
**RECHERCHE QUALITATIVE SUR LES GROSSESSES À UN
ÂGE MATERNEL AVANCÉ ET À HAUTE PARITÉ EN
AFRIQUE DE L'OUEST**



JUILLET 2016



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Contact :

Health Communication Capacity Collaborative
Johns Hopkins Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Téléphone : +1-410-659-6300
Fax : +1-410-659-6266
www.healthcommcapacity.org

Titre conseillé : Health Communication Capacity Collaborative. (2016). Recherche qualitative sur les grossesses à un âge maternel avancé et à haute parité en Afrique de l'Ouest.

Photo de couverture : © 2014 Dieneba Ouedrago. Tous droits réservés

© 2016, Johns Hopkins Center for Communication Programs

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
SIGLES.....	6
RÉSUMÉ ANALYTIQUE.....	7
INTRODUCTION.....	10
OBJECTIFS.....	10
MÉTHODOLOGIE	11
MÉTHODE QUANTITATIVE.....	11
MÉTHODE QUALITATIVE.....	11
SITES	12
RECRUTEMENT ET DÉFIS	12
LANGUE	13
PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES	13
APERÇU DU CONTEXTE DES GROSSESSES AMA ET HP AU NIGER ET AU TOGO.....	14
CONTEXTE DES PAYS.....	14
FÉCONDITÉ.....	14
UTILISATION DE CONTRACEPTIFS ET BESOINS NON SATISFAITS.....	15
MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE ET FACTEURS DE RISQUES LIÉS À L'AMA ET LA HP.....	17
RÉSULTATS CLÉS.....	19
PRÉVALENCE DE L'AMA ET DE LA HP.....	19
AMA AU NIGER ET AU TOGO.....	19
HP AU NIGER ET AU TOGO	19
FACTEURS CULTURELS FAVORISANT LES GROSSESSES AMA ET HP	20
« NON, NOUS N'AVONS PAS LE DROIT » : LA NORME DÉFAVORABLE À LA LIMITATION DES NAISSANCES	20
LA RELIGION ET LA PEUR D'INTERFÉRER DANS LE « PLAN DE DIEU ».....	21
LA NORME EN FAVEUR DE LA FAMILLE NOMBREUSE ET L'INTÉRÊT STRATÉGIQUE	22
POLYGAMIE	22
MARIAGES PRÉCOCES ET INSTABILITÉ MATERNELLE	23
PERCEPTIONS ET ATTITUDES DES FEMMES EN SITUATION D'AMA ET DE HP ET DE LEURS PARTENAIRES CONCERNANT LES RISQUES LIÉS AUX GROSSESSES AMA ET HP	24

DÉTERMINANTS ET MOTIVATIONS DE L'UTILISATION DE LA MÉTHODE PF CHEZ LES FEMMES AMA ET HP.....	25
DÉTERMINANTS	25
ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PF	25
CROYANCE RELIGIEUSES.....	27
CONNAISSANCE CORRECTE DES MÉTHODES DE PF	28
CAPACITÉ D'ACTION AT POUVOIR DÉCISIONNEL DES FEMMES.....	29
FACTEURS DE MOTIVATION	30
PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME	30
ASSURER LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT.....	31
SE SENTIR SOUTENUE PAR LES NORMES COMMUNAUTAIRES.....	31
GÉNÉRATION DE REVENUS DES FEMMES	31
PLAIRE AU MARI/AVOIR UNE MEILLEURE VIE SEXUELLE	32
PRATIQUES DES PRESTATIRES DANS LA COMMUNICATION AVEC CLIENTES CONCERNANT LES GROSSESSES AMA ET HP.....	32
PEU OU PAS DE COMMUNICATION SUR L'AMA ET LA HP	32
DIFFICULTÉ À TROUVER LES MANIÈRES APPROPRIÉES AU PLAN CULTUREL ET CONTEXTUEL POUR LA COMMUNICATION RELATIVE AUX RISQUES.....	34
CONNAISSANCE LIMITÉE DES PRESTATAIRES SUR LES RISQUES HP ET AMA.....	35
PAS DE MATÉRIEL AMA ET HP SPÉCIFIQUE	35
CONCLUSION.....	36
OPPORTUNITIÉS ET RECOMMANDATIONS	37
RÉFÉRENCES.....	40

REMERCIEMENTS

Le Health Communication Capacity Collaborative (HC3), financé par l'USAID – basé au Centre des programmes de communication (CCP) de l'Université Johns Hopkins – aimerait remercier Dieneba Ouedraogo pour la conduite de la recherche au Niger et au Togo ; Stella Babalolo chercheuse principale ; Khadidiatou Ndiaye pour son soutien dans la traduction et la synthèse de la recherche ; Claudia Vondrasek, Erin Portillo, et Allison Mobley pour leur assistance technique ; ainsi qu'Anna Ellis pour son assistance en édition et maquette. HC3 remercie également Camber Collective pour le partage de leurs données tirées de l'étude *Customer Insights Research for Family Planning Demand Generation in Niger*. Enfin, HC3 exprime également sa gratitude à Hope Hempstone, Zarnaz Fouladi, Rachel Marcus et Andrea Ferrand à l'USAID-DC et aux Missions de l'USAID au Togo et au Niger pour leur aide et leur soutien inestimables.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien des citoyens américains par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). HC3 est soutenu par le Bureau de l'USAID pour la population et la santé reproductive, Bureau pour la santé mondiale, dans le cadre de l'Accord de coopération #AID-OAA-A-12-00058.

