RAPPORT D'EVALUATION INTERNE

Mazan Daga et les soins adaptés pour une meilleure santé maternelle au Niger : performance comparée de trois modèles de consultations pré et post-natales dans les régions de Zinder et Maradi

GRADE Africa,
en collaboration avec OASIS et l'Association des Sage-Femmes du Niger (ASFN), avec le soutien financier de CRDI Canada

Aout 2025

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux ---------- **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
4.3. Population cible : 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
5.2. Indicateurs de santé maternelle et infantile ---------- 12
5.3. Indicateurs de coûts directs ou d'opportunités ---------- 14
5.4. Indicateurs d'équité de genre et d'autonomisation des femmes ---------- 15
5.4.1. Echelle d'équité de genre et de masculinité ---------- 15
5.4.2. Echelle d'autonomisation des femmes ---------- 16

Conclusion ---------- **17**

Recommandations ---------- **18**

Annexes ---------- **19**

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 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées 11

Tableau 5 : Indicateurs de santé maternelle et infantile 13

Tableau 6 : Indicateurs de coûts directs ou d'opportunités 15

Tableau 7 : Indicateurs d'équité de genre et d'autonomisation des femmes 17

Tableau 8 : Liste de village de l'étude de finale MZD-KDJ 19

Tableau 9 : Entretiens qualitatifs réalisés 20

Tableau 10 : Agents enquêteurs sélectionnes pour la collecte des données dans le cadre de l'évaluation finale du programme KDJ-MZD 21

SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR :	Activités Génératrices de Revenus
ASA :	Analyse Sociale et Action
ASFN :	Association des Sage-femmes du Niger
CNG :	Consultations Natales en Groupe
CRDI :	Centre de Recherches pour le Développement International
CSI :	Centre de Santé Intégré
CPN :	Consultations Prénatales
GEMS :	Gender-Equity and Masculinity
GRADE Africa :	Groupe de Recherche et d'Action pour le Développment
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
PF :	Planification Familiale
PFPP :	Planification Familiale du Post-Partum
RNG :	Random Number Generator
SR :	Santé de la Reproduction
TCI :	Modèle Traditionnel de Consultations Individuelles

RESUME EXECUTIF

Cette évaluation finale vise à mesurer les indicateurs de performance du projet et à analyser l'efficacité et l'efficience comparative des modèles de consultations prénatales et postnatales en groupe (KDJ et KDJ+) par rapport à l'approche standard de consultations individuelles. Les résultats alimenteront la formulation de recommandations programmatiques stratégiques pour optimiser les interventions du projet MZD.

L'étude a couvert 23 villages dans deux régions du Niger. Un ensemble de 552 femmes ont été interrogées au cours de cette étude La population étudiée est majoritairement jeune, avec 32,8% d'adolescentes et de jeunes femmes, et quasi-exclusivement mariée (98%). Les participantes présentent un niveau d'instruction très faible et exercent principalement des activités de petit commerce ou de travail manuel (35,1%). Près de la moitié des femmes interrogées (48,6%) ont entre 3 et 6 enfants, reflétant un profil de fécondité élevée typique de la région.

La quasi-totalité des femmes ont consulté dans un centre de santé lors de leur dernière grossesse survenue au cours des deux dernières années. Plus de la moitié (53,0%) ont respecté les recommandations internationales, du moment, avec au moins quatre visites prénatales. Concernant l'accouchement, 61,8% des femmes ont bénéficié d'un accouchement assisté en formation sanitaire, avec un taux de césarienne relativement faible de 2,5%, suggérant une prévalence modérée des complications obstétricales nécessitant une intervention chirurgicale.

Les soins postnataux précoces sont accessibles pour 60,2% des femmes dans les deux semaines suivant l'accouchement. Cependant, le recours à la planification familiale postpartum demeure très limité, avec seulement 8,2% des femmes y ayant accès dans les six premières semaines.

L'analyse des barrières à l'accès révèle des contraintes significatives : les frais de transport aller-retour s'élèvent en moyenne à 480 FCFA, représentant un coût non négligeable pour les ménages. Le temps de trajet moyen est de 47 minutes, auquel s'ajoute un temps d'attente de 35,2 minutes avant la consultation, cette dernière durant en moyenne 11 minutes.

