Réalités, défis et opportunités des consultations prénatales au Niger : de la pertinence d'un modèle centré sur la dynamique des groupes sociaux pour améliorer la santé maternelle

Sanoussi Chaibou[1,2], Nouhou Abdoul-Moumouni[1], Ibrahim Agali Balki[1], Yaye Albade Ahmed[1], Aboubacar Nouroudine[1], Boubacar Sani Ismaila[1], Harouna Oumara Mohamed Sallah[1], Nouhou Chatima Amadou[1], Maman Tchiroma Maman Moudaha[1]

[1] Groupe de Recherche et d'Action pour le Développement – GRADE Africa
[2] Université Laval

Introduction

Les droits à la santé sexuelle et reproductive sont aujourd'hui reconnus comme des droits humains. En ce sens, les femmes ont droit à des soins maternels réguliers et de qualité, surtout pendant la grossesse et la période postpartum. Au Niger, l'exercice de ces droits par les femmes est entravé par de nombreux facteurs.

L'enquête ENAFEME 2021[1] montre que seulement 37% des Nigériennes en âge de procréer effectuent les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS. D'après la même source, seulement 21% de ces femmes effectuent leur première visite prénatale avant le quatrième mois de grossesse(Institut National des Statistiques & Utica International, 2022).

Pour la planification familiale, moins d'une femme mariée sur cinq (18%) recourt à la contraception moderne et près d'un quart des naissances (23%) interviennent dans un intervalle inter-génésique inférieur à 24 mois. Les grossesses précoces ou trop rapprochées font partie des principaux facteurs du niveau élevé de la fécondité (7 enfants par femme). Ces facteurs contribuent également au maintien d'une mortalité maternelle élevée, de l'ordre de 509 décès pour 100 000 naissances vivantes (INS et Utica International, 2022).

En plus de la surveillance de la grossesse, les visites pré et postnatales donnent lieu à des rencontres entre les femmes et les agents de santé qualifiés, ce qui constitue une opportunité pour diffuser une information de qualité et renforcer les libertés reproductives des femmes. Cette opportunité est sous-exploitée au Niger. De nombreux facteurs limitent la fréquentation des centres de santé par les femmes. Pour celles qui y vont, de nouvelles barrières leur empêchent de vivre une expérience positive de leurs déplacements.

Le CRDI Canada soutient GRADE Africa et l'Association des Sage-Femmes du Niger (ASFN) dans la mise en œuvre d'un modèle prometteur de consultations pré et post-natales dénommé « Mazan Daga » ou les « Hommes Audacieux » en langue Hausa. Le modèle vise à améliorer la santé maternelle la conjugaison de deux approches

[1] Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans au Niger, 2021.

innovantes : les consultations pré et post-natales en groupe et l'approche « Analyse et Action Sociales » (CARE, 2018).

Les consultations pré et post-natales en groupe vise à renforcer l'autonomie reproductive des femmes et à améliorer la qualité des services maternels. En associant les maris, les belles-mères et les leaders communautaires aux activités de promotion de la santé maternelle, l'approche AAS vise la création d'un environnement favorable à l'équité de genre et à la promotion d'une maternité sans risque.

A travers des séances de réflexions et d'action, Mazan Daga mise sur le potentiel de des initiatives endogènes de groupe pour promouvoir l'utilisation des services de santé maternels tout en améliorant la qualité de ces services à travers une démarche inclusive et centrée sur les femmes.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les contours de l'utilisation des services de santé maternels au Niger, y compris les acteurs clés et leurs rôles, les principales difficultés que rencontrent les femmes ainsi que les solutions proposées. Les résultats obtenus sont discutés en lien avec la stratégie du Modèle Mazan Daga, ce qui permet d'examiner la pertinence dudit modèle et l'adéquation de son approche basée sur la dynamique de groupes pour un changement transformateur de genre en matière de santé maternelle au Niger.

Interventions de Mazan Daga

Le modèle Mazan Daga est structurée autour de trois volets : (a) la mobilisation communautaire ; (b) les consultations pré et post-natales en groupe dans les centres de santé et (c) les groupes d'échanges réflexifs au sein des communautés d'intervention à travers l'approche « Analyse et Action Sociales » (AAS).

Mobilisation communautaire

Le déploiement du modèle commence par une mobilisation générale au niveau institutionnel et au niveau communautaire. Au niveau national, la présentation du projet au Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) a permis d'obtenir l'autorisation de la mise en œuvre des activités. Ce préalable, ensemble avec l'approbation du Comité Nationale d'Ethique de Recherche en Santé (CNERS), constitue la base officielle de la restructuration des services de consultations pré et post-natales au niveau des centres de santé. Au niveau de la région de Zinder, les équipes de GRADE Africa de ASFN ont rencontré les différents acteurs de la santé qui y interviennent. En plus de la présentation du Modèle Mazan Daga, ces consultations ont permis de s'assurer du soutien des autorités sanitaires à travers la Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (DRSP/P/AS). Ce soutien est indispensable dans la mesure où l'un des deux volets de l'intervention consiste à convertir le mode de fourniture des services de consultations pré et postales dans 24 centres de santé, d'une approche individuelle à une approche de groupe.

Consultations pré et post-natales en groupe

Au niveau des centres de santé, les responsables en charge de consultations natales (2 par centre de santé) ainsi que les relais communautaires sont identifiés et formés sur les techniques de facilitation, le suivi et le rapportage, la structure du modèle Mazan Daga ainsi que son déploiement.

Les femmes qui arrivent au centre de santé pour leurs premières consultations prénatales sont reçues, informées et concertées sur leur consentement à être intégrer dans le modèle de groupe. Les groupes de 12 à 15 femmes sont formés selon les critères d'âge, de parité, d'âge gestationnel et d'expérience génésique, de sorte à former des groupes assez homogènes mais avec une diversité d'expériences génésiques. Suivant la taille de l'aire de santé couverte par le centre de santé, plusieurs groupes sont possibles au niveau d'un même centre.