SIGLES

AMA	Âge maternel avancé
ASC	Agent de santé communautaire
CCSC	Communication pour le changement social et de comportement
CPN	Conseil pré-natal (consultation prénatale)
CPON	Conseil post-natal (consultation postnatale)
EA	Entretiens approfondis
EDS	Enquête démographique et de santé
GD	Groupe de discussion
HC3	Health Communication Capacity Collaborative
HP	Haute parité
ISF	Indice synthétique de fécondité
NN	Taux de mortalité néonatale
PEIGS	Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé
PF	Planification familiale
PFPP	Planification Familiale Post-Partum
PNN	Taux de mortalité post-néonatale
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
USAID	United States Agency for International Development / Agence des États-Unis pour le développement international

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

En janvier et mars 2015, le Health Communication Capacity Collaborative (HC3), financé par l'USAID, a mené une recherche qualitative au Togo et au Niger sur les connaissances, les attitudes, les comportements liés aux grossesses à un âge maternel avancé (AMA) et à haute parité (HP) ainsi que les facteurs qui y contribuent. L'étude a également cherché à comprendre les obstacles et les facteurs de facilitation à l'utilisation de méthodes de planification familiale (PF) modernes chez les femmes d'âge maternel avancé et à haute parité. L'âge maternel avancé correspond à 35 ans ou plus, tandis que la haute parité se définit comme le fait d'avoir donné naissance cinq fois ou plus, y compris à des mort-nés.

La recherche qualitative s'est déroulée dans une zone urbaine et deux zones rurales dans chacun des pays. Les données ont été collectées dans le cadre de groupes de discussion, d'études de cas et d'entretiens approfondis avec 285 prestataires de services de santé, femmes en situation d'AMA et de HP, partenaires masculins et leaders communautaires. La recherche qualitative a été complétée par les données de l'enquête *Niger AMA/HP Women Insights Research* recueillies auprès de 760 femmes AMA et HP par Camber Collective en 2014. Un contexte supplémentaire a été fourni par l'examen des données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) du Niger (2012) et du Togo (2013-2014).

Les études ont abouti aux conclusions suivantes :

- Les grossesses HP sont courantes au Niger, tant en zone rurale qu'en zone urbaine. Toutefois, au Togo, la prévalence des grossesses HP est plus courante en zone rurale. Au Niger et au Togo, la contribution des femmes AMA au taux de fécondité demeure élevée.
- Les attitudes concernant les grossesses AMA et HP diffèrent et varient selon le contexte. Perçues comme une norme reproductive au Niger et acceptées en tant que telle, les grossesses HP ne sont tolérées que dans les zones rurales du Togo et mal perçues dans les villes qui connaissent un début d'évolution vers une baisse des désirs de fécondité. Quant aux grossesses AMA, la façon dont elles sont perçues continue à dépendre de l'âge et de la parité de la mère tant au Togo qu'au Niger. Si elles sont tolérées pour les femmes à faible parité, elles sont considérées comme étant moins acceptables pour les femmes HP et pour les femmes ayant des enfants plus âgés.
- Les participants ont donné plusieurs raisons pour expliquer la prévalence des grossesses AMA et HP, mais l'attitude fataliste et le refus d'interférer dans les plans de Dieu en limitant les naissances est l'un de ces thèmes clés. Ce report aux croyances religieuses est plus courant au Niger qu'au Togo et plus lié à l'Islam qu'au christianisme ou à d'autres croyances.
- Les facteurs normatifs – notamment les rôles assignés aux différents sexes concernant la prise de décisions en matière de PF, polygamie et taille de la famille souhaitée – sont des éléments de facilitation ou d'entrave pour l'adoption de la PF.

- Un manque de compréhension des risques associés, en particulier au Niger, a contribué à la prévalence des grossesses AMA et HP. La connaissance insuffisante de l'AMA et de la HP ne se limite pas aux populations profanes ; notamment, les prestataires de soins de santé aussi n'ont pas la formation et le matériel appropriés pour conseiller correctement leurs patientes. Il y a également un niveau de méfiance manifeste entre les clientes et les prestataires de services. Les femmes enceintes pensent que les prestataires leur veulent du mal, si celles-ci leur parlent des risques liés à leur situation.
- Les entretiens avec différents professionnels des soins de santé maternelle et infantile dans les deux pays ont révélé que la communication concernant les grossesses AMA et HP est très limitée, voire inexistante. La communication sur les risques de grossesse est, en grande partie, assurée au cours du conseil prénatal (CPN – consultations prénatales) et du conseil post-natal (CPON – consultations postnatales) et au cours du conseil des services de PF. En outre, les sujets abordés au cours de ces différentes sessions n'intègrent pas nécessairement les aspects liés aux grossesses AMA et HP.
- Les entretiens n'ont pas révélé de différences significatives entre les participants hommes et femmes concernant la connaissance de l'AMA/HP et les perceptions des risques. De légères différences de points de vue ont été notées en matière de prise de décisions concernant la PF.

Les recommandations relatives au conseil sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication efficace pour le changement social et de comportement (CCSC) axée sur les grossesses AMA et HP sont les suivantes :

- Plaider pour donner la priorité aux activités de prévention des grossesses AMA et HP dans les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)/de PF (exemple, par le biais des programmes de planification familiale post-partum (PFPP) et les visites de santé et de vaccination des enfants) et promouvoir la mise en œuvre de stratégies de communication coordonnées en AMA/HP.
- Travailler avec les organisations et les structures locales à l'élaboration de programmes communautaires portant sur les normes sociales et culturelles néfastes qui perpétuent les grossesses AMA et HP – notamment les normes qui encouragent les familles nombreuses et limitent la prise de décisions par les femmes – par le biais de stratégies de communication avérées.
- Renforcer la capacité des prestataires de services à communiquer sur les risques et à conseiller les femmes enceintes AMA et HP et leurs partenaires pour leur permettre de reconnaître les signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement et mettre en place des plans de naissance. Assurer la communication avec tact et de façon non menaçante, en particulier lorsque les prestataires conseillent une femme déjà enceinte.
- Là où des rôles stricts liés au genre font des hommes les décideurs en matière de PF, amener les partenaires de sexe masculin à comprendre les risques liés aux grossesses AMA et HP et aider à prévenir les grossesses AMA et HP dans leurs ménages.