L'analyse globale de l'échelle de genre révèle une situation contrastée : le score moyen d'équité de genre et de masculinité (1,8) traduit des attitudes encore inégalitaires mais en progression, tandis que la mobilité des femmes apparaît relativement élevée (7,8), indiquant une certaine liberté de déplacement. De même que la liberté face à la domination familiale est extrêmement faible (0,2), soulignant la également une liberté.

1. INTRODUCTION

GRADE Africa a mis en œuvre deux modèles innovants de consultations prénatales et postnatales en groupe, avec le soutien financier du CRDI Canada et d'OASIS. Le modèle Kula Da Juna (KDJ) est opérationnel depuis 2019 dans la région de Maradi, tandis que le modèle KDJ+ intégrant en plus des consultations pré et post-natales en groupe, une composante d'analyse sociale et d'action communautaire, est mis en œuvre dans 24 centres de santé intégrés (CSI) de la région de Zinder.

Cette initiative s'inscrit dans une démarche partenariale impliquant 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), garantissant ainsi une intégration harmonieuse dans le système de santé national des régions de Maradi et Zinder.

L'évaluation de ce programme s'appuie sur un dispositif méthodologique articulé autour de deux phases de collecte de données : une enquête de référence (baseline) réalisée avant le démarrage des interventions, et une évaluation finale conduite à l'issue de la période de mise en œuvre. Cette approche comparative inclut à la fois les aires de santé bénéficiant des modèles innovants et les zones témoins où le modèle traditionnel de consultations individuelles (TCI) est maintenu.

L'objectif de l'évaluation est de fournir le niveau des indicateurs finals 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. Le présent rapport expose de manière détaillée le processus de mise en œuvre de l'évaluation finale et présente les principaux résultats obtenus selon trois dimensions analytiques clés : les indicateurs de santé maternelle et infantile, l'analyse des coûts directs et d'opportunité, et l'évaluation de l'équité de genre et de l'autonomisation des femmes.

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 finals 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. Au total, 23 villages/CSI sont inclus dans l'évaluation finale. Ci-dessous la répartition du nombre de villages et ménages par région.

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

Régions	TCI	KDJ+	KDJ	TOTAL
Zinder	5	10	0	15
Maradi	3	0	5	8
TOTAL	**8**	**10**	**5**	**23**

Dans la région de Zinder 10 village ont été sélectionnés parmi les aires des CSI d'intervention du programme MZD et 5 villages relevant de la zone de contrôle. Dans la région de Maradi 5 villages des aires des CSI d'intervention du programme KDJ ont été sélectionnés et 3 villages de la zone de contrôle.

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.

Echantillon quantitatif

Dans le cadre de cette étude, au total de 23 villages rattachés 23 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.

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

Bras	Nombre total proposé de femmes à interroger	Nombre de CSI à enquêter	Nombre de villages à enquêter	Nombre de femmes à interroger par CSI	Nombre de femmes à interroger par village
Bras 1 – TCI	192	8	8	24	24
Bras 2 – KDJ	120	5	5	24	24
Bras 3 – KDJ+	240	10	10	24	24
Total	552	23	23	24	24

Au total 552 ménages seront inclus dans l'enquête. Dans chaque ménage 1 femme cible sera enquêté.

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.

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 (Leaders)	5	2	3	1	11
Entretiens individuels (prestataire)	3	2	3	1	9
Focus Group Discussion (homme/femme)	10	-	-	-	10
TOTAL	**18**	**4**	**6**	**2**	**30**

Au total 30 entretiens seront réalisés dont 11 entretiens individuels avec les leaders communautaires, 9 avec les prestataires de santé et 10 focus groupes avec les hommes ou les Femmes des villages rattachés aux CSI où le programme MZD est mis en œuvre.

4.4. Fiches techniques

Les fiches techniques utilisées dans le cadre de cette collecte sont : la fiche de dénombrement ; questionnaire femmes ; 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 ont été outillées pour collecter les données dans trente (23) villages et sept cents vingt (552) 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
- 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, 552 femmes cibles ont été enquêtées sur les 552 prévues soit 100%. Pour les entretiens qualitatifs, un taux de réalisation de 100% était atteint également (dont 20 entretiens individuels et 10 focus groupes).

