

Rapport d'évaluation finale du projet Room To Grow

Apports quantitatifs



L'impartialité et l'indépendance de ce travail de recherche sont garanties à travers une division des rôles : Population Services International (PSI) et le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (Les Nigériens Nourrissent les Nigériens) ont mis en œuvre les activités du projet. L'Initiative OASIS (Organizing to Advance Solutions In the Sahel) s'est chargé des travaux de recherche évaluative.

Nos sincères remerciements à l'ensemble des acteurs qui ont contribué à la réalisation de cette étude : les chauffeurs, les agents de collecte des données, les superviseurs, les formateurs, les collègues de Population Service international, les autorités administratives et coutumières de la zone d'intervention, les membres des services déconcentrés de l'État (santé et nutrition, agriculture et élevage, HCl3N, etc.), les leaders religieux, les relais communautaires et l'ensemble des personnes ressources qui ont apporté leurs pierres à l'édifice.

L'Initiative OASIS

Un Sahel où toutes les filles sont éduquées et protégées du mariage précoce, toutes les femmes sont libres de choisir le nombre de leurs enfants et quand les avoir, et où tout le monde a assez à manger.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	5
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	6
FICHE SYNOPTIQUE DES INDICATEURS	7
RESUME EXECUTIF	8
INTRODUCTION.....	11
I. OBJECTIFS DE L’EVALUATION.....	15
OBJECTIF GLOBAL	15
OBJECTIFS SPECIFIQUES	15
II. METHODOLOGIE GENERALE	15
METHODES D’EVALUATION.....	15
APPROBATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DU PROTOCOLE PAR LE CNEHS	16
ECHANTILLONNAGE	16
OUTILS DE L’EVALUATION.....	19
RECRUTEMENT ET FORMATION DES AGENTS DE COLLECTE	20
SUPERVISION ET SUIVI	20
DONNEES COLLECTEES.....	20
ENCADRE 2. METHODE DE LA DOUBLE DIFFERENCE (*)	21
RESULTATS	22
III. PROFIL DES POPULATIONS BENEFICIAIRES ET TEMOINS.....	22
IV. PRISE DE DECISION	24
V. PLANIFICATION FAMILIALE	26
V.1 CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION	27
VI. NUTRITION ET HABITUDES ALIMENTAIRES.....	39
VI.1 DIVERSITE ALIMENTAIRE DES FEMMES	39
VI.2 EVALUATION DES PROFILS ALIMENTAIRES SELON LE SCORE DE DIVERSITE	40
CONCLUSION	43
QUELQUES RECOMMANDATIONS.....	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	47

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des villages d'intervention et témoins.....	18
Tableau 2 : Bilan des données collectées	20
Tableau 3 : Caractéristiques des ménages selon la zone.....	23
Tableau 4 : Proportions (%) des femmes utilisatrices de la contraception moderne selon le type de méthodes	29
Tableau 5: Intention d'utilisation des méthodes contraceptives selon le statut contraceptif de la femme	30
Tableau 6: Proportion des femmes qui connaissent les avantages sanitaires, sociaux et économiques de la PF et de l'espacement des naissances	31
Tableau 7: Pourcentage d'hommes qui pensent que la PF a des avantages.....	31
Tableau 8 : Proportion d'utilisatrices (%) de la contraception moderne suivant le degré d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles	36
Tableau 9: Proportion d'utilisatrices (%) de la contraception moderne suivant le degré de communication entre conjoints	37
Tableau 10 : Proportion des femmes de 15 à 49 ans ayant consommé les groupes d'aliments dans la zone d'intervention.....	40

Liste des figures

Figure 1 : Méthodologie générale d'évaluation quantitative	16
Figure 2: Carte de la zone d'intervention du projet RTG	19
Figure 3 : Ages et sexe de la population de l'évaluation	22
Figure 4: Niveau de participation de la femme aux prises de décision au sein du ménage d'après les femmes	24
Figure 5: Indice de participation à la prise de décision du ménage	24
Figure 6: Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes (échantillon femmes).....	25
Figure 7: Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes (échantillon maris)	26
Figure 8: Scores de communication entre conjoints	26
Figure 9: Proportions (%) des femmes qui connaissent des méthodes contraceptives.....	27
Figure 10: Proportions (%) des femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive.....	28
Figure 11 : Intention d'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes	29
Figure 12: Pourcentage d'hommes qui sont favorables à l'utilisation de la PF	32
Figure 13: Proportion des femmes qui ont bénéficié de conseils en PF avant et pendant la période de mise en œuvre	32
Figure 14: Proportion de femmes (%) jouissant d'une autonomie reproductive	34
Figure 15: Proportion de femmes (%) utilisatrices d'une méthode de contraception moderne suivant les trois sous-échelles d'autonomie reproductive	35
Figure 16: Prévalence contraceptive moderne (%) des femmes vraies autonomes en matière reproductive ..	36
Figure 17: Proportion des femmes auto-efficaces à utiliser la PF (WE-MEASR)	38
Figure 18: Pourcentage d'hommes qui soutiennent leur femme pendant la grossesse (visites prénatales et accouchements).....	38
Figure 19: Score de Diversité Alimentaire des Femmes (15 à 49 ans) moyen	39
Figure 20: Classe de diversité alimentaire des femmes de 15 à 49 ans	41
Figure 21 : Pourcentage des participantes qui ont une "Croyance positive" dans la valeur de la diversité alimentaire.....	42

Sigles et abréviations

CNERS	Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
DD	Double Différence
DGPP	Déclaration Générale de Politique de Population 2017
DSIP	Document des stratégies d'interventions en matière de population 2007-2015
EDS	Enquête Démographique et de Santé
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
OASIS	Organizing to Advance Solutions in the Sahel
ODK	Open Data Kit
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PANA	Programme d'Action National pour l'Adaptation
PNP	Politique Nationale de Population
PF	Planification Familiale
PSI	Population Services International
RGP/H	Recensement General de la Population et de l'Habitat
RTG	Room To Grow
SDA	Score de Diversité Alimentaire
SDAF	Score de Diversité Alimentaire des Femmes
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
WE-MEASR	Women's Empowerment – Multidimensional Evaluation of Agency, Social Capital and Relations

Fiche synoptique des indicateurs

#	INDICATEURS	Baseline	Endline	DD	P-value
		(intervention)			
I.	EQUITE DE GENRE				
1.1	Proportion de femmes participant à la prise de décisions au sein des ménages	73%	81%	5,3%	0,003
1.2	Score d'adhésion des femmes à la répartition traditionnelle des rôles (WE-MEASR)	4,6	3,9	-0,3	0,175
1.3	Score d'adhésion des hommes à la répartition traditionnelle des rôles (WE-MEASR)	4,9	4,3	-0,5	0,061
1.4	Proportion de maris qui soutiennent leurs femmes pendant la grossesse (visites prénatales et accouchements)	26,4%	31,2%	3,5%	0,002
1.5	Score de communication entre conjoints	3,6	4,1	0,1	0,185
II.	PLANIFICATION FAMILIALE				
2.1	Proportion des femmes qui connaissent des méthodes contraceptives	90,0%	97,0%	1,3%	0,076
2.2	Proportions des femmes utilisatrices de la contraception moderne	11,8%	18,7%	4,7%	0,000
2.3	Intention d'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes	31,1%	31,6%	7,2%	0,001
3.4	Proportion des femmes qui connaissent au moins un des avantages sanitaires, sociaux et économiques de la PF et de l'espacement des naissances	57,3%	71,3%	7,6%	0,030
2.5	Proportion d'hommes qui pensent que la PF a des avantages	22,8%	42,8%	10,1%	0,046
2.6	Proportion de femmes auto-efficaces à utiliser la PF (WE-MEASR)	20,5%	29,7%	5,9%	0,010
2.7	Proportion d'hommes qui sont favorables à l'utilisation de la PF	14,8%	22,6%	2,4%	0,108
2.8	Proportion de femmes qui ont bénéficié de conseils en PF	41,4%	65,3%	16,6%	0,003
III.	NUTRITION				
3.1	Proportion de femmes en âge de procréer rapportant une augmentation du nombre moyen d'aliments différents consommés	-	87,8%	-	-
3.2	Score de diversité alimentaire chez les femmes (SDAF)	3,9	4,5	0,2	0,172
3.3	Proportion de participantes qui ont une "croyance positive" dans la valeur de la diversité alimentaire	51,3%	64,9%	4,8%	0,004
3.4	Proportion de participantes connaissant deux ou plusieurs méthodes pour améliorer la diversité alimentaire	83,2%	94,7%	7,6%	0,000

Résumé exécutif

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Repositionnement de la Planification Familiale (PF) au Niger, Population Services International (PSI) a bénéficié d'un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates pour mettre en œuvre un paquet intégré et évolutif d'activités visant à améliorer simultanément l'autonomisation des femmes, l'équité de genre, l'accès à la PF et la nutrition dans le cadre des jardins gérés par les femmes au Niger. Ce paquet d'activités a été mise en œuvre sous le label du projet Room To Grow. L'intervention a couvert les départements de Mirriah, Gouré et Kantché dans la région de Zinder. Vingt (20) villages ayant des jardins communautaires ont été touchés, dont dix (10) comme sites d'intervention et dix (10) comme sites témoins.

L'objet de la présente évaluation est d'examiner la pertinence de ce concept de solutions intégrées rassemblant des approches synchronisées hommes-femmes, l'approvisionnement à base communautaire des produits de PF et la promotion des meilleures pratiques nutritionnelles en utilisant la technique de double différence.

Sur le plan méthodologique, l'évaluation utilise les approches qualitatives et quantitatives (mixte). Avant et après la mise en œuvre du projet, deux opérations de collecte ont permis de dresser le bilan des situations initiales (Baseline) et finales (Endline) des communautés ciblées sur le plan de l'équité de genre, l'accès à la PF et la nutrition. Entre ces deux opérations, une étude ethnographique a accompagné l'implantation et la mise en œuvre des activités. Le recours à la méthode de double différence suppose que les principaux indicateurs de nutrition, de genre et de planification familiale évolueraient de la même manière dans les groupes d'intervention et témoins en l'absence de toute intervention. A partir d'un échantillonnage stratifié à deux degrés, 628 femmes âgées de 15-49 ans ont été enquêtées dont 313 dans les sites d'intervention et les autres dans les sites témoins. Le tirage a concerné au premier degré 20 villages (10 d'intervention et 10 témoins) avec probabilité proportionnelle à la superficie des jardins. Au second degré, 30 femmes ont été systématiquement tirées dans chacun des villages.

Les principaux résultats portent sur la situation sociodémographique des communautés (caractéristiques des femmes, des maris et des ménages) ainsi que l'évolution des indicateurs de la planification familiale, de l'équité de genre et de la nutrition (indicateurs d'effet et d'impact du cadre logique du projet). Il ressort globalement que des progrès notables ont été enregistrés dans la zone d'intervention comparativement à la zone témoin, surtout en matière de planification familiale et de nutrition. Les avancées en matière d'équité de genre restent mitigées : si la participation de la femme à la prise des décisions au sein des ménages s'est améliorée, la perception de la répartition traditionnelle des rôles et le dialogue conjugal sur certains aspects de la vie n'ont pas connu de changements significatifs.

L'intervention du projet a amélioré de manière significative l'accès à l'information sur la planification familiale et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes. La proportion de femmes ayant bénéficié de conseils en matière de PF a nettement augmentée (DD = 16,6% ; $p = 0,003$). Conséquemment, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu un bond significatif (DD = 4,7% ; $p = 0,000$). Les activités du projet ont surtout suscité l'engouement des femmes à essayer de nouvelles méthodes contraceptives. Comparativement aux sites témoins, la proportion de femmes ayant l'intention de recourir à la contraception a significativement augmenté dans les sites d'intervention du projet (DD = 7,2% ; $p = 0,001$). Les travaux qualitatifs confirment ces résultats. En effet, il est établi que la perception de la PF a beaucoup changé dans les villages d'intervention. Pour plusieurs raisons, les femmes et hommes en ont une bonne perception. Les populations mentionnent le plus souvent des arguments sanitaires mais aussi socioéconomiques pour justifier leur adhésion à la PF. Les jeunes hommes sont particulièrement très convaincus par les raisons sanitaires et économiques.

La deuxième dimension dans laquelle les interventions du projet ont eu des effets significatifs est l'équité de genre. En effet, la participation des femmes à la prise des décisions au sein du ménage a connu une amélioration significative (DD = 0,16 ; $p = 0,001$). Aussi bien dans les décisions en matière d'achats ou de ventes des biens que dans les discussions relatives à leur santé et à la gestion de leurs propres revenus, les femmes des sites d'intervention ont un large avantage que leurs consœurs des sites témoins. Les avancées en matière de communication au sein du couple (DD = 0,10 ; $p = 0,212$) et d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles (DD = - 0,30 ; $p = 0,175$) ne sont pas significatives. Les conclusions des analyses qualitatives confortent les avancées de la participation des femmes à la prise des décisions au sein des ménages. Les animations conduites par les leaders religieux et les relais communautaires ont en général favorisé les échanges au sein des couples. L'apport des prêches sur l'importance de la concertation entre le mari et sa femme semble avoir joué un rôle crucial dans le changement de comportements des hommes. L'adhésion de ces derniers aux nouveaux messages explique en partie un élargissement de l'espace d'expression pour les femmes (gestion de la production, approvisionnement des ménages, achats et ventes des biens, etc.).

Les activités du projet n'ont pas eu d'effets significatifs sur la situation nutritionnelle des communautés dans la zone d'intervention. La composition de la ration alimentaire des femmes est quasiment restée stable comme le montre l'évolution du score moyen de diversité alimentaire (DD = 0,20 ; $p = 0,172$). Toutefois, au cours de la mise en œuvre du projet, les femmes des sites d'intervention ont acquis une meilleure compréhension de l'importance de diversifier son alimentation (DD = 4,8% ; $p = 0,004$). Les analyses qualitatives expliquent ces écarts entre la connaissance et le comportement par un accès difficile à une alimentation diversifiée. Dans presque tous les villages, les relais communautaires ont mentionné la période de démarrage du projet comme une limite à l'amélioration de la diversité alimentaire. En effet, la période de mise en œuvre du projet

correspond davantage à la saison des travaux dans les jardins qu'à celle de la récolte des produits maraichers.

Couplées aux analyses qualitatives, les conclusions de ce rapport soulignent la complexité des réalisations dans le cadre d'un projet à plusieurs composantes. Le projet Room To Grow a permis d'améliorer l'accès à l'information sur la PF et l'utilisation des produits contraceptifs modernes. Par contre, sur le plan d'équité de genre et de nutrition, les effets du projet restent nuancés. D'une part, les thématiques qui relèvent des valeurs sociales comme la répartition traditionnelle des rôles et les habitudes alimentaires n'ont pas fondamentalement évolué. D'autre part, les thématiques liées à l'accès aux ressources/informations (achats et ventes des biens, informations sur la PF, connaissance de l'importance de la diversité alimentaire, etc.) ont connu des avancées significatives.