- Se faire aider par les leaders communautaires qui sont disposés à appuyer les efforts de prévention des grossesses AMA/HP, en leur demandant de diriger ou de participer aux activités de communication du risque, de diffusion des connaissances et autres activités de mobilisation communautaire.
- Élaborer des outils de communication efficaces pour appuyer la compréhension des risques de grossesses AMA et HP par les clientes, les prestataires et les membres de la communauté, ainsi que la manière dont l'on peut gérer ou prévenir ces risques (exemple, les brochures à l'intention des clientes, les supports de conseil des prestataires, les outils de mobilisation communautaire, les ressources de plaidoyer pour les leaders communautaires, les décideurs et autres).

INTRODUCTION

Les grossesses précoces, fréquentes et tardives constituent de grands dangers pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), en particulier dans les pays où les femmes ont un accès limité aux services de soins de santé de qualité (HC3, 2014a). Les grossesses chez les femmes d'âge maternel avancé (AMA, 35 ans ou plus) ou chez les femmes à haute parité (HP, ayant donné naissance cinq fois ou plus) sont liées à la mortalité maternelle et infantile.

Pour mieux comprendre le contexte dans lequel surviennent les grossesses AMA et HP, le projet Health Communication Capacity Collaborative (HC3), financé par l'USAID, a mené une recherche qualitative sur la perception et les déterminants de ces grossesses dans deux pays prioritaires de l'USAID en matière de planification familiale : le Togo et le Niger. L'Afrique subsaharienne francophone a été identifiée comme une zone où très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Le Togo et le Niger ont été sélectionnés dans la région du fait des taux élevés de grossesses AMA et HP qu'ils présentent et également parce que le sujet correspondait aux priorités de la Mission de l'USAID pour chacun de ces pays. La recherche a été conçue en vue d'éclairer l'élaboration d'une série d'outils adaptables pour la promotion de la planification et de l'espace idéal des grossesses pour la santé (PEIGS), avec un accent particulier sur les grossesses AMA et HP, à l'intention des directeurs de programmes de PF et de santé maternelle et infantile (SMI) intervenant en Afrique subsaharienne.

Ce document inclut les conclusions de la recherche qualitative menée au Togo et au Niger ainsi que d'autres conclusions tirées de l'analyse des données d'enquête sur les femmes AMA et HP au Niger.

OBJECTIFS

L'objectif général de l'étude consistait à identifier les facteurs de promotion ou de prévention de l'utilisation des méthodes modernes de PF chez les femmes AMA et HP.

Les cinq objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

1. Identifier les facteurs culturels contribuant aux grossesses AMA et HP
2. Comprendre les perceptions et attitudes des femmes AMA et HP, ainsi que celles de leurs partenaires, concernant les risques des grossesses AMA et HP
3. Identifier les facteurs permettant de faciliter ou de prévenir l'utilisation des méthodes de PF par les femmes AMA et HP
4. Documenter les pratiques des prestataires de soins de santé en matière de communication sur les grossesses AMA et HP avec leurs clientes
5. Explorer les idées, les messages ou les approches pour éclairer les femmes sur les risques liés aux grossesses AMA et HP, qui encourageraient l'utilisation de méthodes modernes de PF chez les femmes AMA et HP et leurs partenaires

MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport propose un résumé des données quantitatives et qualitatives.

MÉTHODE QUANTITATIVE

HC3 a commencé par une revue des données secondaires, notamment les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) au Togo (2013-2014) et au Niger (2012). Une enquête nationale « *Customer Insights Research for Family Planning Demand Generation in Niger* » portant sur 2000 femmes âgées de 15 à 49 ans, a été réalisée en 2014 par Hope Consulting¹. HC3 a analysé une partie des données de l'enquête, à savoir les réponses des femmes AMA et HP (n=760), afin d'examiner les connaissances, les attitudes et les comportements spécifiques liés aux grossesses AMA et HP. L'analyse de ce sous-ensemble de données sera dénommée « *Niger AMA/HP Women Insights Research* » (Recherche sur les perspectives des femmes AMA/HP au Niger) dans le cadre du présent rapport.

MÉTHODE QUALITATIVE

L'étude qualitative a été menée du 21 janvier au 2 mars 2015 au Niger et au Togo, incluant des groupes de discussion (GD), des études de cas et des entretiens approfondis (EA). En tout, 285 individus ont participé à cette étude – soit 174 femmes et 111 hommes. Le Tableau 1 présente chaque méthodologie ainsi que le nombre de participants par site. Dans chaque site de l'étude :

