Mazan Daga et les soins adaptés pour une meilleure santé maternelle au Niger : performance et efficience de trois modèles de consultations pré et post-natales

RAPPORT D'EVALUATION DE BASE

Avril 2024

Table des matières

Liste des tableaux ---------- 3
Liste des graphiques ---------- 3
Sigles et abréviations ---------- 4

Résumé ---------- 5
1. Introduction ---------- 6
2. Aperçu du programme ---------- 6
3. Objectifs de l'étude ---------- 7

4. Méthodologie ---------- 8
4.1 Zone de l'étude ---------- 8
4.2 Population cible : Quantitatif ---------- 8
4.2.1 Echantillon quantitatif ---------- 8
4.3 Population cible : Qualitatif ---------- 9
4.3.1 Echantillon qualitatif ---------- 9
4.4 Fiches techniques ---------- 9
4.5 Programmation de l'outil sur ODK ---------- 9
4.6 Bilan de la collecte ---------- 10
4.7 Plan d'analyse des données ---------- 10

5. Principaux résultats ---------- 10
5.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées ---------- 10
5.1.1 Tranches d'âges et statut matrimonial ---------- 11
5.1.2 Niveau scolaire et tranche d'âges ---------- 11
5.1.3 Activité principale exercée et tranches d'âges ---------- 12
5.1.4 Statut matrimonial et nombre d'enfants ---------- 13
5.2 Consultations prénatales ---------- 14
5.2.1 Nombre de consultations prénatales ---------- 14
5.3 Soins postnataux et vaccination ---------- 16
5.3.1 Soins postnataux ---------- 16
5.3.2 Vaccination des enfants ---------- 17
5.4 Planification familiale ---------- 19
5.4.1 Utilisation de la planification familiale ---------- 19
1.4.2 Planification familiale du postpartum ---------- 23
5.5 Coûts liés aux consultations prénatales et postnatales ---------- 25
5.5.1 Frais de transport lors du dernier accouchement ---------- 25
5.5.3 Dépenses effectuées lors des consultations prénatales et postnatales ---------- 26
5.5.4 Temps d'attente et durée de la prestation ---------- 27
5.5.5 Coûts d'opportunité ---------- 28
5.6 Échelle d'équité de genre pour les femmes (GEMS) ---------- 28
5.7 Echelle d'autonomisation des femmes ---------- 29
5.8 Réseaux sociaux ---------- 31
5.8.1 Sexe des alters ---------- 31
5.8.2 Age des alters ---------- 31
5.8.3 Statut matrimonial des alters ---------- 32
5.8.4 Relation avec l'égo (femme interrogée) ---------- 32
5.8.5 Echelle de proximité avec l'égo (femme interrogée) ---------- 33
5.8.6 Utilisation de la planification familiale moderne ---------- 33

Conclusion ---------- 35
Recommandations ---------- 36
Annexes ---------- 37

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des sites par région et par bras d'étude 8
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon quantitatif par bras de l'étude 9
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon qualitatif par bras de l'étude 9
Tableau 4 : Répartition du nombre de consultations selon le niveau d'instruction et l'activité principale 15
Tableau 5 : Répartition en (%) des utilisatrices (antérieures) des méthodes PF par bras 20
Tableau 6 : Répartition en (%) des utilisatrices (actuelles) des méthodes PF par groupe d'étude 20
Tableau 7 : Répartition en (%) des femmes utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives selon les caractéristiques sociodémographiques par bras 22
Tableau 8 : Répartition en (%) des utilisatrices des méthodes PFPP par bras (Pr = 0,000) 23
Tableau 9 : Répartition en (%) des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives en postpartum selon les caractéristiques sociodémographiques par statut 24
Tableau 10 : Temps mis et distance parcourue pour se rendre au centre de santé 26
Tableau 11 : Temps d'attente et durée de la prestation 28
Tableau 12 : Coûts d'opportunité 28
Tableau 13 : Répartition en (%) des femmes selon l'échelle d'équité de genre par bras (Pr=0,001) 29
Tableau 14 : Echelle de sécurité économique des femmes et contribution au soutien familial (Pr = 0,006) 29
Tableau 15 : Sous-échelle de liberté des femmes par rapport à la domination familial (Pr = 0,002) 30
Tableau 16 : Sous-échelle de mobilité des femmes (Pr = 0,003) 30
Tableau 17 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon les tranches d'âges 32
Tableau 18 : Liste de village de l'étude de base MZD-KDJ 37
Tableau 19 : Entretiens qualitatifs réalisés 37
Tableau 20 : Agents enquêteurs sélectionnes pour la collecte des données dans le cadre de l'evaluation de base du programme KDJ-MZD 38

Liste des graphiques

Graphique 1 : Utilisation actuelle en (%) de la PF par type de méthode et par bras 20

Graphique 2 : Répartition en (%) des femmes par type de méthodes contraceptives utilisées en postpartum par bras 23

Graphique 3 : Répartition des femmes enquêtées par bras d'étude selon le paiement de frais de transport lors de la dernière grossesse 26

Graphique 4 : Coûts moyens des consultations prénatales et postnatales par bras d'étude 27

Sigles et abréviations

AGR :	Activités Génératrices de Revenus
ASA :	Analyse Sociale et Action
ASFN :	Association des Sage-femmes du Niger
BCG :	Bacille Calmette et Guérin
CNG :	Consultations Natales en Groupe
CRDI :	Centre de Recherches pour le Développement International
CSI :	Centre de Santé Intégré
CPN :	Consultations Prénatales
DTC-HepB-Hib :	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite b, hib
DTCoq :	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ENAFEME :	Enquête Nationale sur les principaux facteurs déterminants des niveaux actuels de la Fécondité et de la Mortalité des enfants de moins de cinq ans au Niger
GEMS :	Gender-Equity and Masculinity
GRADE Africa :	Groupe de Recherche et d'Action pour le Développment
HepB :	Hémophilus influenzae B
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
KDJ :	Kula Da Juna
KDJ+ :	KDJ associé à une analyse sociale et action
MSP/P/AS :	Ministère de la Santé Publique, de la population et des Affaires Sociales
MZD :	Mazan Daga
OASIS :	Organizing to Advance Soultions in the Sahel
ODK :	Open Data Kit
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PFPP :	Planification Familiale du Post-Partum
POLIO0 :	Vaccin contre la Poliomyélite à la naissance
POLIO1 :	Vaccin contre la Poliomyélite à 6 semaines de la naissance
POLIO2 :	Vaccin contre la Poliomyélite à 10 semaines de la naissance
POLIO3 :	Vaccin contre la Poliomyélite à 14 semaines de la naissance
RNG :	Random Number Generator
SR :	Santé de la Reproduction
TCI :	Modèle Traditionnel de Consultations Individuelles

Résumé

L'objectif de l'étude de base est de fournir le niveau des indicateurs de base du projet afin d'explorer l'efficacité et l'efficience des modèles de consultations pré et postnatales en groupe (KDJ et KDJ+) comparativement au modèle de services individuel. Par la suite, des recommandations programmatiques seront formulées pour les interventions du projet MZD. L'étude de base a couvert une trentaine de villages dans deux régions du Niger. Un ensemble de 600 femmes ont été interrogées au cours de cette étude.

Une femme interrogée a en moyenne 28,1 ans. Cependant, les femmes interrogées sont majoritairement des adolescentes et jeunes (30,0%). Elles sont mariées (97,5%) avec un niveau d'instruction très bas. Elles effectuent principalement des travaux ménagers et domestiques (42,2%). Elles ont en moyenne 4,3 enfants et 20,3% d'entre elles ont 7 enfants et plus. Parmi les femmes interrogées, 40,3% d'entre elles exercent des AGR pour un gain journalier moyen de 987 FCFA.

Lors de leur dernière grossesse durant les deux dernières années, la quasi-totalité des femmes (99,5%) ont visité un centre de santé et 96,5% des séances de consultations étaient individuelles. La première visite a été faite après en moyenne 4,5 mois de grossesse. Durant cette dernière, le nombre moyen de visites prénatales est de 3,7. Les soins prénataux ont été dispensés à 96,8% par un prestataire formé principalement une infirmière/sage-femme (94,3%) dans les Centres de Santé Intégré (CSI) principalement (63,8%).

Les visites au centre de santé s'effectuent en grande partie à pied. Lors du dernier accouchement, seul 18,3% des femmes enquêtées ont payé des frais de transport. Sur l'ensemble de la zone couverte par l'étude, les frais de transport aller/retour varient de 200 à 3000 FCFA avec une moyenne de 548 FCFA. Elles mettent en moyenne 51 minutes pour aller et revenir du centre de santé pour une distance moyenne de 4 km. Par rapport au montant dépensé lors des CPN, on constate qu'il décroît de la première consultation à la quatrième. Les femmes attendent en moyenne 70 mn pour être reçu par un agent de santé pour une durée moyenne de 14 mn de consultations.

Peu d'enfants ne dispose pas de carnet de vaccination. Sur la base des données reportées sur les carnets et/ou cartes de vaccination, 46,7% des enfants sont vaccinés contre le BCG et 38,2% pour le POLIO0 qui sont en principe tous donnés à la naissance. On constate que les proportions d'enfants vaccinés diminuent avec le nombre de doses et les taux de déperdition entre la première et la troisième dose ne sont pas négligeables.

Les femmes interrogées ont utilisé antérieurement plus les injectables, les pilules, les implants et quelques méthodes traditionnelles quel que soit le bras de l'étude. L'utilisation de la PF en postpartum (dans les 42 jours suivant l'accouchement) est très faible dans les bras KDJ+ (12,92%) et TCI (17,26%) et relativement élevée dans le bras KDJ (27,08%). L'équité de genre et de masculinité est significative dans deux bras (KDJ+ et TCI).

1. Introduction

GRADE Africa et ASFN, avec l'appui financier de CRDI Canada et de OASIS, met en œuvre deux modèles de consultations pré et post-natales en groupe. Le modèle dénommé Kula Da Juna (KDJ) est déployé depuis 2019 à Maradi et le modèle KDJ+ (KDJ associé à une analyse sociale et action) est en cours de déploiement dans 24 CSI de la région de Zinder.

Le programme est mis en œuvre par GRADE Africa en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, de la population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) et l'Association des Sage-femmes du Niger (ASFN) dans la région de Maradi et de Zinder. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, GRADE Africa a conduit une opération de collecte de données de base dans les zones d'intervention et de témoin dudit projet. Cette recherche vise à fournir le niveau des indicateurs de base du projet afin d'explorer l'efficacité et l'efficience des modèles de consultations pré et postnatales en groupe (KDJ et KDJ+) comparativement au modèle de services individuels. Ce document donne une synthèse des étapes de cette étude et fournit les principaux résultats de l'étude.

2. Aperçu du programme

L'objectif général de KDJ (Maradi) est de fournir au gouvernement nigérien des preuves sur l'avantage du modèle de consultations prénatales et postnatales en groupe, en termes de santé maternelle et de coût par femme, par rapport au modèle traditionnel de consultations individuelles.

Quant au programme KDJ+ (Zinder), il vise à contribuer à la réduction de la maternité à risques à travers la création d'un cadre favorable à l'exercice des droits à la santé sexuelle et reproductive. Deux stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. La première consiste à promouvoir la planification familiale du post-partum (PFPP) à travers les consultations natales en groupe. La seconde consiste à mobiliser les hommes, notamment les maris et les leaders communautaires, à travers l'approche « Analyse Sociale et Action » afin de créer un espace communautaire favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs pour les femmes. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Créer un environnement favorable à l'égalité des sexes, à la capacitation de la femme et à la promotion d'une maternité sans risque par la pratique et le respect des droits à la santé sexuelle et reproductive.
- Améliorer significativement le recours aux soins prénataux et postnataux à travers des groupes conviviaux de consultations ;
- Promouvoir le recours à la planification familiale du post-partum.

Modèle Kula Da Juna (KDJ) : GRADE Africa et l'Association des Sage-Femmes du Niger (ASFN) ont expérimenté le modèle de consultation en groupe appelé « Kula Da Juna » (KDJ), « Entraide Mutuelle » en Hausa. Le projet a été mis en œuvre dans six (6) centres de santé intégrés (CSI) de la région de Maradi. KDJ a fait l'objet d'une

grande réceptivité de la part des communautés, et a aussi été bien apprécié par les agents de santé, les responsables gouvernementaux et les acteurs de la santé à qui les résultats de sa première phase ont été partagés. Au vu des résultats obtenus cette phase 1 de KDJ (2019/2020), OASIS poursuit le financement du modèle KDJ pour une deuxième phase qui s'étend dorénavant à 12 centres de santé de la région de Maradi pour une durée de 24 mois.

