pouvoir accompagner les changements individuels et sociaux et initier des actions collectives en matière de santé, hygiène et nutrition de l'enfant ;
3. un modèle de communication sur les PFE est développé et peut être répliqué dans d'autres régions du Niger.

Les stratégies de communication sont diverses et complémentaires :

- la communication pour le changement de comportement individuel ou communication interpersonnelle menée par les leaders communautaires, les relais communautaires et les cadres techniques formés et équipés ;
- la communication pour le changement social ou stimulation de la participation des communautés par le dialogue social et l'action collective ;
- la mobilisation sociale ou création de partenariats avec les leaders locaux, le secteur non-gouvernemental et les médias ;
- le plaidoyer ou amplification des voix de la communauté, en particulier en direction des décideurs locaux.

⁴ Voir liste des villages en Annexe 1.

Quatre ans après le démarrage des activités, peut-on démontrer que les objectifs de la Recherche Action sont atteints et que les stratégies de communication utilisées sont pertinentes ? Pour répondre à cette question, quelques jalons ont été posés au cours de l'année 2011 et 2012 :

- la conduite d'une enquête quantitative afin de mesurer les changements de comportements individuels, soit l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles ;
- la conduite d'une étude qualitative afin d'analyser les principaux déterminants des changements sociaux ;
- la modélisation de la Recherche Action en vue d'une large mise à l'échelle.

b) Une Recherche Action : comment ?

Pour démarrer ce processus de capitalisation on propose une chronique des faits à travers ces pages.

« *Que se passe-t-il dans les villages de la Recherche Action ?* » Un modèle de communication académique a servi de référence pour systématiser le récit : ***le Modèle Intégré de Communication pour le Changement Social***⁵.

Ce modèle expose un processus itératif où dialogue communautaire et action collective se complètent, sous l'influence de catalyseurs internes ou externes, pour produire des changements individuels et sociaux dans les communautés en faveur du bien-être de tous ses membres⁶.

⁵ Figueroa M.E., Lawrence Kincaid D., Rani M., Lewis G., *Communication for Social Change : An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes, Communication for Social Change Working Paper Series I, The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs, New York, 2002.*

⁶ Figueroa M.E., Lawrence Kincaid D., Rani M., Lewis G., *ibidem.*

Il est pertinent car :

- il reconnaît les catalyseurs – aussi bien externes qu’internes - comme agents de changement ;
- il valorise la communication pour le changement social - dialogue communautaire et action collective - comme stratégie essentielle aux changements tant individuels que sociaux ;
- il a été développé à partir d’initiatives communautaires dans le domaine de la santé et dans des contextes similaires au Niger.



Le récit de la Recherche Action se décompose en quatre parties :

- la première présente les activités stratégiques *préalables* aux activités communautaires (niveaux macro et meso) ;
- la seconde introduit les *catalyseurs* identifiés comme agents de changement (niveaux meso et micro) ;
- la troisième décortique le *dialogue communautaire* (niveau micro) ;
- enfin, la quatrième met l'emphase sur *l'action collective* (niveau micro).

La description du dialogue communautaire et de l'action collective est organisée en étapes bien déterminées, tel que dans le modèle original. Les étapes sont présentées de manière chronologique mais dans la réalité, elles peuvent survenir en même temps ou se répéter. Ce qui est important, c'est que la majorité des étapes fassent partie du processus pour permettre l'atteinte de changements durables. Chaque étape sera introduite par un chapeau théorique et suivie de la chronique des faits dans les villages.

c) A qui s'adresse ce document ?

Ce document a été rédigé à partir d'une revue documentaire, de la supervision formative et du récit empirique des acteurs de terrain.

Ce modèle de communication, alimenté des évidences issues de l'enquête quantitative et l'étude qualitative, s'adresse en particulier aux décideurs politiques et techniques en Santé et en Communication, aux bailleurs de fonds latéraux et multilatéraux, aux institutions internationales – dont les bureaux de l'Unicef au-delà du Niger. La diffusion concerne aussi les communautés, principales actrices de la Recherche Action.

Bonne lecture !

GUIDO CORNALE

Représentant Unicef - Niger

II. RÉCIT DE LA RECHERCHE ACTION

a) Quelques préalables

Un certain nombre d'activités stratégiques ont été exécutées « en amont » des interventions de communication sur le terrain, soit au niveau national (macro), soit au niveau régional (meso). Elles constituent les piliers de la Recherche Action dans les villages et sont à ce titre incontournables.

Préalable 1 : *Conception de la Recherche Action*

La Recherche Action est conçue au niveau national par une équipe multidisciplinaire dont les membres sont issus de l'Unicef et du Gouvernement du Niger. Un document de présentation et un cadre logique⁷ servent de références pour guider les interventions développées dans 21 villages au départ, ensuite 121 et enfin 176 (*voir Annexe 1*). On parle alors de « Recherche Action » ou de « Projet Pilote ». Par la suite, les interventions s'étendent au-delà des sites initiaux de mise en œuvre et on parle de plus en plus « d'Approche PFE ». Dans ce document, nous utiliserons le terme « Recherche Action » car le focus est porté sur les sites de mise en œuvre initiaux.

⁷ *Cadre logique du Projet PFE (2009-2010), Unicef Niger, 2009.*



Préalable 2 : *Analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de PFE*

Une analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) relatives aux PFE est conduite dans 6 villages cibles (sur 21) de la commune de Sarkin Yamma. Elle est menée par une équipe multidisciplinaire (socio-anthropologue, économiste, statisticien et communicateur) et coordonnée par une consultante internationale en socio-anthropologie.

L'analyse comprend trois volets :

- Le recensement des « opportunités » et « obstacles » à l'adoption des PFE (par ex. services sociaux de base, canaux de communication, etc.)
- Une étude CAP portant sur trois PFE (lavage des mains, utilisation de la moustiquaire imprégnée et connaissance des signes de danger et des premiers soins en cas de paludisme, diarrhée et infection respiratoire).
- L'analyse de l'étude CAP sur l'allaitement maternel exclusif, réalisée en 2007 par Koné M. et Keith M.

Préalable 3 : *Choix de l'ONG de mise en oeuvre*

Des ONG nationales sont chargées de la mise en œuvre du paquet communautaire de promotion des PFE. Les critères de choix des ONG se basent sur l'expérience développée

et leurs capacités prouvées en matière de communication pour le changement de comportement, à savoir :

- Adopter une démarche commune de communication pour le changement de comportement fondée sur une approche participative des communautés ;
- Maîtriser des techniques de communication interpersonnelle et d'animation de groupes ;
- Appliquer les outils de suivi et d'évaluation des indicateurs ;
- Développer des mécanismes d'intégration des cadres techniques de l'administration à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités de terrain ;
- Travailler en réseau pour accroître la coordination, le suivi et l'évaluation des résultats conjoints au niveau de la survie de l'enfant.

Préalable 4 : Présentation de la Recherche Action

Une première réunion de présentation de la Recherche Action est organisée au niveau régional, avec la participation des autorités politiques, administratives et coutumières, des cadres des services techniques du Gouvernement, de représentants de la société civile (ONG) et des médias. Les objectifs et résultats attendus de la Recherche Action, ainsi que les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes sont exposés et discutés. Les feed - back des uns et des autres - portant surtout sur le partage des responsabilités relatifs à la Recherche - sont intégrés.