Les résultats atteints par ce projet l'ont été au cours de huit (8) mois d'intervention. Pour un succès sur l'ensemble des composantes du paquet intégré, y compris sur les thématiques relevant des valeurs, nous recommandons une durée plus longue pour la mise en œuvre des activités. La diversité des acteurs communautaires associés aux activités du projet (femmes, hommes, leaders religieux, relais communautaires, notables) constitue un de ces atouts majeurs. Toutefois, pour optimiser l'apport de chaque composante au succès du paquet intégré, nous suggérons l'implication d'une diversité de spécialistes et une collaboration multidisciplinaire.

Introduction

Le Niger est toujours à la première phase de la transition démographique. La fécondité est stable et élevée alors que la mortalité, notamment la mortalité infantile, commence son déclin (EDS 2012). Cette forte fécondité s'explique essentiellement par la durée de l'allaitement maternel, la prévalence de la contraception et la proportion des femmes en union (DSIP 2007-2015). En dépit de la mise en œuvre de deux politiques de population (PNP 1992 et DGPP 2007) et de nombreuses interventions en faveur de la planification familiale, le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est resté très faible (12,2% à l'EDS 2012). Il en résulte une croissance démographique soutenue illustrée par un taux d'accroissement moyen annuel de la population de 3,9% (RGPH 2012).

Ces défis démographiques vont de paire avec un accroissement rapide des besoins sociaux de base (éducation, santé, nutrition, etc.). De plus, le Niger se trouve affecté par les effets du changement climatique, un phénomène exacerbé par l'exploitation abusive des terres et la dégradation de l'environnement. Selon le Plan d'Action National pour l'Adaptation, sur l'ensemble du pays, la température moyenne mensuelle à l'horizon 2025 connaîtra une légère hausse. La pluviométrie se caractérise déjà par une forte variation dans l'espace et dans le temps, ce qui aggrave le niveau de vulnérabilité des populations vivant à 80% en milieu rural.

Pour consolider les acquis, renforcer la résilience des communautés et ouvrir des possibilités vers un développement durable, il existe des alternatives viables et compatibles avec la préservation des droits humains. Une de ces options est la gestion rationnelle des défis et des opportunités démographiques à travers des programmes de planification familiale et d'éducation/autonomisation des femmes et des filles. En effet, les investissements sociaux, y compris dans le domaine de la promotion de l'équité de genre et l'éducation de la jeune fille, constituent des préalables pour réaliser le dividende démographique.

Une autre alternative est la revalorisation des cultures irriguées à travers le jardinage et la prise en compte du genre dans toutes les activités de la vie courante, notamment dans les communautés rurales. Dans un contexte social où la femme est en général confinée dans un rôle reproductif, l'amélioration de sa participation active à la vie socioéconomique constitue une perspective vers un développement durable et inclusif.

La volonté politique est grande pour faire face à cette fécondité élevée, à la pauvreté et à la malnutrition. Le Plan national d'action pour la planification familiale vise à atteindre un taux de prévalence contraceptive (TPC) de 50% d'ici 2020 (Ministère de la Santé Publique, 2012). L'atteinte de cet objectif nécessitera une augmentation annuelle sans précédent de 7% du TPC au Niger. Pour atteindre cet objectif ambitieux et ainsi éviter la malnutrition et l'insécurité alimentaire chronique, des modèles culturellement acceptables sont nécessaires (OMS, 2013).

Dans le contexte nigérien actuel, la promotion de l'équité de genre et de la planification familiale ainsi que la lutte contre la malnutrition apparaissent comme des piliers importants sur lesquels des solutions durables doivent s'appuyer. C'est dans cette optique que Population Services International (PSI) a mis en œuvre le projet Room To Grow avec le soutien financier de la Fondation Bill & Melinda Gates. A travers son paquet d'activités intégrant l'équité de genre, l'accès à planification familiale et la nutrition, ce projet a permis d'explorer la pertinence des modèles multisectoriels et impliquant une diversité d'acteurs au niveau communautaire (femmes, maris, leaders religieux, relais communautaires et notables). Les activités du projet ont été réalisées pendant huit (8) mois dans la région de Zinder, notamment dans les départements de Gouré, Kantché et Mirriah. Suivant un protocole d'intervention préalablement élaboré, les activités du projet ont touché dix (10) villages et dix (10) autres villages sont gardés comme sites témoins.

Le présent document examine la preuve de ce concept. (1) Quelle est la pertinence de ce modèle par rapport au choix des activités menées et des acteurs impliqués au niveau communautaire ? (2) Quelles sont les avancées induites par la mise en œuvre du paquet intégré d'activités du projet dans les trois domaines cibles (équité de genre, nutrition et planification familiale) ? (3) Qu'en est-il de la dynamique globale des changements entre les trois domaines cibles du projet ? Quels sont les mécanismes d'actions en jeu ? Comment s'opèrent-ils ? Existe-t-il des effets de complémentarité entre les domaines cibles du projet ?

Pour répondre à ces questions, un système d'évaluation du projet a été mis en place. Il comporte une étude de référence et une étude finale, chacune bâtie sur des données qualitatives et quantitatives. Réalisée avant la mise en œuvre du projet, l'étude de base a permis de renseigner le niveau de certains indicateurs clés de suivi. A la fin des activités du projet, le même protocole de recherche a permis de dresser la situation finale des communautés dans les trois domaines cibles du projet. L'appréciation des efforts du projet repose sur la méthode d'évaluation à double différence (voir Encadré 2). Ce rapport examine quantitativement les effets du projet RTG. Toutefois, il emprunte certaines explications des travaux d'analyses qualitatives dont les conclusions sont présentées dans un rapport séparé. Les caractéristiques des ménages, des femmes et de leurs maris sont abordées dans la première partie des résultats. Les autres parties portent sur l'analyse des indicateurs sur l'équité de genre, la planification familiale et la nutrition.

Encadré 1. Le projet Room To Grow : un aperçu

Philosophie d'intervention

Les activités menées dans le cadre du projet RTG se résument à un renforcement de capacité des acteurs locaux en matière de PF, nutrition et prise de décision concertée. Ces acteurs endogènes de changement sont les chefs des villages, les leaders religieux et les relais communautaires. Ils incarnent respectivement le pouvoir local, la légitimité religieuse et la notoriété médicale. Leur appartenance à la communauté en fait des vecteurs de diffusion de nouvelles valeurs sur le plan d'équité de genre, de nutrition et de la planification de la famille.

Acteurs endogènes de changement

Les chefs des villages. Ils ont joué un rôle important dans la conduite des activités du projet. Ils convoquent les réunions, encouragent les leaders religieux et les relais communautaires, interviennent lors des séances pour attirer davantage l'attention des populations, etc. De manière générale, leur implication a facilité l'organisation pratique des séances de sensibilisation et de formation. Leur leadership a permis de susciter l'intérêt des populations à l'égard des activités du projet.

Les chefs religieux. En général, ils ont été désignés par les chefs de village pour leur charisme religieux et l'écoute dont ils jouissent au sein de la communauté. Dans chacun des 10 villages d'intervention, deux leaders religieux ont été retenus et formés, dont parfois un homme et une femme. Leur choix est pertinent pour porter les messages sur l'équité de genre, le dialogue conjugal et la planification de la famille. Ce choix est davantage pertinent par l'inclusion des femmes oulémas qui ont de la facilité pour atteindre et mobiliser les femmes jusqu'à dans les jardins. Les hommes religieux animent des prêches thématiques au niveau des mosquées ou sur la place du village, mais rarement dans les jardins. Certains d'entre eux sont responsables de mosquée, ce qui accroît leur notoriété. Ils sont en générale âgés de 32 à 55 ans et ont animé entre 3 et 5 séances de sensibilisation par mois pendant la durée du projet.

Les relais communautaires. Le choix des relais communautaires a été fait avec l'appui des agents du projet. Dans les différents villages, des personnes (3 à 5) ont été proposées par la population en tenant compte des critères suivants : être disponible, être patient, être sincère, fréquenter les jardins, savoir lire et écrire. Les relais ont reçu une formation sur des modules qui ont porté sur les méthodes contraceptives, la prévention de la malnutrition par la diversification alimentaire, la propriété et l'hygiène, l'allaitement maternel exclusif. Les relais communautaires sont formés sur les démonstrations culinaires à base des aliments locaux. L'accent a été mis sur huit (8) recettes à base de produits locaux qui sont : Purée des légumes, Bouillie enrichie au koulikouli, Dan Waké, Fourra da Mai, Koko au pain de singe, Soupe au poisson séché, Loulayan wake et Alala ou Dan Moui-Moui.

Activités du projet

Les activités du projet se résument à des séances de sensibilisation (relais communautaires) et à des prêches (leaders religieux) sur les places publiques, les mosquées et les jardins. Les leaders religieux se sont focalisés sur les sujets de la planification de la famille, l'équité de genre et le dialogue conjugal. Les leaders religieux ont concentré leurs interventions sur la sensibilisation sur les pratiques culinaires, la diversité alimentaire, la prévention de la malnutrition chez les enfants, l'allaitement maternel exclusif, la propreté et l'hygiène (lavage des mains), la planification familiale et les consultations prénatale et postnatale. L'ensemble des activités conduites par les relais communautaires et les leaders religieux sont résumées dans les tableaux de l'Annexe 1.

I. Objectifs de l'évaluation

Objectif global

L'évaluation finale a pour but de mesurer l'efficacité du paquet d'interventions mis en œuvre par le projet afin de mieux éclairer toutes les parties prenantes sur sa réussite et faire des recommandations stratégiques pour son passage à grande échelle au niveau du Niger ou même de la sous-région.

Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, l'évaluation vise à produire des données quantitatives permettant de dresser la situation finale dans les zones couvertes par le projet notamment en ce qui concerne:

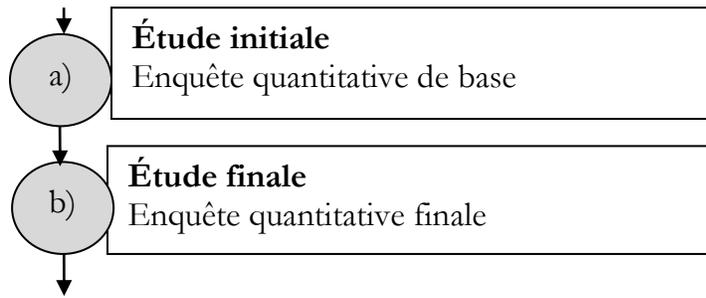
- les prises de décision sur la vente de grands et petits biens dans les ménages;
- l'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles (Score WE-MEASR);
- le soutien des hommes vis à vis de leurs femmes pendant la grossesse (visites prénatales et accouchements);
- la connaissance, l'intention d'utiliser et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- la communication entre conjoints;
- l'autonomie reproductive des femmes (Upadhyay et al, 2014);
- la connaissance des avantages sanitaires, sociaux et économiques de la PF et de l'espacement des naissances chez les hommes et les femmes;
- l'auto-efficacité à utiliser la PF (Score WE-MEASR);
- l'utilisation favorable de la PF par les hommes;
- l'obtention de conseils en PF chez les femmes;
- la diversité alimentaire chez les femmes en âge de procréer;
- la "Croyance positive" dans la valeur de la diversité alimentaire chez les femmes;
- la connaissance de deux méthodes ou plus pour améliorer la diversité alimentaire.

II. Méthodologie générale

Méthodes d'évaluation

L'approche méthodologique globale repose sur le recours conjoint à des méthodes qualitatives et quantitatives. Toutefois, il sera fait cas dans ce document de la méthodologie quantitative. A cet effet, deux enquêtes quantitatives (initiale et finale) dans deux groupes de jardins (témoins et contrôle) ont été effectuées pour employer la méthode d'évaluation à double différence et avoir la preuve de la réussite du concept de paquet intégré d'activités via les jardins où travaillent les femmes.

Figure 1 : Méthodologie générale d'évaluation quantitative



L'enquête finale a permis de quantifier les changements globaux intervenus tant dans les sites d'intervention que dans les sites témoins à partir des données collectées auprès des mêmes unités statistiques lors de l'enquête de base (femmes, maris, leaders religieux, relais communautaires et notables). L'impact total de l'intervention en termes de nutrition, de genre et de planification familiale sera évalué. En utilisant la méthode double différence, l'hypothèse que les principaux indicateurs de nutrition, de genre et de planification familiale évolueraient de la même manière dans les groupes d'intervention et témoins en l'absence de toute intervention est formulée.

La population cible des enquêtes de référence et finale est composée des femmes de 15 à 49 ans vivant dans le milieu rural de la région de Zinder et qui pratiquent des activités de maraîchage sur les jardins. Ces derniers ont la particularité d'être dirigés par des femmes pendant au moins 12 mois avant l'intervention de projet RTG.

Approbation scientifique et technique du protocole par le CNERS

Conformément aux textes réglementant la collecte des données en matière de santé et aux principes de collecte des données auxquels sont soumis les différentes institutions impliquées dans l'enquête, le protocole de l'enquête a été soumis à l'instance en charge de la validation des questions éthiques de collecte de données de santé sur des humains. Le protocole a reçu un avis favorable de ce Comité lors de sa séance de délibération du 17 octobre 2017.

Echantillonnage

Le calcul de la taille de l'échantillon des femmes est basé sur les données de l'enquête EDS de 2012 dans la région de Zinder avec les paramètres de puissance égale à 0,80 et alpha égal à 0,05. Cela a permis de savoir qu'un échantillon de 300 femmes par groupe permettra de recueillir des informations sur:

- une augmentation de la proportion de membres du jardin participant à la prise de décision dans les ménages (comprend la participation aux 3 décisions du ménage : les soins de santé des femmes, les achats majeurs des ménages, visite de la famille natale), soit 1,6 point de pourcentage (15,6% à 17,2%) ou plus.

- Une augmentation de la proportion de membres du jardin utilisant actuellement toute méthode de contraception qui est de 1,6 point de pourcentage (17,2% à 18,8%) ou plus.
- Une augmentation du score moyen de diversité alimentaire chez les membres du jardin de 0,6 points (3,5 à 4,1) ou plus (Estimations basées sur une hypothèse d'écart type de 2,5 et données de base de: Savy, M., Martin Prevel, Y., Traissac, P., & Delpeuch, F. (2007, janvier).

Pour la détermination des villages d'intervention et témoins, une base de sondage de l'ensemble des villages ayant des jardins communautaires dans la région de Zinder notamment dans les départements de Kantché, Gouré et Mirriah a été constituée après un travail de complétude avec les services départementaux de l'agriculture. Les villages ne sont pas uniformes en termes de superficie de jardins (variant 1 à 500 ha). Il convient de signaler qu'il y avait des villages inaccessibles et de faible densité de population. Ils ont été de toute façon exclus de la base de sondage avant le tirage. Cependant, des corrections ont été apportées sur certaines superficies de jardins pour lesquels il n'existait pas des informations fiables. Tous les autres villages sont facilement identifiables du fait du caractère récent de la mise à jour. Les limites des jardins communautaires sont bien connues. L'étude vise une stratification géographique par superficie de champ communautaire et par département. La base de sondage comprend les données utiles pour ce découpage. L'objectif est de répartir le nombre de villages entre les différents départements qui constituent les strates. Au sein de chaque département, il a été constitué trois sous strates à savoir les villages à superficie de jardin communautaire petite, moyenne et grande.