- Des **GD** ont été organisés avec des femmes AMA/HP et avec les partenaires masculins des femmes AMA/HP, afin de recueillir des données sur les perceptions et les attitudes collectives qui influencent les choix en matière de reproduction, en particulier les grossesses AMA et/ou HP.
- Des **études de cas** ont été menées avec les femmes AMA et/ou HP qui ont eu des grossesses ou des accouchements difficiles. Ces histoires éclairent le niveau de connaissance que ces femmes avaient des risques des grossesses AMA et/ou HP et la manière dont cela a influencé leurs grossesses et leurs accouchements.
- Des **EA** ont été réalisés avec :
 - Des **couples AMA et HP** afin de comprendre comment la dynamique du mariage et du genre a influencé les désirs de fécondité, ainsi que la prise de décisions en matière de santé reproductive. Les couples ont également donné leurs points de vue sur la manière dont les facteurs culturels, économiques ou autres influencent les comportements de reproduction dans le cadre des grossesses AMA et HP. Chaque partenaire a également été interviewé séparément en vue de comprendre les facteurs personnels qui ont affecté leur décision d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants.
 - Des **prestataires de santé maternelle et infantile**, afin de comprendre leurs perceptions et leur connaissance des grossesses AMA et HP et de savoir si elles communiquent avec leurs clientes concernant les grossesses AMA et/ou HP.
 - Des **leaders communautaires** en vue de comprendre leurs perspectives en matière de santé maternelle et de planification familiale, ainsi que leurs points de vue sur les grossesses AMA et/ou HP.

¹ Hope Consulting a fusionné avec SwitchPoint pour créer Camber Collective en juillet 2015.

Tableau 1 : Nombre de participants par méthodologie et site

	Niger			Togo			Total
	Niamey (zone urbaine)	Koygoro (zone rurale)	Mokko (zone rurale)	Lomé (zone urbaine)	Aouda (zone rurale)	Adjengre (zone rurale)	
GD (Nombre de groupes indiqué entre parenthèses)							
● Femmes	36 (4)	8 (1)	8 (1)	31 (4)	19 (2)	25 (2)	127 (14)
● Partenaires de sexe masculin	24 (3)	8 (1)	8 (1)	25 (3)	8 (1)	9 (1)	82 (10)
● Groupe mixte : hommes et femmes	8 (1)	--	--	8 (1)	--	--	16 (2)
ÉTUDES DE CAS	2	1	1	2	1	1	8
EA (nombre de couples indiqué entre parenthèses)							
● Prestataires de services	3	2	1	3	2	2	13
● Couples	8 (4)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	28 (14)
● Leaders	2	2	1	2	2	2	11

SITES

La recherche a été menée dans un site urbain et deux sites ruraux au Niger et au Togo. La collecte de données sur le terrain s'est déroulée du 21 janvier au 10 février 2015 au Niger et du 11 février au 2 mars 2015 au Togo. Le choix des sites d'étude était basé sur plusieurs facteurs, notamment le taux de fécondité, la prévalence des grossesses AMA, la diversité culturelle et le niveau d'utilisation des contraceptifs, ainsi que l'accessibilité des sites à partir de la capitale. Au Niger, les sites retenus étaient Niamey (zone urbaine), Koygoro et Mokko (zone rurale) dans la région de Dosso, à environ 130 km de la capitale Niamey. L'étude a été menée dans des villages au nord de cette région, dans la mesure où des questions de sécurité empêchaient l'équipe d'aller plus loin. Au Togo, les trois sites retenus étaient Lomé (zone urbaine), Aouda et Adjengré (zone rurale) dans la région des Plateaux, à 169 km de la capitale Lomé. Cette région a été choisie en raison de la mixité des religions (religions musulmane, chrétienne et traditionnelle).

RECRUTEMENT ET DÉFIS

Les participants à l'étude ont été recrutés dans les centres de santé locaux, par le biais des prestataires de santé maternelle et infantile (SMI) et par la prospection dans les villes de l'étude. Les prestataires de santé ont aidé à recruter des collègues et la technique de boule de neige a été utilisée pour inviter d'autres participants dans chaque ville de l'étude. Le recrutement pour l'étude a présenté quelques défis, notamment :

- **la disponibilité à participer** : Au Niger, alors que les femmes étaient généralement prêtes à participer, certaines s'inquiétaient de la réaction de leurs conjoints et ont annulé leurs entretiens.

- **le climat politique** : Au Togo, la collecte de données a été perturbée par des grèves dans les établissements de soins de santé et les établissements scolaires.
- **le recrutement des femmes enceintes AMA et HP** : Plusieurs femmes enceintes AMA et HP ont été recrutées par inadvertance pour les groupes de discussion ou les entretiens des couples. Étant donné que les formulaires de recrutement n'incluaient pas l'état de grossesse, l'équipe de recherche apprenait que les femmes étaient enceintes lorsque celles-ci ou les couples arrivaient pour l'entretien. Pour éviter de provoquer un stress inutile chez ces femmes enceintes, l'équipe les a remboursés de leurs frais de déplacement et n'a pas réalisé l'entretien.

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'examen institutionnel de l'Université Johns Hopkins et par les Comités d'éthique au Niger et au Togo. Tous les membres de l'équipe de recherche ont été formés aux normes de confidentialité. La participation à l'étude était volontaire, anonyme et non discriminatoire. Chaque participant a reçu un formulaire de consentement indiquant l'objet de l'étude ainsi que la nature confidentielle de la collecte et l'utilisation des données.

LANGUE

Les entretiens au Niger ont été réalisés en haoussa et en zarma. Au Togo, la plupart des entretiens ont été réalisés en mina et quelques-uns en kabiye. Tous les entretiens et les groupes de discussion ont été enregistrés et transcrits en français.

PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

Les transcriptions ont été vérifiées et évaluées par une personne-ressource (souvent le facilitateur principal) parlant la langue dans laquelle l'entretien a été réalisé. Les données transcrites ont été saisies sous Microsoft Word pour l'analyse du contenu. Les réponses des participants ont été organisées en domaines ou sujets thématiques principaux et en rapport avec les attributs des profils des participants (par exemple, situation d'AMA et/ou HP, genre, utilisateurs ou non utilisateurs de la PF, zone rurale ou zone urbaine).