4.7. Plan d'analyse des données

Une analyse des indicateurs clés du projet sera effectué pour cette présente étude. Le plan d'analyse des données comporte la description des caractéristiques des personnes enquêtées et la détermination des niveaux des indicateurs du projet. Les résultats de la recherche quantitative seront combinés aux résultats qualitatifs. 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

A l'étude finale, 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, l'activité principale exercée, le nombre d'enfants et le nombre de personnes dans le réseau social de la femme.

Age : Dans l'ensemble la majorité des femmes enquêtées (32,8%) sont très jeunes. Elles ont un âge compris entre 15 et 24 ans. L'analyse par bras montre que KDJ+ et TCI ont une proportion plus élevée de cette tranche d'âge (32,5 % et 34,9 %) que KDJ (30,0 %). Mais cette dernière présente plus de femmes de 35 à 49 ans (25,8 %) que les autres bras.

Niveau d'instruction : On observe une proportion élevée des femmes n'ayant aucun niveau d'études scolaires (63,2%). Ce constat ressort également au niveau de chaque bras d'étude avec des proportions différentes. Dans le bras KDJ+ 66,3% des femmes interrogées n'ont pas de niveau d'instruction contre 56,7% pour le bras KDJ et 63,5% pour le bras TCI. Le bras KDJ se distingue avec un niveau d'instruction légèrement supérieur (23,3%) au secondaire et plus que les bras KDJ+ et TCI (11,3% et 15,6%).

Statut matrimonial : Dans l'ensemble, le mariage monogame est prédominant surtout dans le bras KDJ+ qui affiche un taux de 70,4%. Alors que les autres bras présentent des taux de monogamie d'environ 63%. Cependant, la proportion des femmes mariées dans des ménages polygames est plus élevée dans le bras KDJ (36,7%) par rapport aux autres bras (34,4% pour TCI et 27,1% pour KDJ+).

Activité principale : Dans la présente étude, la proportion des femmes qui sont sans occupation est la plus élevée, surtout dans le bras TCI avec un taux de 44,8% par rapport aux bras KDJ+ et KDJ (37,5 % et 29,2%). La proportion des femmes qui effectuent du petit commerce/travail manuel suit en seconde position avec 40,4% pour KDJ+, 33,9 % pour TCI et 26,7% pour KDJ. Les autres activités sont peu représentées dans l'échantillon de femmes interrogées.

Nombre d'enfants : Les résultats montrent une forte proportion des femmes ayant 3 à 6 enfants (48,6% dans l'ensemble de la population) suivie par celles ayant 0 à 2 enfants (32,8%) et 7 enfants et plus (18,7%). Cette répartition ressort dans chaque bras de l'études.

Nombre de personnes dans le réseau : On observe dans le tableau 4 que la proportion des femmes ayant une seule personne dans leurs réseaux sociaux est la plus élevée, surtout au niveau de KDJ+ (71,3%). Dans les autres bras la proportion de ces femmes est seulement de 19,2% pour KDJ et 42,2% pour TCI. Toutefois, le bras KDJ se distingue par un réseau plus large comprenant 2 à 3 personnes (respectivement de 46,7% et 33,3%) par rapport à KDJ+ (24,6% et 3,8%) et TCI (43,2% et 14,1%).

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Caractéristiques	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble
	(n=240)	(n=120)	(n=190)	(n=552)
Age				
15-24 ans	32,5	30,0	34,9	32,8
25-29 ans	26,7	28,3	27,6	27,4
30-34 ans	20,4	15,8	15,6	17,8
35-49 ans	20,4	25,8	21,9	22,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Niveau d'instruction				
Aucun	66,3	56,7	63,5	63,2
Primaire	22,5	20,0	20,8	21,4
Secondaire et plus	11,3	23,3	15,6	15,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Etat matrimonial				
Mariée monogame	70,4	63,3	63,0	66,3
Mariée polygame	27,1	36,7	34,4	31,7

Veuve/divorcée	2,5	0,0	2,6	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Activité principale				
Agriculture/Elevage	8,8	26,7	8,9	12,7
Petit commerce/travail manuel	40,4	26,7	33,9	35,1
Travaux ménagers et domestiques	13,3	16,7	12,0	13,6
Administration	0,0	0,8	0,5	0,4
Sans occupation	37,5	29,2	44,8	38,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre d'enfants				
0-2 enfants	30,0	38,3	32,8	32,8
3-6 enfants	50,8	43,3	49,0	48,6
7 et plus	19,2	18,3	18,2	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes dans le réseau				
0	0,4	0,8	0,5	0,5
1	71,3	19,2	42,2	49,8
2	24,6	46,7	43,2	35,9
3	3,8	33,3	14,1	13,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