Au sein de chaque strate géographique, il a été tiré une ou plusieurs communes proportionnellement à la taille, c'est-à-dire à la superficie totale des jardins communautaires. La sélection des villages sera également faite proportionnellement à la taille. Ainsi, les 20 villages tirés par hasard selon les types témoins et intervention sont consignés dans le tableau suivant.

Sélection des grappes (premier degré de sondage)

La base de sondage a été classée par ordre croissant de strate (superficie de champs communautaire) dans chaque département. Au premier degré de sondage, le nombre de villages retenus dans chaque strate d'échantillonnage a été sélectionné indépendamment à l'intérieur de chaque strate en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la superficie du champ communautaire. Ainsi, 20 tirages au sort ont été réalisés. Les villages sélectionnés sont illustrés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Répartition des villages d'intervention et témoins

Départements	Communes	Sites	Traitement	# témoins/ # intervention
Kantché	Matameye	Eldawa	1	2/2
		N'wala	0	
	Doungou	Godo Haoussa	1	
		Garin Gao	0	
Gouré	Gouré	Toumourwa	0	4/4
		Dounia koura	1	
		Riria	0	
	Guidiguir	Apké	1	
		Gassafa	1	
		Baouh	0	
	Bouné	Bassori	1	
		Kalguéri	0	
Mirriah	Mirriah	Fatori Haoussa	1	4/4
		Falki	0	
	Droum	Garin dan Sawani	1	
		Rouwan tsami	1	
		Maijirga Bougaje	0	
		Maisaje	0	
	Hamdara	Hamdara laouali	1	
		Katourje	0	

Notes: 1 = intervention, 0 = témoins

Il convient de souligner que la taille de l'échantillon ne permet pas de désagréger l'impact sur différents sous-groupes en assurant un niveau de signification statistique valable. Mais il sera évalué ces impacts dans ces clivages de manière descriptive lors de l'analyse des données et une comparaison des tendances est prévue.

Sélection des ménages/femmes (deuxième degré de sondage)

Dans chaque village d'intervention sélectionné, on dispose de la liste exhaustive de tous les ménages ayant une femme éligible. Il a été tiré au hasard systématiquement à probabilité égale sur la liste exhaustive de tous les ménages ayant des femmes éligibles un nombre de 30 ménages/femmes. Si le nombre de ménages total n'excède pas 30, tous les ménages seront enquêtés et les femmes de ces ménages intégreront le projet. Dans ce cas également, le complément de femmes éligibles qui bénéficieront du projet sera pris dans un autre village pour que ce soit 300 femmes qui bénéficient du projet sur les 10 villages d'intervention. Toutefois, la précaution a été prise pour identifier au préalable les villages avec moins de 30 ménages/femmes et ceux avec plus de 30 afin de déterminer à l'avance le nombre de ménages/femmes à tirer dans chaque village d'intervention.

Recrutement et formation des agents de collecte

Dans le cadre de l'évaluation, il a été recruté 12 agents enquêteurs (hommes et femmes) expérimentés pour effectuer la phase terrain.

La formation des agents de collecte s'est déroulée du 06 au 08 février 2019 à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Zinder. Elle a permis d'expliquer le contexte et les objectifs de l'évaluation et de définir les tâches de chaque participant. Elle a également permis de présenter le PSI qui est la structure porteuse du projet de façon général et le projet RTG de façon spécifique. La suite de la formation a porté sur la méthodologie et le remplissage des outils sur les tablettes. A l'issue de la formation trois équipes ont été formées à savoir une équipe par département.

Supervision et suivi

Le suivi des opérations de collecte des données est assuré par le coordonnateur terrain. Basé à Zinder ville, ce dernier effectue des visites journalières de terrain au niveau des équipes pour s'enquérir de l'évolution du travail. Il apportait les solutions techniques aux problèmes rencontrés sur le terrain. Il vérifiait et validait les questionnaires remplis et assurait la liaison entre les chefs d'équipe et le bureau de L'Initiative OASIS à Niamey. Il était chargé de la production des rapports d'étape journaliers.

Données collectées

La collecte des données quantitatives de l'évaluation finale s'est effectuée du 02 au 24 février 2019. L'enquête quantitative a permis de collecter les informations suivantes:

Tableau 2 : Bilan des données collectées

Types de jardins/sites	Jardins/sites		Femmes		Maris		Ménages	
	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final
Intervention	10	10	313	281	225	195	308	277
Témoins	10	10	315	274	215	178	268	250
Total	20	20	628	555	440	373	576	527

L'écart entre le nombre de femmes et de maris enquêtés entre les deux évaluations est lié aux absences, refus et décès de certains individus. L'écart entre le nombre de femmes enquêtées et celui des ménages enquêtés s'explique en partie par les non-réponses pour certains questionnaires (certaines femmes se déclarent incapables de fournir les informations sur leur ménage en l'absence de leur mari).

Encadré 2. Méthode de la double différence (*)

Comme son nom l'indique, la méthode de la double différence compare les différences de résultats au fil du temps entre une population participant à un programme (le groupe de traitement) et une autre n'y participant pas (le groupe de comparaison). Elle estime le contrefactuel pour le changement du résultat dans le groupe de traitement en utilisant le changement du résultat dans le groupe de comparaison. Cette méthode permet de prendre en compte les différences entre le groupe de traitement et le groupe de comparaison qui sont invariables dans le temps.

La différence dans les résultats avant-après pour le groupe participant (la première différence) contrôle pour les facteurs invariables dans le temps qui affectent ce groupe, pour la simple raison que nous comparons le groupe à lui-même. La différence avant-après ne tient toutefois pas compte des facteurs externes variables dans le temps. Une manière de prendre en compte ces facteurs externes variables dans le temps est de mesurer la différence de résultats avant-après pour un groupe qui n'a pas participé au programme, mais qui a été exposé aux mêmes conditions externes (la deuxième différence). Si nous épurons la première différence des effets des autres facteurs variables dans le temps qui influent sur les résultats en soustrayant la deuxième différence, nous éliminons la principale source de biais qui posait problème dans la simple comparaison avant-après. La double différence combine donc les deux contrefactuels contrefaits (comparaisons avant-après et comparaisons avec-sans entre les participants et les non participants) pour produire une meilleure estimation du contrefactuel. Dans le cas de notre programme Room To Grow, la méthode DD comparerait par exemple la différence entre les taux de contraception moderne observés dans les zones concernées par le projet avant et après la mise en œuvre, et ce même changement dans les taux de contraception moderne observés dans les zones où le programme n'a pas été mis en œuvre.

Le groupe de traitement et le groupe de comparaison ne doivent pas nécessairement être similaires avant l'intervention. Pour appliquer la double différence, il suffit de mesurer les résultats du groupe de participants (le groupe de traitement) et ceux du groupe de non participants (le groupe de comparaison) tant avant qu'après la mise en œuvre du programme.

Cette méthode repose sur une hypothèse forte :

- Elle suppose que la trajectoire du groupe de traitement aurait été parallèle à la trajectoire du groupe témoin en l'absence du programme. Toutefois, la méthode ne requiert pas de préciser les règles d'assignation du programme.

La méthode de la double différence calcule l'impact estimé selon la formule suivante :

1. Nous calculons la différence de résultat (Y) entre la situation avant et après pour le groupe de traitement (B – A).
2. Nous calculons la différence de résultat (Y) entre la situation avant et après pour le groupe de comparaison (D-C).
3. Nous calculons ensuite la différence entre la différence de résultats pour le groupe de traitement (B – A) et la différence pour le groupe de comparaison (D – C), soit $DD = (B - A) - (D - C)$. La double différence est notre estimation d'impact

Interprétation de l'impact DD : Au seuil de significativité considérée, une double différence supérieure à 1 indique une augmentation du résultat considéré en faveur du groupe de traitement et une double différence inférieure à 1 indique une diminution du résultat considéré chez le groupe de traitement.

(*) Adapté du Manuel « L'évaluation d'impact », Banque Mondiale, 2011

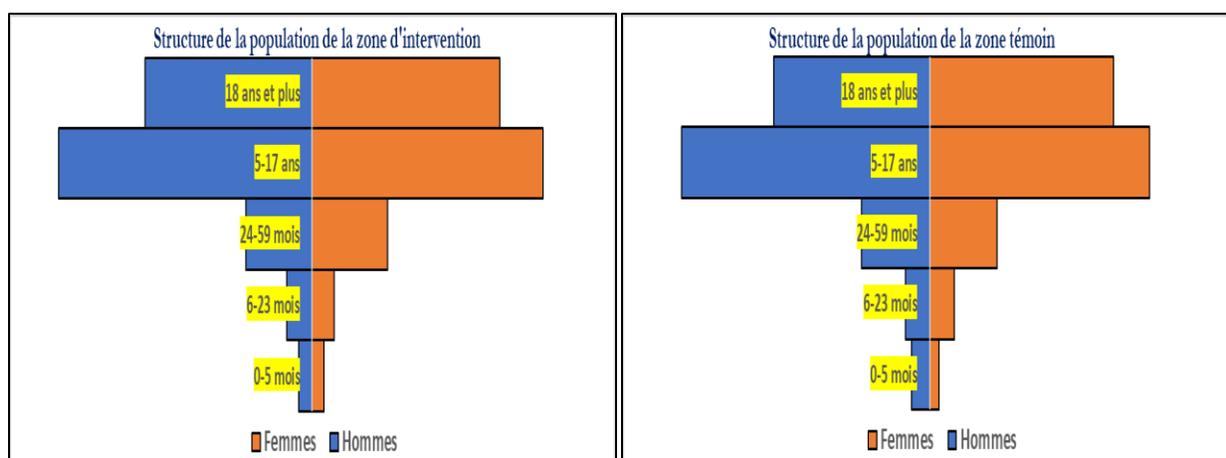
RESULTATS

III. Profil des populations bénéficiaires et témoins

III.1 Ages et sexe de la population de l'évaluation

La structure par âge de la zone d'intervention présente une légère prépondérance des femmes (50,1%) par rapport aux hommes tandis qu'on constate le contraire au niveau de la zone témoin (49,5%). La figure suivante donne une représentation par âge et par sexe des populations des zones d'intervention et témoin. Elle met en exergue, quel que soit la zone et le sexe, un effectif plus important de personnes âgées de 5 à 17 ans dans la population. Les enfants âgés de 0 à 59 mois sont la frange de la population ayant l'effectif le moins élevé.

Figure 3 : Ages et sexe de la population de l'évaluation



Il faut aussi souligner que la taille moyenne des ménages s'élève à 7,1 quel que soit la zone. Elle n'est pas différente de la moyenne nationale.

III.2 Caractéristiques des ménages

Sur l'ensemble de la zone d'intervention du projet RTG, 18,2% des ménages sont dirigés par des femmes. Ces dernières sont en général femmes de migrants dont les maris sont en exode (66,1%) ou veuves (25,8%). Elles sont moins âgées en moyenne d'une dizaine d'années que leur homologue homme. L'âge moyen du chef de ménage femme est de 32,3 ans.

On note que plus de 93% des chefs de ménage sont mariés dont 66,8% de monogames et 26,3% de polygames et 3,5% de divorcés ou veufs dans cette zone. Seul 15,7% des chefs de ménages n'ont aucun niveau d'instruction. Ce qui met en évidence un moindre taux d'analphabétisme dans la zone d'intervention du projet contrairement à l'ensemble du pays où chez les femmes chef de ménage cette proportion atteint 90,9%. Près de quatre chefs de

ménage (39,9%) ont au moins le niveau primaire dont seuls 17,1% ont achevé le cycle complet.

Une forte proportion de chefs de ménage ont pour activité principale l'agriculture (87,0%), ensuite viennent ceux qui exercent le petit commerce avec une proportion de 3,7%. Les autres secteurs d'activité comme travail journalier et salarié suivent avec 2,3% chacun.

Tableau 3 : Caractéristiques des ménages selon la zone

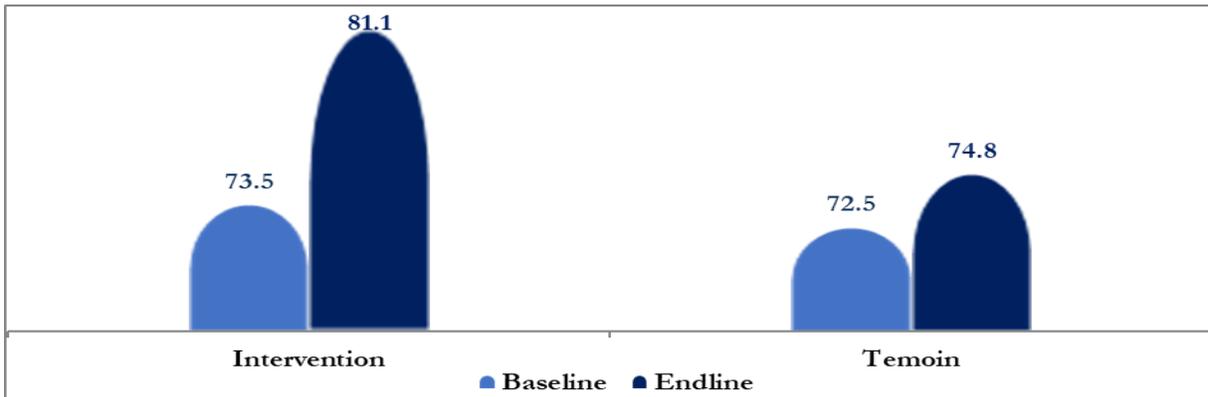
	Intervention (%)	Témoin (%)
Proportion de chef de ménage femme	18,2	11,5
Proportion des ménages ayant des enfants de 6 à 23 mois	45,4	50,8
Niveau d'instruction du chef de ménage		
Aucun	15,7	17,1
Alphabétisé	4,9	7,2
Coranique	39,2	55,7
Primaire	22,8	13,5
Sécondaire	17,1	6,5
Supérieur	0,3	0,0
Statut matrimonial du chef de ménage		
Marié monogame	66,8	71,8
Marié polygame	26,3	23,7
Divorcé/Séparé	3,5	3,4
Veuf/Veuve	3,0	0,6
Célibataire	0,4	0,4
Activité principale du chef de ménage		
Agriculture	87,0	90,3
Petit commerce	3,7	6,5
Travail journalier	2,3	0,0
Salarié	2,3	0,0
Elevage	0,0	1,6
Autres activités	4,7	1,6

IV. Prise de décision

Indice de participation à la prise de décision

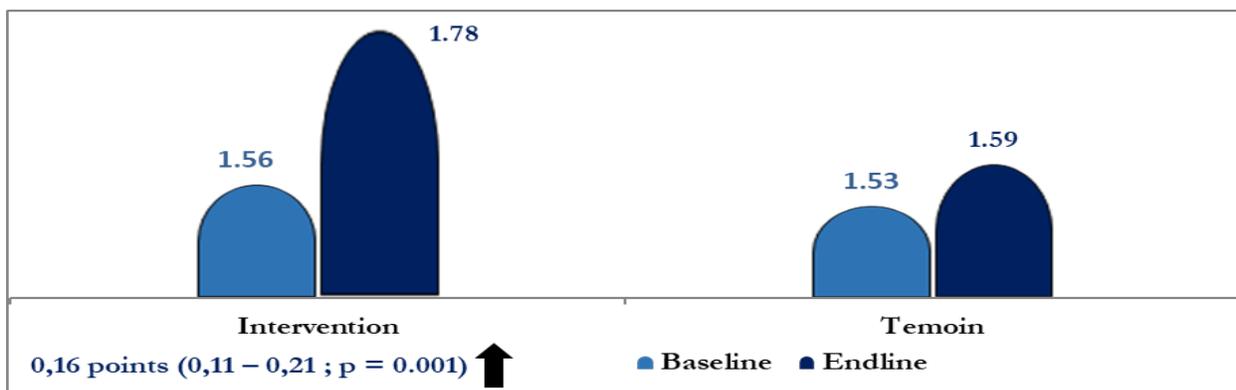
Au vu du rôle capital joué par les femmes dans la société et de leurs contributions dans le développement d'un pays, il est impératif qu'elles soient de plus en plus impliquées dans la prise de décision au sein des ménages. Pour promouvoir cet aspect, plusieurs activités ont été mises en œuvre dans le cadre du projet RTG. Les résultats de l'évaluation finale révèle une hausse significative de la proportion des femmes qui participent aux prises de décision dans les ménages. Ce constat montre l'apport du projet dans la création d'un environnement harmonieuse au sein des ménages à travers les activités de sensibilisation sur l'importance de l'implication des hommes et des femmes dans la prise de décisions.