Le modèle de consultations natales en groupe (CNG) consiste à constituer des groupes de 15 à 20 femmes et à leur faciliter 4 séances de consultations prénatales et une séance postnatale. Les femmes établissent un contact interactif avec une sage-femme et apprennent à suivre l'évolution de leur grossesse et obtiennent l'appui de leurs paires en échangeant sur la maternité sans risque et la PFPP. Les groupes continuent dans la période du postpartum en soutenant le couple mère/enfant et en proposant des méthodes contraceptives modernes aux femmes.

Modèle Kula Da Juna augmenté (KDJ+) : Le modèle KDJ ne prend en compte que les femmes qui viennent dans les établissements sanitaires. Celles qui ne fréquentent pas ces structures sont donc exclus des services offerts par ce modèle. Aussi, les hommes sont-ils restés à l'écart des activités mis en œuvre par KDJ. Pourtant, les hommes sont des alliés clés pour réduire les inégalités de genre qui entravent la jouissance des droits à la santé reproductive pour les femmes. Pour corriger ces lacunes, GRADE Africa et l'ASFN ont conçu un modèle KDJ augmenté ou KDJ+. Financé par CRDI Canada, le concept KDJ+ reprend le modèle KDJ et le complète avec des activités de sensibilisation axée sur des groupes prioritaires, la mobilisation communautaire et la promotion du dialogue intra-conjugal. KDJ+ sera mis en œuvre dans la région de Zinder pour une durée de 36 mois. Dans le cadre de KDJ+, l'Analyse Sociale et Action (ASA) sera utilisée pour une meilleure implication des hommes et de la communauté. La méthode d'Analyse Sociale et Action (ASA) est un processus d'autoréflexion communautaire sur les normes néfastes afin de susciter l'action collective pour le changement social.

3. Objectifs de l'étude

La présente recherche vise à fournir le niveau des indicateurs de base du projet afin d'explorer l'efficacité et l'efficience des modèles de consultations pré et postnatales en groupe (KDJ et KDJ+) comparativement au modèle de services individuels.

Plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Objectif 1 – Evaluer l'environnement socioculturel en matière de la santé reproductive et de l'autonomie reproductive des femmes ;
- Objectif 2 – Comprendre les stéréotypes sexospécifiques autour de la santé sexuelle et reproductive des femmes ainsi que la manière dont ils affectent le recours aux consultations prénatales et postnatales ;
- Objectif 3 – Analyser la capacitation des femmes et la transformation de leurs réseaux sociaux sous l'impulsion des groupes de consultations pré et post-natales ;

- Objectif 4 – Evaluer le niveau de recours aux consultations prénatales et postnatales et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- Objectif 5 – Evaluer les taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié ;
- Objectif 6 – Evaluer les coûts, pour l'Etat et les femmes, d'accès aux services de consultations pré et post-natales à travers les modèles KDJ, KDJ+ et TCI ;
- Objectif 7 – Estimer les rapports coût-efficacité des modèles KDJ, KDJ+ et le modèle traditionnel de consultations individuelles (TCI).

4. Méthodologie

4.1 Zone de l'étude

Le projet est mis en œuvre dans les villages des districts de Mirriah, Takiéta et Tanout à Zinder et dans les villages des districts de Madarounfa, Maradi et Guidan Roumdji à Maradi. Certains villages, ayant les mêmes caractéristiques que les zones d'intervention, sont sélectionnés comme zones de contrôle.

Tableau 1 : Répartition des sites par région et par bras d'étude

Régions	TCI	KDJ+	KDJ	TOTAL
Zinder	5	10	0	15
Maradi	5	0	10	15
Total	**10**	**10**	**10**	**30**

Au total, 30 villages/CSI sont inclus dans l'évaluation. Ci-dessus la répartition du nombre de villages et ménages par région.

4.2 Population cible : Quantitatif

La population cible du volet quantitatif est constituée de : Femmes en âge de procréer ayant eu au moins une naissance dans les 24 derniers mois, Référents sociaux : personnes de références pour les femmes et Agents de santé, y compris les responsables des centres de santé.

4.2.1 Echantillon quantitatif

Dans le cadre de cette étude, au total de 30 villages rattachés 30 CSI (1 village par CSI) seront visités. Dans chaque village, 24 ménages (avec au moins une femme ayant au moins eu une naissance dans les 24 derniers mois) seront sélectionnés et enquêtés. 720 ménages seront inclus dans l'enquête. Dans ménage 1 femme cible + 1 personne de référence pour la femme cible seront enquête.

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon quantitatif par bras de l'étude

Bras	Nombre total proposé de femmes à interroger	Nbre de CSI à enquêter	Nombre de villages à enquêter	Nombre de femmes à interroger par CSI	Nombre de femmes à interroger par village	Nombre de personnes de références à enquêter
Bras 1 – TCI	240	10	10	24	24	24
Bras 2 – KDJ	240	10	10	24	24	24
Bras 3 – KDJ+	240	10	10	24	24	24
Total	**720**	**30**	**30**	**240**	**240**	**240**

4.3 Population cible : Qualitatif

La population cible du volet qualitatif est constituée de : hommes mariés, femmes en âge de procréer ayant eu au moins une grossesse, leaders religieux, communautaires etc. et agents de santé travaillant dans le domaine de la SR.

4.3.1 Echantillon qualitatif

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon qualitatif par bras de l'étude

Type collecte	Zinder		Maradi		Total
	KDJ+	TCI	KDJ	TCI	
Entretiens individuels	10	8	0	7	25
Focus Group Discussion	25	0	-	-	25
Total	**35**	**8**	**0**	**7**	**50**

4.4 Fiches techniques

Les fiches techniques utilisées dans le cadre de cette collecte sont : la fiche de dénombrement ; questionnaire femmes ; questionnaire référents sociaux ; questionnaire agents de santé ; guide d'entretien individuel ; guide de discussion de groupe. Les entretiens ont été enregistrés sur des dictaphones et les questionnaires programmés sur ODK.

4.5 Programmation de l'outil sur ODK

Les questionnaires ont été programmé sur ODK (le format Excel était utilisé avec des options de contrôle de qualité, sauts, filtrage, paramétrage du programme, sélection en cascade et les droits d'auteur) ; et déployés sur un compte sécurisé de GRADE Africa sur la plateforme www.ona.io. Ensuite, tablettes utilisées ont été configurées et mises à jour. Pendant et après la formation, une simulation d'enquête en binôme d'enquêteurs a été réalisée en vue de le parfaire la programmation avant la descente des agents de collecte sur le terrain.

4.6 Bilan de la collecte

A l'issue de la formation trois (3) équipes (Liste des enquêteurs en annexe 1) ont été outillées pour collecter les données dans trente (30) villages et sept cents vingt (720) ménages. Dans chaque village, vingt-quatre (24) ménages sont tirés aléatoirement avec l'application Random Number Generator (RNG).

- Une seule femme cible est enquêtée dans chaque ménage sélectionné
- Une personne de référence en matière de santé reproductive nominée par la femme cible est enquêtée dans chaque ménage.
- Des entretiens qualitatifs avec les hommes mariés, femmes en âge de procréer ayant eu au moins une naissance vivante, les Leaders religieux, communautaires et agents de santé travaillant dans le domaine de la SR sont effectués dans les villages sélectionnés pour la collecte qualitative.

Au total, 600 femmes cibles ont été enquêtées sur 720 soit 83,33%. Pour les 600 femmes enquêtées, 539 référents sociaux sont enquêtés soit 89,83%. Et 16 agents de santé enquêtés sur 30. Pour les entretiens qualitatifs, un taux de réalisation de 86% était atteint (43 entretiens sur 50 réalisés dont 23 individuels et 20 focus groupes).

4.7 Plan d'analyse des données

La méthode de double différence sera utilisée pour comparer les indicateurs de l'étude base à ceux de l'étude finale puisque la collecte avait concerné les zones d'intervention et de contrôle. Le plan d'analyse des données comporte la description des caractéristiques des personnes enquêtées et la détermination des niveaux des indicateurs du projet. Ces descriptions sont effectuées à travers le croisement de différentes variables d'intérêt. Les résultats de la recherche quantitative seront combinés aux résultats qualitatifs. Dans un premier temps, la technique d'analyse descriptive univariée et bivariée (en utilisant le test de Khi-deux au seuil de 5%) est utilisée pour établir les liens d'association entre les variables du projet et certaines caractéristiques sociodémographiques de la population. En deuxième lieu, une analyse explicative est effectuée à l'aide du modèle de régression logistique pour peaufiner davantage les résultats et identifier les facteurs explicatifs de l'utilisation de la PF et de la PFPP. L'interprétation des résultats met en exergue les spécificités et les ressemblances entre les trois bras étudiés.

Tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits et relus plusieurs fois. Les données obtenues ont ensuite fait l'objet d'un dépouillement informatique à l'aide du logiciel Dedoose. Nous avons d'abord procédé à la codification et à l'analyse par thématique. Cette étape nous a permis d'identifier les thèmes récurrents qui ont ensuite été analysés en fonction des caractéristiques socio démographiques des enquêtés.

5. Principaux résultats

5.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Au cours de l'étude de base, des données socio-démographiques ont été recueillies sur toutes les femmes enquêtées. Il convient de rappeler que les caractéristiques d'un

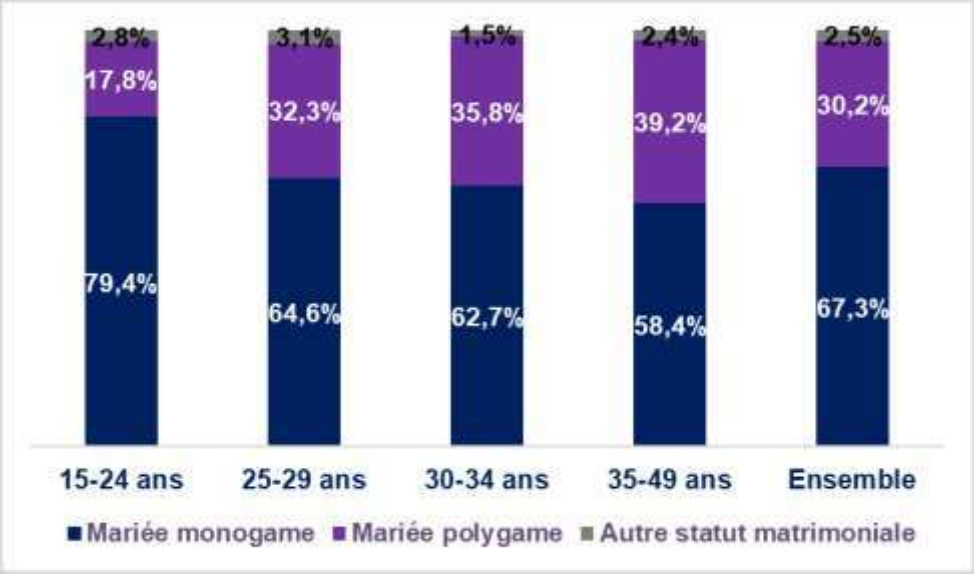
individu pourraient influencer son comportement dans le domaine de la santé. Cette section traite des caractéristiques individuelles suivantes : l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la principale activité exercée et le nombre d'enfants.

5.1.1 Tranches d'âges et statut matrimonial

Sur l'ensemble de l'échantillon, une femme est en moyenne âgée de 28,1 ans. Suivant les tranches d'âges, la proportion la plus élevée dans la population enquêtée est celle des adolescentes et jeunes (30,0%). Pour les autres tranches d'âges, les proportions s'élèvent à 26,8% pour les 25 à 29 ans ; 22,3% pour les 30 à 34 ans et 20,8% pour les 35 à 49 ans. En plus, l'analyse par bras d'étude montre une répartition semblable à celle de l'ensemble de l'échantillon.

Relativement au statut matrimonial, six femmes enquêtées sur dix (67,3%) sont mariées monogames. Les femmes mariées à des polygames représentent 30,2% de la population enquêtée. Les autres statuts matrimoniaux (célibataires, divorcées, veuves) sont peu représentés dans l'échantillon d'étude. Les résultats de l'étude montrent également que la proportion de femmes mariées à des polygames augmente avec les tranches d'âges. Elle varie de 17,8% chez les femmes âgées de 15 à 24 ans à 39,2% chez celles âgées de 35 à 49 ans.