APERÇU DU CONTEXTE DES GROSSESSES AMA ET HP AU NIGER ET AU TOGO

En vue de fournir le contexte des résultats qualitatifs, la présente section utilise les données quantitatives pour offrir un éclairage sur les pays concernant la fécondité, l'utilisation des contraceptifs et les besoins non satisfaits, ainsi que les facteurs de risque d'AMA et de HP.

CONTEXTE DES PAYS

Le Niger est situé en Afrique de l'Ouest et compte une population estimée à 18 millions d'habitants, dont environ un million vit dans la capitale Niamey. Dix-huit pour cent de la population vivent en zone urbaine. Quarante pour cent de la population est d'obédience musulmane tandis que 20 pour cent pratiquent d'autres religions (notamment le christianisme et des religions autochtones). Les niveaux d'alphabétisation, pour les personnes âgées de 15 ans et plus qui savent lire et écrire, sont beaucoup plus élevés chez les hommes (27 pour cent) que chez les femmes (11 pour cent) (CIA, 2015). Parmi les femmes mariées au Niger, 36 pour cent vivent dans des unions polygames. Près de la moitié (47 pour cent) des unions polygames concerne les femmes âgées de 45 à 49 ans. La proportion des femmes vivant en union polygame baisse à mesure que le niveau d'études s'accroît. La polygamie est légèrement plus fréquente en zone rurale qu'en zone urbaine – en 2012, 37 pour cent des femmes mariées des zones rurales contre 31 pour cent des femmes mariées des zones urbaines vivaient en union polygame (EDS Niger, 2012).

Le Togo est également situé en Afrique de l'Ouest et compte une population de 7,5 millions d'habitants, dont environ un million vit dans la capitale Lomé. Quarante pour cent de la population vivent en zone urbaine. Vingt-neuf pour cent de la population sont chrétiens, tandis que 20 pour cent sont musulmans et 51 pour cent pratiquent des religions autochtones. Les niveaux d'alphabétisation au Togo sont près de trois fois plus élevés qu'au Niger, mais le taux est toujours plus élevé chez les hommes (78 pour cent) que chez les femmes (55 pour cent) (CIA, 2015). Trente-deux pour cent des femmes mariées au Togo vivent dans des unions polygames. Comme au Niger, l'on trouve près de la moitié (46 pour cent) des unions polygames chez les femmes âgées de 45 à 49 ans et la polygamie est plus répandue chez les femmes de faible instruction ou sans instruction et chez les femmes des zones rurales comparativement aux milieux urbains. Trente-neuf pour cent des femmes mariées vivant en zone rurale vivent en union polygame contre 22 pour cent de femmes mariées vivant en zone urbaine (EDS Togo, 2013-2014).

FÉCONDITÉ

Au Niger, l'indice synthétique de fécondité (ISF – le nombre moyen d'enfants par femme) est de 7,6. Dans les zones rurales, le taux de fécondité est relativement plus élevé (8,1) que dans les zones urbaines (5,6), comme le montre le Tableau 2. Les données de l'EDS ont également révélé que près de la moitié (43 pour cent) des femmes nigériennes âgées de 15 à 49 ans sont en situation de HP (cinq enfants ou plus, voir le Tableau 3). Il est important de noter que l'éducation représente un facteur important, étant donné que les femmes sans instruction formelle ont en moyenne 3,1 enfants de plus que les femmes de niveau secondaire ou supérieur.

Tableau 2 : Indicateurs de fécondité par zone de résidence et âge

Tranche d'âge	Taux de fécondité par âge (pour 1000 femmes)					
	NIGER			TOGO		
	Zone urbaine	Zone rurale	Ensemble	Zone urbaine	Zone rurale	Ensemble
15-19	112	231	206	50	118	85
20-24	250	359	338	155	257	205
25-29	279	336	326	191	264	230
30-34	225	300	287	186	223	207
35-39	165	234	221	98	157	133
40-44	55	111	100	38	87	68
45-49	32	52	49	16	36	29
Autres indicateurs de fécondité						
ISF (Indice synthétique de fécondité)	5,6	8,1	7,6	3,7	5,7	4,8

Sources : EDSN [Étude démographique et de santé du Niger] – MIS [Étude à indicateurs multiples] IV, 2012 et EDS Togo, 2013

Tableau 3 : Grossesses AMA et HP

	Niger	Togo
AMA : Pourcentage de toutes les femmes âgées de 35 à 49 ans qui ont eu un enfant à 35 ans ou plus	60 %	46 %
HP : Pourcentage de toutes les femmes qui ont donné naissance cinq fois ou plus	43 %	22 %

Source : EDS Niger (2012) ; EDS Togo (2013-2014)

Au Togo, le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,8, soit un niveau plus faible qu'au Niger, mais qui reste élevé (EDS Togo, 2013-2014). À l'instar du Niger, les taux de fécondité chez les femmes togolaises des zones rurales sont plus élevés, avec un ISF de 5,7 enfants comparativement à 3,7 chez les femmes des zones urbaines (voir Tableau 2). Près d'un quart (22 pour cent) des femmes togolaises âgées de 15 à 49 ans ont eu cinq enfants ou plus. Comme au Niger, le niveau d'éducation a également joué un rôle au Togo, étant donné que les femmes sans instruction formelle ont en moyenne 2,6 enfants de plus que les femmes de niveau secondaire ou supérieur.