Figure 4: Niveau de participation de la femme aux prises de décision au sein du ménage d'après les femmes



Cette situation est confirmée par l'indice de participation des femmes à la prise de décision. En effet, cet indicateur oscille de 1,5 point à l'enquête de base à 1,7 à l'étude finale. L'indice de participation des femmes à la prise de décision de la zone d'intervention est supérieur à celui de la zone témoin.

Figure 5: Indice de participation à la prise de décision du ménage

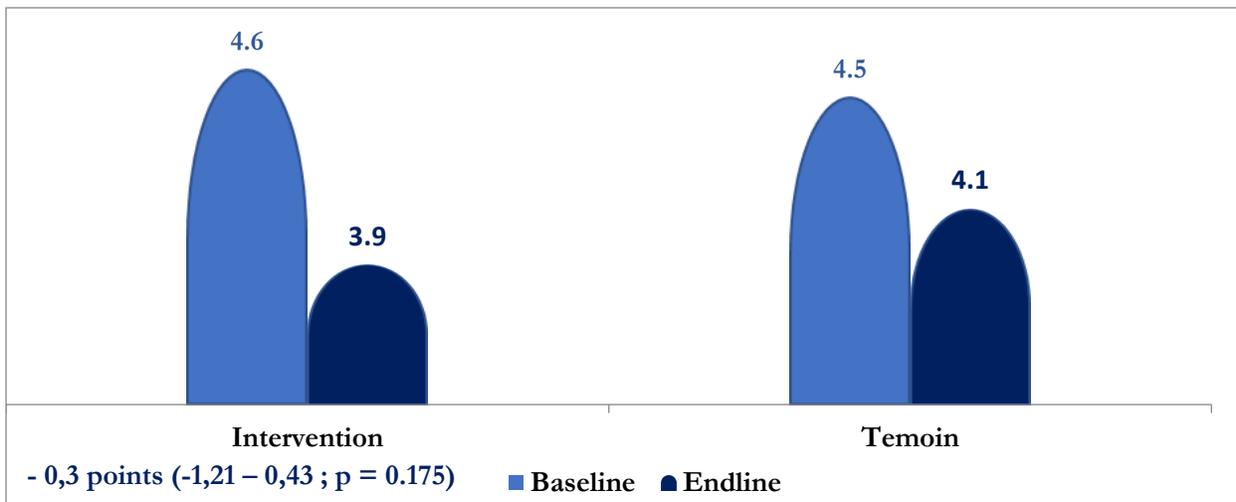


Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes (WE-MEASR)

Chez les femmes

Globalement, aussi bien au niveau des sites d'intervention que dans les sites témoins, les femmes s'accordent sur la répartition traditionnelle des rôles hommes/femmes. Toutefois, l'indice d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes a baissé entre l'enquête de base et finale. Cette baisse n'est pas significative au seuil de 5%. Rappelons qu'à l'enquête de base plus de 80% des femmes sont d'accord ou tout à fait que « l'homme devrait avoir le dernier mot » dans les discussions au sein du couple, que « l'homme décide quand aller au lit » avec sa femme et que « l'homme décide de l'alimentation » dans son ménage. L'image de l'homme fort et pourvoyeur des moyens de subsistance reste toujours d'actualité.

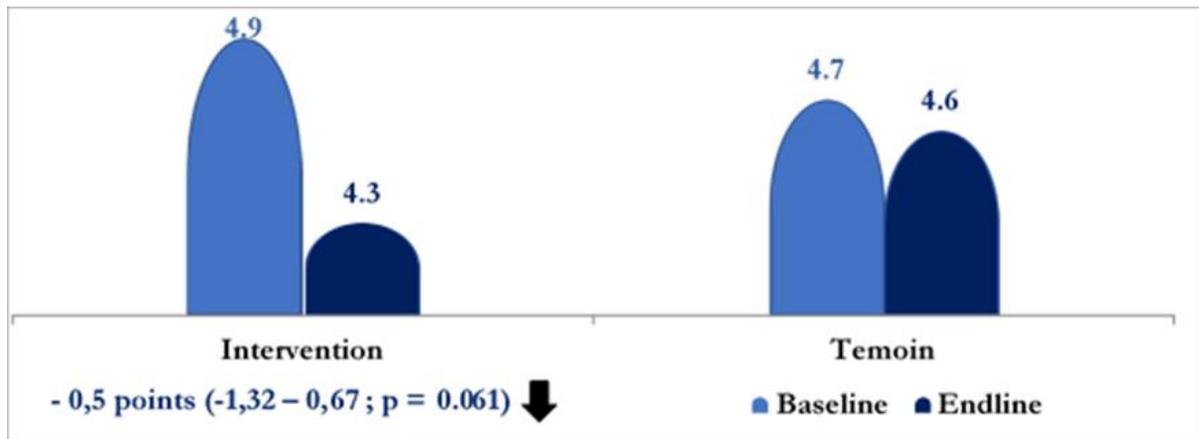
Figure 6: Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes (échantillon femmes)



Chez les maris

Durant l'évaluation finale, il était important aussi de connaître la perception des maris sur la répartition traditionnelle des rôles hommes/femmes. Les informations collectées nous permettent de dire que les hommes adhèrent plus à la répartition traditionnelle des rôles hommes/femmes que les femmes. L'indice d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles hommes/femmes est de 4,3 points lors de l'évaluation finale. Il est en baisse relativement à l'enquête de base mais aussi par rapport à la zone témoin. Il convient de rappeler que dans la culture et la tradition des zones visitées, l'homme joue le rôle de chef de ménage et à ce titre il a le devoir de prendre en charge son ménage. Cependant, les maris éprouvent de plus en plus le sentiment du rôle indispensable de la femme dans le ménage et pour cela ils souhaitent de plus en plus les associer dans la prise de décision de toute sorte.

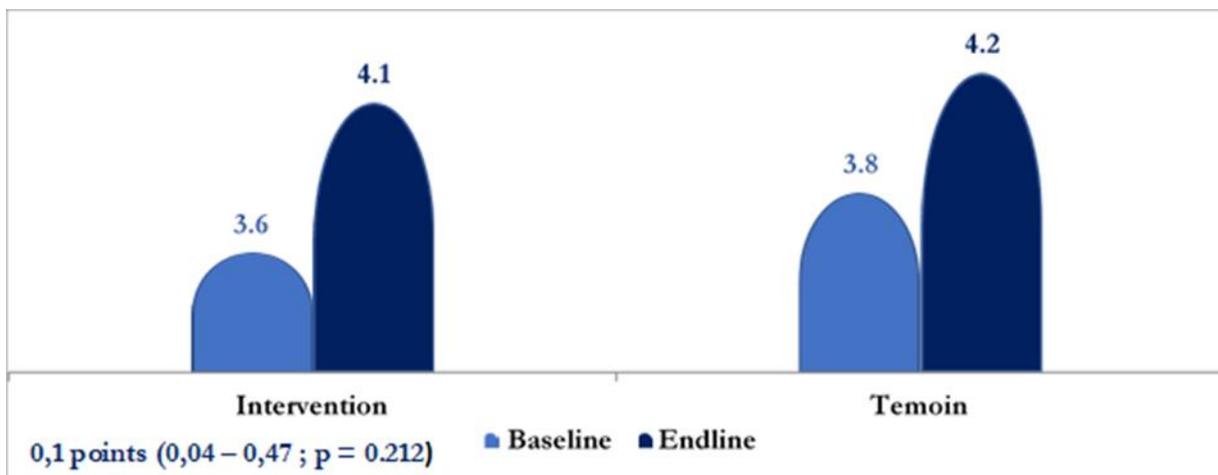
Figure 7: Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles des femmes (échantillon maris)



Communication entre conjoints

L'un des objectifs du projet RTG est d'entreprendre des actions dans le but d'améliorer la communication entre les conjoints. Le score de communication entre conjoints est l'un des indicateurs qui permettent d'apprécier cet aspect. Ainsi, l'évaluation finale montre une évolution du score de communication entre conjoints de l'enquête de base à l'enquête finale. Toutefois, la méthode de double différence met en évidence une hausse non significative au seuil de 5%. Les efforts doivent être faits pour avoir une meilleure communication entre les conjoints.

Figure 8: Scores de communication entre conjoints



V. Planification familiale

L'objet de cette partie est d'identifier les avancées (ou non) en matière de la Planification Familiale (PF) induises par les activités du projet dans les jardins d'intervention comparativement aux jardins de contrôle. Il s'agit spécifiquement, d'évaluer les niveaux et variations (mais aussi la différence) de la connaissance, de l'utilisation et d'intention d'utilisation de la Planification Familiale (PF). Sont également explorés, les facteurs socioculturels influant sur la pratique contraceptive. Il s'agit de l'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles, la communication entre conjoints sur la PF, la participation de la femme à la prise de décision sur la PF, la pression subie par la femme contre la PF.

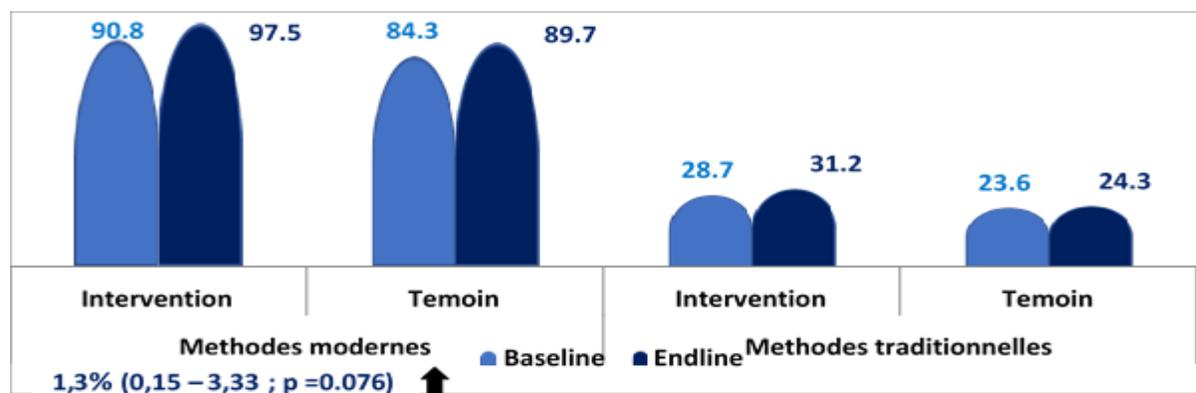
Globalement, le paquet intégré du projet a significativement augmenté l'acceptation des services de la Planification Familiale dans les sites d'intervention.

V.1 Connaissance et pratique de la contraception

V.1.1 Connaissance contraceptive

Il ressort des résultats d'analyse que les femmes issues de la zone d'intervention du projet connaissent mieux les méthodes contraceptives que celles de la zone de comparaison. Cette différence n'est significative pas au seuil de 5% ($p=0.076$) au niveau de la connaissance des méthodes modernes. En effet, il y a une différence de 1,3% des femmes qui connaissent les méthodes contraceptives modernes, en faveur de la zone d'intervention. Ces résultats ne sont pas surprenants quand on sait que des activités en matière de sensibilisation et d'explication des échantillons des différentes méthodes contraceptives ont été menées dans la zone d'intervention du projet. Cependant, il est à noter que les écarts entre les niveaux de connaissance avant et après la mise en œuvre du projet ne sont pas largement élevés. Cela est lié à un niveau de connaissance déjà élevé avant même l'intervention du projet (90 Vs 97% et 84 vs 89%).

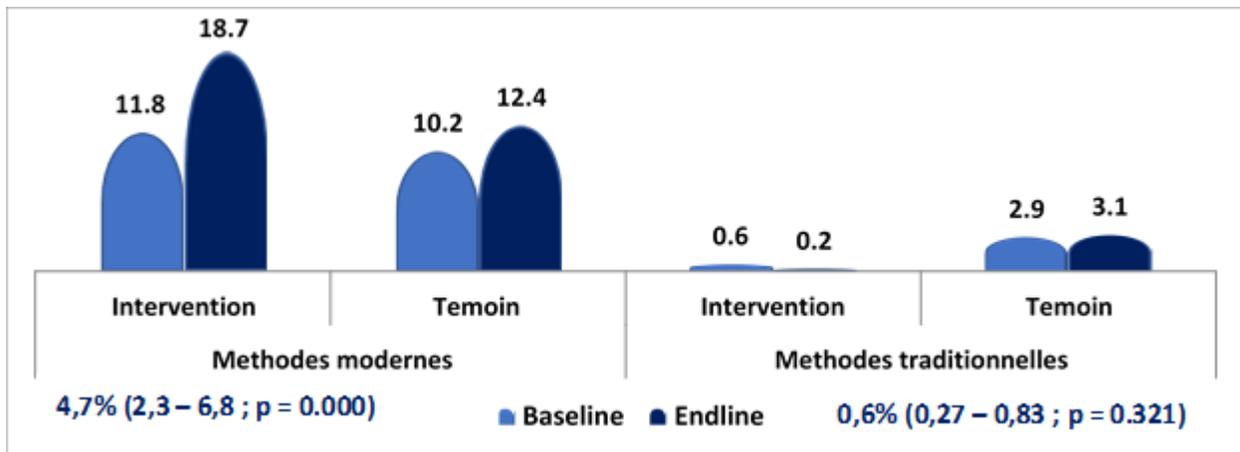
Figure 9: Proportions (%) des femmes qui connaissent des méthodes contraceptives



V.1.2 Utilisation actuelle de la contraception

Les analyses montrent une augmentation de la pratique contraceptive moderne chez les femmes aussi bien dans la zone du projet que celles de la zone de comparaison. Les analyses à travers la méthode des doubles différences font ressortir une différence d'augmentation de la pratique contraceptive de 4,7% en faveur de la zone d'intervention du projet. Cette différence est significative au seuil de 5% ($p=0.000$). L'intervention du projet en matière de planification familiale avait consisté à stimuler d'abord la demande via les sessions de sensibilisation, l'explication des avantages d'avoir une famille planifiée mais également à faire des distributions à base communautaire lors des discussions de groupes sur les sites des jardins, au centre de santé et pendant la visite à domicile. L'augmentation sensible des utilisatrices de la contraception pourrait être affectée à ces activités du projet.