Préalable 5 : Définition des rôles et reponsabilités

De cette consultation découle le partage des rôles et responsabilités suivants :

- Autorités politiques, administratives et coutumières : coordination et harmonisation des interventions des partenaires pour une prise en compte

optimale des politiques et stratégies sectorielles et le développement de synergies autour des services communautaires ;

- Services techniques de l'Etat : membres des Comités de pilotage aux niveaux national, régional, départemental et communal. Ils interviennent à toutes les étapes de la Recherche Action, de la conception à la mise en œuvre, en passant par la supervision. Leur rôle est important pour la réorientation éventuelle de la Recherche et la capitalisation des leçons apprises ;
- Société civile (ONG) : les ONG apportent l'assistance technique pour la mise en œuvre de la Recherche, le suivi et l'évaluation des activités au niveau communautaire ;
- Médias : ils sont principalement chargés de la mobilisation sociale et participent aux stratégies de communication pour le changement social et au plaidoyer.

Les cadres techniques nationaux et régionaux de l'Unicef appuient les différents acteurs pour l'accomplissement de leurs rôles et responsabilités.

Préalable 6 : Formation des formateurs

Une formation des formateurs est organisée à Maradi, Zinder et Niamey avant le démarrage de la Recherche Action. Tous les superviseurs et les animateurs recrutés par les ONG pour intervenir dans les villages ciblés et les cadres techniques régionaux concernés y participent⁸.

⁸ Au départ, 5 superviseurs (3 pour Maradi par zone, 2 pour Zinder) et 37 animateurs (1 pour 5 villages) sont recrutés et formés. Ces ratios sont établis sur base des leçons apprises d'approches communautaires similaires, les distances à parcourir entre les villages, le nombre de PFE à vulgariser. Dans la zone de Recherche Action, ces ratios sont standards. Ils peuvent varier ailleurs.



Ils sont accompagnés des cadres techniques nationaux de la Santé, de l'Education, de la Promotion de la Femme et de l'Enfant, des responsables de l'Office Radio Diffusion Télévision du Niger (ORTN), de représentants des stations radio régionales partenaires, des responsables de l'Association du Cinéma Numérique Ambulant (CNA), du Réseau des Arts Vivants (théâtre-forum) et des membres de la compagnie Koykoyo (marionnettes).

La formation porte sur les techniques de communication interpersonnelle, sur la mobilisation sociale et sur la conduite d'auto diagnostic communautaire (ADC) relatifs aux PFE. Les documents de formation sont développés au préalable par l'ONG burkinabé Mwangaza⁹. Sur la base de l'évaluation des compétences des participants¹⁰ et de leur niveau d'instruction, trois catégories de formateurs sont identifiés : les formateurs nationaux (Bac + 3, formateurs des formateurs) ; les formateurs régionaux (Bac + 1, formateurs des animateurs / superviseurs) et les formateurs locaux (Bac, formateurs des relais). *Une fois les acteurs principaux formés (niveaux macro et meso), la Recherche Action peut démarrer au niveau communautaire (niveau micro).*

⁹ Modules de formation de formateurs en communication sur les Pratiques Familiales Essentielles et Guide d'animation des ateliers d'autodiagnostic communautaire assisté sur les Pratiques Familiales Essentielles, Mwangaza Action, Niger, décembre 2008 – janvier 2009 (première version).

¹⁰ L'évaluation des compétences est réalisée par le biais d'un pré-test écrit en début de formation et d'un post test à la fin de la formation.



b) Les catalyseurs

L'expérience montre que les communautés prennent rarement l'initiative d'introduire un changement dans leurs pratiques habituelles sans l'appui d'un agent de changement « déclencheur » ou « catalyseur ». Celui - ci peut être externe ou interne. Il peut s'agir d'un stimulus endogène tel que la suggestion d'un chef local de discuter un problème ou de l'intervention exogène d'un animateur communautaire ou bien encore de la diffusion par un média de masse d'émissions participatives. Il peut aussi s'agir de la promulgation d'une nouvelle politique, de l'introduction d'une innovation technique (par exemple une nouvelle solution de réhydratation orale ou un vaccin) ou de la mise à disposition d'une technologie récente (telle qu'une méthode de contraception injectable).

Dans le cadre de la Recherche Action, les agents de changement ont été principalement externes. Il s'agit des animateurs et superviseurs recrutés par les ONG partenaires et des médias de masse et de proximité impliqués.

Pour autant, les catalyseurs étaient aussi internes, tels que les leaders communautaires (chefs de village en particulier, les imams, les matrones traditionnelles, les responsables des cases de santé) et bien entendu, les relais communautaires.

Le rôle de chacun des catalyseurs est résumé ci-dessous et est illustré à plusieurs reprises dans les pages qui suivent :

- Les animateurs sont chargés de l'encadrement de proximité des relais communautaires dans les villages. Ils assurent leur formation continue, supervisent les activités de communication interpersonnelle, la mobilisation sociale et le dialogue social. Ils appuient la collecte des données relatives au suivi communautaire d'adoption des PFE. Ces animateurs, salariés par les ONG partenaires, sont installés dans les communautés et servent d'interface entre les communautés et l'ONG dont ils dépendent.
- Les superviseurs accompagnent les animateurs dans la réalisation de leur mission sur le terrain. Ils sont basés dans les chefs lieux des régions et effectuent des sorties périodiques pour vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des activités, aident les animateurs à corriger les lacunes et à gérer les contraintes liées au déroulement des activités. Ils sont chargés du plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives et coutumières locales. Mensuellement, les superviseurs font la compilation des données des animateurs de leurs zones de supervision respectives et produisent un rapport d'activités.
- Les relais et les leaders communautaires sont les chevilles ouvrières de la Recherche Action car ils sont les interlocuteurs les plus proches des familles. Les relais, parfois accompagnés des leaders, mènent les visites à domicile, les causeries de groupe à petite échelle, et facilitent ou coordonnent les initiatives communautaires.

c) Le dialogue communautaire

Etape 1 : Reconnaissance du problème (réunion d'échange et d'information)

Le « catalyseur » a pour effet la prise de conscience du problème à l'intérieur de la communauté. Une personne, ou un groupe de personnes, constate l'existence d'un problème et partage ses inquiétudes. Grâce à l'input des catalyseurs, les membres de la communauté renforcent leur prise de conscience et leur reconnaissance du problème.

Au Niger, les causes de la mortalité infantile sont connues : paludisme, infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques, aggravés par la malnutrition. Pour autant, les familles et les communautés ne savent pas toujours pourquoi leurs enfants meurent et ne réalisent pas que des gestes simples, faciles et à leur portée permettent d'éviter ces décès.

Pour baser le dialogue communautaire sur les connaissances, croyances et compétences réelles des familles, l'analyse de la situation décrite au Préalable 2 a été fondamentale¹¹. Comme expliqué au Préalable 4, les résultats de l'analyse ont été d'abord présentés aux autorités politiques, administratives et coutumières. Pour autant, les leaders religieux locaux et les chefs de villages ont été associés. Ensuite, avec l'appui des animateurs et des élus locaux, ils restituent leur compréhension du contenu à leurs communautés respectives.

Cette réunion **d'échange et d'information** prend la forme d'une assemblée villageoise et reçoit l'appui des animateurs, superviseurs, cadres techniques et élus locaux. Il faut préciser que l'assemblée villageoise n'est pas une structure générée par la Recherche Action mais un mode de réunion naturel au sein des communautés au Niger.