Graphique 1 : Répartition des femmes enquêtées par tranche d'âges selon le statut matrimonial



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

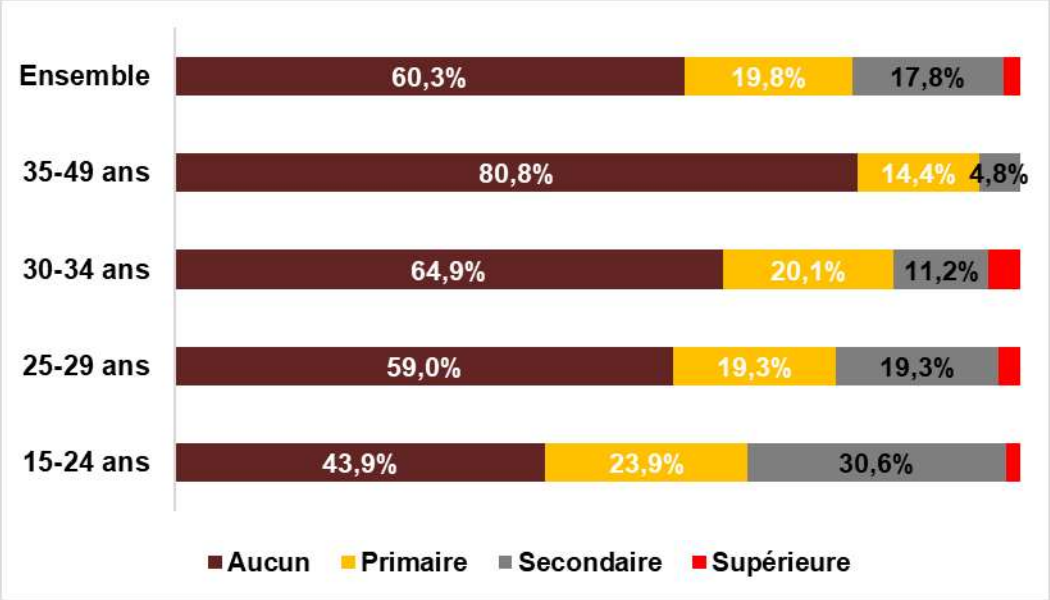
5.1.2 Niveau scolaire et tranche d'âges

Selon les résultats de l'Enquête Nationale sur les principaux facteurs déterminants des niveaux actuels de la Fécondité et de la Mortalité des enfants de moins de cinq ans au Niger (ENAFEME) de 2021, 69,8% des femmes en âge de procréer n'ont aucun niveau d'instruction et 15,5% ont achevé le niveau d'études primaires. Pour la présente étude,

les résultats mettent aussi en lumière une majorité de femmes n'ayant aucun niveau d'études scolaires (60.3%). Ce constat ressort également au niveau de chaque bras d'étude avec des proportions différentes. En effet, 69,6% des femmes interrogées n'ont pas de niveau d'instruction dans le bras KDJ+ contre 56,3% pour le bras KDJ et 51,6% pour le bras TCI.

Dans la population étudiée, la proportion de femmes n'ayant aucun niveau d'études scolaires croît avec les tranches d'âges. Elle passe de 43,9% chez les 15 à 24 ans (adolescentes et jeunes) à 80,8% chez les 35 à 49 ans. Parallèlement, la proportion de femmes ayant achevé le niveau d'études primaires diminue avec les tranches d'âges. Cette proportion oscille de 30,6% chez les adolescentes et jeunes à 4,8% chez leurs aînées âgées de 35 à 49 ans. Cela met en exergue une nette amélioration du niveau d'instruction chez les générations les plus récentes par rapport à celles plus anciennes.

Graphique 2 : Répartition des femmes enquêtées par tranche d'âges selon le niveau d'instruction

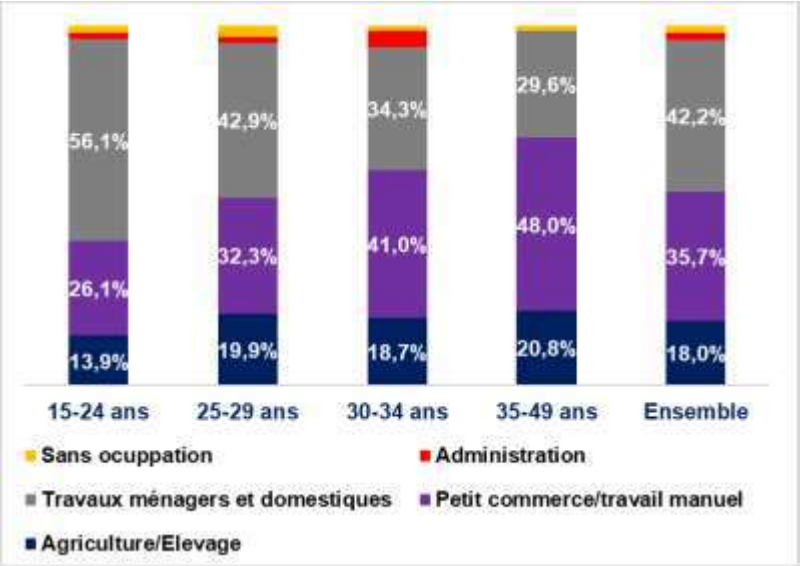


Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.1.3 Activité principale exercée et tranches d'âges

Les femmes ont été également interrogées sur l'activité principale qu'elles exercent. A ce propos, elles effectuent en première position les travaux ménagers et domestiques comme activité principale (42,2%). Le petit commerce/travaux manuels suit en seconde position avec 35,7%. Les autres activités sont peu représentées dans l'échantillon de femmes interrogées. En considérant les bras d'étude, le même constat ressort. Toutefois, il faut noter que la proportion de femmes exerçant le petit commerce/travaux manuels augmente avec les tranches d'âges. Elle varie de 26,1% pour les 15 à 24 ans à 48,0% pour les 35 à 49 ans.

Graphique 3 : Répartition des femmes enquêtées par tranche d'âges selon l'activité principale exercée

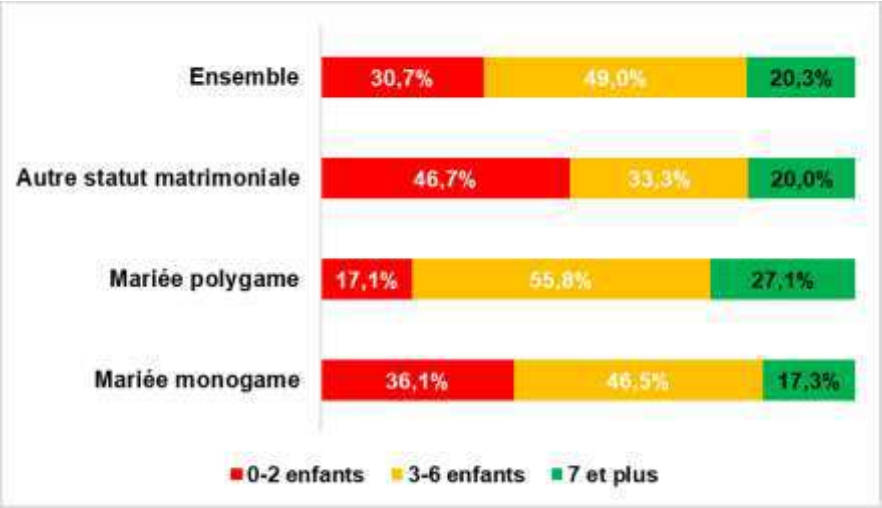


Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.1.4 Statut matrimonial et nombre d'enfants

L'ENAFEME de 2021 a relevé aussi que la fécondité des femmes nigériennes a baissé de manière significative. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 7,6 enfants en moyenne par femme en 2012 à 6,2 enfants en moyenne par femme en 2021, soit une baisse de 18%. Pour la présente étude, des données ont été collectées sur le nombre d'enfants par femme. Le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,3 sur l'ensemble de la zone couverte par l'étude. Seul, 20,3% des femmes enquêtées ont 7 enfants et plus. Les résultats de l'étude montrent de même que la proportion des mariées polygames ayant moins de 3 enfants est supérieure à celle des mariées monogames. Toutefois, 46,7% des femmes ayant un autre statut différent de celui de marié ont entre 0 et 2 enfants.

Graphique 4 : Répartition des femmes enquêtées selon le statut matrimonial par nombre d'enfants



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

5.2 Consultations prénatales

Pour que les soins prénataux soient efficaces, il va falloir qu'ils se fassent régulièrement du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les femmes effectuent au moins 8 contacts à intervalles réguliers, tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu à moins de quatre mois de grossesse.

Au cours de l'étude de base, des questions sur la visite des centres de santé, la participation à des séances de consultations prénatales en groupe, le nombre de visites prénatales et le prestataire de santé ayant dispensé les soins prénataux ont été posées aux femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête.

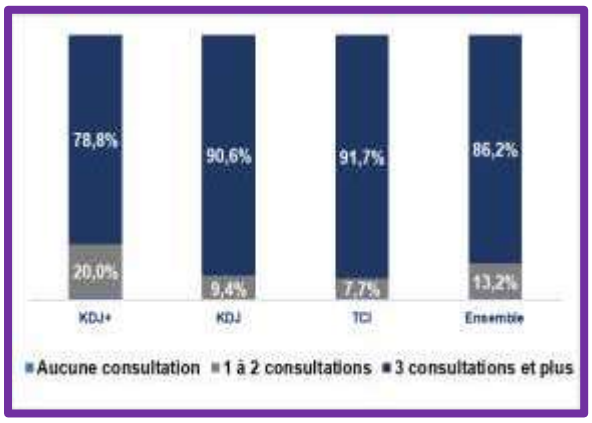
Les résultats de l'étude montrent que la quasi-totalité des femmes (99,5%) ont visité un centre de santé lors de leur dernière grossesse. En plus, 96,5% des séances de consultations étaient individuelles. En moyenne, les femmes ont effectué leur première visite prénatale à 4,5 mois.

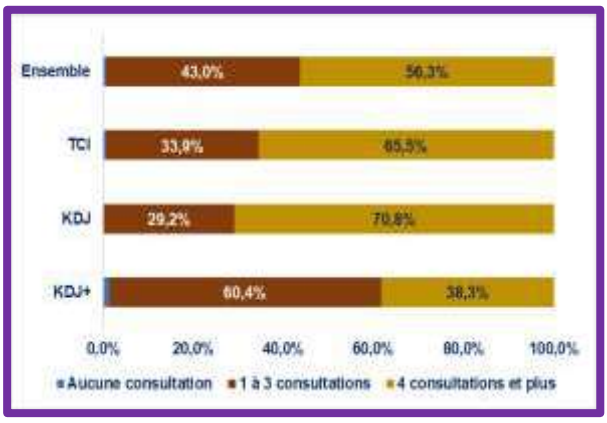
5.2.1 Nombre de consultations prénatales

Le nombre moyen de visites prénatales effectuées est de 3,7. Ce nombre varie en fonction du bras d'étude. Il est de 3.3 pour le bras KDJ+, de 4,0 pour le bras KDJ et 3,9 pour le bras TCI. Rare sont les femmes qui n'ont pas effectué une consultation prénatale (0,7%) au cours de leur dernière grossesse. Cependant, 20,0% des femmes ont effectué 1 à 2 consultations lors de la dernière grossesse et plus de huit femmes sur dix (86,2%) ont effectué au moins 3 consultations prénatales. Il faut souligner que plus de cinq femmes sur dix (56,3%) ont effectué au moins 4 consultations prénatales et 43,0% des femmes ont effectué 1 à 3 consultations lors de la dernière grossesse.

L'analyse des résultats montre une différence entre les bras d'étude par rapport aux consultations prénatales. Ainsi, la proportion de femmes ayant effectué au moins 3 consultations varie de 78,8% dans le bras KDJ+ à 91,7% dans le bras TCI. En considérant les femmes ayant effectué au moins 4 consultations et plus, la proportion oscille de 38,3% pour le bras KDJ+ à 70,8% pour le bras KDJ.

Graphique 5 : Répartition des femmes enquêtées selon le bras d'étude par nombre de consultations





Relativement au niveau d'instruction, on constate que 75,0% des femmes ayant un niveau d'instruction supérieur ont effectué 5 consultations prénatales et plus. Pour celles qui ont le niveau d'instruction primaire et secondaire, la proportion la plus élevée se situe au niveau de celles qui ont effectué 4 consultations prénatales. Elle est respectivement de 37,0% et 36,4%. Pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, elles ont le plus effectué 3 consultations prénatales (32,0%).

En considérant l'activité principale exercée, les femmes qui travaille dans l'administration ont majoritairement effectué 5 consultations prénatales et plus. Celles qui ont les travaux ménagers et domestiques ont plus effectué 3 consultations prénatales (30,4%). Les femmes exerçant dans l'Agriculture/Elevage ont plus effectué 3 consultations prénatales (38,9%) tandis que celle qui exercent le petit commerce/travail manuel ont effectué le plus 3 consultations prénatales (34,1%). Les femmes sans occupation ont de même effectué le plus 5 consultations prénatales et plus.