Figure 10: Proportions (%) des femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive



V.1.3 Utilisation contraceptive par type de méthode

Globalement, les sites d'intervention du projet ont connu une amélioration de l'utilisation des produits contraceptifs modernes. Toutefois, seules deux méthodes modernes ont connu du succès significatif. Il s'agit de pilule et des injectables. Les autres méthodes se sont vues négligées par les femmes pendant l'intervention du projet. C'est notamment le cas des implants, condom masculin et féminin et les autres méthodes modernes (DIU, collier, etc). Les résultats des analyses de double différence ont rapporté une augmentation d'utilisation de pilule et des implants respectivement de 2% et 2,1% entraînée par l'intervention du projet. Cette augmentation est significative au seuil de 5% (respectivement $p=0.021$ et $p=0.046$). Les efforts consentis par le projet à travers l'approvisionnement des centres de santé en méthodes modernes (Case de santé et CSI) et la distribution à Base communautaire (visite à domicile) ont certes favorisé l'accès et l'utilisation de ces méthodes. Les pilules et les injectables étaient bien évidemment les méthodes privilégiées par l'intervention.

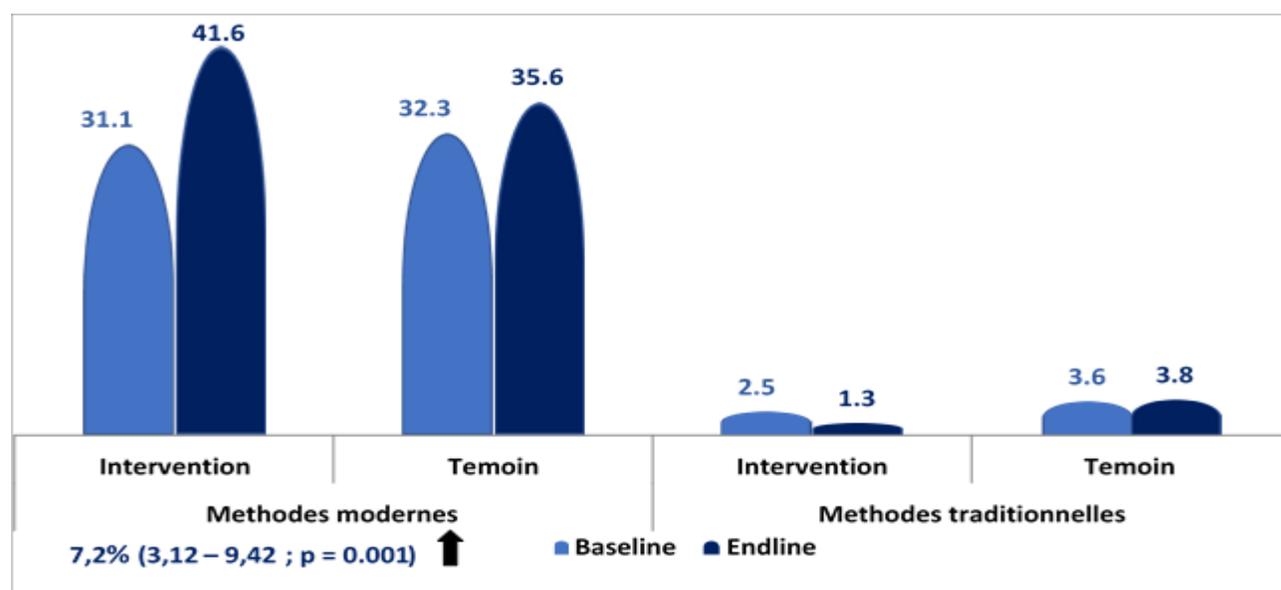
Tableau 4 : Proportions (%) des femmes utilisatrices de la contraception moderne selon le type de méthodes

Type de méthode	Intervention		Témoin		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Pilule	4,5	7,1	3,5	4,1	2,0	0,002
Injectables	6,9	10,1	6,1	7,2	2,1	0,041
Implants	1,5	0,3	0,8	0,6	-1,0	0,210
Condom masculin	1,2	0,1	0,0	0,3	-1,4	0,027
Condom féminin	0,4	0,0	0,0	0,1	-0,5	0,072
Autres modernes	1,0	0,0	0,3	0,1	-0,8	0,150

V.1.4 Intention d'utilisation

Les perspectives en matière de Planification Familiale sont importantes eu égard aux résultats de l'étude. Ce sont les méthodes modernes qui sont plus envisagées par les femmes. Les activités du projet ont eu un impact positif de 7,2% sur l'intention d'utilisation des méthodes contraceptives modernes ($p=0.001$). Inversement, une réduction d'intention contraceptive traditionnelle de 1,4% ($p=0.034$) a été induite. Cela pourrait se comprendre par l'intention mise sur l'efficacité avérée des méthodes contraceptives modernes contre les méthodes modernes dont les modalités d'utilisation et l'efficacité ne sont pas garanties.

Figure 11 : Intention d'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes



V.1.5 Utilisation actuelle et intention contraceptive

La mise en exergue de relation entre l'utilisation contraceptive actuelle et l'intention d'utilisation est très intéressante en termes de perspectives pour continuer la mise en œuvre du projet ou pour un éventuel passage à l'échelle. Les intentions d'utilisation peuvent varier d'une femme utilisatrice à une femme non-utilisatrice. Les résultats d'analyse montrent des différences d'intention significatives entre ces sous-groupes de femmes. En effet, les activités du projet ont engendré une motivation sensible d'utilisation contraceptive de 2,3% chez les femmes utilisatrices et de 7,9% chez les femmes non-utilisatrices. Contrairement à qu'on aurait pu s'attendre, les non-utilisatrices sont davantage motivées que les utilisatrices. Ce résultat doit amener à creuser les approches de mise en œuvre des activités du projet. Les manières dont les utilisatrices sont traitées par les prestataires de services (agents de santé, relais, etc.) pourraient démotiver certaines utilisatrices dans la poursuite de la PF. En outre, les effets secondaires d'une méthode ne sont pas à négliger dans la poursuite de cette méthode ou d'une autre méthode. La confrontation de ce résultat avec la variable effets secondaires aurait informé sur les perspectives. Malheureusement cette variable n'a pas été observée au cours de l'évaluation.

Tableau 5: Intention d'utilisation des méthodes contraceptives selon le statut contraceptif de la femme (%)

	Intervention (%)		Témoin (%)		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Utilisatrices	32,3	38,5	29,3	33,2	2,3	0,003
Non-utilisatrices	34,5	42,6	33,6	33,8	7,9	0,046

V.1.6 Avantages de la planification familiale

Globalement, les femmes trouvent que c'est la santé de la mère et de l'enfant et le temps de travail qui sont les principales motivations de l'utilisation de la planification familiale. Les hommes confirment plus ou moins ces propos mais d'autres maris évoquent les raisons économiques comme motivation de l'utilisation de la planification familiale (2,8%). Les sensibilisations en faveur des avantages d'une famille planifiée apporteront leur fruit. Le graphique ci-dessous indique une amélioration significative de la connaissance des avantages de la planification familiale. La santé de la mère reste l'avantage le plus cité par les femmes. Toutefois, la connaissance de l'avantage de PF sur l'éducation des enfants a connu une hausse très considérable due aux activités du projet (10%).

Tableau 6: Proportion des femmes qui connaissent les avantages sanitaires, sociaux et économiques de la PF et de l'espacement des naissances

Type d'avantages	Intervention		Témoin		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Meilleure santé pour la femme	51,3	78,0	48,7	61,0	14,4%	0,023
Meilleure santé pour les enfants	55,8	67,0	53,4	59,8	4,8%	0,044
Plus de temps de travail	16,0	23,7	14,9	17,5	5,1%	0,068
Meilleure situation économique	13,0	19,1	14,0	18,1	2,0%	0,241
Education des enfants	9,0	26,4	12,0	19,4	10,0%	0,035
Ensemble	57,3	71,3	53,2	59,6	7,6%	0,030

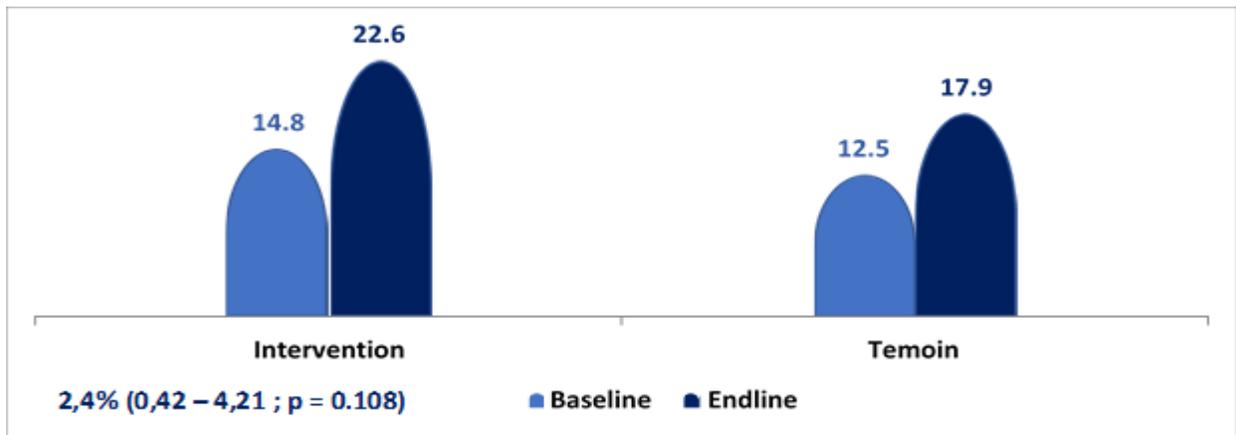
Tableau 7: Pourcentage d'hommes qui pensent que la PF a des avantages

Type d'avantages	Intervention		Témoin		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Meilleure santé pour la femme	43,6	62,3	45,3	56,0	8,0%	0,011
Meilleure santé pour les enfants	46,1	57,0	51,3	54,2	8,0%	0,046
Plus de temps de travail	13,0	19,2	11,7	14,3	3,6%	0,009
Meilleure situation économique	11,0	17,2	12,0	15,4	2,8%	0,024
Education des enfants	5,0	22,3	9,0	14,9	11,4%	0,002
Ensemble	22,8	42,8	28,3	33,2	10,1%	0,046

V.1.7 Position des hommes par rapport à la PF

Quand on regarde les points de vue très favorables des hommes sur les avantages que procure la Planification Familiale, l'on peut se réjouir de croire que leur position sur l'utilisation de la contraception irait dans le même sens. Cependant, Les hommes ne sont pas largement favorables à l'utilisation de la Planification Familiale. Les activités du projet n'ont pas pu entraîner une adhésion significative des hommes à l'utilisation contraceptive (2,4% avec $p=0.108$). Ces résultats réconfortent ceux trouvés sur la faible influence de la femme sur la décision en matière de procréation. Les efforts restent à fournir dans ce sens pour convaincre davantage les hommes sur la pertinence de l'utilisation contraceptive.

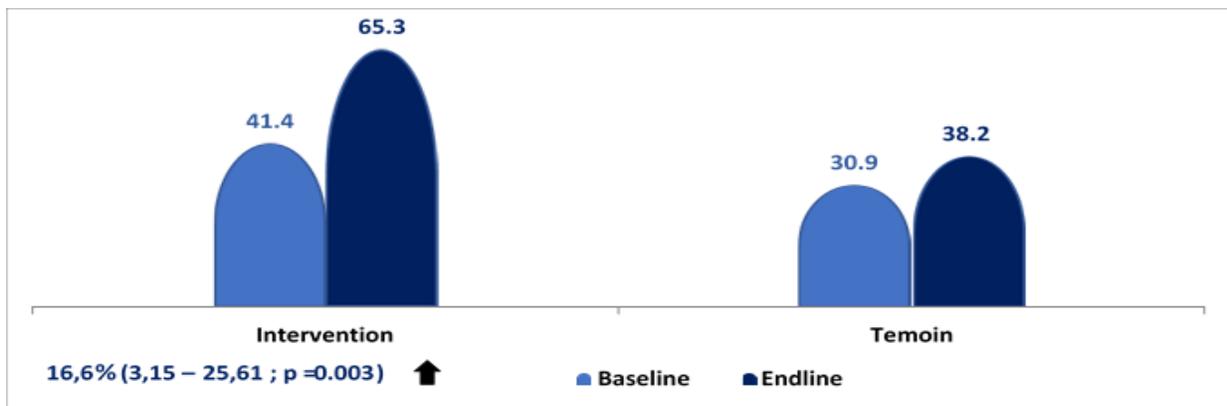
Figure 12: Pourcentage d'hommes qui sont favorables à l'utilisation de la PF



V.1.8 Counseling en Planification Familiale

Les femmes de la zone d'intervention du projet affirment avoir bénéficié des conseils en PF. Les analyses montrent une augmentation significative de 16,6% (p=0.003).

Figure 13: Proportion des femmes qui ont bénéficié de conseils en PF avant et pendant la période de mise en œuvre



V.1.9 Autonomie reproductive : Influence sociale et inspiration individuelle

La relation entre la place reconnue à la femme par la société, les opportunités disponibles et accessibles, les capacités personnelles de la femme et ses comportements en matière contraceptive est complexe. Elle inclut l'autonomisation de la femme dans le contexte global de la société mais aussi ses capacités à agir lorsque la société lui reconnaît ses droits.

Naila Kabeer définit l'autonomisation comme une augmentation de la capacité de faire des choix stratégiques de vie dans un contexte où cette capacité était auparavant refusée. Elle considère que l'exercice du choix comporte trois dimensions interdépendantes : le **pouvoir**–

la capacité de définir ses objectifs de vie et d'y donner suite ; les **ressources**—les facteurs habilitants, les compétences, les connaissances, les atouts et les aptitudes qui améliorent la capacité d'exercer un choix ; et les **réalisations**—les résultats des choix (Citée par Daniel et Chaibou, 2018). Que nous disent les données sur la capacité des femmes membres des jardins à utiliser la PF ? Réalisent-elles leurs aspirations contraceptives ? Qu'en est-il de communication au sein du couple ?