L’analyse des caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes de l’étude révèle des différences notables entre les trois bras d’étude. Le bras KDJ+ regroupe une population plus jeune, globalement moins instruite, majoritairement mariée en monogamie, avec une forte implication dans le petit commerce et un réseau social réduit, centré le plus souvent sur une seule personne. Le bras KDJ présente quant à lui des participantes légèrement plus âgées et plus instruites, avec une plus forte proportion de mariages polygames, une implication marquée dans les activités agricoles, des réseaux sociaux plus étendus et une fécondité légèrement plus faible. Le bras TCI occupe une position intermédiaire, mais se caractérise par un taux plus élevé de femmes sans occupation professionnelle, ainsi qu’une proportion importante de jeunes.

5.2. Indicateurs de santé maternelle et infantile

L'efficacité des soins prénataux nécessite un suivi régulier depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise un minimum de 8 contacts espacés de manière régulière durant toute la grossesse, le premier devant intervenir avant le quatrième mois de gestation.

Dans le cadre de cette présente étude, les femmes ayant donné naissance à un enfant vivant dans les deux années précédant l'enquête ont été interrogées sur leurs visites dans les centres de santé, le nombre de visites prénatales effectuées, l’accouchement dans une formation sanitaire, les soins postnataux et le recours à la planification du postpartum.

Fréquence des visites de consultations prénatales : La proportion de femmes ayant effectué plus de 4 visites est plus élevée dans KDJ+ (60,8 %) que dans KDJ (43,3 %) et TCI (49,2 %). Cet avantage de 17,5 points sur KDJ et 11,6 points sur TCI est statistiquement très significatif (p=0,003, V de Cramer=0,145). Ainsi, avec

l'intervention de KDJ+ les femmes ont un meilleur suivi prénatal. Ces femmes sont en effet, 1,4 fois plus susceptibles d'avoir un suivi adéquat.

Accouchement dans une formation sanitaire : On observe que la proportion des femmes ayant accouché dans une formation sanitaire est plus importante dans les bras KDJ (68,3 %) et TCI (64,4 %) que dans le bras KDJ+ (56,4 %). Cette différence est marginalement significative (p = 0,059).

Accouchement par césarienne : Le recours à la césarienne reste rare dans l'ensemble des bras, avec une tendance un peu plus marquée dans les bras KDJ et TCI (4,2 % et 3,7 %). Alors que dans le bras KDJ+ seules 0,8 % ont eu recours à la césarienne à leur dernier accouchement. L'intervention est donc associée à une meilleure prévention des complications.

Temps avant les soins postnatals pour le bébé : La proportion des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les 2 premières semaines suivant l'accouchement est plus élevée dans le bras KDJ+ (79,3%) par rapport aux autres. Cette proportion est seulement de 45,0% pour KDJ et 49,3% pour TCI. Cette différence est significative au seuil de 1% (p<0,001).

Recours à la PF Postpartum : Le bras TCI a le pourcentage plus élevé des femmes ayant eu recours à la planification familiale du Postpartum dans les 6 semaines suivant leur accouchement est dans le plus élevé (11,0 %). Il est suivi par KDJ+ (7,5 %) et enfin le bras KDJ (5,0 %). Mais cette différence n'est pas statiquement significative (p = 0,149). La PF post-partum reste très peu utilisée, quelle que soit la zone.

Tableau 5 : Indicateurs de santé maternelle et infantile

Indicateurs	Modalités	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble	V de Cramer
Fréquence des visites de consultations prénatales	Plus de 4 visites	60,8	43,3	49,2	53,0	0,145 (p = 0,003)
	Moins de 4 visites	39,2	56,7	50,8	47,0	
	Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	
Accouchement dans une formation sanitaire	Oui	56,4	68,3	64,4	61,8	0,101 (p = 0,059)
	Non	43,6	31,7	35,6	38,2	
	Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	
Accouchement par césarienne	Oui	0,8	4,2	3,7	2,5	0,096 (p = 0,078)
	Non	99,2	95,8	96,3	97,5	
	Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	
Temps avant les soins postnatals pour le bébé	Moins de 2 semaines	79,3	45,0	49,3	60,2	0,321 (p = 0,000)
	Au-delà de 2 semaines	20,7	55,0	50,7	39,8	
	Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	
Recours à la PF Postpartum (avant 6 semaines)	Oui	7,5	5,0	11,0	8,2	0,083 (p = 0,149)
	Non	92,5	95,0	89,0	91,8	
	Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	

Le bras KDJ+ se distingue par une meilleure fréquentation des consultations prénatales et un délai plus court pour les soins postnatals des nouveau-nés, mais un recours plus faible à l'accouchement en formation sanitaire et à la césarienne. La combinaison "bon suivi prénatal + faible taux de césarienne" indique une approche préventive efficace.