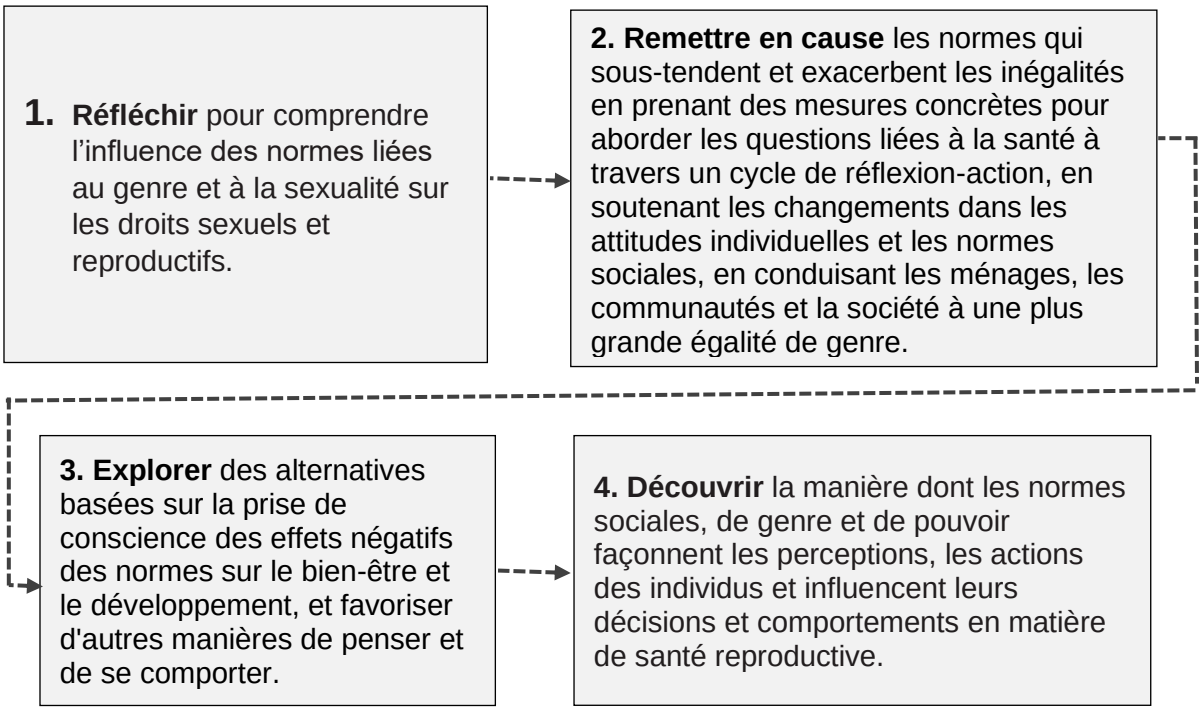
En plus de la première visite prénatale réalisée individuellement pour chaque femme, chaque groupe participe à 4 séances de groupe : 3 séances de consultations prénatales en groupe et 1 séance de consultation postnatale en groupe. Les thématiques couvertes par les séances de groupe incluent la nutrition maternelle, les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement au centre de santé, la prévention des maladies, l'allaitement maternel, la vaccination, la discussion sur la santé reproductive avec les conjoints, la planification familiale du postpartum et l'évaluation de la satisfaction des participantes.

Groupes d'Analyse et Action Sociales

Au niveau communautaire, l'intervention commence par des réunions villageoises. Ces réunions permettent d'expliquer le modèle aux populations, d'identifier des facilitateurs communautaires et les leaders communautaires, y compris les belles-mères et les maris des femmes enrôlées dans les groupes de consultations pré et post-natales. Ces acteurs clés sont classés en groupes de 14 à 16 membres. Nous distinguons les groupes AAS Maris composés uniquement des maris et les groupes AAS Leaders Communautaires (LC) composés des autres acteurs clés au niveau communautaires (religieux, dignitaires, agents de santé communautaire, belles-mères, leader d'opinions, etc.). La participation aux groupes est volontaire et soumise à un consentement verbal des participants.

Au niveau de chaque site d'intervention, les maris et les leaders communautaires se regroupent régulièrement et séparément sous la supervision des facilitateurs communautaires (FACOMs). Ces derniers sont identifiés selon des critères précis et sont formés sur les concepts de l'approche AAS, les techniques de facilitation et la collecte des données qualitatives. Ils accompagnent les discussions des groupes et assurent le respect du processus AAS comme décrit par la figure 2.

Figure 2 : Principales étapes du processus de l'Analyse et Action Sociales



Source : CARE (2018)

Les travaux des groupes AAS permettent : (i) d'identifier et d'analyser les rôles, les comportements et les normes typiques dévolus aux hommes et aux femmes; (ii) d'identifier et d'analyser les interrelations entre le genre et la prise de décision en matière de SSR ; (iii) d'explorer la diversité d'opinions concernant les croyances communément répandues ; (iv) de comprendre, analyser et remettre en question les principales causes des problèmes de SSR identifiés ; (v) d'analyser les causes sous-jacentes des problèmes liés au genre et à la sexualité en vue de développer des stratégies pour les remettre en question et enfin (vi) d'hiérarchiser et sélectionner les principales normes sociales, de genre et de pouvoir qui agissent sur la SSR et que les communautés peuvent transformer de manière endogène.

Les groupes ASS Maris et Leaders communautaires élaborent par la suite des plans d'action pour transformer positivement les normes sociales ou de genre qui entravent l'exercice des droits à la santé par les femmes dans leurs communautés. Les plans d'action élaborés constituent des solutions endogènes, proposées par les acteurs sociaux clés eux-mêmes. Ces plans ont vocation à être mis en œuvre de manière autonome par les acteurs communautaires, sans besoin de soutiens financier ou technique externes.