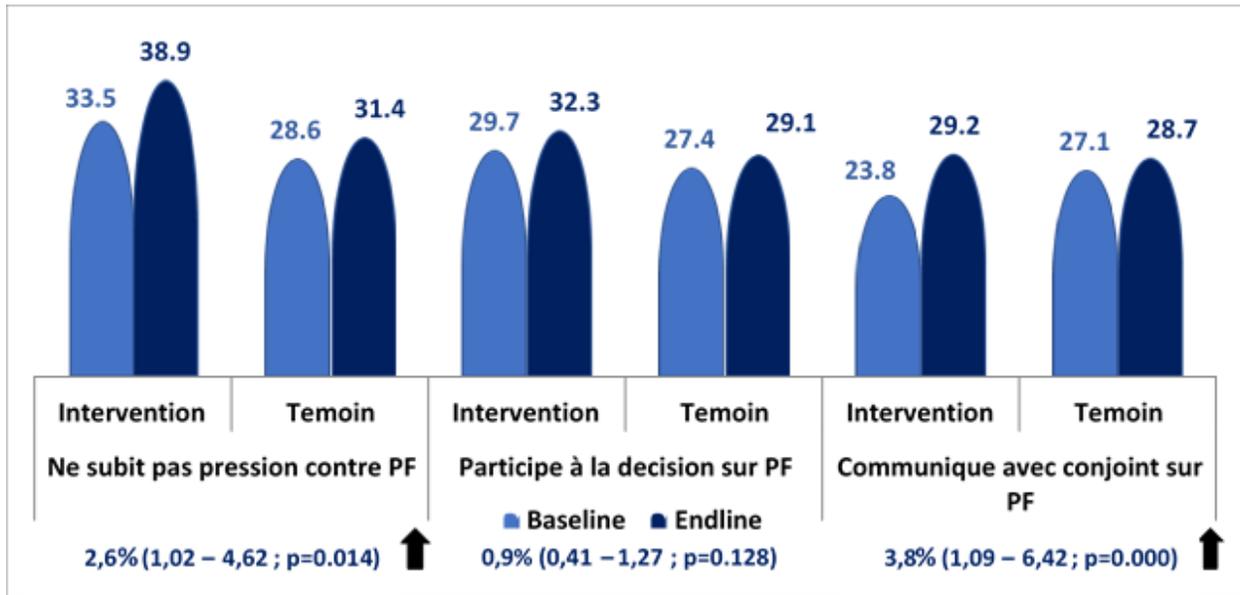
Au Niger, la question de la procréation est profonde car elle relève de la survie de la communauté via la perpétuation de ses membres. En tant qu'individu, la femme est soumise d'abord aux décisions du groupe qu'elle intériorise et assume. C'est ainsi que le désir de grossesse chez une femme est en parfaite harmonie avec les impératifs de survie de sa famille et de son groupe. Dans cette situation, point n'est besoin de décision mûrement réfléchie pour débiter une grossesse et faire tout pour la mener jusqu'à son terme. Alors, décision de procréation est à placer dans la logique où le statut de la femme est lié à sa maternité.

En matière de fécondité, le statut social de la femme reste lié" au nombre d'enfants vivants et surtout au nombre de garçons qu'elle a mis au monde. Cette attitude pro nataliste des populations justifierait en partie la précocité, l'intensité et l'universalité du mariage et l'absence de limitation délibérée et généralisée des naissances par les couples.

Autonomie reproductive et contraception moderne

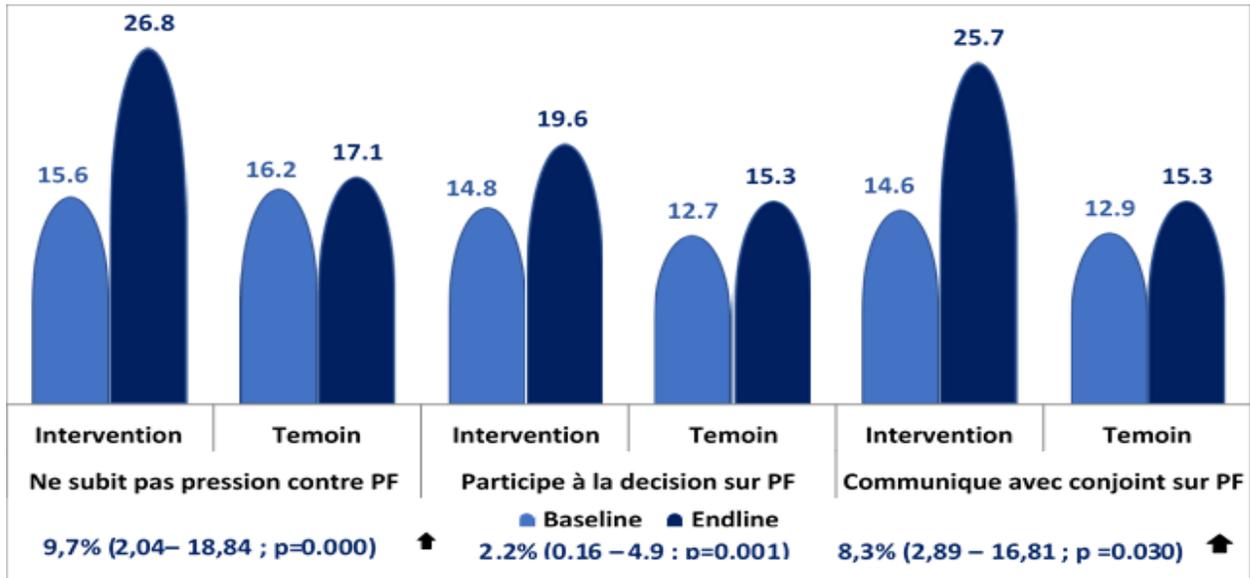
Les trois sous-échelles (Graphique) évaluent le rôle de la femme dans la communication avec son conjoint, la décision sur la PF et sa capacité à gérer la pression du conjoint contre la PF. Quelle que soit la sous-échelle considérée, le mot de la femme est de plus en plus considéré dans les questions de procréation. L'intervention du projet a entraîné une augmentation significative de 3,8% de degré de communication entre conjoints. Cette hausse est de 2,6 % lorsqu'on considère la capacité des femmes à résister à la pression de leur mari contre l'utilisation de la PF. Cependant, la participation de la femme à la décision sur la PF (projet de famille) n'est pas significative ($p=0.128$). Les femmes communiquent davantage avec leurs maris, elles y arrivent à les convaincre en faveur de la PF mais le succès reste à désirer quant à l'influence de la femme sur l'utilisation de la PF, sur le choix de la méthode de prévention des grossesses et surtout sur la décision du moment propice d'avoir un bébé. Les maris contrôlent rigoureusement cette option.

Figure 14: Proportion de femmes (%) jouissant d'une autonomie reproductive



Les réalisations des femmes en matière de planification familiale sont fonction de leur niveau d'autonomie dans la société. Le graphique ci-dessous nous indique une augmentation significative des proportions des utilisatrices de PF en fonction de statut d'autonomie reproductive. Le projet a entraîné une hausse de 9,7% de l'utilisation contraceptive chez les femmes ne subissant pas la pression de leurs maris contre la PF. Cette valeur s'élève à 2,2% quand les femmes participent aux décisions reproductives et à 8,3% lorsque les femmes communiquent sur la PF avec leurs conjoints. Les efforts du projet sur le rapport de genre étaient concentrés sur la discussion/dialogue communautaire dirigés par les leaders religieux formés à cet effet. Ils parlent ouvertement ou prêchent en faveur de la PF en s'appuyant sur certains preceptes religieux tels que la famille en Islam, le droit de la femme et de l'enfant en Islam, le verset Coranique et Hadiths pro-Santé reproductive, etc. Cette approche des leaders religieux pour une mobilisation sociale s'est inspirée des argumentaires développés par YLABS dans la mise en œuvre du projet Transform/Phare.

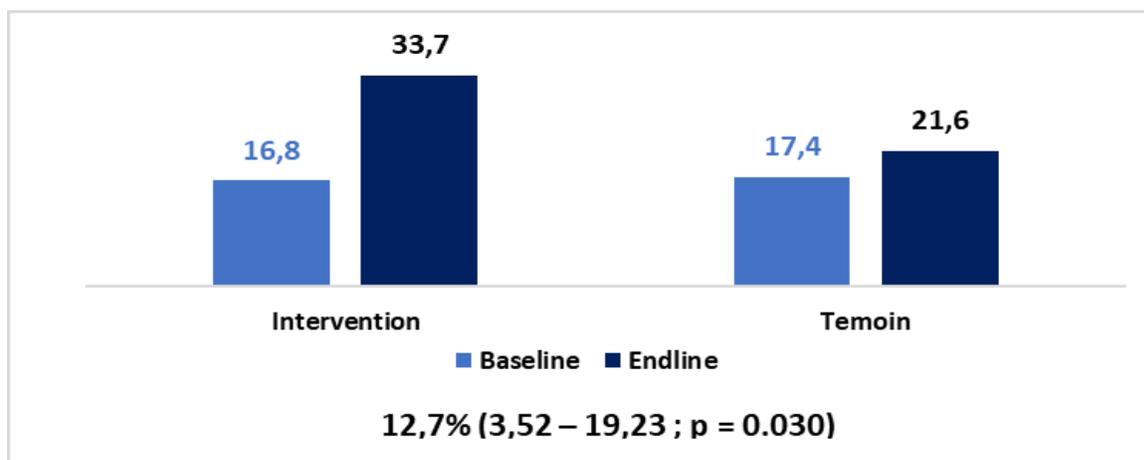
Figure 15: Proportion de femmes (%) utilisatrices d'une méthode de contraception moderne suivant les trois sous-échelles d'autonomie reproductive



En plus de croisement des femmes par sous-échelles d'autonomie reproductive, nous avons construit une variable dichotomique exprimant les femmes vraies autonomes. Il s'agit des femmes qui jouissent à la fois des trois dimensions de l'autonomie reproductive. Autrement, ce sont des femmes qui à la fois ne subissent pas la pression du conjoint contre la PF, participent à la décision sur la PF et communiquent avec leurs conjoints sur les sujets de la planification familiale. Ci-dessous le graphique nous indique la pratique contraceptive de ces vraies autonomes.

Entre les deux périodes d'évaluations, les activités du projet ont entraîné une augmentation significative de 12,7% de l'utilisation contraceptive moderne chez ces femmes. Quand on compare ce résultat à la proportion des femmes utilisatrices de la PF selon les sous-échelles d'autonomie reproductive, on se rend compte qu'une femme vraie autonome a au moins 3% plus de chance d'utiliser la PF moderne qu'une femme autonome sur seulement l'une ou l'autre des trois échelles d'autonomie reproductive (12,7% contre au plus 9,7%).

Figure 16: Prévalence contraceptive moderne (%) des femmes vraies autonomes en matière reproductive



Adhésion à la répartition traditionnelle des rôles et pratique contraceptive

Les résultats d'analyses montrent une relation négative entre l'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles et l'efficacité contraceptive. moins la femme approuve la répartition, davantage elle a tendance à utiliser une méthode de contraception moderne. ces résultats laissent croire que le projet a entraîné un impact positif significatif de 10% dans l'utilisation contraceptive chez les femmes qui ne sont pas d'accord avec la répartition traditionnelle des rôles. un autre résultat qui ne passe pas inaperçu est que le projet aurait induit une diminution de 2,9% d'utilisation contraceptive chez les femmes indécises.

Tableau 8 : Proportion d'utilisatrices (%) de la contraception moderne suivant le degré d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles

Degré d'adhésion à la répartition des rôles	Intervention		Témoin		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Fortement en désaccord	21,2	25,9	19,5	20,8	3,4%	0.035
Pas d'accord	13,7	25,7	12,7	14,2	10,5%	0.006
Ni d'accord/ni en désaccord	8,7	7,2	7,1	8,5	-2,9%	0.015
D'accord	4,5	5,6	6,5	7	0,6%	1.119
Fortement d'accord	4,9	6	3,4	4,8	-0,3%	1.212

DE LA COMPLICITÉ DU COUPLE A LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE : ROLES DE COMMUNICATION

Dans la sous-section de l'autonomie reproductive, nous avons mentionné la communication entre conjoints sur la PF, cette fois-ci il s'agit de la communication entre conjoints sur les aspects quotidiens de la vie du couple notamment l'approvisionnement alimentaire du

ménage, la gestion des ressources et la planification familiale. Ainsi, la concertation entre couple peut créer un climat de confiance et ainsi favoriser la décision d'utiliser la PF. Les résultats révèlent une augmentation croissante de l'utilisation contraceptive suivant le degré de communication. En effet, les femmes qui échangent souvent avec leurs maris sont aussi les plus enclines (6%) à adopter une méthode de planification familiale.

Tableau 9: Proportion d'utilisatrices (%) de la contraception moderne suivant le degré de communication entre conjoints

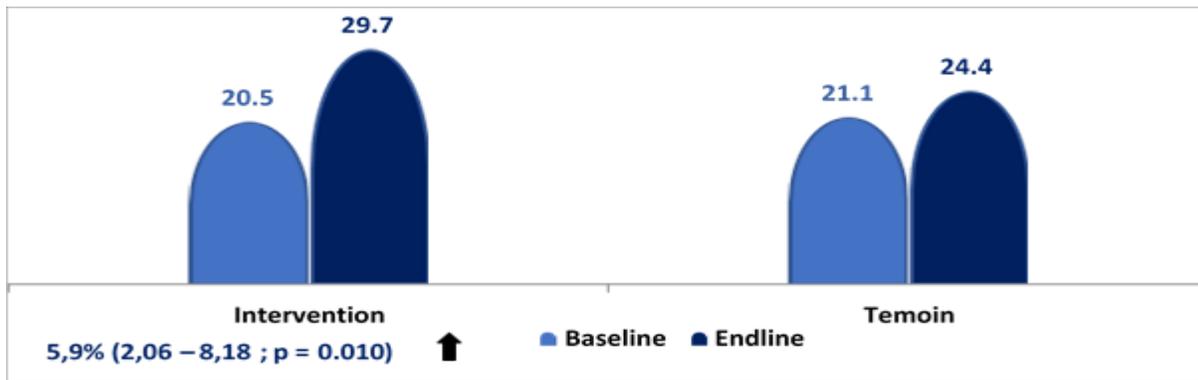
Communication entre conjoints	Intervention		Témoin		DD	Sign.
	Baseline	Endline	Baseline	Endline		
Jamais	5,2	5,8	4,7	4,6	0,7%	0,171
Rarement	6,8	10,5	7,2	8,2	2,7%	0,330
Parfois	7,5	14,3	6,3	7,2	5,9%	0,007
Souvent	12,1	18,5	13,5	13,9	6,0%	0,014
Toujours	13,8	14,9	14,2	15,8	-0,5%	0,243

Auto-efficacité des femmes à l'utilisation contraceptive

La capacité de la femme est reconnue comme un facteur non négligeable dans l'utilisation de la contraception moderne. Les sensibilisations étant faites, les services de PF étant disponibles et accessibles, l'avantage de la contraception étant bien assimilé, le soutien du mari étant garanti, l'utilisation de la méthode contraceptive dépendra toujours de l'efficacité de la femme car c'est elle qui utilise et c'est sur son corps (ou sa personnalité) que cela pourra avoir des effets positifs (bonne santé, temps, éducation, travail, économie, etc.) ou négatifs (effets secondaires des produits, jugement de l'entourage, réaction du conjoint, etc.). En outre, Aborder le sujet de la PF avec son conjoint, lui dire qu'elle souhaite (ou non) utiliser la PF serait trop osé dans un contexte patriarcal. Et en plus, utiliser la PF même si le mari ne voulait pas. Mais lorsque cette barrière est franchie, la contraception moderne serait largement utilisée.

Le graphique ci-dessous révèle une hausse de l'efficacité des femmes en matière contraceptive significative de 5,6% ($p=0.010$) à l'espace d'un an d'intervention du projet.