Tableau 4 : Répartition du nombre de consultations selon le niveau d'instruction et l'activité principale

Nombre de consultations prénatales	Niveau d'instruction				Activité principale					Ensemble
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieure	Agriculture/ Elevage	Petit commerce/ travail manuel	Travaux ménagers et domestiques	Adminis-tration	Sans occupation	
Aucune consultation	0,8%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,5%	0,8%	0,0%	7,7%	0,7%
1 à 2 consultations prénatales	15,7%	8,4%	11,2%	0,0%	9,3%	10,7%	17,4%	0,0%	15,4%	13,2%
3 consultations prénatales	32,0%	33,6%	20,6%	8,3%	38,9%	25,7%	30,4%	25,0%	15,4%	29,8%
4 consultations prénatales	28,7%	37,0%	36,4%	16,7%	36,1%	34,1%	28,5%	16,7%	23,1%	31,5%
5 consultations prénatales et plus	22,7%	21,0%	30,8%	75,0%	15,7%	29,0%	22,9%	58,3%	38,5%	24,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.2.2 Prestataires de santé pour les soins prénataux

Une question a été posée aux femmes par rapport au prestataire de santé qui les a examinés lors des soins prénataux de la dernière grossesse dans les deux dernières années. Les résultats de l'étude montrent que 96,8% des femmes ont reçu des soins prénataux par un prestataire formé, principalement une infirmière/sage-femme (94,3%).

Suivant le bras d'étude, on constate également une légère disparité malgré une tendance générale similaire à celle de l'ensemble de l'échantillon. En effet, les infirmières/sage-femmes sont les prestataires ayant dispensé le plus de soins prénataux dans chaque bras d'étude.

Tableau 5 : Répartition des prestataires de santé ayant effectué les soins prénataux selon le bras d'étude

Prestataire de santé	Bras d'étude			Ensemble
	KDJ+	KDJ	TCI	
Médecin	0,4	1,0	7,2	2,5

Infirmière/ sage-femme	96,6	93,8	91,6	94,3
Agent de santé communautaire/ village	2,5	5,2	0,6	2,8
Autres (A préciser)	0,4	0,0	0,6	0,3
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

La proportion varie de 96,6% pour le bras KDJ+ à 91,6% pour le bras TCI. Les médecins ont effectué des soins prénataux dans 7,2% des cas dans le bras TCI. Quant aux agents de santé communautaire/ village, ils ont dispensé des soins prénataux dans 5,2% dans le bras KDJ.

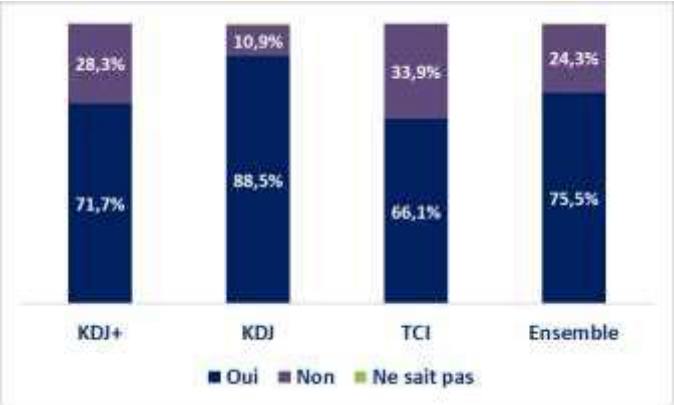
5.3 Soins postnataux et vaccination

5.3.1 Soins postnataux

➲ **Soins prénataux dans les deux mois suivant le dernier accouchement**

Lors de l'étude de base, il a été demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête si quelqu'un les avait examinées dans les deux mois qui ont suivi leur dernier accouchement. Il convient de rappeler que l'OMS recommande qu'une femme doit recevoir des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance.

Graphique 5 : Répartition des femmes enquêtées par bras d'étude selon les soins postnataux



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

En effet, de nombreux décès maternels et néonatals se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Seulement, 24,3% des femmes n'ont reçu de soins postnataux dans les deux mois qui ont suivi leur dernier accouchement au cours de l'étude de base. Cette proportion présente des disparités entre les bras d'étude. En effet, elle est de 10,9% pour le bras KDJ, 28,3% pour le bras KDJ+ et 33,9% pour le TCI.

➲ **Lieu de l'examen**

Il a été aussi demandé aux femmes de préciser le lieu où s'est déroulé les examens postnataux pour la dernière naissance. Les résultats de l'étude montrent que la majorité des soins postnataux (63,8%) se sont effectués dans les Centres de Santé Intégré (CSI). Cependant, 24,5% des soins prénataux se sont effectués à domicile. Ces informations mettent également en exergue une différence entre les bras d'étude.

Bien que la majorité des soins postnataux ont été effectué dans les CSI dans chaque bras d'étude, on constate que 41,7% ont été fait à domicile dans le bras KDJ+ contre 14,1% pour le bras KDJ et 11,9% pour le bras TCI.

Tableau 1 : Répartition des femmes ayant eu des soins postnataux par lieu selon les bras d'étude

Lieu d'examen	Bras d'étude			Ensemble
	KDJ+	KDJ	TCI	
A la maison	41,7	14,1	11,9	24,5
Maternité centrale/HD/CHR	0,4	0,0	0,6	0,3
Centre de santé mère-enfant	0,4	8,9	4,2	4,2
CSI	51,7	66,1	78,6	63,8
CS	5,8	7,8	0,6	5,0
Centre de santé privé	0,0	3,1	2,4	1,7
Autres (à préciser)	0,0	0,0	1,8	0,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

Toutefois, ces résultats décrivent les efforts fournis par tous les acteurs de la santé pour améliorer l'accès aux soins de santé. Néanmoins, ils doivent se poursuivre car des soins continus de se faire à domicile qui n'est pas le lieu approprié pour cela.

➲ Personnel de santé ayant effectué les examens postnataux

L'analyse des examens postnataux en fonction du prestataire de santé met en lumière les infirmiers ou sages-femmes comme ceux qui ont dispensé le plus les premiers soins postnataux au nouveau-né. Sur l'ensemble de l'échantillon, 92,1% des premiers soins postnataux au nouveau-né ont été dispensés par un infirmier ou une sage-femme. Les médecins sont intervenus dans 2,4% des cas. Les agents de santé communautaire à leur tour ont intervenu dans 4,0% des cas. L'intervention des accoucheuses traditionnelles est moindre dans la dispense des premiers soins postnataux au nouveau-né (1,5%). Suivant les bras d'étude, le même constat ressort. Les premiers soins postnataux au nouveau-né sont dispensés par un infirmier ou une sage-femme à 90% et les autres corps dans une moindre mesure.

Tableau 2 : Répartition des femmes ayant eu des soins postnataux par bras d'étude selon le personnel de santé

Examinateur de l'état de santé de l'enfant	Bras d'étude			Ensemble
	KDJ+	KDJ	TCI	
Médecin	1,7%	0,6%	6,3%	2,4%
Infirmière/ sage-femme	89,5%	94,1%	92,8%	92,1%
Agent de santé communautaire/ village	5,8%	4,7%	0,0%	4,0%
Accoucheuse traditionnelle	2,9%	0,6%	0,9%	1,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.3.2 Vaccination des enfants

Dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et sous recommandation de l'OMS, tout enfant doit,

avant son premier anniversaire, être vacciné contre les principales maladies évitables par la vaccination que sont : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, et la rougeole, auxquelles s'ajoutent la vaccination contre la fièvre jaune, et depuis septembre 2008, l'hépatite B et l'Hémophilus influenzae B. Les vaccins contre l'hépatite B et l'Hemophilus influenzae B sont administrés dans une combinaison unique avec le DTCoq dénommée Pentavalent.

Pour cette étude, les données recueillies sur la vaccination des enfants proviennent principalement des carnets et/ou cartes de vaccination. Les mères ont également été interrogées sur la présence de vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination.

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, ce sont les enfants de 12-23 mois qui devraient avoir reçu l'ensemble des vaccins recommandés. En l'absence de l'âge de l'enfant, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si un enfant est complètement vacciné (une dose de vaccin BCG, trois doses de vaccin DTC-HepB-Hib, trois doses de vaccin polio oral, une dose de vaccin contre la rougeole). Toutefois, nous pouvons déterminer si un enfant a reçu une dose ou pas.

➲ Présence d'un carnet de vaccination

Concernant la vaccination, la source d'information privilégiée pour recueillir les données est le carnet. Il a été demandé aux mères de dire si leurs enfants disposent de carnet de vaccination. Ainsi, sur l'ensemble de l'échantillon, seul 4,5% des enfants n'ont pas de carnet de vaccination. Toutefois, 37,5% disposent de carnet mais il n'a pas été vu par l'agent de collecte de données. Cette situation ressort également au niveau des bras d'étude avec une légère disparité. En effet, 53,8% des carnets ont été vu dans le bras KDJ+ contre 63,0% pour le bras KDJ et 58,3% pour le bras TCI.

Tableau 3 : Répartition des enfants par bras d'étude selon le carnet de vaccination

Carnet de vaccination	Bras d'étude			Total
	KDJ+	KDJ	TCI	
Oui, vu	53,8	63,0	58,3	58,0
Oui, pas vu	41,7	34,9	34,5	37,5
Pas de carnet	4,6	2,1	7,1	4,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

➲ Vaccination reçue par les enfants

En analysant les données des carnets de vaccination, globalement on constate que 46,7% des enfants sont vaccinés contre le BCG et 38,2% pour le POLIO0 qui sont en principe tous donnés à la naissance. Pour chaque vaccination, moins de la moitié des enfants n'ont pas de date reportée sur le carnet ce qui donne une faible proportion d'enfants ayant reçu de vaccin avec une date bien mentionnée sur le carnet.

A partir des carnets, une proportion de 38,2% ont reçu la première dose de poliomyélite et 35,5% pour celle du vaccin contre le DTCoq. Cependant, les proportions diminuent avec le nombre de doses et les taux de déperdition entre la première et la troisième dose ne sont pas négligeables. En plus, seul 9,8% des enfants ont reçu leur vaccin

contre la rougeole, la rubéole et les oreillons selon les informations reportées sur les carnets de vaccination.

Même si les tendances sont les mêmes suivant les bras d'étude, il ressort toutefois des disparités entre les bras.

Tableau 4 : Répartition des enfants par bras d'étude selon la vaccination reçue

Vaccination reçue	Bras d'étude			Ensemble
	KDJ+	KDJ	TCI	
BCG	43,8	54,7	41,7	46,7
POLIO0	29,6	51,6	35,1	38,2
POLIO1	21,7	51,6	32,7	34,3
POLIO2	17,5	46,9	26,8	29,5
POLIO3	11,3	35,9	23,2	22,5
DTCoq 1/Penta1	28,3	49,0	30,4	35,5
DTCoq 2/Penta2	15,0	40,6	22,6	25,3
DTCoq 3/Penta3	12,5	33,3	19,6	21,2
ROUGEOLE-RUBEOLE-OREILLONS	10,8	10,4	7,7	9,8
FIEVRE JAUNE	12,5	13,5	6,5	11,2
VITAMINE A	1,3	14,6	10,7	8,2

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

Il convient de souligner que 33,3% des mères ont déclaré que leur enfant a eu des vaccins qui ne sont pas inscrits dans le carnet de vaccination. Cette proportion varie de 23,4% pour le bras KDJ à 40,0% pour le bras KDJ+.

5.4 Planification familiale

5.4.1 Utilisation de la planification familiale

L'utilisation de la planification familiale est un facteur de la maitrise de la fécondité. Elle permet aux femmes et à leurs progénitures de s'épanouir. Elle permet également aux hommes de bien gérer leurs ménages surtout dans un contexte de rareté des ressources. L'objectif principal visé par la planification familiale est l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et par ricochet l'amélioration des conditions de vie des populations. Mais, l'utilisation de la PF est très faible au Niger et plusieurs facteurs pourraient expliquer cette faible utilisation.

Dans le cadre de l'évaluation du projet KDJ-MZD, les femmes ont été interrogées sur leur utilisation antérieure et actuelle de la PF à travers trois questions : PF.1 - Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà utilisé par le passé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ? PF.2 - Est-ce que vous ou votre partenaire faites actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? PF.3 - Quelle méthode utilisez-vous actuellement ? Les résultats du tableau N°4 montrent que 6 femmes KDJ sur 10 ont utilisé la PF dans le passé contre un peu moins 5 femmes sur 10 des bras KDJ+ et TCI. Les femmes de la zone d'intervention utilisent légèrement plus la PF que les femmes de la zone de contrôle avec une différence de 5,52 et 21,06 points de pourcentages en faveur respectivement de KDJ+ et KDJ.