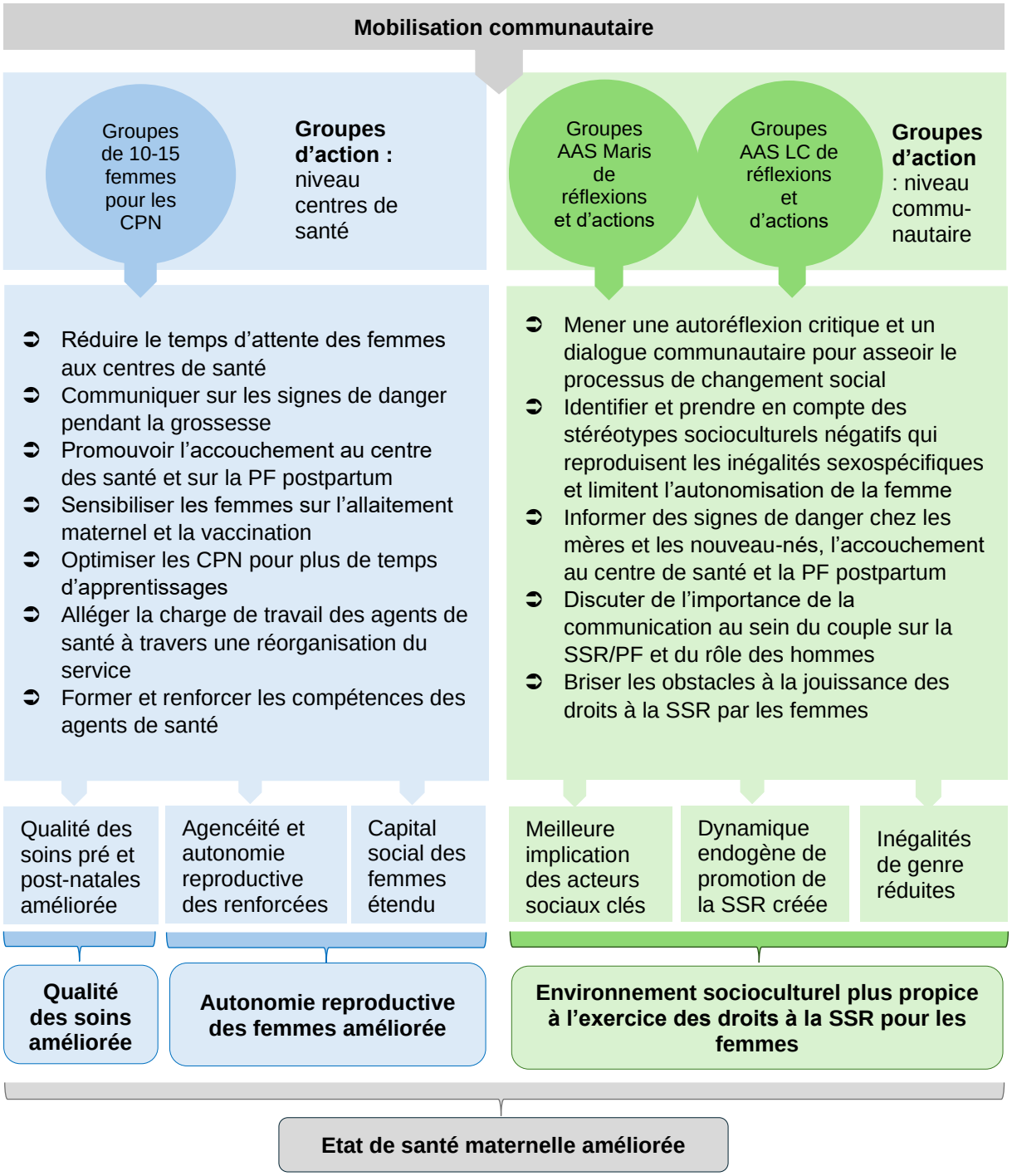
Théorie de changement de Mazan Daga

Mazan Daga se base sur l'importance de l'implication des acteurs communautaires clés afin de produire une transformation positive et durable des rapports de sociaux et de genre qui entravent la promotion de la santé maternelle. Le concept se repose sur l'hypothèse que les actions définies et exécutées au sein des groupes ont un potentiel de transformation sociale plus importants que les interventions aux niveaux individuels.

Les modèle de consultations pré et post-natales de groupe implique une transformation des agents de santé en facilitateurs. A travers des séances interactives et une plus grande participation des femmes, les agents de santé cèdent une partie de leur pouvoir aux femmes. Celles-ci améliorent leur estime de soi à travers les séances de questions/réponses et de partage de connaissances et d'expériences.

Les groupes au sein desquelles les femmes échangent deviennent un carrefour pour nouer de nouvelles amitiés et s'intégrer à de nouveaux réseaux sociaux. Cela contribue à élargir le capital social des femmes, lesquelles discutent dorénavant en groupe et mutualisent leurs connaissances, y compris en dehors des centres de santé.

Figure 1. La théorie de changement de Mazan Daga



La formation des groupes et la planification des visites prénatales permet aux agents de santé d'optimiser leur productivité et aux femmes de réduire les coûts d'opportunités de leur quête des services. Le temps à passer avec les femmes lors des consultations augmente, ce qui permettrait d'améliorer la qualité des consultations pré et post-natales. Ce gain de temps permet également à couvrir plus des thématiques ou d'examiner plus en profondeur les thématiques prévues. Les échanges plus élaborés sur les questions de dialogue au sein des couples et la planification du post-partum contribuent ainsi à renforcer l'auto-efficacité des femmes en matière de gestion de leur santé reproductive.

En somme, les consultations pré et post-natales en groupe permettent d'augmenter l'autonomie reproductive des femmes, d'améliorer la qualité des services et d'étendre le capital social des femmes.

Les groupes AAS constituent des cellules de transformation des normes sociales. Ils permettent à une diversité d'acteurs sociaux de dépasser leurs différences pour déterminer les besoins de changement les plus importants pour améliorer la santé des femmes dans leurs communautés.

Le mode de fonctionnement de ces groupes AAS permet de concevoir des solutions propres à chaque communauté et de désigner les acteurs de changement pour tester ses solutions. Cette démarche endogène assure aux actions initiées par Mazan Daga une durabilité et une pertinence sur lesquelles doivent se fonder la transformation des relations de genre dans les communautés.

La diversité des acteurs, l'inclusion, la participation collective et le caractère endogène des actions constituent des éléments favorables à la création d'un environnement socioculturel plus propice à l'exercice des droits à la SSR pour les femmes.

Finalement, l'amélioration de l'autonomie reproductive des femmes, y compris leur capital social, associée à une amélioration de la qualité des services dans environnement socioculturel habilitant conduirait à un meilleur état de santé maternelle dans les communautés d'intervention.

Méthodologie

Population cible

Les sites d'intervention correspondent à 20 centres de santé intégrés (CSI) répartis entre les régions de Maradi et Zinder. Au niveau communautaire, l'étude cible les femmes âgées de 15 à 49 ans utilisatrices des services de consultations prénatales ou postnatales, leurs maris et les leaders communautaires dans la zone d'intervention du projet. Au niveau des centres de santé d'intervention du projet, l'étude cible les prestataires des services de santé reproductive travaillant dans ces centres de santé. Les femmes et leurs maris sont interrogés sous forme de discussions de groupe alors que les leaders communautaires et les agents de santé ont subi des entretiens individuels approfondis.