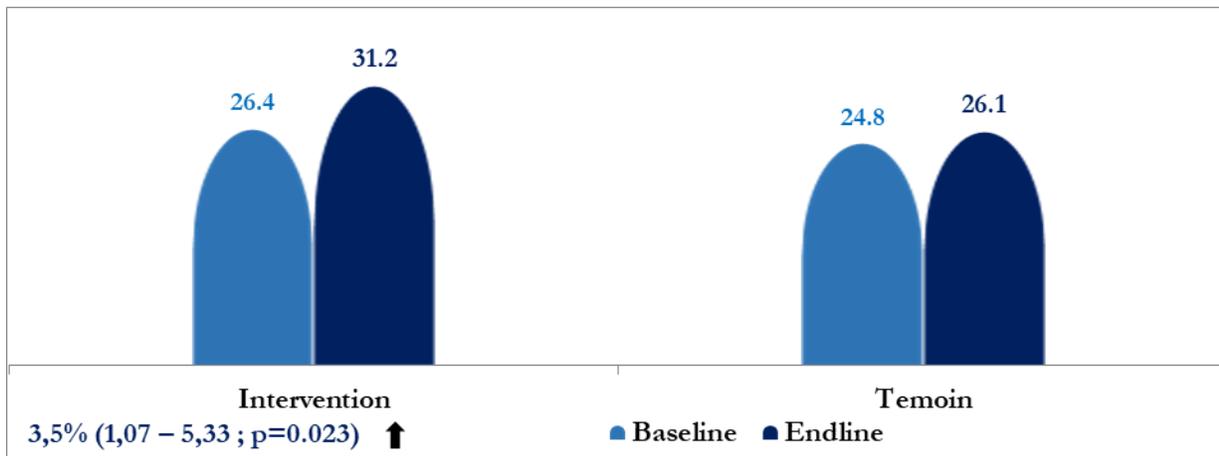
Figure 17: Proportion des femmes auto-efficaces à utiliser la PF (WE-MEASR)



Soutien des hommes à la santé maternelle

Pour contribuer à réduire la mortalité maternelle, une attention particulière est accordée par le projet au suivi des grossesses notamment les consultations prénatales et les accouchements. Les actions de sensibilisation à l'endroit des hommes en faveur des consultations prénatales et des soins post-natals ont eu un effet significatif de 3,5% ($p=0.023$) sur le soutien de maris aux femmes enceintes.

Figure 18: Pourcentage d'hommes qui soutiennent leur femme pendant la grossesse (visites prénatales et accouchements)



VI. Nutrition et habitudes alimentaires

L'amélioration de la situation nutritionnelle dans les zones d'intervention fait partie de l'une des plus grandes préoccupations de PSI à la suite du projet. A cet effet, les informations collectées lors de l'évaluation finale auront pour objectif de montrer les effets de l'intervention sur la qualité du régime alimentaire des femmes. Toutefois, il convient de rappeler que le régime alimentaire varie selon les saisons et certains aliments peuvent n'être disponibles en grandes quantités et à faible coût que pendant de courtes périodes.

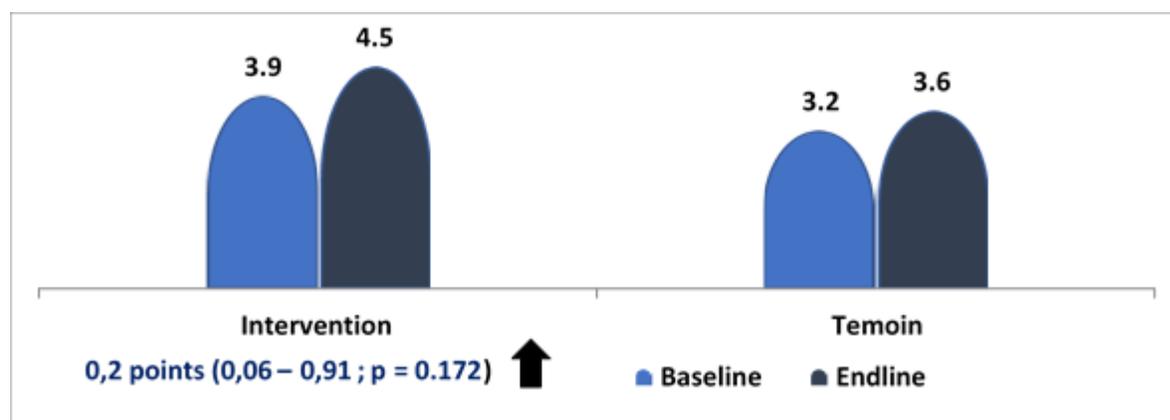
VI.1 Diversité Alimentaire des Femmes

Le Score de Diversité Alimentaire des Femmes (SDAF) est un indicateur qui mesure la diversité du régime alimentaire notamment le nombre de groupes d'aliments différents consommés pendant une certaine période de temps (24 dernières heures). Il permet notamment d'évaluer les modifications du régime alimentaire à l'issue d'une intervention (amélioration escomptée) mais ne donne pas d'indication sur les quantités d'aliments consommées. Le SDAF permet aussi d'effectuer des comparaisons sur des sous-populations, entre une communauté bénéficiant d'une intervention nutritionnelle et une communauté témoin.

Au niveau de la zone d'intervention, le score moyen de diversité alimentaire des femmes est de 4,5 groupes d'aliments lors de l'étude finale contre 3,9 pour celle initialement effectuée. La méthode de double différence montre que cette variation du score n'est pas significative au seuil de 5% entre les villages d'intervention et témoins.

Les résultats de l'évaluation finale montrent également que 87,9% des femmes en âge de procréer ont connu une augmentation du nombre moyen d'aliments consommé dans les 24 dernières heures.

Figure 19: Score de Diversité Alimentaire des Femmes (15 à 49 ans) moyen



Cette situation met en lumière les actions de sensibilisation sur les bonnes pratiques essentielles et leur mise en application pour avoir une meilleure alimentation nutritive des

ménages et des groupes vulnérables (des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes) à travers le changement des habitudes alimentaires.

Une analyse de la proportion des femmes qui ont consommé les différents groupes d'aliments permet de mieux comprendre le changement au niveau du régime alimentaire. En effet, l'évaluation finale révèle que les proportions des femmes qui ont consommé d'autres fruits et légumes et du lait et produits laitiers ont nettement évolué dans la zone d'intervention du projet.

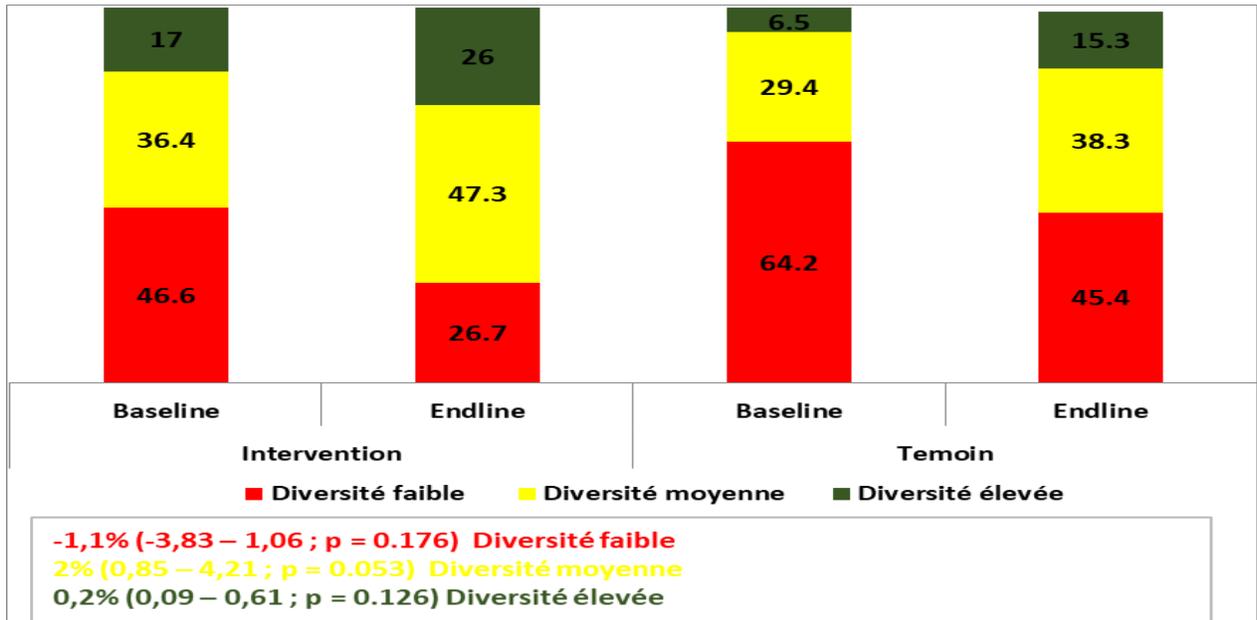
Tableau 10 : Proportion des femmes de 15 à 49 ans ayant consommé les groupes d'aliments dans la zone d'intervention

Groupe d'aliments	Proportion des femmes de 15 à 49 ans ayant consommé le groupe d'aliments	
	Initial	Final
Céréales et racines, tubercules	99,4	99,3
Légumes et feuilles vert foncé	90,4	90,8
Légumes, fruits et tubercules riches en vitamine A	30,4	43,4
Autre fruits et légumes	37,7	73,7
Abats	8,1	5,8
Viande, volaille, poisson et fruits de mer	19,3	23,4
Oeufs	3,5	5,2
Lait et produits laitiers	41,3	69,9
Légumineuses, noix et graines	19,2	20,2

VI.2 Evaluation des profils alimentaires selon le score de diversité

L'analyse des données de l'évaluation finale indique que seul 26,7% des femmes cibles ont un SDA faible, alors que 47,3% ont un SDA moyen et 26,0% un SDA fort. Cela permet de dire que deux ménages sur dix n'ont consommé que trois groupes d'aliments au maximum et que les autres ont pu consommer quatre groupes et plus au cours des 24 dernières heures. Globalement, il ressort une amélioration des classes de SDAF de la situation de référence à la situation finale. Cette amélioration n'est pas significative au seuil de 5% quel que soit la classe de SDAF et ce malgré l'appui apporté. Cette situation pourrait se justifier par la rareté de certains produits maraîchers et de certains fruits à la période de l'évaluation finale mais surtout par les difficultés d'accès aux protéines animales et produits laitiers.

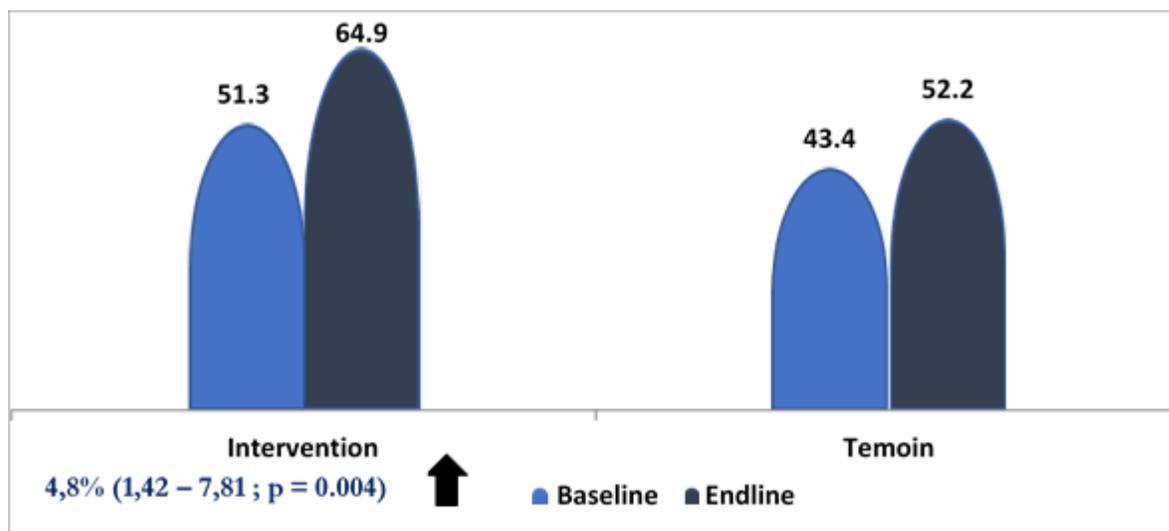
Figure 20: Classe de diversité alimentaire des femmes de 15 à 49 ans



VI.3 “Croyance positive” dans la valeur de la diversité alimentaire

Pour impulser un changement de comportement relativement à l'amélioration du régime alimentaire, il est très important que les populations aient une “croyance positive” dans la valeur de la diversité alimentaire. Cette disposition d'esprit est capitale pour entrevoir des changements de régime alimentaire auprès des femmes. L'évaluation finale a pour dessein d'éclairer davantage sur le niveau de la proportion des femmes bénéficiaires qui ont une “croyance positive” dans la valeur de la diversité alimentaire. Les résultats de l'évaluation finale montrent que 64,9% des participantes croient positivement dans la valeur de la diversité alimentaire en zone d'intervention contre 51,3% au moment de l'enquête de base. Le niveau de l'indicateur dans la zone d'intervention est supérieur à celui de la zone témoin et la méthode de double différence confirme l'impact du projet. Les résultats du test statistique montrent que la double différence est significative au seuil de 5%. Cela illustre une fois de plus les retombées des actions de sensibilisation sur la nutrition et les activités culinaires effectuées au cours de la mise en œuvre du projet.

Figure 21 : Pourcentage des participantes qui ont une "Croyance positive" dans la valeur de la diversité alimentaire



La connaissance des méthodes de diversification alimentaire sont citées comme facteurs favorisant l'état nutritionnel des femmes et des enfants via les facteurs intermédiaires tels que la disponibilité et l'accessibilité. Les femmes de la zone d'intervention du projet semblent avoir une connaissance davantage améliorée sur les méthodes de diversité alimentaire (DD = 7,6% ; p=0.000).

Conclusion

Les analyses quantitatives menées nous ont permis de juger des avancées obtenues dans les différents domaines cibles du projet RTG. D'une manière générale, les interventions ont permis d'améliorer l'accès à l'information sur la PF et l'utilisation des produits contraceptifs modernes. Sur le plan d'équité de genre et de nutrition, les effets du projet restent nuancés. Les thématiques qui relèvent des valeurs sociales comme la répartition traditionnelle des rôles et les habitudes alimentaires n'ont pas fondamentalement évolué. Par contre, les thématiques liées à l'accès aux ressources/informations (achats et ventes des biens, informations sur la PF, connaissance de l'importance de la diversité alimentaire, etc.) ont connu des avancées significatives.

L'intervention du projet a amélioré de manière significative l'accès à l'information sur la planification familiale et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes. La proportion de femmes ayant bénéficié de conseils en matière de PF a nettement augmentée. Conséquemment, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu un bond significatif. Les activités du projet ont surtout suscité l'engouement des femmes à essayer de nouvelles méthodes contraceptives. Comparativement aux sites témoins, la proportion de femmes ayant l'intention de recourir à la contraception a significativement augmenté dans les sites d'intervention du projet. Les travaux qualitatifs confirment ces résultats.