UTILISATION DE CONTRACEPTIFS ET BESOINS NON SATISFAITS

L'utilisation de contraceptifs est relativement faible aussi bien au Niger qu'au Togo. Selon les données de l'EDS Niger de 2012, le taux d'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées, toutes méthodes confondues, était de 14 pour cent et environ 12 pour cent pour les méthodes modernes.

Au Togo, l'utilisation de contraceptifs par les femmes reste également faible. Selon les données de l'EDS, en 2013, l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes mariées était de 20 pour cent tandis que le taux de prévalence de méthodes modernes de contraception (TPC) était de 17 pour cent.

Dans les deux pays, l'utilisation des contraceptifs est beaucoup plus élevée chez les femmes des zones urbaines que chez les femmes des zones rurales. L'éducation joue également un rôle dans l'utilisation des contraceptifs. Dans les deux pays, les femmes de niveau secondaire présentent les taux d'utilisation les plus élevés.

Comme indiqué dans le Tableau 4, les deux pays présentent encore des besoins non satisfaits importants en matière de planification familiale – c'est-à-dire, les femmes qui souhaitent retarder ou prévenir une grossesse, mais qui n'utilisent pas de contraception.

Tableau 4 : Besoins non satisfaits de planification familiale par âge pour les femmes vivant en relation de couple

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Besoins non satisfaits de planification familiale par âge pour les femmes vivant en relation de couple (%)</i>					
	NIGER			TOGO		
	Espacement des naissances	Limitation des naissances	Ensemble	Espacement des naissances	Limitation des naissances	Ensemble
15-19	12,9	0,2	13,1	40,5	1,1	41,6
20-24	18,1	0,2	18,4	37,5	2,1	39,5
25-29	16,0	0,4	16,4	29,7	5,6	35,3
30-34	14,6	1,6	16,2	24,4	10,7	35,1
35-39	9,6	4,0	13,6	15,0	20,7	35,7
40-44	8,1	10,8	18,9	6,6	21,7	28,3
45-49	4,7	9,3	14,1	2,1	16,6	18,7
Sous-total de la tranche d'âge des 35 à 49 ans	22,4	24,1	46,6	23,7	59	82,7

Source : EDS Niger, 2012 ; EDS Togo, 2013-2014

Les besoins non satisfaits sont particulièrement importants pour les femmes AMA. Selon l'EDS la plus récente dans chaque pays, 60 pour cent des femmes au Niger et 46 pour cent des femmes au Togo ont eu un enfant à l'âge de 35 ans ou plus. Près de la moitié des femmes AMA au Niger (47 pour cent) et plus des trois quarts des femmes AMA au Togo (83 pour cent) ont signalé des besoins de PF non satisfaits et n'utilisent pas de PF pour l'espacement ou la limitation des grossesses.

MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE ET FACTEURS DE RISQUES LIÉS À L'AMA ET LA HP

Le taux de mortalité maternelle (TMM) chez les femmes âgées de 15 à 49 au Niger (39 pour cent) est deux fois plus élevé qu'au Togo (14 pour cent, voir Tableau 5). Les taux de mortalité néonatale sont plus élevés en zone rurale qu'en zone urbaine au Niger (33 pour cent en zone rurale contre 21 pour cent en zone urbaine) et au Togo (30 pour cent en zone rurale contre 28 pour cent en zone urbaine).

Tableau 5 : Taux de mortalité maternelle et néonatale

	<i>Niger</i>		<i>Togo</i>	
Pourcentage de TMM (taux de mortalité maternelle) chez les 15 à 49 ans.	39		14	
	Zone urbaine	Zone rurale	Zone urbaine	Zone rurale
TMN (taux de mortalité néonatale)	21	33	28	30

Sources : EDS Niger, 2012 et EDS Togo, 2013

L'ordre de naissance d'un enfant a un impact significatif sur le risque de mortalité des nourrissons. Les données EDS présentées dans le tableau 6 illustrent ce risque au Niger et au Togo. Dans les deux pays, les taux de mortalité des nourrissons sont plus élevés pour le premier et le septième enfants ou au-delà du septième.

Tableau 6 : Taux de mortalité infantile selon l'ordre de naissance sur un an

<i>Ordre de naissance de l'enfant</i>	<i>Taux de mortalité infantile</i>					
	<i>Niger</i>			<i>Togo</i>		
	<i>Mortalité néonatale (NN)²</i>	<i>Mortalité post-néonatale (PNN)³</i>	<i>Mortalité infantile</i>	<i>Mortalité néonatale (NN)</i>	<i>Mortalité post-néonatale (PNN)</i>	<i>Mortalité infantile</i>
1	49	37	85	32	22	55
2-3	26	30	56	24	22	47
4-6	25	33	58	28	28	56
7+	37	37	74	44	17	61

Sources : EDS Niger, 2012 et EDS Togo, 2013

D'autres complications des grossesses AMA sont la mort fœtale intra-utérine, la détresse fœtale et la mortalité maternelle. D'autres complications de la HP sont, notamment, l'anémie chez la mère, l'hémorragie post-partum et la mauvaise présentation fœtale. Les grossesses AMA et HP accroissent également le risque d'hypertension artérielle, de poids de naissance anormal du nourrisson et la

² Le taux de mortalité néonatale (NN) est le risque qu'un enfant meurt avant d'atteindre 28 jours.

³ Le taux de mortalité post-néonatale (PNN) est le risque qu'un enfant meurt pendant la période allant du premier mois à la première année.

nécessité d'accouchement par césarienne (HC3, 2014b). Malgré ces risques importants, la littérature démontre que très peu d'études ont été faites, sinon aucune, sur les connaissances, les attitudes et les comportements concernant l'AMA et la HP (HC3, 2014a) et les données empiriques laissent à penser que de nombreux programmes de PEIGS portent sur l'espacement des naissances et le report ou la prévention des grossesses précoces, mais n'accordent pas suffisamment d'importance sur les grossesses et les naissances chez les femmes en situation d'AMA ou de HP.