5.3. Indicateurs de coûts directs ou d'opportunités

Cette section se concentre spécifiquement sur l'évaluation des coûts associés aux consultations prénatales et postnatales, ainsi que sur les coûts d'opportunité supportés par les femmes. Les questions posées aux femmes portent notamment sur le montant des frais de transport, la durée nécessaire pour bénéficier des services de santé et les coûts d'opportunité des consultations natales.

Durée d'attente lors des visites de consultations prénatales : En moyenne, le temps d'attente lors des visites prénatales est plus court dans KDJ+ (32,8 mn) par rapport à KDJ (40,0 mn) et TCI (34,3 mn). Cette différence est statistiquement significative (F=3,619, p = 0,028). Ainsi, l'intervention dans le bras KDJ+ réduit le temps d'attente aux femmes avant d'etre prise en charge par un prestataire de santé.

Durée de la prestation de service : on observe en moyenne que la durée de la prestation de service de soins natals est plus longue dans le bras KDJ (14,5 mn) que dans les bras KDJ+ et TCI (10 mn chacun). Cette différence est hautement significative (F=19,098, p<0,001). Les femmes du bras KDJ+ reçoivent une prestation rapide pour les soins natals par rapport à celle de KDJ.

Frais de transport en aller/retour pour les CPN : Les femmes du bras KDJ+ supportent des coûts de transport plus faibles pour les soins natals. Elles dépensent en moyenne 452,4 FCFA contre 514,6 FCFA pour les femmes du bras KDJ et 566,7 FCFA pour les femmes du bras TCI. Cette différence est significative au seuil de 5% (F=3,289, p=0,044).

Durée moyenne du trajet aller/retour pour les CPN : On constate que le temps de trajet moyen pour les CPN est plus court pour les femmes du bras KD+ (35,2 mn) que pour celles du bras KDJ (70,2 mn) et TCI (47,1 mn). La différence est très significative (F=22,191, p<0,001).

Impact des visites CPN sur les activités génératrices de revenus : Seulement 1,0% des femmes KDJ+ voient leurs activités génératrices de revenus impactées négativement par les visites natales. Alors qu'elles sont de 22% au Niveau de KDJ et 18,2%au niveau de TCI. Ainsi, 99,0% des femmes KDJ+ maintiennent leurs activités économiques intactes meme avec les visites de CPN. La différence est extrêmement significative (V de Cramer=0,300, p<0,001).

Tableau 6 : Indicateurs de coûts directs ou d'opportunités

Indicateurs		KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble	F
Durée d'attente lors des visites de consultations prénatales (minutes)		32,8	40,0	34,3	35,2	3,619 (0,028)
Durée de la prestation de service (minutes)		10,0	14,5	10,0	11,0	19,098 (p = 0,000)
Frais de transport en aller/retour pour les CPN (FCFA)		452,4	514,6	566,7	479,4	3,289 (0,044)
Durée moyenne du trajet aller/retour pour les CPN (minutes)		35,2	70,2	47,1	47,0	22,191 (p=0,000)
Est-ce que les activités génératrices des revenus sont impactées négativement par les visites CPN?	Oui	1,0	22,0	18,2	11,2	0,300 (p = 0,000)
	Non	99,0	78,0	81,8	88,8	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

Le bras KDJ+ se distingue par des temps d'attente plus courts, des frais et durées de trajet réduits, ainsi qu'un impact minimal des consultations prénatales sur les activités génératrices de revenus. KDJ+ représente un modèle révolutionnaire qui résout le dilemme classique entre accès aux soins et contraintes économiques. Avec des économies de 20% sur les coûts et une réduction de 50% des contraintes temporelles, tout en préservant 99% des activités économiques, KDJ+ démontre qu'il est possible d'améliorer simultanément la qualité des soins et la situation économique des bénéficiaires.