La deuxième dimension dans laquelle les interventions du projet ont eu des effets significatifs est l'équité de genre. La participation des femmes à la prise des décisions au sein du ménage a connu une amélioration significative. Aussi bien dans les décisions en matière d'achats ou de ventes des biens que dans les discussions relatives à leur santé et à la gestion de leurs propres revenus, les femmes des sites d'intervention ont un large avantage que leurs consœurs des sites témoins. Par contre, les avancées en matière de communication au sein du couple et d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles ne sont pas significatives. Les conclusions des analyses qualitatives confortent les avancées de la participation des femmes à la prise des décisions au sein des ménages.

Les activités du projet n'ont pas eu d'effets significatifs sur la situation nutritionnelle des communautés dans la zone d'intervention. La composition de la ration alimentaire des femmes est quasiment restée stable. Toutefois, au cours de la mise en œuvre du projet, les femmes des sites d'intervention ont acquis une meilleure compréhension de l'importance de diversifier son alimentation. Les analyses qualitatives montrent que cette connaissance ne s'est pas traduite en comportement du fait principalement d'un manque de ressources financières et de l'absence des produits maraichers au moment des activités du projet.

Quelques recommandations

1. Pour un succès sur l'ensemble des composantes du paquet intégré, y compris sur les thématiques relevant des valeurs, nous recommandons une durée plus longue pour la mise en œuvre des activités. Cela permettrait d'influencer certains déterminants proches de la fécondité notamment ceux liés au changement de comportement et de mentalité.
2. La diversité des acteurs communautaires associés aux activités du projet (femmes, hommes, leaders religieux, relais communautaires, notables) constitue un de ces atouts majeurs. Toutefois, pour optimiser l'apport de chaque composante au succès du paquet intégré, nous suggérons l'implication d'une diversité de spécialistes et une collaboration multidisciplinaire.
3. Les activités du projet devraient aller au-delà des actions de sensibilisations pour ainsi aider financièrement les femmes. Cela pourrait davantage renforcer leur participation à la prise des décisions tant au sein du ménage qu'au niveau de la vie communautaire.
4. Les partenaires techniques devraient davantage considérer les jardins où travaillent les femmes comme une importante plateforme pour la diffusion des messages pour un changement des comportements.
5. Les résultats montrent globalement que l'approche par jardins est pertinente pour promouvoir la planification familiale en milieu rural. L'extension de ce concept à l'échelle de plusieurs régions permettrait davantage de confirmer ce résultat.

Références bibliographiques

1. DiTella, Rafael et Ernesto Schargrotsky (2005). « Do Police Reduce Crime? Estimates Using the Allocation of Police Forces after a Terrorist Attack. » *American Economic Review* 94 (1): 115– 33.
2. Duflo, Esther (2001). « Schooling and Labor Market Consequences of School Construction in Indonesia: Evidence from an Unusual Policy Experiment. » *American Economic Review* 91 (4) : 795–813.
3. Galiani, Sebastian, Paul Gertler et Ernesto Schargrotsky (2005). « Water for Life: The Impact of the Privatization of Water Services on Child Mortality. » *Journal of Political Economy* 113 (1): 83– 120.
4. World Bank, 2016. Revised edition of *Impact evaluation in practice* (2011). Identifiers: LCCN 2016029061 (print) | LCCN 2016029464 (ebook) | ISBN. 9781464807794
5. Swindale, Anne et Paula Bilinsky, 2006. *Score de Diversité alimentaire des Ménages (SDAM) pour la mesure de l'accès alimentaire des Ménages : Guide d'indicateurs*. Washington, D.C.:FHI 360/FANTA
6. Sultan, B., Roudier, P., & Quirion, P. (2013). *La sécurité alimentaire : Évaluation des impacts du changement climatique sur la production de sorgho et de millet dans les savanes soudaniennes et sahéliennes d'Afrique de l'Ouest*. *World Population Prospects: The 2012 Revision*, 8(1), 1-9p.
7. Nouhou, Abdoul Moumouni (2016). *Projet de famille et processus d'autonomisation des individus en matière de fécondité au Niger*. Université de Genève.
8. Ushma D., Shari L., Tracy A., and Diana G. (2014), « Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale », in *Studies in Family Planning*, University of California, San Francisco, 45[1]: 19–41)
9. Diarra Doka M, Madougou D et Diouf A (2013). *Crises alimentaires, genre et résilience au Sahel : Enseignements tirés de la crise 2012 au Burkina Faso, Mali et Niger*, in *Rapport de recherche Oxfam*, juin 2014 (traduit en anglais)
10. Diarra Doka M et Monimart M (2006). *Femmes sans terres, femmes sans repères* in *Bulletin Zones Arides IIED*, dossier n° 143 (traduit en anglais)
11. Diarra Doka M et Luxereau A. *Déboisement - reboisement en pays hausa : Evolution des paysages et du rapport à l'arbre*, in *numéro spécial Annales de l'Université Abdou Moumouni ; 2004 ; p. 139-153*,
12. INS-Niger (1992). *Rapport thématique sur « Natalité et Fécondité », du deuxième (2ième) recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) 1988*, 87p.
13. INS-Niger (2007). *Rapport thématique sur « Natalité et Fécondité » du troisième (3ième) recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) 2001*; 107p.

14. INS-Niger (2015). Rapport thématique sur la « Natalité et Fécondité » du quatrième (4ième) recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) 2012, 81 p.
15. INS-Niger (2006). Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger (EDS-MICS, III), 465p.
16. INS-Niger (2012). Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger (EDS-MICS, IV), 486p.
17. Nunnally, Jum C. (1968), Psychometric Theory, 2sd ed. New York: McGraw-Hill.

Annexes

Annexe 1 – Bilan des activités du projet dans les villages d'intervention

Tableau A1 - Synthèse des activités menées par les Leaders religieux

#	Villages d'intervention	Nom et prénoms des leaders religieux	Sexe	Age	Nombre de séances animées en lien avec:		
					Nutrition	Genre	PF
1	Eldawa	Mal.Hamza Abdou	H	68	120	120	120
		Mal. Mato Habou	H	41			
2	Godo H	Ousseina Mal. Manzo	F	40	120	120	120
		Mal. Illiyassou Mani	H	50			
3	Fotoro H	Kabirou Mal. Habibou	H	30	120	120	120
		Mal. Rabilou Yahouza	H	33			
4	Hamdra L	Abdoul Aziz Liman Bawada	H	49	120	120	120
		Aichatou Alhassane	F	38			
5	Nafouta	Lawaly Habou	H	53	120	120	120
		Minaou Issa	F	42			
6	Dan Sawani	Mal. Kabirou Issaka	H	28	120	120	120
		Rabi Mal. Boukari	F	48			
7	Kila Kinna/ Dounia Koura	Mal. Maarou Amadou	H	62	60	120	120
8	Bassori	Mal. Sani Lassan	H	41	120	120	120
		Mal. Habou Moussa	H	39			
9	Gassafa	Binta Haboubacar	F	27	120	120	120
		Mal. Magagi Haladou	H	52			
10	Apké Talami	Abdou Alhassan	H	30	120	120	120
		Abdou Mamane	H	33			

Tableau A2 - Synthèse des activités menées par les Relais communautaires

#	Villages d'intervention	Nom et prénoms des relais communautaires	Sexe	Age	Nombre de séances animées en lien avec:		
					Nutrition	Genre	PF
1	Eldawa	Alma Manzo	H	40	305	265	265
		Rahina Barma	F	47			
2	Godo H	Ishaou Ibrahim	H	41	286	254	254
		Ladi Hayo	F	39			
3	Fotoro H	Hamissou Zoutoulou	H	43	267	227	227
		Rabi Djibo	F	47			
4	Hamdra L	Issoufou Hasanno	H	23	274	235	235
		Mariama Abdou	F	39			
5	Nafouta	Gambo Ali	H	37	258	218	218
		Rahina Nantahi	F	34			
6	Dan Sawani	Mahilou Elh Souley	H	40	266	207	207
		Ouma Ali	F	26			
7	Kila Kinna/ Dounia Koura	Ali Nankatsina	H	42	192	175	175
		Biba Mamane	F	30			
8	Bassori	Ary Souley	H	38	213	198	198
		Habiba Abdoulaye	F	29			
9	Gassafa	Hamidou Mamane Gordane	H	34	280	240	240
		Yamirri Mariama Chétima	F	43			
10	Apké Talami	Maïna Adji Kanta	H	44	270	239	239
		Salmey Elhadj Allassane	F	38			

Annexe 2 : Questionnaires



Annexe 3: Méthodes de calcul des échelles (WE-MEASR tool & USHMA approach)

Lorsque l'on mesure une dimension psychologique (par exemple une attitude, une perception, préférence, une satisfaction, etc.), on recourt souvent à des questionnaires regroupant de nombreuses questions portant sur un même sujet. C'est le cas de l'évaluation du projet RTG. En effet, des dimensions d'équité de genre ont été introduites dans les questions de l'étude pour saisir la participation de la femme dans la vie communautaire du contexte de projet. Ces dimensions sont issues du modèle Women's Empowerment-Multidimensionnal for Evaluation of Agency, Social and Relations (**WE-MEASR TOOL**) de CARE international et l'approche de USHMA Uphaday (trois sous-échelles d'autonomie reproductive). Il s'agit des questions sur la participation de la femme à la prise des décisions du ménage, la communication entre conjoints, l'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles, l'autonomie reproductive de la femme et son auto efficacité à discuter et utiliser la PF.

Les options de réponse de ces questions sont formulées sous forme d'échelles de Likert graduée allant d'une fréquence moindre à une fréquence élevée (par exemple sur l'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles : 1= Fortement en désaccord, 2= En désaccord, 3= Ni d'accord/ni en désaccord, 4= D'accord, 5=Fortement d'accord). Effectivement, disposer de plusieurs questions pour évaluer une même dimension permet souvent de limiter l'erreur de mesure et de l'évaluer de façon plus précise et générale.

D'un point de vue méthodologique, on ne peut pas combiner les réponses à des variables (items) différentes si l'on ne dispose pas d'arguments suggérant que ces variables mesurent effectivement la même dimension. C'est à répondre à cette préoccupation que sert **l'alpha de Cronbach**. Il indique le degré auquel l'ensemble des variables que le sujet inclut mesurent bien la même dimension. La valeur alpha varie entre 0 et 1.

Evaluation de la fiabilité de l'estimation de la dimension.

La technique d'estimation de l'homogénéité des variables d'une échelle est basée sur les corrélations des variables entre elles ainsi qu'entre elles et le score total. Plus l'homogénéité est grande, plus la dimension est fidèle au sens de la cohérence interne des variables, plus on peut croire que les variables mesurent une seule et même dimension. Également, plus l'homogénéité est élevée, plus les variables mesurent le « vrai score » de l'individu, diminuant ainsi l'erreur de mesure qui fait varier le score total d'une mesure à l'autre dans le temps.

L'alpha valable : La communauté scientifique considère que l'homogénéité des variables d'une échelle est satisfaisante si la valeur alpha est au moins égale à 0.70 (Nunnaly, 1978) et la corrélation minimale inter-variables est égale à 0,3.

Pour le cas des variables que nous avons utilisées pour construire les différentes dimensions citées ci-haut, plusieurs sont suffisamment corrélées entre elles et les valeurs d'alpha sont élevées (0.60 et +) sur l'ensemble des dimensions si bien que nous affirmons que nos différentes variables permettent de bien évaluer les dimensions visées. Toutefois, certaines variables dont les

Ci-dessous les tableaux de statistiques d'estimation de fiabilité des échelles pour chacune des dimensions suivantes : Indice de participation de la femme à la prise des décisions du ménage, score de communication entre conjoints, Score d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles, Score d'auto efficacité à utiliser la PF et Score d'échelles d'autonomie reproductive¹.

Annexe 4: indice de participation de la femme a la prise des décisions de ménage (WE-MEASR)

Test scale = mean(standardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q7_15	1181	+	0.8455	0.8025	0.5700	0.9227
Q7_16	1180	+	0.8573	0.8175	0.5676	0.9220
Q7_17	1181	+	0.5922	0.5003	0.6260	0.9378
Q7_18	1181	+	0.6685	0.5887	0.6093	0.9335
Q7_19	1181	+	0.8823	0.8488	0.5622	0.9204
Q7_20	1181	+	0.8563	0.8163	0.5679	0.9220
Q7_21	1179	+	0.7697	0.7093	0.5871	0.9275
Q7_22	1181	+	0.8924	0.8615	0.5599	0.9197
Q7_23	1181	+	0.8887	0.8566	0.5606	0.9199
Q7_24	1181	+	0.6483	0.5646	0.6137	0.9346
Test scale					0.5824	0.9331

¹ L'autonomie reproductive inclut la participation à la prise de décision sur la PF, la communication au sein du couple sur la PF et l'attitude de la femme face à la pression du mari contre la PF.

Annexe 5 : Auto-efficacité à discuter et utiliser la PF

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q6_5	1173	+	0.8991	0.8043	0.4656	0.7233
Q6_6	1173	+	0.9311	0.8634	0.4310	0.6944
Q6_7	1172	+	0.9107	0.8256	0.4531	0.7131
Q6_8	1173	+	0.5255	0.2494	0.8727	0.9536
Test scale					0.5556	0.8333

Annexe 6 : adhésion à la répartition traditionnelle des rôles

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q7_33	1179	+	0.4235	0.2250	0.1365	0.5872
Q7_34	1179	+	0.4508	0.2560	0.1331	0.5802
Q7_35	1179	+	0.5488	0.3718	0.1203	0.5517
Q7_36	1179	+	0.3966	0.1949	0.1399	0.5940
Q7_37	1178	+	0.5064	0.3207	0.1256	0.5639
Q7_38	1180	+	0.5176	0.3339	0.1243	0.5608
Q7_39	1176	+	0.5276	0.3455	0.1231	0.5581
Q7_40	1180	+	0.3330	0.1247	0.1482	0.6102
Q7_41	1179	+	0.5082	0.3229	0.1254	0.5633
Q7_42	1177	+	0.4589	0.2654	0.1317	0.5773
Test scale					0.1308	0.6007

Annexe 7 : index de prise de décision sur la PF

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q7_1	1172	+	0.7382	0.5181	0.4587	0.7177
Q7_2	1174	+	0.7724	0.5726	0.4235	0.6879
Q7_3	1174	+	0.8237	0.6577	0.3714	0.6393
Q7_4	1175	+	0.7057	0.4695	0.4914	0.7435
Test scale					0.4363	0.7558

Annexe 8 : sous-échelle de l'empêchement/pression contre la PF

Test scale = mean(standardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q7_5	1179	+	0.7984	0.4498	0.3169	0.6498
Q7_6	1179	+	0.8158	0.4772	0.3066	0.6389
Q7_7	1179	+	0.8243	0.2720	0.4779	0.7855
Q7_8	1179	+	0.8141	0.4745	0.3076	0.6399
Q7_9	1179	+	0.5734	0.3335	0.4491	0.7653
Test scale					0.3716	0.7473

Annexe 9: Sous-échelle de la communication sur la PF

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
Q7_10	1179	+	0.5408	0.2772	0.3870	0.7163
Q7_11	1178	+	0.6711	0.4497	0.3141	0.6468
Q7_12	1178	+	0.7250	0.5268	0.2839	0.6133
Q7_13	1178	+	0.7353	0.5424	0.2781	0.6064
Q7_14	1178	+	0.6857	0.4702	0.3059	0.6380
Test scale					0.3138	0.6957