A partir de là, la communication orale est catalysée et les villageois commencent à discuter les problèmes ressentis relatifs aux PFE dans leurs espaces de vie respectifs (puits, champs, places publiques, etc). La reconnaissance du problème est amplifiée grâce aux contacts inter-villages (au marché, au centre de santé intégré, lors de cérémonies, etc).

¹¹ *Recensement et analyse des facteurs structurels et comportementaux relatifs à l'adoption de quatre Pratiques Familiales Essentielles dans la commune de SarkinYamma : utilisation de la moustiquaire imprégnée, lavage des mains à l'eau et au savon, utilisation du sel de réhydratation orale et allaitement maternel exclusif, KONE Mariatou, Niger, juillet 2008*



Etape 2 : *Identification et implication des leaders et des parties prenantes (recrutement des relais)*

Les leaders, déjà engagés à chercher une solution, sont appuyés par des personnes ou groupes de personnes ressources qui peuvent contribuer à la résolution du problème. Ils sont issus de la communauté et sont directement touchés par le problème (parties prenantes). Il s'agit des mères et gardiennes d'enfants de moins de cinq ans notamment mais également d'autres individus ou groupes d'affinités suffisamment crédibles et engagés pour s'impliquer dans la résolution du problème.

Au cours de la même assemblée villageoise, les animateurs et superviseurs vont appuyer les chefs de village et leur communauté pour **le recrutement des relais**. Le recrutement des relais est un facteur de succès clé de la Recherche Action. De nombreuses figures locales participent activement à cette étape : cadres techniques, élus locaux (maire et conseillers municipaux), chefs de canton, imams et leaders religieux, groupements de femmes, groupements de jeunes, etc.

Le profil et la mission du relais communautaire sont largement débattus pour permettre aux candidat(e)s potentiel(le)s de se manifester en toute connaissance de cause¹². Leur tâche est cruciale car ils seront chargés de la communication interpersonnelle sur les PFE. Ils seront bénévoles.

Il est demandé aux postulant(e)s de se faire enregistrer auprès du chef de village dans les 48 heures, avant le retour des animateurs et superviseurs. Les membres du village connaissent les candidats potentiels et auront un rôle d'arbitrage déterminant. Deux jours après cette **réunion d'échange et d'information**, l'équipe externe (cadres techniques, animateurs et superviseurs) retournent dans les villages pour superviser le recrutement des relais, organisé par élection, également en assemblée villageoise.

Avant l'élection, les membres de l'équipe externe procèdent à une présélection des candidats par interview individuelle pour vérifier s'ils répondent au profil défini. Une fois la liste des candidats retenus partagée avec la communauté, les villageois se prononcent sur les candidas en lice (après que les candidats se soient retirés).

Enfin, il est proposé de composer un comité villageois aux fins spécifiques de suivi de la Recherche Action. Il comprendra au minimum le chef de village, l'imam, la matrone ou une femme influente.

Etape 3 : Clarification des perceptions (formation des relais)

Il est possible que différentes perceptions d'un problème existent au sein d'une communauté. Tant qu'un consensus sur la nature et les causes d'un problème n'est pas atteint, il est difficile d'identifier une réponse adéquate et acceptable face au problème. A ce stade, le dialogue est essentiel pour partager les différentes conceptions et croyances autour du problème. Il s'agit de reconnaître les savoirs, savoirs - faire et savoirs - être locaux pour parvenir à des solutions adaptées culturellement.

Au cours de la Recherche Action, un moment clé de clarification des perceptions est

¹² Profil du relais : Etre résident du village, Jouir d'une bonne moralité, Etre accepté par la communauté, Etre capable de diriger un groupe, Etre patient, disponible et dynamique, Savoir lire et écrire (en français ou être alphabétisé), Accepter le bénévolat, Avoir une expérience d'animation de groupe en tant que membre d'une structure de gestion à base communautaire : école / moulin / point d'eau / petits ruminants / santé...

la **formation des relais** sur les Pratiques Familiales Essentielles. Une fois élus, ils sont rassemblés avec les membres du comité villageois dans un « village de regroupement ». Chaque session de formation rassemble 35 à 40 personnes issues de plusieurs villages. La formation initiale dure 10 jours et est facilitée par une équipe de 2 formateurs locaux minimum.

Le matériel de formation est tiré des Modules de formation de formateurs en communication sur les Pratiques Familiales Essentielles. Les participants reçoivent un pagivolte¹³ où l'information est simplifiée, des affiches et du matériel de démonstration (kit d'hygiène, Sel de Réhydratation Orale, moustiquaire imprégnée d'insecticide - MII, etc). Ils se serviront de ce matériel pour les activités de communication de proximité au sein de la communauté. L'approche pédagogique est axée sur la pratique et laisse une grande place au dialogue afin d'atteindre une compréhension partagée des PFE. Les participants utilisent les pagivoltes et le matériel de démonstration tel qu'ils le feraient dans un village, de nombreuses animations et jeux de rôles testent leurs connaissances et compétences.

Une fois de retour dans leur village, les relais sont responsables de la mise en œuvre des activités de communication interpersonnelle (visites à domicile) et sont à ce titre en première ligne pour convaincre les familles et groupes d'affinités d'adopter les « gestes qui sauvent ».

Etape 4 : *Connaissance du milieu et reconnaissance des besoins individuels et collectifs (recensement des ménages)*

Les perceptions des causes et des solutions relatives à un problème peuvent varier selon la position que l'on occupe dans une communauté. Cependant, tout le monde fait partie du problème ; ainsi tout le monde doit prendre part à sa résolution. Si le milieu n'est pas connu

¹³ *Pratiques Familiales Essentielles, Les gestes qui sauvent nos enfants, Niger, 2009*

et qu'un conflit se pose sur l'expression des besoins individuels ou d'un groupe spécifique face au problème, les leaders doivent intervenir. Il peut être nécessaire de revenir aux étapes précédentes et de renforcer la clarification des perceptions et / ou d'impliquer de nouveaux leaders ou plus de parties prenantes.

La Recherche Action procède à l'expression des besoins individuels et collectifs dans le cadre du **suivi communautaire**¹⁴.

La première étape de ce suivi est un **recensement des ménages**, réalisé par le superviseur, l'animateur et les relais. L'exercice leur permet de prendre conscience de la réalité du village et plus spécifiquement de connaître les dimensions de la zone d'intervention, d'établir la population cible et de calculer le dénominateur pour le suivi des indicateurs de la Recherche Action.

Toutes les familles sont visitées. Leurs coordonnées figurent sur une Fiche des ménages. Les besoins spécifiques observés (par exemple : nombre d'enfants de moins de 5 ans, nombre d'enfants ayant un acte de naissance, nombre d'enfants complètement vaccinés, femmes enceintes et / ou allaitantes, existence de latrines, présence de moustiquaires, etc) sont aussi reportés sur cette fiche. La fiche donne aussi des renseignements généraux sur la disponibilité des services favorisant l'adoption des PFE (MII, latrines, soins préventifs...). Les informations récoltées permettent à l'animateur et aux relais de fixer les thématiques prioritaires à aborder à travers les diverses stratégies de communication. Par exemple, l'absence de latrines sera signe de pratiques d'hygiène incorrectes et il faudra accentuer la promotion de la PFE sur le lavage des mains, ou encore, la présence de nombreuses femmes allaitantes orientera les animations sur l'allaitement maternel exclusif.