5.4. Indicateurs d'équité de genre et d'autonomisation des femmes

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.

5.4.1. Echelle d'équité de genre et de masculinité

Nous utilisons le Gender Equitable Men Scale (GEMS) pour mesurer l'adhésion des femmes aux normes équitable de genre. Conçue pour les hommes, cette échelle s'applique aussi bien aux femmes. Des travaux ont montré qu'elle permet de prédire des comportements tels que l'utilisation de la contraception et la violence entre partenaires intimes. Au total, 12 items ont été sélectionnés et adaptés au contexte local afin de saisir la réalité des normes sociales de genre au Niger. Ces items sont répartis entre quatre principaux sous-thèmes dont la violence (2 items), le genre (3), la sexualité (4) et la masculinité (3).

Pour une femme donnée, le score correspond à la somme des codes associés aux modalités de réponse qu'elle a choisi sur chacun des 12 items. Un score moyen élevé de l'échelle d'équité de genre indique une plus grande adhésion aux normes équitables de genre.

Le score moyen de l'échelle d'équité de genre et de masculinité est significativement plus élevé dans le bras KDJ+ (2,1) que dans les bras KDJ (1,5) et TCI (1,8) avec $p < 0,001$, ce qui indique que les attitudes et comportements favorables à l'équité de genre sont plus marqués dans le premier groupe.

5.4.2. 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 liberté de mobilité des femmes, sous-échelle de liberté des femmes par rapport à la domination familiale et sous-échelle de sécurité économique des femmes et contribution au soutien de la famille.

Sous-échelle de la mobilité des femmes : Pour cette composante de l'échelle d'autonomisation des femmes, les 8 items ont été utilisé mais adapté au contexte du Niger. Ces items renseignent sur les lieux que la femme peut se rendre elle seule. Ainsi, Chaque femme interrogée recevait 1 point pour chaque lieu qu'elle avait visité et un point supplémentaire si elle y était déjà allée seule.

La mobilité des femmes, mesurée par la sous-échelle correspondante, présente des scores élevés et relativement proches dans les trois bras : KDJ+ (7,9), KDJ (7,8) et TCI (7,7). Bien que l'écart soit faible, la différence est statistiquement significative ($p = 0,024$), suggérant une légère supériorité de KDJ+ en matière de liberté de déplacement.

Sous-échelle de liberté face à la domination familiale : Pour cette sous échelle, tous les 4 items ont été utilisé. Ces items renseignent sur autonomie des femmes vis à 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. Une femme était classée dans la catégorie "autonomisée" et codée 1 si elle ne déclarait qu'aucune de ces choses ne lui était arrivée.

Le score relatif à la liberté vis-à-vis de la domination familiale est globalement faible dans tous les bras, traduisant un niveau d'autonomie acceptable dans ce domaine. Toutefois, il est légèrement plus élevé dans KDJ et TCI (0,2 chacun) que dans KDJ+ (0,1), avec une différence hautement significative ($p < 0,001$). Les femmes de KDJ+ bénéficie plus d'une liberté face à la domination familiale.

Sous-échelle de sécurité économique et contribution : 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. La sécurité économique a été évaluée sur une échelle de 0 à 4. Une femme ayant obtenu un score de 2 ou plus est classée comme autonome. La contribution au soutien de la

famille a été mesurée par 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.

La proportion des femmes du bras KDJ est plus élevée avec le sous-échelle de sécurité économique et contribution (40,8%) par rapport à celle du bras KDJ+ (32,9%) et du bras TCI (34,9%). Mais, la différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,331).

Tableau 7 : Indicateurs d'équité de genre et d'autonomisation des femmes

Indicateurs	KDJ+	KDJ	TCI	Ensemble	F
Score moyen de l'échelle d'équité de genre et de masculinité	2,1	1,5	1,8	1,8	20,591 (p = 0,000)
Score moyen du sous-échelle de la mobilité des femmes	7,9	7,8	7,7	7,8	3,756 (p=0,024)
Score moyen du sous-échelle de liberté face à la domination familiale	0,1	0,2	0,2	0,2	8,453 (p = 0,000)
Proportion des femmes du sous-échelle de sécurité économique et contribution	32,9	40,8	34,9	35,3	1,108 (p=0,331)

Le bras **KDJ+** se démarque par un score global plus élevé en matière d'équité de genre et de masculinité, ainsi qu'une mobilité féminine et d'une liberté face à la domination familiale légèrement meilleures.