Collecte des données

Deux techniques sont utilisées pour collecter les données. Des entretiens individuels approfondis sont menés avec les prestataires de santé et les leaders communautaires pour comprendre les stéréotypes sexospécifiques autour de la santé sexuelle et reproductive des femmes, particulièrement autour des consultations pré et post-natales. Les prestataires de santé et les leaders communautaires jouent un rôle clé dans la formation des opinions et des normes sociales liées à la santé reproductive. Leur implication pourrait faciliter ou freiner le recours aux consultations pré et post-natales par les femmes. Au total, 23 entretiens individuels approfondis ont été réalisés.

Ces entretiens ont permis d'identifier les perceptions et les croyances qui affectent l'accès aux services pré et post-natals. Par ailleurs, ces entretiens ont permis de recueillir des données qualitatives sur les obstacles et les opportunités d'accès aux soins de santé pour les femmes. Cela a permis de mieux comprendre comment les normes de genre influencent les attitudes et les comportements des femmes en matière de santé reproductive.

Tableau 1 : Bilan de la collecte des données

Cibles	Prévus	Réalisés	Taux de réalisation (%)
Entretiens individuels approfondis avec les leaders communautaires	14	14	100
Entretiens individuels approfondis avec les prestataires de santé	9	9	100
Discussions de groupe avec les hommes	10	10	100
Discussions de groupe avec les femmes	10	10	100

Des discussions de groupe sous forme de « Focus Group Discussion » (FGD) ont été réalisées séparément avec les femmes et les hommes dans les communautés rattachées aux centres de santé d'intervention du projet. Ces FGD ont permis d'évaluer l'adéquation de l'environnement socioculturel des femmes à l'exercice de leurs droits à la santé reproductive et à leur autonomie en matière de prise des décisions dans le domaine de santé. Au total, 10 FGD avec les hommes et 10 FGD avec les femmes ont été réalisés. Les Focus group ont permis d'identifier la logique des hommes et celle des femmes sur les prises des décisions au sein des foyers. Ils ont permis également d'identifier les acteurs qui participent à la prise des décisions et les obstacles que rencontrent les femmes sur la pratique contraceptive. Les données collectées avec les focus group confirment les données d'entretiens individuels sur les attitudes et les comportements des hommes et des femmes sur les normes de genre.

Traitement et analyse des données

L'ensemble des entretiens et des discussions de groupe ont été réalisés en langue Hausa. Ces séances ont été audio-enregistrés à l'aide des dictaphones. Les enregistrements labelisés ont été transcrits pour le besoin d'analyse. Cette phase de transcription s'accompagne directement d'une traduction du Hausa vers le Français. Afin de s'assurer de la qualité de la transcription/traduction, les premiers corpus

obtenus ont été soumis à une double relecture par deux superviseurs avant la phase de codage.

Un échantillon des textes raffinés et vérifiés a été soumis à un codage thématique, ce qui a permis d'élaborer un premier brouillon du codebook (livre des codes). Pour faciliter et harmoniser le travail de codage, plusieurs réunions ont été organisées entre les codeurs afin de parvenir à une compréhension commune de tous les codes identifiés et retenus. Une équipe de trois codeurs a été constituée pour procéder au codage de l'ensemble des entretiens à partir du livre des codes adopté.

Le codage a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Dedoose. Par la suite, les codes similaires ont été regroupés dans différentes catégories et thématiques. Cette technique a facilité l'interprétation et l'analyse des données. Les thématiques similaires classées ont fait l'objet d'une une analyse minutieuse afin de comprendre et faire émerger la signification des différents points de vue exprimés par les répondants.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche du projet Mazan Daga a fait l'objet d'une présentation au Comité National d'Ethique de Recherche en Santé (CNERS). Le CNERS a approuvé ledit protocole lors sa délibération No 23/2023/CNERS du 20 avril 2023.

Lors de l'enrôlement des femmes dans les groupes de consultations pré et post-natales, leur consentement verbal et leur approbation des conditions du fonctionnement des groupes sont demandés. Par ailleurs, les facilitateurs communautaires recueillent le consentement verbal des maris et des leaders communautaires pour leur participation aux discussions de groupe. Les objectifs du projet leur sont présentés avant de leur demander leur consentement, tout en leur expliquant les modalités de leur participation (volontariat, pas de rémunération, durée des séances, anonymat garanti, etc.).

Résultats

La collecte sur le terrain a permis de rassembler des données pertinentes pour la poursuite des objectifs assignés à l'étude. Plusieurs thématiques liées aux normes sociales et culturelles, à la planification familiale et au recours aux soins de santé en cas de grossesse ont été identifiées. Les femmes, les hommes, ainsi que les leaders communautaires et les prestataires de soins de santé se sont exprimés, chacun selon le rôle qu'il joue en matière de santé maternelle.

L'analyse des données a permis de dégager diverses thématiques en lien avec la prise des décisions au sein du couple, les rôles effectifs des différents acteurs sociaux clés en matière de santé maternelle, les attitudes et les pratiques relatives aux soins de santé maternelle, les difficultés que rencontrent les femmes dans la quête des soins maternels ainsi que les pistes de réponses aux difficultés identifiées. Ces pistes de solutions ont été mises en parallèle à la stratégie du projet Mazan Daga afin d'analyser l'adéquation du modèle proposé par le projet aux exigences réelles d'un changement transformateur de genre en matière de promotion de la santé maternelle au Niger.

Prises des décisions au sein du couple

Les maris détiennent le pouvoir de décider si et quand leurs épouses peuvent sortir du domicile conjugal. Cela affecte directement l'autonomie de la femme sur les plans économique et sanitaire. L'exercice d'une activité économique par la femme à l'extérieur du domicile (petit commerce, vente d'aliments, etc.) est conditionné par l'approbation de son mari.

Les maris doivent également approuver tout déplacement de sa femme vers le centre de santé, y compris pour le besoin des consultations pré et post-natales. Le respect de l'avis du mari peut conduire une femme à accoucher à la maison malgré l'existence d'un centre de santé géographiquement accessible.