RÉSULTATS CLÉS

Les perceptions déclarées en ce qui concerne les grossesses AMA et HP diffèrent entre le Togo et le Niger et entre les milieux urbains et ruraux. Toutefois, des thèmes communs ressortent également. Globalement, l'étude de recherche HC3 révèle que les zones urbaines ont moins de normes culturelles restrictives empêchant l'usage des méthodes de PF comparativement aux zones rurales, et les participants des zones urbaines du Togo ont démontré une meilleure connaissance concernant des risques de grossesse AMA et HP que l'ensemble des participants du Niger. Ces différences et similitudes spécifiques aux sites sont présentées par catégorie thématique dans cette section.

PRÉVALENCE DE L'AMA ET DE LA HP

Comme indiqué précédemment, les données EDS révèlent des taux de fécondité élevés au Niger et au Togo. Cela est confirmé par l'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research*. L'étude révèle que 42 pour cent des femmes comprises entre 15 et 49 ans, en relation de couple au moment de l'enquête, sont en situation de HP. Parmi celles-ci, 71 pour cent ont indiqué vouloir d'autres enfants. Les résultats de l'étude qualitative confirment la prévalence de l'AMA et de la HP.

AMA AU NIGER ET AU TOGO

Les participants tant des zones rurales que des zones urbaines au Niger pensent que les grossesses AMA sont courantes dans leurs communautés. Ils ont donné des exemples de femmes qu'ils connaissent (ou dont ils ont entendu parler) qui ont eu des grossesses AMA. Les professionnels de santé également ont relayé ce sentiment. Comme l'a expliqué une sage-femme :

« Oui, les femmes de 35 ans cherchent encore à être enceintes. Elles viennent ici pour la contraception et après deux ans d'espacement, elles reviennent nous dire qu'elles veulent arrêter pour retomber enceintes. » (Sage-femme, entretien, zone urbaine au Niger)

Au Togo, la perception des participants sur la prévalence des grossesses AMA varie. Alors que la majorité y voient un « problème rural », d'autres signalent qu'elles sont courantes aussi en ville.

HP AU NIGER ET AU TOGO

Au Niger, la plupart des participants ont indiqué que la HP est « courante » aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les résultats n'ont pas été aussi cohérents au Togo. Bien que le nombre élevé de grossesses HP dans les zones rurales soit généralement admis, les participants sont divisés pour ce qui est de la fréquence des grossesses HP dans les zones urbaines. Alors que certains considèrent que les grossesses HP sont toujours aussi courantes, d'autres estiment que leur fréquence a été réduite du fait de l'utilisation de contraceptifs chez les femmes. Une participante a rejeté l'idée selon laquelle la HP serait simplement un « problème rural » en déclarant :

« Oui, je pense que cela est perçu comme un problème de village mais malheureusement cela arrive aussi en ville... je peux même vous donner l'exemple d'une femme commerçante dont le mari est docker au Port Autonome [Autorité portuaire de Lomé]. Ils ont actuellement cinq enfants dont le plus âgé est au CM2 ». (Femme, GD non utilisateurs de PF, zone urbaine au Togo)

FACTEURS CULTURELS FAVORISANT LES GROSSESSES AMA ET HP

Un thème clé qui est ressorti des GD, des EA et des études de cas est l'importance des facteurs culturels qui favorisent les grossesses AMA et HP. Dans les deux pays, il est clair que les attitudes et les normes en matière de grossesses AMA et HP sont profondément enracinées dans les facteurs culturels et contextuels. Dans les deux pays, les participants indiquent une série de facteurs qui favorisent ces grossesses tels que les normes, la religion et d'autres facteurs culturels. Ces sous-thèmes sont traités ci-après.

« NON, NOUS N'AVONS PAS LE DROIT » : LA NORME DÉFAVORABLE À LA LIMITATION DES NAISSANCES

Dans les deux pays, les participants hommes et femmes ont signalé une norme défavorable à la limitation des naissances. Plus précisément, ils ne pensent pas avoir le droit de décider d'empêcher les grossesses. Ces normes semblent être plus fortes au Niger et en zone rurale au Togo. Un participant du Niger a fait remarquer :

« Vraiment ce n'est pas bien de limiter les naissances à trois, quatre, ou cinq enfants. Ce n'est pas notre culture. Et ceux d'entre nous qui ont quatre femmes – et si nous ne voulons seulement quatre enfants ? Donc chaque femme va arrêter après un seul enfant ? (hum!) De toutes les façons, nous aimerions que chaque femme ait 16 enfants (Oh oui!). Vraiment ce n'est pas normal, [et] pas seulement au Niger). (Homme, GD non utilisateurs de PF, zone urbaine au Niger.)