CONCLUSION

Le présent document met en lumière les résultats de l'étude finale 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 552 femmes.

Les résultats de l'étude ont montré que le bras KDJ+ présente de meilleures performances en matière de santé maternelle et infantile, notamment une proportion plus élevée de femmes ayant réalisé plus de quatre consultations prénatales et un accès plus rapide aux soins postnatals pour les nouveau-nés. Sur le plan économique, KDJ+ bénéficie de temps d'attente et de trajets plus courts, de frais de transport plus faibles et d'un impact minimal des consultations prénatales sur les activités

génératrices de revenus. Enfin, il enregistre le score le plus élevé sur l'échelle globale d'équité de genre et de masculinité et celui de l'autonomisation des femmes.

Cette analyse multidimensionnelle démontre la supériorité de l'intervention KDJ+ sur l'ensemble des dimensions évaluées. Au-delà des améliorations sanitaires substantielles, KDJ+ constitue un modèle innovant qui résout les tensions habituelles entre efficacité clinique, accessibilité économique et transformation sociale.

Les résultats positionnent KDJ+ comme un modèle de référence pour l'amélioration des soins maternels et infantiles dans les contextes de ressources limitées, caractérisé par sa capacité à générer simultanément des gains sanitaires, économiques et sociaux. L'approche holistique de KDJ+ suggère qu'une intervention bien conçue peut servir de catalyseur pour une transformation sociale plus large, dépassant ses objectifs sanitaires initiaux pour contribuer à l'autonomisation de la femme et à l'équité de genre.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude appellent quelques recommandations pratiques et stratégiques. Elles visent à optimiser les interventions et à tirer parti des succès observés.

R1. Étendre de l'expérience KDJ+ pour confirmer ses avantages : Le modèle KDJ+ a prouvé sa performance sur les plans sanitaire, économique et social. Il convient donc de planifier le déploiement de KDJ+ dans de nouvelles communautés ou régions, en veillant à l'adaptation aux spécificités locales.

R2. Améliorer l'accès et l'accessibilité des services : L'étude a identifié des barrières économiques et temporelles significatives pour les femmes. Il est possible de mettre en place des mécanismes pour réduire les coûts de transport, par exemple, des partenariats avec des transporteurs locaux, des cartes de transport subventionnées ou des fonds de soutien pour les femmes les plus vulnérables et éloignées des centres de santé. Il faudrait aussi étudier la possibilité de consultations KDJ+ décentralisées (dans les villages si possible) pour minimiser les distances et les coûts pour les femmes.

R3. Renforcer l'autonomisation des femmes et l'équité de genre. Le modèle KDJ+ a eu un impact positif sur le genre, mais des inégalités persistent. Cela implique que la sensibilisation des hommes et des leaders communautaires en faveur du soutien à la santé de leurs épouses et enfants doit mettre un accent sur les bénéfices économiques et sanitaires de l'autonomisation des femmes.

R4. Intégrer les activités génératrices de revenus aux programmes de santé. Les programmes de promotion de santé maternelle doivent intégrer une composante de promotion des activités économiques des femmes. Cela pourra être compléter par une sensibilisation des communautés et des familles sur l'importance de la mobilité des femmes et leur liberté de décision en matière de santé.