> « C'est toujours l'homme qui prend les décisions dans la maison et celui qui donne l'autorisation à la femme d'exercer ou non une activité génératrice de revenus. » (FGD, Femmes, Guirari)

> « Naturellement, c'est l'homme qui décide si sa femme doit aller ou ne pas aller vers un centre de santé. Lorsqu'elle est enceinte, il doit donner son approbation pour qu'elle puisse aller aux consultations avant l'accouchement. » (EIA, Homme, Leader communautaire à Maja)

> « Il faut toujours demander la permission auprès du mari même si la femme est enceinte. La grossesse ne peut pas être une occasion de désobéissance. » (FGD, Femmes, Bakin Birdji)

Par ailleurs, il revient à la femme d'informer très tôt le mari à propos d'une éventuelle grossesse. La majorité des personnes interviewées s'accordent que cette information à temps peut contribuer à une décision favorable aux consultations prénatales au niveau d'un centre de santé. L'information peut aussi parvenir au mari à travers la belle-mère. Celle-ci joue un rôle clé régulateur pour la communication au sein du couple. Il peut même arriver qu'elle annule certaines restrictions imposées à la femme par le mari.

> « Il arrive de fois que nos maris nous empêchent de partir à une cérémonie de mariage ou de baptême. Nous informons alors sa mère, laquelle nous accorde souvent le droit de partir en fonction des liens familiaux avec la famille qui célèbre l'événement. » (FGD, Femmes, Guirari)

Cet exemple illustre le rôle que jouent les belles-mères en matière de rapport de pouvoir en les conjoints. Leur statut vis-à-vis de leurs fils leur accorde la capacité de remettre en question certaines de leurs décisions à l'égard de leurs épouses. Les belles-mères contribuent ainsi directement à la prise des décisions relatives à la mobilité de leurs belles-filles.

Acteurs et leurs rôles pour la santé maternelle

De nombreux acteurs jouent des rôles différents en matière de promotion de la santé maternelle, notamment pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. Les discussions de groupe ainsi que les entretiens individuels ont permis de cartographier

les rôles des principaux acteurs dans les communautés étudiées. Ces rôles ne sont pas stratifiés ou exclusifs : les maris et les belles-mères se partagent certaines prérogatives alors que la contribution des agents de santé dépend des prérogatives des maris et des belles-mères. Les leaders communautaires y participent socialement et de manière indirecte. Leur implication au sein du couple est souvent un dernier recours, notamment en cas des désaccords liés au mariage ou la procréation.

Tableau 2. Acteurs de la santé maternelle et leurs rôles et prérogatives

Acteurs	**Rôles en matière de santé maternelle (grossesse et accouchement)**
Maris	- Autorisation de déplacement vers le centre de santé - Accompagnement de la femme au centre de santé pour l'accouchement - Prise en charge des dépenses liées à l'achat des médicaments - Dépenses pour le nouveau-né et l'organisation du baptême
Belles-mères	- Autorisation des sorties des belles-filles - Accompagnement de la femme vers le centre pour accoucher et premiers soins - Conseils et sensibilisation sur la grossesse et la planification familiale - Régulation des mésententes entre le mari et la femme
Leaders communautaires	- Participation et organisation du baptême - Règlement des désaccords conjugaux - Promotion des bonnes pratiques au sein des communauté - Encouragement des initiatives du gouvernement en matière de santé
Agents de santé	- Sensibilisation pour un accouchement sans risque et au centre de santé - Premiers soins pour la mère et le bébé lors de l'accouchement - Conseils sur l'alimentation pour la mère et le bébé - Conseils et offre des produits contraceptifs - Consultations post-natales et vaccination

Les analyses montrent un plus grand rôle pour les maris. Ils autorisent les déplacements, participent aux dépensent et peuvent accompagner physiquement leurs épouses aux centres de santé (consultations ou accouchement). Les belles-mères accompagnent moralement et physiquement leurs belles-filles dans la grossesse et l'accouchement. Elles interviennent pour protéger intimement les mères et peuvent contribuer à leur plus grande autonomie à travers les autorisations de déplacement.

Les leaders communautaires jouent surtout un rôle social et cérémonial. Sur le plan programmatique, ils représentent les communautés auprès des intervenants externes (gouvernementaux ou non gouvernementaux). Leur implication constitue en général un préalable pour une meilleure entrée communautaire. Lorsqu'ils interviennent au niveau d'un couple, ils participent en général à la résolution d'un problème lié au mariage ou la maternité.

> « S'il s'agit des conflits conjugaux, c'est-à-dire un désaccord entre l'homme et sa femme, nous leur conseillons la patience et trouvons des solutions à l'amiable. » (EIA, Leader communautaire à Maja)

Il arrive que le leader communautaire, selon son statut (chef de village, Imam, etc.), s'engage personnellement à promouvoir la santé maternelle en recourant à son influence sociale. Cet engagement est souvent le fruit d'un leadership communautaire confirmé et d'une expérience de participation aux projets et programmes visant à promouvoir la santé maternelle ou infantile.

> « Je me renseigne personnellement auprès des agents de santé et de la population sur le cas des maris qui empêchent leurs femmes enceintes d'aller se faire consulter au centre de santé. » (EIA, Homme, Leader communautaire à Gojo Gojo)

> « Nous sensibilisons les femmes, nous discutons avec elles. Et quand les femmes nous posent des questions, nous leur répondons tout en profitant pour les sensibiliser davantage. Après les séances individuelles, nous rassemblons les femmes pour les sensibiliser sur divers sujets en lien avec la grossesse et l'accouchement. » (Agent de santé, Maradaoua)

Les rôles rapportés pour les agents de santé sont ceux qui relèvent de leurs devoirs comme prestataires de service de santé. Il s'agit des conseils pour un accouchement sans risque et pour une alimentation saine pour la mère et le bébé, les soins lors de l'accouchement, la contraception post-partum et la vaccination. Leurs rôles est toutefois conditionnée par la venue de la femme enceinte au centre de santé. Cette condition renforce davantage les rôles approbateurs du mari ou de la belle-mère.

Importance affirmée des soins de santé maternelle

Les communautés connaissent relativement bien l'importance pour une femme enceinte de fréquenter les centres de santé. De plus, l'analyse des contenus des échanges montre une bonne connaissance des dispositions à prendre à chaque étape de la grossesse (périodes pré et post-natales).

Période prénatale

Les consultations prénatales sont systématiquement mentionnées et encouragées dès les premiers signes de la grossesse. Les hommes et les femmes comprennent que ces visites permettent de détecter tout éventuel problème lié à la grossesse à temps et de lui trouver une solution. Certains participants indiquent le troisième mois de grossesse comme le moment idéal pour la première visite au centre de santé.