Tableau 5 : Répartition en (%) des utilisatrices (antérieures) des méthodes PF par bras

Utilisation antérieure	KDJ+	KDJ	TCI
	Pr = 0,007		
Oui	48,75	64,29	43,23
Non	51,25	35,61	56,77
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Pendant la période de la collecte des données, 4 femmes sur 10 de la zone KDJ utilisent une méthode PF contre 3 femmes sur 10 pour les femmes des zones KDJ+ et TCI. Donc, les femmes KDJ, utilisent actuellement plus la PF que les femmes des autres bras de l'étude avec une différence de presque 15 points de pourcentages. Il n'y a pratiquement pas de différence entre les femmes KDJ+ et les femmes TCI. Les résultats par bras sont consignés dans le tableau N°5 ci-dessous.

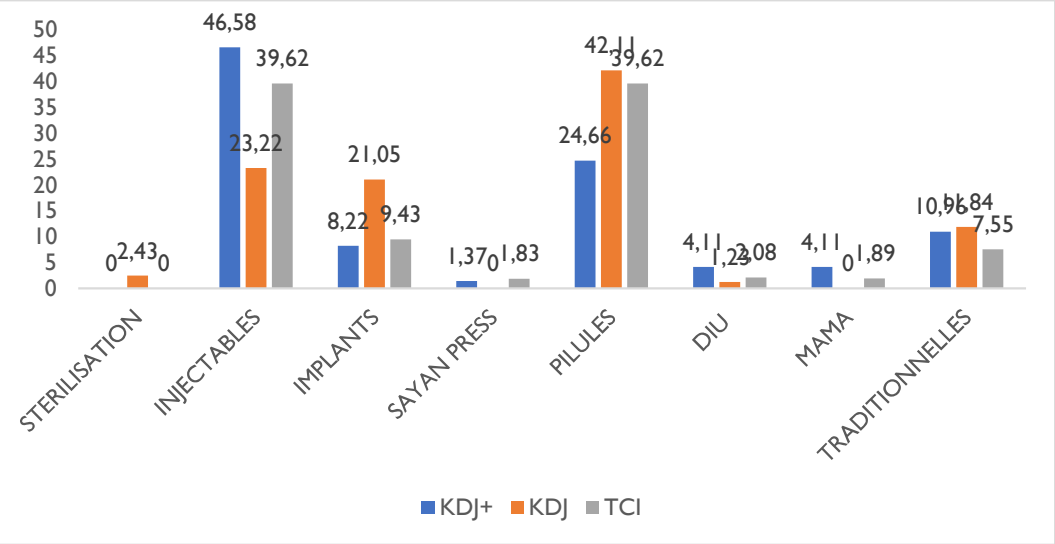
Tableau 6 : Répartition en (%) des utilisatrices (actuelles) des méthodes PF par groupe d'étude

Utilisation actuelle	KDJ+	KDJ	TCI
	Pr = 0,009		
Oui	30,42	45,19	27,60
Non	69,58	54,76	72,40
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

Le graphique N°1 montre que les méthodes les plus utilisées sont les injectables, les pilules, les implants et quelques méthodes traditionnelles quel que soit le bras de l'étude. Les femmes KDJ+ (46,58%) utilisent plus les injectables, les femmes TCI (39,62%) les pilules et les injectables et les femmes KDJ (42,11%) les pilules.

Graphique 1 : Utilisation actuelle en (%) de la PF par type de méthode et par bras



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

Il ressort du tableau N°6 que seule l'équité de genre et de masculinité est significative dans deux bras (KDJ+ et TCI). En effet, les femmes ayant un niveau d'équité de genre et de masculinité moyen ou élevé utilisent plus les méthodes PF pendant la période

de collecte que celles qui ont un niveau d'équité faible. Les femmes KDJ+ et TCI, qui ont un niveau d'équité élevé, utilisant actuellement les méthodes PF sont respectivement de 47,76%, et 51,79% avec une utilisation plus élevée chez les femmes TCI (du groupe contrôle) par rapport au groupe d'intervention. Par contre l'utilisation est plus faible pour les femmes ayant un niveau d'équité faible qui ont respectivement 16,49% et 11,11% dans les bras KDJ+ et TCI.

Dans le Bras KDJ+, seulement une variable, en plus de l'équité de genre et de masculinité, est significativement associée, au seuil de 5%, à l'utilisation actuelle de la PF. Il s'agit du niveau d'instruction. Dans le bras KDJ+, 5 femmes sur 10 du niveau secondaire et plus utilisent une méthode contraceptive pendant la période de collecte de données contre 3 femmes sur10 du primaire et 2 femmes sur 10 des non instruits. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus la femme est favorable à la PF et l'utilise.

Dans le bras KDJ, l'âges des femmes, nombres d'enfants vivants et le nombre de consultations prénatales sont significatives. Dans le bras KDJ, les femmes qui ont plus d'enfants utilisent plus la PF que celles qui en ont moins. Les proportions sont de 31,58% pour celles qui 1 à 2 enfants, 50,63% pour celles qui ont 3 à 6 enfants et 56,25 pour celles qui en ont plus de 6. En outre, dans ce même bras, les femmes en début et en fin de vie procréative utilisent moins la PF que celles qui sont en plein vie procréative. C'est-à-dire que l'utilisation de la PF augmente avec l'âge des femmes et diminue vers la fin de leur vie procréative.

Pour les femmes du bras de contrôle (TCI), la profession de la femme est également significativement associée à l'utilisation de la PF avec une utilisation largement plus élevée chez les femmes fonctionnaires.

Tableau 7 : Répartition en (%) des femmes utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives selon les caractéristiques sociodémographiques par bras

	KDJ+		KDJ		TCI	
	Utilise	**N'utilise pas**	**Utilise**	**N'utilise pas**	**Utilise**	**N'utilise pas**
CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES						
AGE DES ENQUETEES	**Pr = 0,149**	**ns**	**Pr = 0,045**	**	**Pr = 0,780**	**ns**
15-19 ans	13,33	86,67	20,00	80,00	20,00	80,00
20-24 ans	32,08	67,92	34,78	65,22	25,00	70,00
25-29 ans	36,23	63,77	40,82	59,18	32,56	67,44
30-34 ans	36,00	64,00	62,86	37,14	26,53	73,47
35-39 ans	23,53	76,47	63,64	36,36	37,50	62,50
40-44 ans	6,67	93,33	30,00	70,00	21,43	78,57
45-49 ans	50,00	50,00	0,00	100,00	0,00	100,00
NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,003**	***	**Pr = 0,432**	**ns**	**Pr = 0,100**	**ns**
AUCUN	24,55	75,45	47,37	52,63	23,00	77,00
PRIMAIRE	36,96	63,04	52,17	47,83	26,00	74,00
SECONDAIRE & +	55,56	44,44	38,00	62,00	40,48	59,52
PROFESSION DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,399**	**ns**	**Pr = 0,101**	**ns**	**Pr = 0,025**	**
AGRICULTURE/ELEVAGE	30,61	69,39	18,18	81,82	14,58	85,42
COMMERCE/ARTISAN/OUVRIER	35,80	64,20	51,39	48,61	34,43	65,57
MENAGERE	27,88	72,12	42,11	57,89	26,03	73,97
FONCTIONNAIRES/SALARIES	0,00	100,00	80,00	20,00	66,67	33,33
SANS ACTIVITE ECONOMIQUE	0,00	100,00	25,00	75,00	50,00	50,00
NOMBRE D'ENFANTS VIVANT DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,346**	**ns**	**Pr = 0,034**	**	**Pr = 0,414**	**ns**
1-2	23,33	76,67	31,58	68,42	22,39	77,61
3-6	33,87	66,13	50,63	49,37	31,87	68,13
7 & +	30,36	69,64	56,25	43,75	26,47	73,53
NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES	**Pr = 0,168**		**Pr = 0,026**	**	**Pr = 0,528**	
0 à 3	27,40	72,60	31,11	68,89	25,00	75,00
4 ET PLUS	35,87	64,13	50,41	49,59	29,27	70,73
MOBILITE DES FEMMES	**Pr = 0,841**		**Pr = 0,848**		**Pr = 0,242**	
OUI	29,84	70,16	46,49	53,51	31,96	68,04
NON	31,37	68,63	50,00	50,50	20,69	79,31
AUTONOMIE ECONOMIQUE	**Pr = 0,209**		**Pr = 0,364**		**Pr = 0,250**	
OUI	26,36	73,64	40,91	59,09	22,03	77,97
NON	33,85	66,15	48,04	51,96	30,08	69,92
EQUITE DE GENRE ET MASCULINITE	**Pr = 0,000**		**Pr = 0,120**		**Pr = 0,000**	
FAIBLE	16,49	83,51	34,00	66,00	11,11	88,89
MOYEN	32,89	67,11	55,00	45,00	30,91	69,09
ELEVE	47,76	52,24	47,44	52,56	48,21	51,79

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

1.4.2 Planification familiale du postpartum

Le tableau N°7 montre que l'utilisation de la PF en postpartum (dans les 42 jours suivant l'accouchement) est très faible dans les bras KDJ+ (12,92%) et TCI (17,26%) et relativement élevée dans le bras KDJ (27,08%). Les femmes du groupe d'intervention KDJ ont des proportions plus élevées par rapport aux femmes du groupe de contrôle avec respectivement 9,82 et 14,16 points de pourcentages de plus que les femmes TCI et KDJ+.

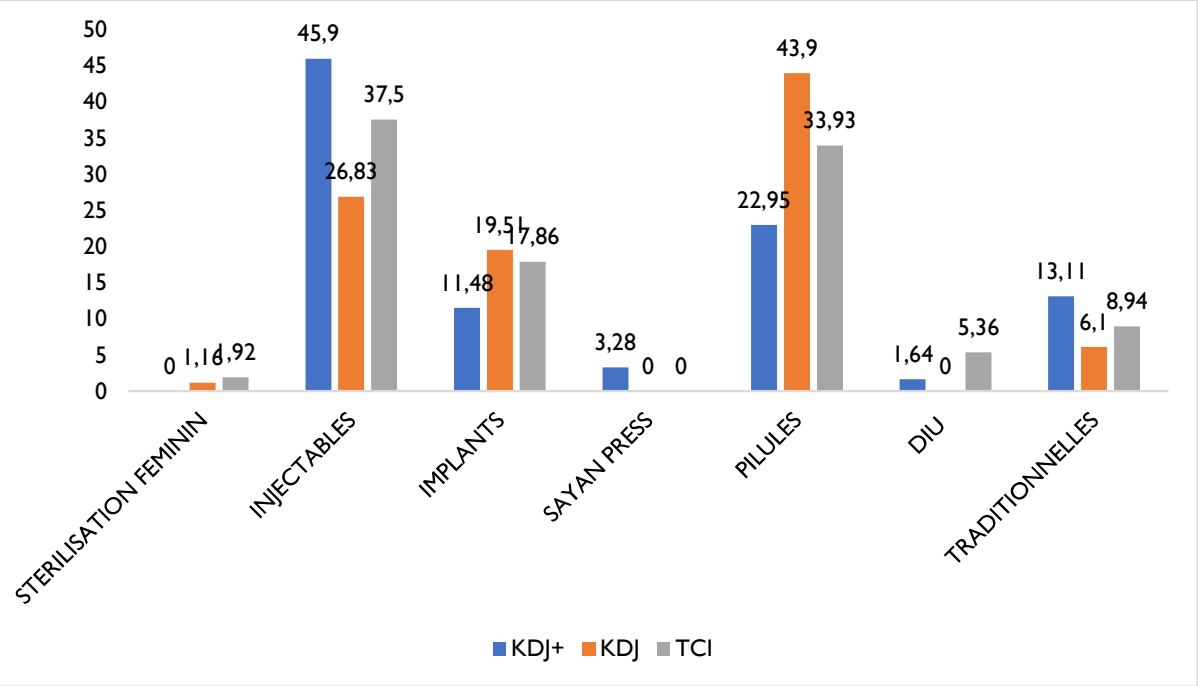
Tableau 8 : Répartition en (%) des utilisatrices des méthodes PFPP par bras (Pr = 0,000)

Utilisation des méthodes PFPP	KDJ+	KDJ	TCI
	Pr = 0,001		
Oui	12,92	30,36	15,63
Non	87,08	69,64	84,38
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Les méthodes les plus utilisées en postpartum par les femmes enquêtées sont les injectables, les pilules, les implants et les méthodes traditionnelles. Les femmes KDJ+ (45,9%) et les femmes TCI (37,50%) utilisent plus les injectables et quant aux les femmes KDJ, elles utilisent les pilules (43,9%).