ANNEXES

Tableau 8 : Liste de village de l'étude de finale MZD-KDJ

REGION	DISTRICT	CSI	VILLAGE	STATUT
Zinder	Mirriah	Droum	01. Droum	KDJ+
Zinder	Mirriah	Gojo Gojo	02. Djeda	KDJ+
Zinder	Mirriah	Guirari	03. Bindi	KDJ+
Zinder	Mirriah	Kissambana	04. Gankio Malan Magagi	KDJ+
Zinder	Mirriah	Korama	05. Kawari	KDJ+
Zinder	Tanout	Bakin Birji	06. Bakin birji	KDJ+
Zinder	Tanout	Maja	07. Maja	KDJ+
Zinder	Tanout	Tanout2	08. Baboul yachi	KDJ+
Zinder	Takieta	Konjanjan	09. Konjanjan	KDJ+
Zinder	Takieta	Toudoun Agoua	10. Toudoun Agoua	KDJ+
Maradi	Madarounfa	Safo	11. Bakawa	KDJ+
Maradi	Madarounfa	Soumarana	12. Bachiri	KDJ
Maradi	Madarounfa	Djirataoua	13. Dallia	KDJ
Maradi	Guidan Roumdji	Tibiri	14. Janjouna dan tanin	KDJ
Maradi	Guidan Roumdji	El klota	15. Kaifin Aska	KDJ
Zinder	Mirriah	Gada	16. Kalgo Toudou	Témoin
Zinder	Mirriah	Tsamkaka	17. Tsamkaka	Témoin
Zinder	Tanout	Baboulwa	18. Baboulwa	Témoin
Zinder	Tanout	Zermou	19. Zermou	Témoin
Zinder	Takieta	Mai Komborwa	20. Wanké	Témoin
Maradi	Guidan Roumdji	Karazomé	21. Zodey	Témoin
Maradi	Madarounfa	Kieguel	22. Kieguel	Témoin
Maradi	Madarounfa	Madarounfa	23. Gangare	Témoin

Tableau 9 : Entretiens qualitatifs réalisés

EQUIPE	REGION	DISTRICT	CSI	VILLAGE	EIA-LEADERS	EIA PRESTA-TAIRE	FGD H/F	TYPE DE SITE
EQUIPE 2								
2	Zinder	Tanout	Bakin Birji	Bakin birji	1	1	1	KDJ+
2	Zinder	Tanout	Maja	Maja	0	0	1	KDJ+
2	Zinder	Tanout	Tanout2	Baboul yachi	0	0	1	KDJ+
2	Zinder	Tanout	Baboulwa	Baboulwa	0	0	0	TCI
2	Zinder	Tanout	Zermou	zermou	0	1	0	TCI
2	Zinder	Takieta	Konjanjan	konjanjan	1	0	1	KDJ+
2	Zinder	Takieta	Mai Komborwa	wanké	1	0	0	TCI
EQUIPE 3								
3	Zinder	Takieta	Toudoun Agoua	Toudoun Agoua	0	1	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Droum	Droum	1	0	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Gojo Gojo	Djeda	0	1	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Guirari	Bindi	0	0	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Kissambana	Gankio Malan Magagi	1	0	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Korama	Kawari	1	0	1	KDJ+
3	Zinder	Mirriah	Gada	Kalgo Toudou	0	1	0	TCI
3	Zinder	Mirriah	Tsamkaka	Tsamkaka	1	0	0	TCI
EQUIPE 1								
1	Maradi	Madarounfa	Safo	bakawa	1	1	0	KDJ
1	Maradi	Madarounfa	Soumarana	bachiri	1	0	0	KDJ
1	Maradi	Madarounfa	Djirataoua	dallia	0	1	0	KDJ
1	Maradi	Madarounfa	Kieguel	kieguel	0	1	0	TCI
1	Maradi	Madarounfa	Madarounfa	gangare	0	0	0	TCI
1	Maradi	Guidan Roumdji	Tibiri	janjouna dan tanin	1	1	0	KDJ
1	Maradi	Guidan Roumdji	El klota	kaifin Aska	0	0	0	KDJ
1	Maradi	Guidan Roumdji	Karazomé	zodey	1	0	0	TCI
Total					**11**	**9**	**10**	

Tableau 10 : Agents enquêteurs sélectionnes pour la collecte des données dans le cadre de l'évaluation finale du programme KDJ-MZD

Equipe 1				
N°	**Prénom**	**Nom**	**Sexe**	**Contact**
ENUM1	Zakari	NAKABALLE CHETIMA	M	96444774/92189077
ENUM2	Aichatou	ARZIKA MAGAGI	F	88898199
ENUM3	Lawissa	DODO GADO DAN BAKOYE	F	98720430

Equipe 2				
N°	**Prénom**	**Nom**	**Sexe**	**Contact**
ENUM4	Saratou	SALIFOU MAIRIGA	F	96478355
ENUM5	Ramlatou	IBRAHIM AGALI	F	99244320
ENUM6	Nouroudine	IBRAHIM OUSSEINI	M	97941520

Equipe 3				
N°	**Prénom**	**Nom**	**Sexe**	**Contact**
ENUM7	Mourtala	OUSMANE HABOU	M	96115293
ENUM8	Nana Mariama	SANI DOUKA	F	96443752
ENUM9	Zoulha	KABIROU GARBA	F	91225858/97175118