> « Si une femme tombe enceinte, la première de choses est de l'amener dans un centre de santé pour la consultation. » (EIA, Homme, Leader communautaire à Tsamkaka)

> « Dans la plupart des cas, c'est à partir du troisième mois de grossesse qu'elle devrait commencer les consultations. » (FGD, Hommes, Bakin Birdji)

> « Si une femme est enceinte, à 3 mois de grossesse elle doit aller au centre de santé. Elle va continuer les visites jusqu'à l'accouchement. Chez nous, le plus souvent, les accouchements se font au centre de santé, il est rare de voir un accouchement à domicile. » (FGD, Hommes, Toudoun Agoua)

En plus de la nécessité pour une femme enceinte de fréquenter un centre de santé, les hommes connaissent également les aspects positifs des consultations prénatales. Ils connaissent aussi bien que les femmes les thématiques abordées lors des différentes visites prénatales afin de préparer la femme à l'accouchement.

> « La femme doit aller au centre de santé. Après les examens, l'agent de santé va lui expliquer ce qu'il faut manger et ce qu'il faut éviter de manger afin d'accoucher en bonne santé. Sans aller au centre de santé, la femme ne peut pas identifier ce qui peut nuire à sa grossesse. C'est pourquoi il est nécessaire d'encourager les femmes à aller la consultation au pour connaître son état de santé. » (FDG, Hommes, Djeda)

Pendant et après l'accouchement

Le choix du lieu d'accouchement est décisif pour la femme enceinte. Les hommes et les femmes s'accordent que l'accouchement au centre de santé présente de nombreux avantages. Accoucher au centre de santé constitue l'aboutissement de plusieurs visites et de nombreux conseils reçus par la femme. Toutefois, le centre de santé le plus proche peut parfois être géographiquement distant du domicile. Les femmes doivent alors être transportées sur des charrettes, avec les risques que cela implique.

> « Il y'a le risque d'accident de moto sur la route de Droum ou de Gada, surtout pour une femme enceinte. Lorsque cela arrive, la femme et sa grossesse seront en danger. Et il y a aussi l'effet de la longue distance à parcourir sur la santé de la femme qui est déjà fragile. » (FGD, Hommes, Djeda)

Dans les semaines qui suivent l'accouchement, il est recommandé aux femmes de retourner au centre de santé pour les soins postnataux. Ces soins concernent la mère et le nouveau-né et comprennent le suivi de la santé de la mère, la détection des infections, le soutien à l'allaitement, et la planification familiale. Dans le cadre des initiatives gouvernementales ou non gouvernementales, les leaders communautaires sensibilisent les communautés, particulièrement les femmes sur le suivi postpartum et la planification familiale. Les agents de santé confirment la réussite de cette mobilisation à travers le retour de nombreuses femmes après l'accouchement.

> « Grâce à la sensibilisation faite par les projets qui interviennent dans notre localité d'une part et grâce à notre mobilisation d'autre part, les femmes comprennent l'importance de retourner au centre de santé après l'accouchement. » (EIA, Homme, Leader communautaire à Gajo Gajo)

> « Les consultations continuent même après l'accouchement. De plus en plus, les femmes reviennent au CSI pour la vaccination des nouveau-nés. » (EIA, Agent de santé, Zarmou)

La référence à l'autorisation du mari est fréquente lorsqu'il s'agit des consultations prénatales. Cela n'est pas le cas pour l'accouchement et les consultations postnatales.

Planification familiale

Les hommes et les femmes connaissent les méthodes contraceptives disponibles dans leurs communautés (pilule contraceptive, implant et injection). C'est à propos de l'utilisation que les avis divergent. Certaines femmes n'ont le droit d'utiliser la contraception sans l'autorisation de leurs maris. Aussi, elles ne peuvent pas choisir de méthodes contraceptives sans associer leurs maris à ce choix.

> « La méthode d'injection ou les pilules contraceptives que la femme souhaite utiliser nécessitent, en amont, l'autorisation de son mari. S'il n'est pas d'accord, elle ne prendra pas de contraceptif, s'exposant ainsi au risque de tomber enceinte chaque année. » (FGD, Femmes, Bakin Birdji)

D'autres femmes utilisent la contraception en cachette, sans aviser leurs maris. La peur du refus du mari ainsi que les risques de fuite d'information dans la famille font de la planification familiale une affaire propre à la femme. De nombreuse raisons sont avancées pour justifier cela. La nécessité d'espacer les naissances pour récupérer de la grossesse précédente est régulièrement mentionnée.

> « Les femmes pratiquent la PF en cachette. Il suffit de regarder leur espacement des naissances pour s'en convaincre. » (FGD, Femmes, Guirari)

> « Concernant la planification familiale, ce sont les femmes et les agents de santé qui se comprennent entre eux. Si la femme veut prendre une contraception, elle explique à l'agent de santé et lui indique la méthode qu'elle désire, puis elle rentre. » (FGD, Femmes, Toudoun Agoua)

Aux antipodes des normes sociales communément admises et partagées sur le rôle du mari dans la gestion de la vie reproductive de sa femme, apparaît une marge d'autonomie pour la femme.

Des difficultés dans la quête des soins maternels

De nombreuses difficultés ont été évoquées par les participants aux discussions à propos de la promotion de la santé maternelle. Certains problèmes sont d'ordre organisationnel, d'autres sont liés aux normes sociales. On énumère :

- La mauvaise qualité de l'accueil au niveau des centres de santé ;
- L'absence ou le faible soutien des maris dans le cadre de la grossesse ;
- La longue distance entre le village et le centre de santé ;
- La longue attente dans le centre de santé ;
- Le manque de produits contraceptifs et des médicaments.

La mauvaise qualité de l'accueil est de loin la première difficulté que rapportent les femmes en quête des soins de santé maternelle.