Après le recensement, une **cartographie participative** est établie. Il s'agit d'une activité

¹⁴ *Cahier de suivi communautaire de la Promotion des Pratiques Familiales Essentielles, Niger, 2011*



organisée selon la méthodologie hands-on mapping. L'animateur en est responsable, tandis que les relais l'assistent en encourageant les familles à participer. A la fin de

l'activité, une carte du village est tracée sur le sol, avec la localisation des habitations, des chemins, des principaux points de rencontre et services (puits, école, case de santé, etc.). Des données générales sont renseignées telles que le nombre d'enfants scolarisés dans le village, le nombre de points d'eaux disponibles, le nombre de tête de bétail. La cartographie est ensuite reproduite dans le cahier de suivi du relais. C'est un outil de planification participative par excellence car il permet de détecter les inéquités dans la répartition des infrastructures et services et d'indiquer l'emplacement des réalisations futures en conséquence.

Etape 5 : Appréciation de la situation actuelle (Auto Diagnostic Communautaire)

Pour être en mesure d'établir un plan d'action collectif, il est important que la communauté s'entende sur l'ampleur d'un problème. Cette appréciation peut être qualitative ou quantitative. Une évaluation quantitative donne une idée claire de la taille du problème et de son importance. Une approche qualitative permet d'analyser les causes du problème et de comprendre en quoi il diffère de ce que la communauté a connu auparavant. Il est essentiel que l'appréciation de la situation actuelle soit établie de manière collective et consensuelle afin de s'entendre sur les objectifs de résolution du problème et la mesure des progrès.

L'**appréciation de la situation** est réalisée à travers un exercice participatif appelé « Auto Diagnostic Communautaire » (ADC). Celui-ci réunit un groupe de travail, composé entre autres des membres du comité villageois, de l'animateur, des relais, des élus locaux et des cadres techniques, qui procède à l'identification et à l'analyse des problèmes et des obstacles à l'adoption des PFE dans le village. Le groupe se sert des données collectées au cours des étapes précédentes.

Plus tard, cette appréciation de la situation initiale sera mise à jour grâce aux informations recueillies par les relais lors de leurs visites à domicile. Le relais, qui rendra visite à chaque ménage deux fois par mois au minimum, indiquera sur une Fiche de visite des ménages quelles sont les PFE recommandées pour celui-ci¹⁵. Après six mois de visites à domicile, le relais devra évaluer si le ménage met en pratique ou non là où les PFE sont recommandées. Des critères d'adoption des PFE lui seront fournis pour systématiser son observation. Ces données, systématisées, compléteront l'ADC.

Etape 6 : Plan d'action communautaire (Auto Diagnostic Communautaire – suite)

Cette étape vise le développement d'un plan d'action communautaire. Vu son importance, cette phase du processus est divisée en sous - étapes :

1- Vision du futur : la vision idéale de la communauté qui se projette dans le futur doit être concrétisée. Il s'agit de répondre à la question : où sommes nous ? et où voulons-nous être dans tel laps de temps par rapport à la résolution de notre problème ? Il est essentiel que cette projection implique toutes les parties prenantes afin que celles-ci puissent y reconnaître leurs intérêts particuliers.

2- Définition des objectifs : Les membres de la communauté se fixent des objectifs réalistes. Ils doivent répondre à la question : que peut - on faire pour

¹⁵ Si le relais observe que la PFE est applicable au ménage il devra cocher le trait noir correspondant à cette PFE (existence d'un enfant en âge d'être allaité exclusivement, de 0 à 6 mois). Si le relais observe que la PFE n'est pas applicable au ménage, il ne coche pas le triangle (non existence d'un enfant en âge d'être allaité exclusivement).

résoudre le problème ? Si les objectifs sont trop ambitieux, la motivation peut être faible car la communauté ne se sentira pas capable de les atteindre et perdra confiance dans son efficacité en tant que groupe. Si les objectifs sont trop peu ambitieux, alors la motivation peut être faible car les intérêts individuels et collectifs ne seront pas atteints.

3- Options d'activités : Quelles sont les pistes d'action possibles pour atteindre les objectifs communs ? Quelles sont les pistes prioritaires ? Qui sont les responsables potentiels pour mettre ces actions en œuvre ? Cette discussion peut être conflictuelle et doit être menée de manière suffisamment consensuelle pour garantir l'engagement de tous. Si cette étape est défailante, tout le processus peut s'écrouler.

4- Consensus sur les activités : Une fois le plan d'action établi et validé par la communauté, il s'agit de chercher les ressources nécessaires et d'assigner les différentes responsabilités à ses membres. Plus la communauté s'approprie le plan d'action, plus l'engagement sera consensuel et solide. Et plus la communauté s'engage, plus son sens d'auto-efficacité collective et son autonomie se développent.

Le groupe de travail réuni pour l'ADC (20 à 30 personnes, pouvant aussi comprendre les enseignants, les responsables des infrastructures socio-économiques et les responsables de projets intervenant dans la zone de la Recherche Action) poursuit l'exercice de diagnostic participatif et propose un **plan d'action communautaire**.

Ce dernier décrit les problèmes et succès rencontrés face à l'adoption des PFE, les résultats attendus, les activités prévues, leur délai de réalisation et les responsables respectifs. Une fois développé, le plan d'action communautaire est soumis à l'appréciation et à la validation de la communauté, réunie de nouveau en assemblée villageoise.

Les activités prévues sont surtout des activités de promotion des PFE mais elles peuvent aussi porter sur la mise à disposition de produits de santé dans le village (par exemple SRO, MII, savon, etc.), la demande de gratuité de certains services (accouchement assisté, réimprégnation des moustiquaires, etc.), ou des initiatives collectives telles que le transport des femmes au travail, les journées de salubrité, etc.

Il arrive aussi que la communauté se prononce sur la disponibilité ou la qualité des services de santé (par exemple présence et compétence des ressources humaines et / ou matérielles dans le centre de santé) ou encore sur l'accessibilité des services de santé (par exemple la localisation géographique du centre de santé qui ne permet pas à la communauté d'accéder aux soins tel qu'elle le souhaite).

Lorsque les activités planifiées dépassent le cadre de la Recherche Action, les responsables peuvent intercéder auprès des institutions compétentes.

d) L'action collective

Etape 1 : Partage des responsabilités

Le partage des responsabilités peut être volontaire ou orienté par les leaders communautaires qui attribuent des tâches à des personnes ou des groupes de personnes spécifiques. Selon la complexité et l'importance du problème, il peut être nécessaire de créer des groupes de travail dédiés à la mise en œuvre du plan d'action.

La plupart des membres de la communauté sont mis à contribution pour l'exécution du plan d'action. En général, les femmes sont plus actives pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME), de la MII et du SRO, les soins préventifs et curatifs. Les hommes sont plus sollicités sur les questions d'assainissement, l'accompagnement des femmes enceintes vers les structures de santé, la disponibilité des aliments et la recherche de soins urgents en cas de signes de danger.

S'il s'agit d'intensifier la promotion de l'AME, les activités prévues sont des causeries, du counselling, des démonstrations et des formations par des groupes de soutien de femmes, existants ou mis en place dans le cadre de la Recherche Action. Ces groupes sont généralement constitués de grands-mères, devenues « alliées » du projet. Si une activité prévoit le nettoyage des allées du village, ce sont généralement les groupes de jeunes hommes qui organisent des journées de salubrité publique et de promotion du lavage des mains. Culturellement, cela revient aux hommes mais les femmes peuvent également participer.