Graphique 2 : Répartition en (%) des femmes par type de méthodes contraceptives utilisées en postpartum par bras



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Les résultats du tableau N°8 montrent le niveau d'instruction est associé à l'utilisation de la PF en postpartum chez les femmes du groupe d'intervention KDJ+ en faveur des femmes instruites au seuil de 5%. Les femmes instruites utilisent plus la PF en postpartum que les femmes non instruites. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus

les femmes KDJ+ utilisent la PF en postpartum. Les proportions sont de 7,78% pour les non instruites, 21,74% pour les femmes du niveau primaire et 29,63% pour celles du niveau secondaire et plus. Dans le bras KDJ+, les femmes, ayant un niveau secondaire à plus, utilisent la PF en postpartum presque 4 fois plus que les femmes n'ayant aucun niveau.

Le nombre de consultations prénatales est significativement associé à l'utilisation de la PF en postpartum dans les bras d'intervention (KDJ+ et KDJ). Les femmes qui effectuent au moins 4 visites prénatales utilisent presque deux fois plus la PF après l'accouchement que celles qui effectuent moins de 4 visites. Les proportions sont de 19,57% chez les femmes qui font 4 visites et plus contre 8,90% chez celles qui font moins de 4 visites dans le bras KDJ+, 34,15% contre 20,00% dans le bras KDJ. Les femmes du bras KDJ utilisent plus la PF en postpartum que les femmes KDJ+.

Les femmes KDJ+, TCI, qui ont un niveau d'équité élevé, utilisent plus la PF en postpartum que celles qui ont un niveau d'équité faible avec respectivement des proportions de 26,87 contre 8,25% et 28,57% contre 8,64%. Le taux d'utilisation est plus élevé chez les femmes TCI par rapport aux femmes KDJ+ quel qu'en soit le niveau d'équité. Les femmes KDJ+, ayant une autonomie économique, utilisent deux fois plus de méthodes PF en postpartum que celles qui n'en ont pas (16,92% contre 8,18%).

Tableau 9 : Répartition en (%) des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives en postpartum selon les caractéristiques sociodémographiques par statut

	KDJ+		KDJ		TCI	
	Utilise	**N'utilise pas**	**Utilise**	**N'utilise pas**	**Utilise**	**N'utilise pas**
CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES						
AGE DES ENQUETEES	**Pr = 0,891**		**Pr = 0,960**		**Pr = 0,710**	
15-19 ans	6,67	93,33	20,00	80,00	8,00	92,00
20-24 ans	11,32	88,68	26,09	73,91	22,22	77,78
25-29 ans	14,49	85,51	32,65	67,35	16,28	83,72
30-34 ans	16,00	84,00	34,29	65,71	18,37	81,63
35-39 ans	11,76	88,24	31,82	68,18	8,33	91,67
40-44 ans	6,67	93,33	30,00	70,00	14,29	85,71
45-49 ans	25,00	75,00	0,00	100,00	0,00	100,00
NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,001**		**Pr = 0,882**		**Pr = 0,351**	
AUCUN	7,78	92,22	29,47	70,53	12,00	88,00
PRIMAIRE	21,74	78,26	34,78	65,22	20,00	80,00
SECONDAIRE & +	29,63	70,37	30,00	70,00	19,05	80,95
PROFESSION DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,366**		**Pr = 0,302**		**Pr = 0,027**	
AGRICULTURE/ELEVAGE	8,16	91,84	9,09	9091	4,17	95,83
COMMERCE/ARTISAN/OUVRIER	18,52	81,48	33,33	66,67	19,67	80,33
FONCTIONNAIRES/SALARIES	11,54	88,46	28,95	71,05	19,18	80,82
MENAGERE	0,00	100,00	60,00	40,00	0,00	100,00
SANS ACTIVITE ECONOMIQUE	0,00	100,00	25,00	75,00	50,00	50,00
NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS DES FEMMES ENQUETEES	**Pr = 0,431**		**Pr = 0,498**		**Pr = 0,322**	
0-2	8,33	91,67	24,56	75,44	11,94	88,06
3-6	13,71	86,29	32,91	67,09	19,78	80,22

7 & +	16,07	83,93	34,38	65,63	11,76	88,24
NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES	**Pr = 0,017**		**Pr = 0,077**		**Pr = 0,126**	
0 à 3	8,90	91,10	20,00	80,00	10,29	89,71
4 ET PLUS	19,57	80,43	34,15	65,85	18,70	81,30
MOBILITE DES FEMMES	**Pr = 0,729**		**Pr =0,809**		**Pr = 0,778**	
OUI	13,71	86,29	33,33	66,67	19,59	80,41
NON	11,76	88,24	37,50	62,50	17,24	82,76
AUTONOMIE ECONOMIQUE DES FEMMES	**Pr = 0,044**		**Pr = 0,297**		**Pr = 0,231**	
OUI	16,92	83,08	33,33	66,67	13,53	79,66
NON	8,18	91,82	25,76	74,24	20,53	86,47
EQUITE DE GENRE ET MASCULINITE	**Pr = 0,000**		**Pr = 0,504**		**Pr = 0,005**	
ELEVE	26,87	73,13	33,33	76,00	28,57	71,43
MOYEN	6,58	93,42	32,50	67,50	12,73	87,27
FAIBLE	8,25	91,75	24,00	66,67	8,64	91,36

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.5 Coûts liés aux consultations prénatales et postnatales

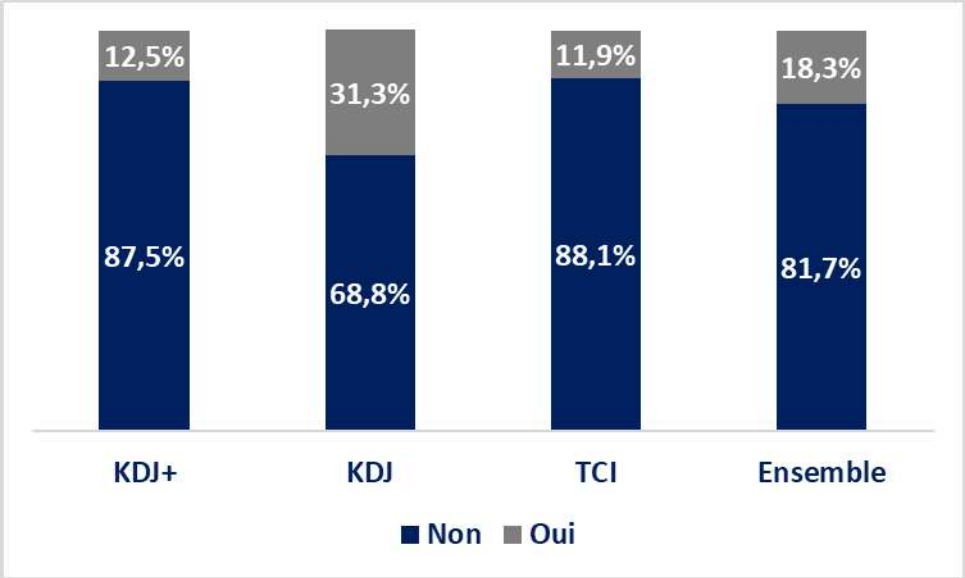
La présente étude porte particulièrement sur les coûts liés aux consultations prénatales et postnatales ainsi que les coûts d'opportunité pour les femmes. L'outil de collecte a permis d'appréhender entre autres des éléments sur le montant des frais de transport pour l'accouchement, les dépenses effectuées lors des 4 premières consultations prénatales et le temps mis pour la prestation de santé. Cette section mettra en lumière les principaux résultats sur l'analyse des coûts liés aux consultations prénatales et postnatales et ceux d'opportunité.

5.5.1 Frais de transport lors du dernier accouchement

Dans la zone couverte par l'étude, le déplacement à pied est le moyen le plus utilisé pour se rendre au centre de santé. En effet, 78,8% des femmes enquêtées ont déclaré recourir à la marche pour se rendre au centre de santé. Cette proposition varie selon le bras d'étude. Elle est de 70,8% pour le bras KDJ, 80,8% pour KDJ+ et 85,1% pour le bras TCI. En seconde position, les motos/tricycles ont été le plus utilisé pour se rendre au centre de santé. Sur l'ensemble de la zone d'étude, la proportion de femmes ayant utilisé les motos/tricycles s'élève à 20,5%. Elle varie de 12,5% pour le bras TCI à 26,6% pour le bras KDJ.

Lors du dernier accouchement, seul 18,3% des femmes enquêtées ont payé des frais de transport. Cette proportion présente des disparités entre les bras d'étude. Elle varie de 11,9% pour le bras TCI à 31,3% pour le bras KDJ.

Graphique 3 : Répartition des femmes enquêtées par bras d'étude selon le paiement de frais de transport lors de la dernière grossesse



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Sur l'ensemble de la zone couverte par l'étude, les frais de transport aller/retour varient de 200 à 3000 FCFA avec une moyenne de 548 FCFA. Ces frais varient également selon le bras d'étude. Ainsi, les frais de transport moyens sont de 373 FCFA pour le bras TCI, 429 FCFA pour le bras KDJ et 903 FCFA pour le bras KDJ+. Les frais de transports varient de 250 à 3000 FCFA pour le bras KDJ+, de 200 à 1000 FCFA pour le bras KDJ et 200 à 800 FCFA pour le bras TCI.

5.5.2 Temps mis et distance parcourue lors du dernier accouchement

Lors du dernier accouchement, les femmes ont mis en moyenne 51 minutes pour aller et revenir du centre de santé. En termes de distance, cela donne une moyenne de 4,0 km pour aller et revenir du centre de santé lors du dernier accouchement. Le temps mis et la distance parcourue varient selon le bras d'étude.

Tableau 10 : Temps mis et distance parcourue pour se rendre au centre de santé

	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble
Temps en minutes (aller/retour)				
Minimum	0	0	1	0
Maximum	600	190	240	600
Moyenne	75,8	36,4	32,7	51,1
Distance parcourue en km				
Minimum	0	0	0	0
Maximum	100	50	90	100
Moyenne	5,6	2,1	3,9	4,0

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.5.3 Dépenses effectuées lors des consultations prénatales et postnatales

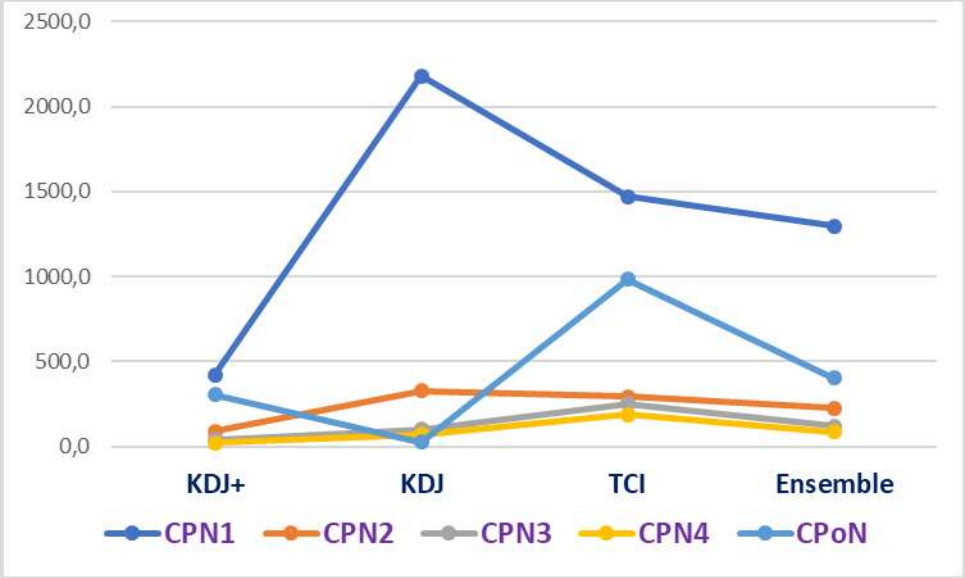
Il a été demandé aux femmes si elles prennent en charge des dépenses une fois au centre de santé lors des consultations prénatales et postnatales. A ce propos, 95,0% des femmes enquêtées ont déclaré avoir effectué des dépenses pour leurs

consultations prénatales et postnatales. Cette situation est la même dans chaque bras d'étude avec une légère différence de proportion. Cette dernière oscille de 92,1% pour le bras KDJ+ à 98,4% pour le bras KDJ.

Par rapport au montant dépensé, on constate qu'il décroît de la CPN1 à la CPN4. Ainsi, il est en moyenne de 1298 CFA à la CPN1 ; de 224 CFA à la CPN2 ; de 118 FCFA à la CPN3 et 83 FCFA à la CPN4. Pour les consultations postnatales, le montant moyen dépensé s'élève à 402 FCFA.