> « Plus choquant, ce qu'on est mal accueilli et maltraité dans le CSI de Gojo Gojo auquel notre village est rattaché. C'est pourquoi presque la majorité des femmes de Djedda, fréquente le CSI de Gada. C'est la qualité de l'accueil et le bon comportement des agents de santé qui les attirent. » (FGD, Hommes, Djedda)

> « Ils consultent tantôt 10 ou 15 femmes. Les autres sont renvoyées à la maison. Voyez-vous, tout tourne autour d'accueil. C'est ridicule de prendre un petit nombre pourtant les autres sont dans le besoin. La femme qui a eu le courage d'assister devrait être respectée et encouragée. » (FGD, Femmes, Kisambana Kangio)

> « La plupart des femmes enceintes n'ont pas le soutien de leurs maris. Les femmes enceintes viennent se plaindre de la négligence de leurs maris. Quand on leur demande de faire un examen sanguin, elles disent qu'elles n'ont pas les moyens de le faire. » (EIA, Prestataire de Santé, Maradawa)

Non accueillies convenablement au centre de santé, certaines femmes ont quitté leur domicile sans le soutien de leurs maris. Certaines se réjouissent de la seule autorisation de partir au centre de santé que leur a été accordée. A ce double manque de soutien (au domicile et au centre de santé), s'ajoute la longue distance à parcourir, souvent à pied, pour aller et revenir du centre de santé. Cette question de distance est souvent couplée à celle du temps d'attente au niveau du centre santé.

> « La question de la distance dont nous avons fait cas précédemment, il y'a aussi le temps d'attente car une fois là-bas elles peuvent passer une journée entière. Or, elles ont laissé leurs enfants à la maison. Après une première, une deuxième fois, …, elles abonnement. » (EIA, Femme, Leader communautaire à GojoGojo)

A ces difficultés s'ajoutent souvent le manque de produits au niveau des centres de santé. Lors des consultations prénatales et de l'accouchement, les femmes et les hommes rapportent des dépenses non prévues.

Discussion

Les maris jouent un rôle indispensable pour la santé maternelle. Pendant la grossesse et lors de l'accouchement, les dépenses de santé et de soins pour le nouveau-né reposent sur eux. Même s'ils entravent la mobilité des femmes de par leurs prérogatives sociales et religieuses, les femmes disposent d'une marge de manœuvre en matière de planification familiale, souvent avec la complicité des belles-mères. Gardiennes des traditions, ces dernières apparaissent comme des conseillères dans les questions relatives à la maternité et à la nuptialité.

Les leaders communautaires et les agents de santé ont plutôt des rôles assez structurés, souvent limités à la sphère communautaire pour les premiers et à la sphère médicale pour les seconds. Globalement, malgré un accès difficile, les soins de santé

maternelle ont une importance reconnue par les principaux acteurs.

Cette section discute ces résultats en lien avec les solutions apportées par Mazan Daga afin de juger de la pertinence de ce modèle en matière de promotion de la santé maternelle dans le contexte étudié.

Entre autorité et engagement : le rôle indispensable des maris

Les femmes et les hommes sont unanimes sur le strict respect de la consultation du mari avant le déplacement de sa femme, y compris pour des raisons sanitaires. Il n'est pas seulement question de norme sociale, mais bien d'une prérogative accordée aux hommes par la religion. Cette dimension religieuse contribue au renforcement des normes sociales inégalitaires en matière de genre et de prise des décisions eu sein du couple (Chace Dwyer et al., 2022). Travaillant dans le contexte du Niger, Nouhou (2016) montre que, parmi un ensemble de référents sociaux, les femmes s'alignent le plus souvent à ce qu'elles pensent être la position de leurs maris en matière de la gestion de la fécondité.

Par ailleurs, cette place et cette prérogative accordée au mari est à mettre en relation avec ses responsabilités en matière de gestion de la santé reproductive de sa femme. En plus de l'autorité sur les déplacements de sa femme, prend en charge des dépenses liées à l'achat des médicaments, aux soins du nouveau-né et à l'organisation du baptême.

L'autorité du mari semble se dissiper lorsqu'il s'agit d'un déplacement pour l'accouchement ou pour les consultations post-natales. L'urgence associée à l'accouchement pourrait expliquer ce résultat. Pour la période postnatale, elle correspondrait à un moment de décompression après la gestion de la grossesse et de l'accouchement, ce qui pourrait expliquer l'absence de référence à une restriction de mobilité pour la femme.

En matière de planification familiale, les résultats une grande marge de manœuvre pour les femmes. Ce sont elles qui décident finalement et ce sont elles qui choisissent la méthode en se basant sur le critère de discrétion qui semble le plus important pour les agents de santé (Maytan-Joneydi et al., 2022).

Il ressort des discussions que les hommes, au titre de mari ou de leader communautaire, dénoncent très souvent le traitement réservé aux femmes en quête des services des consultations pré et post-natales au niveau des centres de santé (longue attente, report des consultations, manque de considération, etc.). Cela constitue un signe de regard ou de préoccupation par rapport à la santé maternelle. Les groupes AAS Maris proposés par le modèle Mazan Daga constituent une opportunité pour améliorer leur implication dans la gestion de la santé des femmes de leurs communautés.

Belles-mères : complices et gardiennes des traditions

Le résultat sur le rôle des belles-mères n'est pas celui attendu. Plutôt que des belles-mères protectrices de leurs enfants (les maris), les analyses montrent des belles-

mères complices avec leurs belles-filles : ce sont elles qui permettent des déplacements aux femmes là où leurs maris le leurs interdisent. De nouveau, ce pouvoir des belles-mères pourrait s'expliquer par les prérogatives accordées à la mère par la religion. En effet, les enseignements religieux très répandus dans les communautés précisent que « le paradis de l'homme se trouve sous les pieds de sa mère » alors que celui de la femme « se trouve sous les pieds de son mari ». En général, les hommes ont un respect strict pour les décisions de leurs mères. Les épouses profitent alors de cette donnée pour remettre en cause certaines restrictions de déplacement qui leur sont imposées par leurs maris.

Cela confirme le rôle important que peuvent jouer les belles-mères dans la réussite de toute intervention visant à accorder une autonomie à la femme ou visant à promouvoir l'exercice de ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Elles jouent également le rôle des conseillères dans les questions relatives à la maternité, la contraception et la planification familiale (Muhumuza et al., 2023). Les belles-belles sont les gardiennes de la tradition et de la cohésion familiale, avec un pouvoir d'influencer les attitudes et les comportements de la femme en matière de santé reproductive (Belachew et al., 2023). Par ailleurs, l'analyse des acteurs et leurs rôles en matière de santé maternelle montre que les belles-mères se partagent les mêmes prérogatives que les maris, à l'exception des dépenses de santé exclusivement réservés aux maris. Et souvent, du fait de leur expérience et de leur statut dans la famille, les belles-mères sont pleinement présentes là où les maris le sont moins : accueillir le nouveau-né et accompagner la mère dans la convalescence.