Concernant la promotion des MII, des comités de surveillance sont mis en place pour vérifier l'utilisation adéquate de la moustiquaire et veiller à ce que les moustiquaires ne soient pas vendues par les femmes. Ces groupes sont généralement mixtes. La responsabilité de vérifier si les personnes / groupes désignés réalisent effectivement les activités auxquelles ils se sont engagés revient au comité villageois, qui est aussi chargé de la coordination et du suivi du plan d'action. L'animateur procure un encadrement au comité et à la communauté pour l'accomplissement de ses engagements.

Etape 2 : Mise en œuvre de la communication interpersonnelle

Cette étape fait référence à l'exécution des activités de communication interpersonnelle du plan d'action. Les leaders et les groupes de travail ad hoc doivent prendre la responsabilité du suivi de ces tâches et s'assurer que les personnes désignées s'acquittent de leurs besoins selon le calendrier prévu.

La Communication pour le changement de comportement individuel ou communication interpersonnelle menée par les relais communautaires et les animateurs occupe une grande place dans la Recherche Action. Elle recouvre les deux approches décrites ci-dessous.

- **Causeries au sein des groupes d'affinités** : grands-mères (matrones / accoucheuses traditionnelles), femmes enceintes et allaitantes, adolescentes, jeunes hommes, chef de village et ses notables, hommes, etc.

Au départ, ce sont les animateurs qui sont responsables de ces causeries, (ainsi que des animations au sein de plus grands groupes, tel l'assemblée villageoise). Ils choisissent les thématiques PFE selon les besoins ou les demandes exprimées dans le plan d'action. Ils sont équipés de pagivoltes et d'affiches illustrées. Ils saisissent aussi toutes les opportunités de cérémonies tels que les mariages et les baptêmes pour intensifier la promotion des PFE. Les relais les accompagnent dans le but de renforcer leurs compétences en techniques de communication interpersonnelle. Ce transfert de compétences dure de 1 à 3 mois, en fonction du dynamisme des relais. Une fois que l'expérience de conduite des causeries de groupes est acquise par le relais, les animateurs leur confient la responsabilité des visites à domicile.

Les chefs de village sont aussi supposés animer des causeries sur la « place du chef », avec les hommes. Ils seront alors appuyés par des relais masculins. La



régularité de ces causeries n'est pas imposée, elle est spontanée. Des prêches et discussions sur les PFE - principalement sur l'hygiène - sont conduits par les imams et les leaders religieux. Ils s'aident de fiches de contenu établies en concordance avec les versets coraniques et développées par l'association religieuse Faouziyya.

- **Visites à domicile** au sein des ménages : Les visites à domicile sont d'une importance capitale. Elles constituent des sessions pointues d'échanges d'information, de vérification de l'application des connaissances acquises lors des causeries de groupe et bien entendu de négociation avec les « adoptants tardifs » ou « résistants ».

Le nombre de visites minimum par ménage est de deux par mois. Les PFE doivent être discutées sur une période de 3 mois. Les relais rencontrent les membres présents dans le ménage et choisissent les thèmes en fonction de leur appréciation de la situation du ménage face aux PFE ou à la demande de membres du ménage. La discussion dépasse souvent le cadre des PFE et ceci favorise la cohésion sociale suscitée par la Recherche Action.

Etape 3 : Mise en œuvre de la mobilisation sociale par les médias et les ONG

S'il existe des organisations à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté qui peuvent contribuer à la mise en œuvre du plan d'action, l'une des pistes d'action est d'obtenir leur engagement. Par exemple, en ce qui concerne les interventions de santé, les prestataires de santé et les écoles sont souvent invités à contribuer. Il en est de même pour les médias¹⁶.

¹⁶ Les médias peuvent renforcer le dialogue communautaire en assumant divers rôles : (a) faciliter le diagnostic du problème et sa présentation à la communauté, (b) stimuler le dialogue et la clarification des perceptions, (c) favoriser l'échange d'idées et d'expériences entre des communautés voisines et / ou éloignées, (d) aider les organisations communautaires à trouver des solutions aux problèmes. Concernant l'action collective, les médias locaux peuvent (a) informer la communauté sur les services disponibles et comment y accéder, (b) permettre l'accès aux médias pour informer le grand public sur les besoins de la communauté, (c) aider les communautés à obtenir la légitimation et le soutien des autorités, (d) informer la communauté sur les progrès de l'action collective, et (e) valoriser les communautés pour leur engagement et leurs réalisations et ainsi accroître l'auto-estime et le sens de l'auto-efficacité collective.

La Recherche Action a surtout impliqué les médias de proximité. Ils sont mobilisés après une période déterminée de causeries de groupe et de visites à domicile. Les activités médiatiques sont planifiées dans cet ordre :

- Emissions radiophoniques publiques (ponctuel) ;
- Diffusion de microprogrammes (en continu) - soit spots éducatifs, soit témoignages vécus ;
- Projections de films et débats communautaires par le Cinéma Numérique Ambulant ou représentations de spectacles de théâtre-forum par les troupes locales (en alternance) ;
- Représentations de spectacles de marionnettes dans les écoles (theatre forum) (ponctuel).

La planification des thèmes PFE à traiter par les médias se fait en coordination avec les prestataires de santé et les relais communautaires. Trois thèmes transversaux sont traités systématiquement et en combinaison avec les autres via les médias : l'AME, le lavage des mains et l'utilisation de la MII.

Selon la prévalence saisonnière des problèmes de santé, on renforce l'intervention des médias sur ces thèmes. Par exemple, en période de pluie (juillet-octobre), l'accent est mis sur la prévention et le traitement du paludisme ; pendant la saison chaude (mars-juin), on insiste sur l'AME et l'alimentation de complément (période de soudure) et on anticipe sur l'hivernage en abordant la prévention et le traitement de la diarrhée ; pendant la saison froide (novembre-février), on parle beaucoup des infections respiratoires aiguës et du recours aux services de santé.

Le rôle des médias dépasse la diffusion d'informations sur les PFE. Les émissions radiophoniques publiques, les projections de films suivis de débats communautaires et les représentations de spectacles de théâtre - forum ont positivement supporté le diagnostic collectif des problèmes et la discussion sur les options de solutions.



Les émissions publiques permettent de valoriser les participants qui ont de bonnes connaissances sur les PFE et qui déclarent adopter des comportements modèles. Le théâtre forum va un pas plus loin en proposant aux membres de la communauté d'être les acteurs du changement et de jouer leur propre rôle dans un sketch où on a mis en scène une situation « provocante » relative aux PFE.

La diffusion de microprogrammes sur les PFE, assurée par les stations radios régionales publiques et privées dans les langues locales, assure une communication de veille et fonctionne comme un catalyseur externe continu car la diffusion est intensive et permanente. Les représentations de marionnettes sur les PFE s'adressent aux enfants des écoles primaires des villages, sur les thèmes du lavage des mains, l'hygiène, l'utilisation de la MII, le recours aux services de santé, la vaccination etc. On encourage l'enfant à influencer ses parents, notamment en corrigeant les rumeurs et les fausses croyances.

Etant donné que la plupart des relais sont des membres des équipes Villageoises de Promotion de la Croissance (EVPC) et / ou des agents mobilisateurs (campagnes de vaccination), ils évoluent sous l'encadrement des prestataires de santé mais cet encadrement est informel car les relais ne font pas officiellement partie de la pyramide sanitaire.

Etape 4 : Appréciation des résultats (suivi communautaire)

Cette étape fait référence aux résultats ou progrès atteints par la communauté en tenant compte des contraintes survenues lors de la mise en œuvre du plan d'action. Pour cela, une évaluation périodique doit être faite afin de connaître le niveau d'atteinte des résultats.