Bien que la tendance à la baisse des dépenses s'effectue dans chaque bras d'étude avec l'accroissement des consultations prénatales, on constate une différence entre ces derniers. Les dépenses moyennes à la CPN1 varient de 420 FCFA au bras KDJ+ à 2179 FCFA au bras KDJ. Pour la CPN2, elles varient de 88 FCFA au bras KDJ+ à 328 FCFA au bras KDJ. A la CPN3, les dépenses moyennes oscillent de 39 FCFA au bras KDJ+ à 251 FCFA au bras TCI. A la 4ème consultation prénatale, les dépenses moyennes s'élèvent à 19 FCFA pour le bras KDJ+, 69 FCFA pour le bras KDJ et 189 FCFA pour le bras TCI. Lors des consultations postnatales, les dépenses au bras KDJ varient de 26 FCFA à 983 FCFA au bras TCI.

Graphique 4 : Coûts moyens des consultations prénatales et postnatales par bras d'étude



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.5.4 Temps d'attente et durée de la prestation

➲ Temps d'attente

Les femmes ont été interrogées sur le temps d'attente pour être reçu par l'agent de santé. A ce propos, les femmes attendent en moyenne 70 mn avant d'être reçu par un agent de santé lors des consultations prénatales ou postnatales. Ce temps varie de 0 mn à 7 heures de temps sur l'ensemble de la zone couverte par l'étude. Le temps d'attente varie selon le bras d'étude. Dans le bras KDJ+, il est en moyenne de 54 mn tandis qu'il est de 62 mn pour le bras TCI et 95 mn pour le bras KDJ.

➲ **Durée de la prestation**

Concernant la durée des consultations prénatales et postnatales, les femmes l'ont estimé en moyenne à 14 mn. Cette durée moyenne oscille 11,3 mn au bras TCI à 14,8 au bras KDJ+. Dans le bras TCI, la durée varie de 2 à 30 mn. Elle oscille de 0 à 60 mn dans le bras KDJ+ et de 0 à 180 mn dans le bras KDJ.

Tableau 11 : Temps d'attente et durée de la prestation

	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble
Temps d'attente en mn				
Minimum	0	0	0	0
Maximum	420	240	240	420
Moyenne	54,5	95,4	62,4	69,8
Temps de prestation en mn				
Minimum	0	0	2	0
Maximum	60	180	30	180
Moyenne	14,8	14,3	11,3	13,7

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.5.5 Coûts d'opportunité

L'enquête devait permettre d'évaluer les coûts d'opportunité des femmes par rapport aux soins prénataux et postnataux. Pour cela, il a été demandé aux femmes si elles exercent des Activités Génératrices de Revenus (AGR). Parmi les femmes interrogées, 40,3% d'entre elles exercent des AGR (petit commerce, artisanat, etc). Ces activités leur rapportent en moyenne 987 FCFA par jour. Toutefois, ce montant varie en fonction du bras d'étude. Il est de 927 FCFA pour le bras TCI, de 980 FCFA pour le bras KDJ et 1043 FCFA pour le bras KDJ+.

Il a été question de savoir si les visites de consultations prénatales et postnatales empêchent souvent les femmes de mener leurs AGR. Par rapport à cette question, seul 12,8% des femmes ont déclaré que les visites prénatales leur font perdre de l'argent. Cette proportion n'est pas très élevée dans chaque bras d'étude. Elle oscille de 8,4% dans le bras KDJ+ à 16,5% dans le bras KDJ. Les femmes ont déclaré perdre entre 150 et 4000 FCFA soit une moyenne de 697 FCFA.

Tableau 12 : Coûts d'opportunité

	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble
Les visites de CPN/CPoN, vous empêchent-elles souvent de mener les AGR?				
Oui	8,4	16,5	13,2	12,8
Non	91,6	83,5	86,8	87,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Montant perdu pendant le temps de visite				
Minimum	400	150	200	150
Maximum	1000	1500	4000	4000
Moyenne	628,6	570,0	961,1	696,7

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.6 Échelle d'équité de genre pour les femmes (GEMS)

La transformation des normes néfastes en matière de genre pour réduire l'inégalité entre les sexes est de plus en plus considérée comme une importante stratégie

d'intervention. Population Council/Horizons et Promundo ont développé l'échelle Gender-Equity and Masculinity (GEM) pour mesurer directement les attitudes à l'égard des normes de genre. L'échelle est conçue pour fournir des informations sur les normes qui prévalent dans une communauté, ainsi que sur l'efficacité de tout programme qui espère les influencer (Ajay K Singh et al., 2013). Dans le cadre du projet Mazan Daga, une composante de transformation des normes de genre est incluse à travers l'Analyse Sociale et Action afin de promouvoir la maternité sans risque. Il résulte du tableau N°9 que le rapport de genre et de masculinité est plus favorable aux femmes du bras KDJ comparativement aux femmes KDJ+ et TCI. Les femmes KDJ, ayant un niveau d'équité élevé, sont de 46,43% contre 29,17% et 27,92% respectivement pour les femmes TCI et KDJ+, soit 4 femmes sur 10 contre 3 femmes sur 10.

Tableau 13 : Répartition en (%) des femmes selon l'échelle d'équité de genre par bras (Pr=0,001)

GEMS	KDJ+	KDJ	TCI
Faible	40,42	29,76	42,19
Moyen	31,67	23,81	28,65
Élevé	27,92	46,43	29,17
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

5.7 Echelle d'autonomisation des femmes

L'autonomisation des femmes est définie comme la capacité d'agir et d'acquérir des ressources dans un contexte d'inégalité entre les sexes (Geeta Nanda, 2011). L'échelle d'autonomisation des femmes est obtenue à partir de la combinaison de trois indicateurs : sous-échelle de sécurité économique des femmes et contribution au soutien de la familial ; sous-échelle de liberté des femmes par rapport à la domination familiale et sous-échelle de mobilité des femmes.

Une femme est considérée comme autonome, économiquement, si elle était propriétaire d'une maison ou des terres ; si elle possédait un actif productif ; si elle disposait de ses propres économies ; et si elle avait déjà utilisé ses économies pour des affaires ou des prêts d'argent. Une femme ayant obtenu un score de 2 ou plus a est classée comme autonome (Geeta Nanda, 2011). La contribution au soutien de la famille a été mesurée si la femme interrogée a déclaré qu'elle apportait tout, la plupart, la moitié ou une partie de l'aide à sa famille, par opposition à très peu ou pas du tout. Les résultats positifs ou négatifs des deux variables ont été combinées pour avoir une variable dichotomique sécurité économique des femmes et contribution au soutien familial.

Tableau 14 : Echelle de sécurité économique des femmes et contribution au soutien familial (Pr = 0,006)

	KDJ+	KDJ	TCI
Oui	54,17	60,71	69,27
Non	45,83	39,29	30,73
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Le tableau N°10 montre que la sécurité économique des femmes et leur contribution au soutien de la famille sont un peu élevées dans les trois bras. Plus de la moitié des femmes ont des économies sécurisées et contribuent aux dépenses de leurs ménages. Les femmes du groupe de contrôle sont plus autonomes économiquement que les femmes du groupe d'intervention avec une différence de 15,01 points de pourcentage par rapport aux femmes KDJ+ et 8,56 points par rapport aux femmes KDJ.

Tableau 15 : Sous-échelle de liberté des femmes par rapport à la domination familiale (Pr = 0,002)

Domination familiale	KDJ+	KDJ	TCI
Oui	77,92	61,90	69,79
Non	22,08	38,10	30,21
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

Il ressort du tableau N°15 que la plupart des femmes des trois bras ne sont pas sous la domination de leurs familles respectives. C'est-à-dire qu'elles ont une certaine autonomie vis-vis de l'emprise de leurs familles par rapport à la gestion de leurs ressources et des sorties pour la visite des parents et pour le travail. Les femmes des bras KDJ et TCI sont plus soumise à l'emprise familiale que leurs homologues du bras KDJ+ de respectivement plus de 16,02 et 8,13 points de pourcentage.

Tableau 16 : Sous-échelle de mobilité des femmes (Pr = 0,003)

SUBSCALE	KDJ+	KDJ	TCI
4	3,43	0,00	2,38
5	5,71	0,82	3,97
6	7,43	1,64	6,35
7	12,57	4,10	10,32
8	70,86	93,44	76,98
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Les femmes qui peuvent se déplacer librement dans le village et voyager en dehors du village sont plus à même que les autres de rechercher des informations, des conseils et des services de santé au moment opportun pendant la grossesse et après l'accouchement (Schuller, 1997). Pour mesurer la liberté de mobilité, une liste de lieux (marché, un centre de santé, cérémonie, extérieur du village) a été présentée aux répondantes pour leur demander si elles y étaient déjà aller et si elles s'y étaient rendues seules. La majorité des femmes des trois bras ont des scores de liberté de mobilité très élevé. 9 femmes KDJ, 8 femmes TCI et 7 femmes KDJ+ sur 10 ont des scores de mobilité très élevé. Les femmes KDJ ont plus de liberté de déplacement que les femmes TCI et KDJ+. Des faibles proportions des femmes des trois bras ont des scores de mobilité moyen.

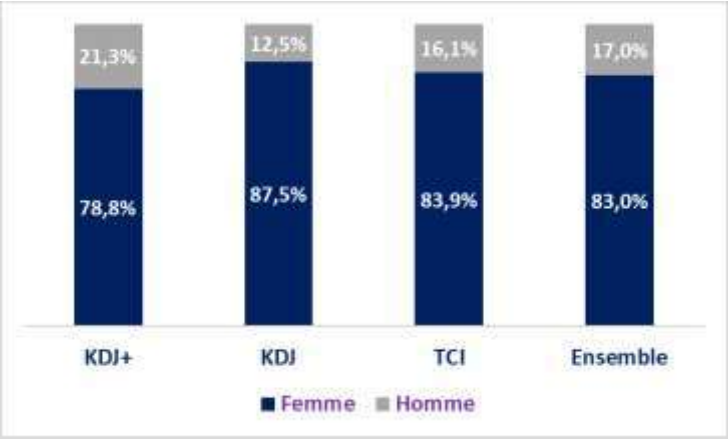
5.8 Réseaux sociaux

L'enquête a porté sur les réseaux sociaux des femmes enquêtées. A cet effet, il a été demandé aux femmes si elles ont des personnes dans leur village à qui elles ont confiance. Pour la présente étude, elles ont la possibilité de citer jusqu'à 3 personnes (alters). Une fois un individu cité, ces caractéristiques sont également collectées à travers son âge, son statut matrimonial, la relation avec la femme enquêtée, l'échelle de proximité et une question sur la planification familiale moderne. Globalement, on dénombre 619 alters donnés dont 3 donnés simultanément par 4 femmes, 2 donnés simultanément par 57 femmes et 1 donné par 497 femmes.

5.8.1 Sexe des alters

Les résultats de l'étude révèlent que 83,0% des personnes citées comme alters sont des femmes contre 17,0% pour les hommes. Ce constat change légèrement avec les bras d'étude. En effet, 21,3% des alters donnés sont des hommes dans le bras KDJ+ contre 12,5% pour le bras KDJ et 16,1% pour le bras TCI.

Graphique : Répartition des alters selon le sexe par bras d'étude



Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Ocbre 2023

5.8.2 Age des alters

L'âge moyen d'un alter est de 34,0 ans. Il varie selon le sexe. Il est de 38,0 ans pour les hommes et 33,2 ans pour les femmes. La tranche d'âges la plus représentée est celle des personnes âgées de 25 à 34 ans (38,1%). Par rapport à la structure de la population, on constate que les personnes âgées de 25 à 34 ans sont les plus représentées chez les femmes alters (39,9%) tandis que chez les hommes, les personnes âgées de 35 à 44 ans sont les plus représentées (37,1%). Il ressort également de la structure de la population que la proportion des adolescents et jeunes est plus faible chez les hommes (2,9%) par rapport à celle des femmes (18,7%). Il en est de même pour les 55 ans et plus (1,9% pour les hommes contre 4,3% pour les femmes).

L'analyse des données met en avant la présente d'une proportion de personnes de 25 à 34 ans plus élevé dans chaque bras d'étude. Toutefois, la répartition des tranches d'âges reste proche pour les autres tranches d'âges.