Le modèle proposé par Mazan Daga réserve une place importante aux belles-mères à travers les groupes AAS communautaires. Leur position au sein de leurs familles et leur statut au sein de la communauté et au sein de ses groupes pourrait leur accorderaient la possibilité de plaider en faveur d'une plus grande autonomie pour les femmes.

Des rôles structurés pour les leaders communautaires et les agents de santé

Les leaders communautaires, notamment les leaders religieux officient lors des cérémonies de baptême. Ils règlent les désaccords conjugaux et s'engagent dans la promotion de bonnes pratiques maternelles lorsqu'ils sont mobilisés dans le cadre des projets gouvernementaux ou de la société civile. Leur influence se limite en général dans la sphère communautaire, avec des rares implications directes dans les affaires de couple (règlement de conflits conjugaux). Leur implication directe à travers des groupes de réflexions et d'actions dans le cadre du projet Mazan Daga pourrait amplifier leurs rôles et élargir leur influence.

Les agents de santé ont un rôle plus structuré encore. En plus de la prestation des services de santé, il leur est reconnu le rôle de conseiller en matière de santé maternelle. Toutefois, leur influence se limite aux femmes enceintes qui arrivent aux centres de santé. Le contact limité qu'ils ont avec celles-ci limite davantage la portée et l'impact de leurs messages. En optimisant le temps passé avec les femmes et en accordant plus de marge de contribution aux échanges pour les femmes, le modèle

de consultations pré et post-natales en groupe pourrait améliorer le rôle joué par les agents de santé.

De plus, le modèle permet aux agents de santé de participer aux groupes AAS en leur titre de leaders communautaires. Ces groupes constituent des espaces adéquats dans le cadre desquels leurs messages toucheront, en plus des femmes, d'autres acteurs sociaux clés pour la santé maternelle comme les maris, les leaders religieux et les belles-mères.

Importance reconnue des soins de santé maternelle, mais un accès difficile

Les hommes et les femmes, aux titres de mari, de belle-mère ou de leader communautaire soulignent l'importance des soins pré et post-natals. Ce sont les difficultés liées à l'utilisation des services qui pourraient réduire la fréquentation des centres de santé. Certains problèmes sont d'ordre organisationnel, d'autres sont liés aux normes sociales.

L'éloignement des centres de santé et l'attente une fois au centre de santé constituent des facteurs réduisent l'accessibilité des services. Parmi les facteurs entravants que peut améliorer Mazan Daga figurent la mauvaise qualité de l'accueil au niveau des centres de santé et l'absence ou le faible soutien des maris dans le cadre de la grossesse. Du refus des "préséances statutaires" par les agents de santé (Olivier, 2016) à la violence discrète et sournoise des sage-femmes sur les patientes (Moussa, 2003), cette mauvaise qualité de l'accueil constitue une réalité au Niger. Les rapports de force inégalitaires entre les femmes et les agents de santé détériorent le dialogue et donc la qualité (objective ou perçue) des services de consultations pré et post-natales.

Mazan Daga, à travers la formation et la transformation des agents de santé en facilitateurs pourrait résoudre le problème du mauvais accueil. Aussi, à travers l'implication des maris, leur participation aux groupes AAS et leur engagement dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions communautaires, Mazan Daga pourrait susciter un plus grand soutien des maris pour leurs femmes enceintes.

Conclusion

Mazan Daga constitue une réponse à de nombreuses difficultés à la promotion de santé maternelle. Le modèle prend en compte les acteurs sociaux clés identifiés par cette étude. De plus, le mode de fonctionnement basé sur les groupes constitue une opportunité pour promouvoir une synergie d'actions entre les catégories sociales comme les maris, les agents de santé, les belles-mères et les leaders communautaires. Mazan Daga valorise la participation active, le potentiel du capital social et la pertinence des solutions endogènes afin de parvenir à une transformation durable des rapports de genre dans les communautés.

Références bibliographiques

Belachew, T. B., Asmamaw, D. B., Belachew, A. B., Bayafers, M. W., & Negash, W. D. (2023). Married women's decision-making autonomy on modern contraceptive use and its associated factors in high fertile sub-Saharan Africa countries : A multi-level analysis of Demographic and Health Surveys. Archives of Public Health, 81(1), Article 1. https://doi.org/10.1186/s13690-023-01210-3

CARE, (2018). "Social Analysis and Action Global Implementation Manual. © 2018 Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, CARE Inc. Used by Permission.

Chace Dwyer, S., Mathur, S., Kirk, K., Dadi, C., & Dougherty, L. (2022). "When you live in good health with your husband, then your children are in good health …." A qualitative exploration of how households make healthcare decisions in Maradi and Zinder Regions, Niger. BMC Public Health, 22(1), 1350. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13683-y

Dedoose Version ***9.0.107***, cloud application for managing, analyzing, and presenting qualitative and mixed method research data (***2023***). Los Angeles, CA: SocioCultural Research Consultants, LLC www.dedoose.com.

INS et Utica International, (2022). *Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans au Niger 2021*. Niamey, Niger et Columbia, Maryland, USA : INS et Utica International.

Institut National des Statistiques. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012.

Maytan-Joneydi A, MacLachlan EW, Agali BI et al., 2022, « Providers' views on hormonal family planning methods for young women: a qualitative study from Dosso, Niger » [version 2; peer review: 3 approved with reservations] Gates Open Research 2022, 6:75 https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13674.2

Moussa H., (2003). « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 25 | 2003, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 16 septembre 2024. URL : http://journals.openedition.org/apad/205 ; DOI : https://doi.org/10.4000/apad.205

Muhumuza, C., Sileo, K. M., Wanyenze, R. K., Kershaw, T. S., Lule, H., Sekamatte, S., & Kiene, S. M. (2023). Development of a multi-level family planning intervention for couples in rural Uganda : Key findings & adaptations made from community engaged research methods. BMC Women's Health, 23(1), 545. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02667-8

Nouhou AM., (2016). "Liberté reproductive et recours à la contraception : les influences religieuse et sociale au Niger", African Population Studies, Vol. 30, No. 2, (Supp.). https://doi.org/10.11564/30-2-870

Olivier de Sardan J.P., 2001, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. », *Autrepart*, n° 20 :61-73.

OMS. (2023). Rapport annuel 2022. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-05/Rapport%20annuel%202022%20WHO%20Niger%2004052023.pdf