Le suivi communautaire¹⁷ a été conçu selon l'approche stratégique des 3 « A » utilisée tout au long de la Recherche Action :

- « Connaissance du milieu » et « Appréciation de la situation » ;
- « Analyse » des problèmes sous-jacents par les familles ;
- « Action » par la mise en œuvre du plan d'action communautaire.

La méthodologie du suivi communautaire repose sur le calcul de **5 indicateurs adaptés des déterminants de couverture d'un service** :

- Disponibilité (% de femmes dans les ménages touchés par les relais) ;
- Accessibilité (% des ménages situés jusqu'à 30 minutes de marche des relais) ;
- Utilisation (% de femmes dans les ménages ayant reçu au moins deux visites par mois du relais) ;
- Couverture adéquate (% de femmes dans les ménages ayant eu des discussions avec le relais sur les PFE) ;
- Couverture effective (% de femmes ayant adopté toutes les PFE qui leur sont applicables).

¹⁷ Voir Cahier de suivi communautaire pour détails

Le dénominateur de ces indicateurs est appelé « Population cible » (nombre de femmes dans les ménages du village). Il est estimé lors du recensement des ménages.

Comme vu plus haut :

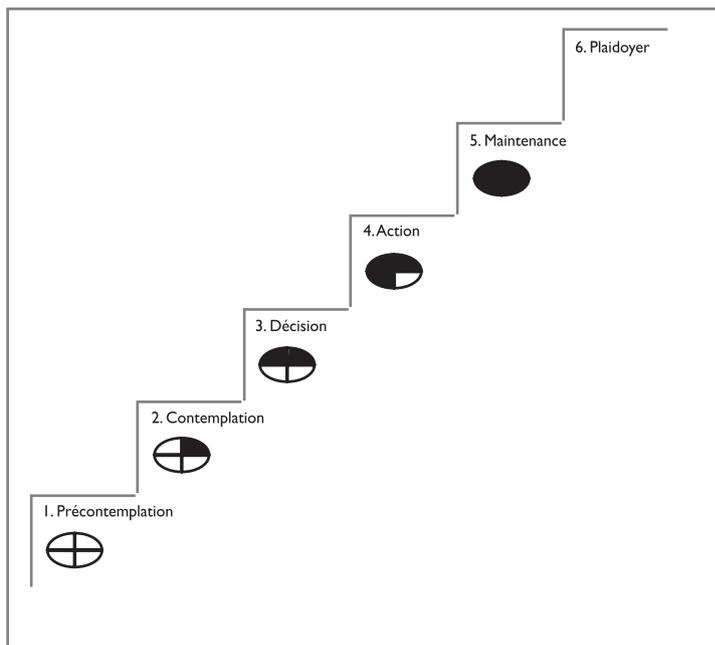
- tous les mois, le relais doit visiter les ménages deux fois au minimum et reporter l'information sur les Fiches des ménages. Ceci permet de calculer les indicateurs de Disponibilité, Accessibilité et Utilisation.
- tous les trois mois, le relais doit apprécier si le ménage met en pratique ou non la ou les PFE recommandée(s) et reporter l'information sur la Fiche d'adoption des PFE. Ceci permet de déterminer les indicateurs de couverture adéquate et effective.

La **synthèse de ces données** est réalisée au niveau de chaque village par le superviseur au moyen des Fiches de synthèse par déterminant et Fiche de synthèse par PFE¹⁸.

Etape 5 : Evaluation participative

L'appréciation des résultats obtenus peut être ou ne pas être à la mesure des attentes fixées par la communauté. La comparaison avec la situation initiale d'une situation donnée est un processus crucial d'auto-évaluation. Il est déterminant que la majorité des membres de la communauté participe à la réflexion afin que chacun comprenne ce qui a marché ou pas. Car il s'agit d'une opportunité pour la communauté de ré-évaluer le problème de manière participative. Ainsi, la communauté peut envisager d'autres pistes d'action, surtout si le problème a évolué entre temps. Cette auto-évaluation continue renforce le sentiment d'auto-efficacité collective, qui entraîne à son tour la cohésion et la confiance en soi de la communauté.

¹⁸ La liste des relais formés et équipés et la fiche d'accessibilité des ménages seront aussi utilisées comme sources de données pour la synthèse.



A partir des données synthétisées lors de l'étape précédente, le superviseur élabore des histogrammes. Ceux-ci sont reproduits sur de grandes affiches et présentés à la communauté lors d'une assemblée villageoise.

L'appréciation des résultats n'est pas seulement quantitative, les perceptions des forces et contraintes rencontrées et des pistes de solutions sont aussi discutées en **focus groups**

(femmes, hommes, jeunes) puis collectivement de manière participative.

Les questions posées sont :

- Quelle était notre situation au départ de la Recherche Action (passé) ?
- Où en sommes-nous (présent) ?
- Où voulons-nous arriver (futur) ?
- Quelles sont les forces et les difficultés qui ont marqué le passage d'une phase à l'autre ?

Les groupes de discussion élaborent des dessins illustratifs et leurs recommandations permettent au comité villageois de revoir le plan d'action communautaire. L'appréciation des résultats conduit à un ajustement du plan d'action ou à l'élaboration d'un nouveau plan d'action selon la prévalence des problèmes identifiés.

Etape 6 : *Célébration des « familles et villages modèles »*

Cette étape ne fait pas partie en tant que telle des étapes décrites dans le Modèle Intégré de Communication pour le Changement Social. Toutefois, elle a démontré – de manière empirique - sa valeur pour renforcer l'appropriation de la Recherche Action par les communautés grâce à l'émulation positive qu'elle suscite au sein des communautés (familles modèles) et entre les communautés (villages modèles). Il est probable que la célébration des succès influence notablement le sens de l'auto-efficacité et la cohésion sociale dans les villages primés et au-delà.

A la fin de chaque année, et sur la base des données du suivi communautaire, les femmes, les familles et les villages « modèles », c'est à dire qui ont adopté le maximum de PFE, sont récompensés au cours d'une cérémonie publique. Sont aussi célébrés les