Tableau 17 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon les tranches d'âges

Tranche d'âges	Sexe		Bras d'étude			Ensemble
	Homme	Femme	KDJ+	KDJ	TCI	
15-24 ans	2,9	18,7	13,8	17,7	16,7	16,0
25-34 ans	29,5	39,9	40,8	38,0	36,3	38,1
35-44 ans	37,1	26,5	30,8	26,6	26,8	28,3
45-54 ans	28,6	10,7	12,1	14,6	13,1	13,7
55 ans et plus	1,9	4,3	2,5	3,1	7,1	3,9
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.8.3 Statut matrimonial des alters

Concernant leur statut matrimonial, les alters sont majoritairement mariés (92,7%). Les autres types de statut matrimonial (célibataire, veuve, divorcée et séparée) sont peu représentés dans la population des alters. Chaque statut a une proportion inférieure à 4%. Ce constat ressort au niveau de chaque bras d'étude et selon le sexe de l'alter.

Tableau 13 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Sexe		Bras d'étude			Ensemble
	Homme	Femme	KDJ+	KDJ	TCI	
Célibataire	2,9	1,4	1,7	1,6	1,2	1,5
Mariée monogame	73,3	60,5	64,6	60,9	61,3	62,5
Mariée polygame	21,9	31,7	29,6	31,8	29,2	30,2
Veuve	0,0	4,1	1,7	3,6	6,0	3,5
Divorcée	1,0	1,9	1,7	2,1	1,8	1,8
Séparée	1,0	0,4	0,8	0,0	0,6	0,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.8.4 Relation avec l'égo (femme interrogée)

Parmi les alters cités, les résultats de l'étude montrent de même que les amis ont été le plus cité (28,3%). Suivent respectivement, les voisins (es), les maris et les sœurs/frères avec 17,8%, 14,0% et 11,2%. Selon le sexe, l'analyse des données des alters montre que les maris ont été le plus cités (80,0%) chez les hommes tandis que ce sont les amies qui ont été le plus citées chez les femmes (34,0%). La répartition des alters par bras d'étude suivant la relation avec l'égo est semblable à celle dans l'ensemble de la population.

Tableau 14 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon la relation avec l'égo

Relation de l'égo avec l'alter	Sexe		Bras d'étude			Ensemble
	Homme	Femme	KDJ+	KDJ	TCI	
Mari	80,0	0,6	16,7	10,4	14,3	14,0
Coépouse	0,0	4,9	0,4	8,3	4,2	4,0
Mère	0,0	6,4	6,3	4,7	5,4	5,5

Sœur / frère	5,7	11,9	16,7	6,8	8,3	11,2
Belle-mère	1,0	1,4	0,8	2,1	0,6	1,2
Ami(e)	1,0	34,0	33,8	17,7	32,7	28,3
Voisin(e)	1,9	21,4	12,1	26,0	16,7	17,8
Autre membre de ma famille	7,6	9,3	7,9	9,4	10,7	9,2
Autre membre de la famille de mon mari	1,9	9,1	4,2	14,6	5,4	7,8
Autre (préciser)	1,0	1,0	1,3	0,0	1,8	1,0
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, Octobre 2023

5.8.5 Echelle de proximité avec l'égo (femme interrogée)

L'étude a également permis d'évaluer l'échelle de proximité entre l'alter et l'égo. Ainsi, six alters sur dix (61,3%) ont une échelle de proximité de 6 (extrêmement proche) avec l'égo sur l'ensemble de la population étudiée. Il ressort aussi des résultats que 24,5% ont une note de 5 sur l'échelle de proximité et 12,5% celle de 4 sur l'échelle de proximité. La situation est globalement la même selon l'échelle de proximité en termes de répartition des alters dans les différents bras d'étude.

Tableau 15 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon la relation avec l'égo

Echelle	Sexe		Bras d'étude			Ensemble
	Homme	Femme	KDJ+	KDJ	TCI	
Pas du tout proche	1,0	0,2	0,4	0,0	0,6	0,3
2	0,0	0,8	0,0	1,6	0,6	0,7
3	1,0	0,8	0,0	1,0	1,2	0,7
4	1,0	15,4	4,6	22,4	12,5	12,5
5	7,6	28,8	10,4	37,5	29,8	24,5
Extrèmement proche	89,5	54,1	84,6	37,5	55,4	61,3
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Toutefois, il ressort une petite disparité entre les bras d'étude car la proportion d'alter ayant une note de 6 diffère d'un bras à un autre. Elle varie de 37,5% pour le bras KDJ à 84,6% pour le bras KDJ+. Cette proportion présente aussi une disparité suivant le sexe de l'alter. En effet, 89,5% des alters hommes ont une note de 6 sur l'échelle de proximité contre 54,1% pour les alters femmes.

5.8.6 Utilisation de la planification familiale moderne

Il a été demandé à tous les egos (femmes enquêtées) si les personnes nommées (alters) sont concertées en cas d'utilisation de planification moderne. A ce sujet, il était important de savoir l'opinion de cette personne par rapport à l'utilisation de la planification moderne.

Tableau 16 : Répartition des alters par sexe et par bras d'étude selon la décision d'utiliser la planification familiale moderne

Décision d'utilisation de la planification familiale moderne	Sexe		Bras d'étude			Ensemble
	Homme	Femme	KDJ+	KDJ	TCI	
Bon	61,0	67,5	63,3	69,3	67,9	66,5
Mauvais	6,7	5,8	7,5	5,7	3,6	5,8
Ni bon, ni mauvais	9,5	17,5	12,9	19,8	16,7	16,2

Ne sait pas / ne répond pas	22,9	9,1	16,3	5,2	11,9	11,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Données de l'étude de base KDJ-MZD, GRADE Africa, octobre 2023

Les résultats de l'étude révèlent que 66,5% des alters trouvent que cela est une bonne chose. Cette proportion varie selon le bras d'étude. Elle oscille de 63,3% pour le bras KDJ+ à 69,3% pour le bras KDJ. Suivant le sexe de l'alter, elle est de 61,0% chez les hommes et 67,5% chez les femmes.

Conclusion

Le présent document met en lumière les résultats de l'étude de base (volet quatitatif) du projet Mazan Daga (MZD). Il fait suite à la conception d'un protocole de recherche pour évaluer les effets des interventions du projet en comparant trois bras d'étude.

En définitif, toutes les étapes de la collecte des données étaient exécutées minutieusement en respectant la méthodologie de l'étude malgré quelques difficultés inhérentes à ce genre d'activités. Globalement, les opérations se sont bien déroulées dans tous les villages grâce à la méthodologie adaptée et à l'abnégation de l'équipe de collecte et de coordination. L'étude a touché 600 femmes.

Les résultats de l'étude montrent qu'une femme interrogée est en moyenne âgée de 28,1 ans. Les adolescentes et jeunes (30,0%) sont la couche la plus représentée dans la population enquêtée. Les femmes interrogées sont majoritairement mariées (97,5%). Toutefois, 60,3% d'entre elles n'ont aucun niveau d'instruction. Elles effectuent principalement des travaux ménagers et domestiques (42,2%). Dans l'échantillon enquêté, le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,3 et seul 20,3% des femmes ont 7 enfants et plus.

Lors de leur dernière grossesse durant les deux dernières années, la quasi-totalité des femmes (99,5%) ont visité un centre de santé et 96,5% des séances de consultations étaient individuelles. Les femmes ont effectué leur première visite prénatale à 4,5 mois en moyenne. Le nombre moyen de consultations prénatales effectuées par les femmes est de 3,7. Les soins prénataux ont été dispensés à 96,8% par un prestataire formé principalement une infirmière/sage-femme (94,3%). Parmi les femmes interrogées, 24,3% des femmes n'ont reçu de soins postnataux dans les deux mois qui ont suivi leur dernier accouchement. Cependant, la majorité des soins (63,8%) ont été effectués dans les Centres de Santé Intégré et 24,5% à domicile.

Les femmes se rendent plus au centre de santé à pied. Lors du dernier accouchement, seul 18,3% des femmes enquêtées ont payé des frais de transport. Sur l'ensemble de la zone couverte par l'étude, les frais de transport aller/retour varient de 200 à 3000 FCFA avec une moyenne de 548 FCFA. Elles mettent en moyenne 51 minutes pour aller et revenir du centre de santé pour une distance moyenne de 4 km. Par rapport au montant dépensé lors des CPN, on constate qu'il décroît de la CPN1 à la CPN4. Les femmes attendent en moyenne 70 mn pour être reçu par un agent de santé pour une durée moyenne de 14 mn de consultations.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 4,5% des enfants n'ont pas de carnet de vaccination. Sur la base des données reportées sur les carnets et/ou cartes de vaccination, 46,7% des enfants sont vaccinés contre le BCG et 38,2% pour le POLIO0 qui sont en principe tous donnés à la naissance. On constate que les proportions d'enfants vaccinés diminuent avec le nombre de doses et les taux de déperdition entre la première et la troisième dose ne sont pas négligeables.

Concernant l'utilisation antérieure de la PF, les femmes de la zone d'intervention ont plus légèrement eu recours à la PF que les femmes de la zone de contrôle. Les méthodes les plus utilisées sont les injectables, les pilules, les implants et quelques méthodes traditionnelles quel que soit le bras de l'étude. L'utilisation de la PF en

postpartum (dans les 42 jours suivant l'accouchement) est très faible dans les bras KDJ+ (12,92%) et TCI (17,26%) et relativement élevée dans le bras KDJ (27,08%).

L'équité de genre et de masculinité est significative dans deux bras (KDJ+ et TCI). Parmi les femmes interrogées, 40,3% d'entre elles exercent des AGR pour un gain journalier moyen de 987 FCFA.

Recommandations

A la suite de l'enquête de base, il est recommandé de :

- Intensifier les communications et les sensibilisations sur l'importance de faire au moins 4 consultations prénatales et postnatales ;
- Intensifier les communications et les sensibilisations sur l'importance d'un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié ;
- Intensifier les communications et les sensibilisations sur la vaccination des enfants ;
- Identifier les obstacles à l'utilisation de la planification familiale postpartum au niveau communautaire dans la zone d'intervention du projet à Zinder.

Annexes

Tableau 18 : Liste de village de l'étude de base MZD-KDJ

REGION	DISTRICT	CSI	VILLAGE	STATUT
Zinder	Mirriah	Droum	01. Droum	Témoin
Zinder	Mirriah	Gojo Gojo	02. Djeda	Témoin
Zinder	Mirriah	Guirari	03. Bindi	Témoin
Zinder	Mirriah	Kissambana	04. Gankio Malan Magagi	Témoin
Zinder	Mirriah	Korama	05. Kawari	Témoin
Zinder	Tanout	Bakin Birji	06. Bakin birji	Témoin
Zinder	Tanout	Maja	07. Maja	Témoin
Zinder	Tanout	Tanout2	08. Baboul yachi	Témoin
Zinder	Takieta	Konjanjan	09. Konjanjan	Témoin
Zinder	Takieta	Toudoun Agoua	10. Toudoun Agoua	Témoin
Maradi	Maradi ville	17 portes	11. Maradi/Bouzou Dan Zambadi	Intervention
Maradi	Maradi ville	Andoume	12. Maradi/maradaoua	Intervention
Maradi	Maradi ville	Ali Chaibou	13. Maradi/soura bildi	Intervention
Maradi	Maradi ville	Zaria 2	14. Maradi/zariya 2	Intervention
Maradi	Maradi ville	Place du Chef	15. Maradi/bagalam	Intervention
Maradi	Madarounfa	Safo	16. Bakawa	Intervention
Maradi	Madarounfa	Soumarana	17. Bachiri	Intervention
Maradi	Madarounfa	Djirataoua	18. Dallia	Intervention
Maradi	Guidan Roumdji	Tibiri	19. Janjouna dan tanin	Intervention
Maradi	Guidan Roumdji	El klota	20. Kaifin Aska	Intervention
Zinder	Mirriah	Gada	21. Kalgo Toudou	Témoin
Zinder	Mirriah	Tsamkaka	22. Tsamkaka	Témoin
Zinder	Tanout	Baboulwa	23. Baboulwa	Témoin
Zinder	Tanout	Zermou	24. Zermou	Témoin
Zinder	Takieta	Mai Komborwa	25. Wanké	Témoin
Maradi	Guidan Roumdji	Karazomé	26. Zodey	Témoin
Maradi	Maradi	Sabon gari,	27. Maradi/sabon gari	Témoin
Maradi	Maradi	Lalla malaika	28. Maradi/Ali Dan Sofo	Témoin
Maradi	Madarounfa	Kieguel	29. Kieguel	Témoin
Maradi	Madarounfa	Madarounfa	30. Gangare	Témoin

Tableau 19 : Entretiens qualitatifs réalisés

EQUIPE	EIA- LEADERS	EIA-PRESTATAIRE	FGD H/F	TOTAL
1	7	4	8	19
2	5	2	12	19
3	2	3	0	5
Total	**14**	**9**	**20**	**43**