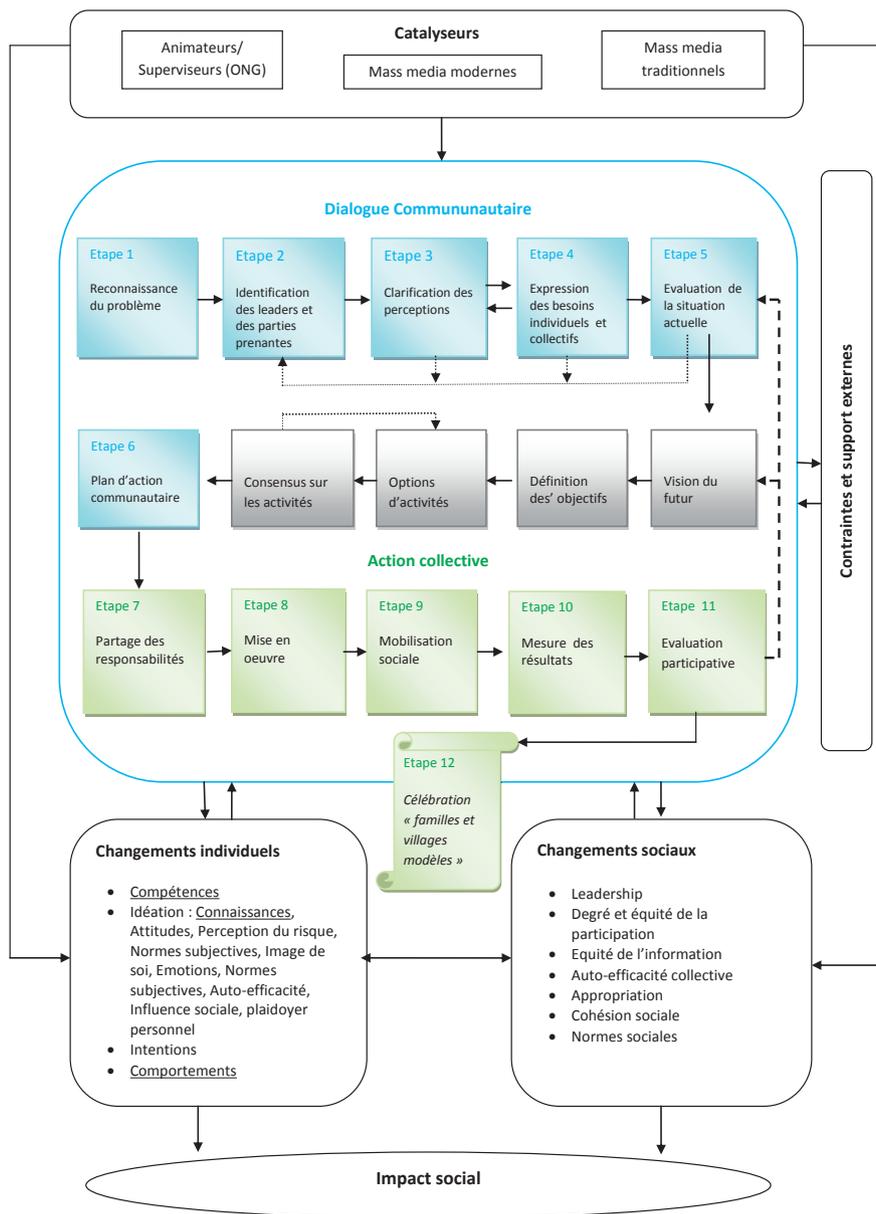


relais « modèles » pour leur performance efficace. Les individus recevront des MII, du savon, une radio, des pagnes. Les villages recevront des prix d'intérêt communautaire tels que des moulins à grains ou des charettes pour le transport des ordures. Les médias assurent la couverture médiatique des célébrations et les diffusent à grande échelle. Ils interviewent les lauréats et les non primés, on encourage ces derniers à prendre des engagements. Une émulation positive est ainsi créée entre les villages et les individus. L'intervention de personnalités influentes et de haut rang (cadres nationaux, autorités politiques, artistes, etc.) donne une crédibilité supplémentaire à la Recherche Action et à ses objectifs d'adoption des PFE.



e) Le modèle

Modèle de communication pour le changement social et de comportement en faveur de la santé et du développement de la mère et l'enfant au Niger :



III. POUR CONCLURE

Concernant les « préalables » à la mise en œuvre de la Recherche Action, on constate que :

- La conception de la Recherche Action a été fondée dès le départ sur les principes du Modèle de Communication pour le Changement Social. Autour de ces fondations méthodologiques solides se sont rassemblés un bon nombre d'acteurs nationaux et locaux.
- Ces fondements méthodologiques – reconnaissant la participation des communautés comme pierre angulaire de toute intervention - ont été renforcés par des éléments socio- anthropologiques issus de l'analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de PFE. Une telle analyse, souvent négligée dans le cycle de programmation en Communication pour le Développement, a validé et crédibilisé la Recherche aux yeux des communautés. En effet, tant les stratégies de communication que leurs contenus communicationnels ont pu dès lors être adaptés culturellement.
- La Recherche Action a impliqué dès le départ les autorités politiques, administratives et coutumières au niveau régional. Les régions choisies l'ont été pour le dynamisme de leurs autorités et ce choix s'est révélé judicieux car celles-ci sont restées impliquées du début à la fin. Il reste à parier que ces acteurs gouvernementaux et sociaux pourront assurer le plaidoyer nécessaire pour que la mise à l'échelle puisse se réaliser et être reconnue dans les politiques et stratégies nationales.

- Les rôles et responsabilités des autorités, des services techniques, des ONG et des médias ont été clairement définis au départ pour assurer une synergie d'action. Pour autant, un rééquilibrage du rôle des uns et des autres peut être envisagé pour renforcer le transfert de compétences entre l'Unicef et les acteurs nationaux, entre les ONG internationales et nationales, et enfin, entre les travailleurs recrutés par les ONG au niveau local et les acteurs communautaires établis de manière continue dans les communautés (par exemple, les responsables des cases de santé).
- Enfin, la formation a respecté les standards de qualité en vigueur en ce qui concerne la durée des sessions et des recyclages. Cet investissement en temps et en argent s'est révélé opportun, car l'ensemble des acteurs formés a pu, après la formation initiale, « parler le même langage », au sens propre comme au sens figuré.

En ce qui concerne les « catalyseurs » de la Recherche Action, on peut dire que :

Tant les catalyseurs externes que les catalyseurs internes ont joué un rôle de déclencheur des changements individuels et sociaux attendus, confirmant l'hypothèse qu'un équilibre entre des interventions « menées par la communauté » et des interventions « menées par l'extérieur » est le bienvenu pour faciliter l'évolution des pratiques.

- Les animateurs recrutés par les ONG partenaires ont su se faire accepter par les communautés au sein desquelles ils se sont installés. Leur compétence professionnelle a été dans la plupart des cas reconnue.
- Les médias de proximité ont joué un rôle crucial et très apprécié par les communautés. Ils ont été impliqués de manière à renforcer diverses étapes du dialogue communautaire : diagnostic du problème et sa présentation à la

communauté, clarification des perceptions et stimulation du dialogue, échange d'idées et expériences entre des communautés voisines et / ou éloignées. Concernant l'action collective, les médias locaux ont également informé la communauté sur les services disponibles et comment y accéder, informé les communautés sur les progrès de l'action collective et valorisé les communautés pour leur engagement et leurs réalisations.

- Les leaders communautaires – en particulier les chefs de village, les imams, les matrones traditionnelles – ont prêté leur statut social à la bonne réalisation de la Recherche Action. Dans le contexte culturel du Niger, leur engagement a été absolument fondamental. La Recherche Action en a fait des alliés, plutôt que des porteurs de valeurs traditionnelles constituant des obstacles à l'adoption des PFE. Ils se sont investis de manière croissante dans la promotion d'une vision de la santé de l'enfant, ce qui constitue un nouveau rôle pour eux et leur confère une autorité et un sentiment de responsabilité supplémentaires. Ils ont démontré leur désir d'innover et leur volonté d'assumer ces nouveaux rôles.
- Les responsables des cases de santé - et les autres prestataires de santé - ont donné une caution technique au projet. Au niveau local, nombreux se sont engagés de façon remarquable et ont considéré la Recherche Action comme une valorisation de leur travail quotidien de prévention auprès des communautés, plutôt qu'une surcharge de travail.
- Quant aux relais communautaires, la portée de leur rôle a été soulignée tout au long de ces pages mais il est important d'ajouter que les programmes de développement ne peuvent pas trop investir sur ces catalyseurs de proximité. Si les budgets nationaux ne disposent pas des ressources nécessaires à leur reconnaissance officielle, la volonté politique peut s'exprimer autrement pour valoriser et motiver ces individus dédiés corps et âme au service de leur communauté.

Par rapport aux étapes du Dialogue communautaire et de l'Action communautaire, les premiers constats suivants sont formulés :

- La dynamique créée par la Recherche Action est fondamentale pour susciter des changements. Les étapes du Dialogue communautaire et de l'Action collective sont interdépendantes et complémentaires. Tout autant que le sont les stratégies de communication pour le changement de comportement individuel (communication interpersonnelle et mobilisation sociale) et social (communication pour le changement social).
- Leur essence est l'appropriation des actions et des résultats par la communauté. Les maîtres mots sont bel et bien : « participation » et « inclusion ».
- La créativité et l'engagement des communautés en témoigne. Elle s'est exprimée par de nombreuses initiatives à base locale telles que les « mamans lumière », les divers groupes de pairs éducateurs, etc.
- Les chefs de famille, pivots traditionnels de l'organisation du ménage, ont démontré un soutien progressif et puis un leadership inattendu aux activités de promotion des PFE et ils ont entraîné dans leur sillage les autres membres du ménage.

Le modèle de communication actuel produit-il des changements individuels et sociaux ?

On peut noter des changements encourageants, tant individuels que sociaux.

- Il existe un sentiment d'évolution des normes sociales relatives à la santé de l'enfant. Par exemple, les tabous concernant le premier lait (colostrum) ont fait l'objet de débats dans les villages et la décision a été prise de le considérer comme étant bon pour la santé de l'enfant ; les normes culturelles qui interdisaient aux femmes d'accoucher dans les centres de santé ont été déclarées obsolètes et la communauté a réitéré la responsabilité des époux

de transporter leurs épouses dans les centres de santé ; l'allaitement maternel exclusif a été expérimenté par un groupe de femmes et ensuite accepté par les habitants du village.

- Des mécanismes visant à encourager la participation des groupes sociaux traditionnellement marginalisés, notamment les femmes et les jeunes, sont en cours de renforcement dans les communautés. Par exemple, ces groupes sont pris en compte lors de toutes les élections de relais communautaires, des assemblées villageoises et des autres étapes clés du dialogue communautaire (Auto diagnostic communautaire, plan d'action communautaire).
- La libre circulation de l'information provenant de plusieurs sources et stratégies de communication et l'attention particulière que les relais communautaires accordent aux familles ayant des besoins spécifiques permettent un accès équitable à l'information relative aux PFE.
- Il existe un sentiment accru d'auto-efficacité et d'appropriation collective concernant la Recherche Action, et une volonté croissante de travailler ensemble et de partager les tâches et responsabilités. Dans certains villages des activités collectives supplémentaires ont été initiées, notamment des journées d'hygiène et de salubrité, le ramassage des ordures ménagères, la fabrication de compost, le transport des malades, mais également les travaux de construction collective, etc. Dans certains endroits, les relais communautaires assistent le personnel du centre ou de la case de santé en organisant des séances de communication à l'intention des patients selon un programme convenu par les membres de la communauté.
- De nouvelles initiatives ont émergé du dialogue collectif, notamment celles ayant trait à la scolarisation des filles, à l'enregistrement des naissances et à la construction de latrines.

L'approche PFE est socialement ancrée dans les villages. Cet ancrage s'exprime à travers des acteurs occupant des positions variées dans les villages et dans le dispositif d'intervention : chefs de village, leaders religieux, relais communautaires, agents de santé, notamment dans les villages dotés de centres de santé intégrés.

Dans les villages de Maradi, notamment, nous avons constaté la présence de plusieurs femmes primées par l'Unicef pour leur bonne maîtrise et le niveau d'adoption des pratiques familiales essentielles. Elles constituent des leviers pour la mobilisation sociale dans leurs propres villages ou dans les villages environnants. Les réussites semblent fortement liées à des innovations locales.

Un meilleur ancrage institutionnel de l'approche PFE constitue un défi important pour les années à venir. Les bases existent : ce sont les formations sanitaires, les communes et les services techniques.

A partir de ces premiers constats, on peut (oser) affirmer que les communautés sont dans une dynamique de changement positif à travers laquelle elles se sentent autonomisées pour pouvoir accompagner les changements individuels et sociaux et initier des actions collectives en faveur de la santé et du développement de l'enfant¹⁹.

RESULTATS²⁰

Pratiques	Zones d'intervention	Zones témoins
Initiation à l'allaitement exclusif (dans la première heure après l'accouchement)	88.7%	76.5%
Allaitement maternel exclusif	77.4%	53.7%
Vitamine A (enfants ayant reçu une dose de Vit A au cours des derniers mois)	86.8%	79.1%
Femmes déclarant se laver les mains à l'eau et savon	78.9%	76.2%
Mères ayant utilisé le SRO	58.3%	29.1%

¹⁹ *La promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger. Analyse socio-anthropologique. LASDEL - Avril 2012*

²⁰ *Enquête quantitative relative à la Recherche Action sur les Pratiques Familiales Essentielles, la nutrition et les dépenses de consommation des ménages. INS Niger – Avril 2012*

Annexe 1 : Communes de Recherche Action avec extension du paquet PFE aux 176 villages

Période d'intervention	Régions	Districts	Villages
2008	Maradi	SarkinYamma	20 villages
		Maradi II	1 urban area
	Total :		21 villages / urban areas
2009	Maradi	SarkinYamma	35 villages
		Maradi II	1 urban area
		Aguié	15 villages
	Zinder	Dungass	56 villages
		Yaouri	19 villages
	Total :		121 villages / urban areas
2010/2011	Maradi	SarkinYamma	50 villages
		Maradi II	1 urban area
		Aguié	35 villages
	Zinder	Dungass	60 villages
		Yaouri	30 villages
	Total :		176 villages / urban areas

Annexe 2 : Bibliographie

- Propuesta al Gobierno de España : Fomentar la incorporación de prácticas familiares a fin de promover la supervivencia del niño en Niger, Unicef Niger, 2008.
- Présentation(s) Recherche Action « Pratiques Familiales Essentielles pour la survie et le développement de l'enfant au Niger » , 2009 – 2010.
- Outils de formation et de communication « Pratiques Familiales Essentielles pour la survie et le développement de l'enfant au Niger », 2009 – 2010.
- Recensement et analyse des facteurs structurels et comportementaux relatifs à l'adoption de quatre Pratiques Familiales Essentielles dans la commune de SarkinYamma : utilisation de la moustiquaire imprégnée, lavage des mains à l'eau et au savon, utilisation du sel de réhydratation orale et allaitement maternel exclusif, KONE Mariatou, Niger, juillet 2008.
- Rapport d'enquête nationale Nutrition et Survie de l'Enfant, INS, Niger, mai / juin 2009.
- Enquête Survie et Mortalité, INS, Niger, 2010.
- Figueroa M.E., Lawrence Kincaid D., Rani M., Lewis G., Communication for Social Change : An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes, Communication for Social Change Working Paper Series I, The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs, New York, 2002.
- Enquête quantitative. INS, Niger. Avril 2012.
- La promotion des Pratiques Familiales Essentiels au Niger, LASDEL-Avril 2012.
- EDSN - MICS 2012.

Élaboré par : Manuela Varrasso

Participants : Equipe UNICEF / Violeta Cojocarú ; Mariama Hassane ; Naoko Horii ; Fabio Friscia et Rocio Berzal

Photographie : UNICEF Niger / Giacomo Pirozzi ; François Therrien (Pages : 8 & 18)

Conception, mise en page : UNICEF Niger / Sarratou Mariko