Il est important d'examiner cette idée selon laquelle la limitation des naissances « ne fait pas partie de notre culture » et « pas seulement au Niger », car cela révèle que les points de vue des participants sur l'AMA et la HP ne sont pas une question de préférence individuelle mais qu'il s'agit plutôt d'une norme communautaire. Dans les deux pays, les grossesses AMA et HP sont généralement perçues comme plus acceptables que l'alternative de la limitation du nombre d'enfants. Ce point de vue est partagé par les couples. Les entretiens avec des couples AMA et HP révèlent que les femmes aussi bien que leurs partenaires masculins rejettent tout autant l'idée de limitation des naissances. Même dans les situations de HP, les couples ont eu du mal à envisager l'idée de mettre fin à la reproduction. Un homme de 36 ans père de neuf enfants illustre ce point lorsqu'il explique :

« Mieux vaut chercher à alléger la souffrance en espaçant les naissances que de prendre des mesures pour ne plus avoir d'enfants du tout. Mettre fin à la procréation, c'est une offense ». (Homme, FDG mixte, zone urbaine au Niger)

Il est important de relever que cette réticence à limiter les naissances semble être plus importante au Niger qu'au Togo. Certains participants du Togo ont signalé que les normes avaient tendance à évoluer en faveur de la limitation des naissances, en particulier dans les zones urbaines. Un partenaire masculin père de six enfants participant à un entretien de couple explique :

« Le désir d'avoir des enfants, tout homme qui mange bien doit se reproduire. Mais avoir beaucoup d'enfants n'est plus à la mode. Ce n'est plus à la mode d'avoir beaucoup d'enfants ». (Homme, couple HP, non utilisateur de PF, entretien, zone rurale au Niger)

En outre, en particulier dans les zones urbaines, les familles nombreuses ne sont plus considérées comme désirables ou « à la mode ». Comme l'exprime un leader communautaire :

« Elles [les femmes qui ont plus de cinq enfants] sont mal perçues par la communauté ; et même on se moque d'elles parfois. En général, elles sont sales, et les enfants aussi parce qu'elles n'ont pas les moyens de s'en occuper. Nous leur recommandons souvent d'arrêter parce que de nos jours les gens ne font plus autant d'enfants ». (Femme, entretien de leader communautaire, zone urbaine au Togo)

Une analyse des caractéristiques socio-démographiques des répondants a révélé que le refus d'une femme de limiter les naissances n'est pas influencé par son niveau d'études tant dans les couples AMA que dans les couples HP. Néanmoins, certains participants – en particulier au Togo – perçoivent une différence de normes d'acceptabilité de la famille nombreuse entre les milieux urbains et les milieux ruraux. Les milieux ruraux sont parfois perçus comme archaïques, et sont d'une certaine manière stigmatisés par les participants urbains qui considèrent que la ville est plus moderne et plus évoluée.

LA RELIGION ET LA PEUR D'INTERFÉRER DANS LE « PLAN DE DIEU »

Un grand nombre de participants, en particulier au Niger, croient que la religion leur interdit toute interférence dans la reproduction. Les participants dans les deux pays croient qu'ils doivent avoir le nombre d'enfants que « Dieu leur donne », et qu'indépendamment du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir, ils doivent accepter ce qui leur est donné. Un époux et père de cinq enfants illustre ce point lorsqu'il a déclaré :

« Personnellement, cinq enfants c'est bon. Mais si Dieu prévoit qu'on en ait plus, ce ne sera pas un problème ». (Homme, entretien de couple HP, zone urbaine au Niger)

Et l'un des participants des groupes de discussion ajoute :

« Je vais vous donner l'exemple de mon propre frère. Sa femme répète sans cesse que la Bible dit de se multiplier et de remplir la terre et donc qu'elle aura des enfants jusqu'à la ménopause, ce qui veut dire qu'ils ont beaucoup d'enfants et il y a tout le temps des disputes...chez eux. L'homme se plaint chaque fois de ne pas avoir d'argent, alors qu'il doit payer les frais des consultations prénatales pour sa femme ». (Homme, GD, zone urbaine au Togo)

Il est important de noter que ce point de vue fataliste surpasse toutes les opinions personnelles. Même dans les cas où les femmes se sentent « embarrassées » par leur grossesse AMA, elles choisissent quand même de s'en remettre à Dieu. Une participante de 42 ans mère de sept enfants a raconté son histoire :

« Ma fille m'a dit, 'Maman, vraiment, cette fois il faut que tu arrêtes. Ah Maman, j'accouche, tu accouches ; ce n'est pas bon.' C'est parce qu'elle ne peut pas dire à son mari que sa mère a accouché. Et son mari ne peut pas venir me féliciter. Qu'est-ce que je peux faire ? C'est vraiment

embarrassant et c'est bizarre. Mais si Dieu en a décidé ainsi, nous devons veiller à ce que personne ne puisse l'empêcher ». (Femme, GD utilisateurs de PF, zone urbaine au Niger)

LA NORME EN FAVEUR DE LA FAMILLE NOMBREUSE ET L'INTÉRÊT STRATÉGIQUE

Certains participants ont une perception positive des familles nombreuses à cause des avantages que cela procure. Cette norme favorable est plus prononcée au Niger, mais certains participants au Togo partagent cette opinion selon laquelle les enfants renforcent la position sociale de diverses manières, notamment ils permettent : 1) d'être bien perçu dans la communauté, 2) d'être considéré comme une personne bénie de Dieu, 3) d'ajouter à la richesse monétaire de la famille et 4) de garantir que les parents seront pris en charge dans leurs vieux jours. Les participants du Niger trouvent aussi un avantage fonctionnel à avoir des familles nombreuses. Une femme vivant en zone rurale précise ainsi les avantages que cela procure pour la vie quotidienne :

« Cette femme vit mieux avec ses six enfants, parce qu'elle a trois grands enfants, les deux grandes filles peuvent faire le travail manuel, le garçon, qui est inscrit à l'école, peut étudier et être utile sachant que ses frères ne souffrent pas. Il peut même aller au champ avec ses petits frères. La plus grande fille peut piler/écraser [le grain] pendant que sa sœur s'occupe de puiser de l'eau et que la plus jeune peut être envoyée par leur mère. Comme ça, tout est bien structuré ». (Femme, GD utilisateurs PF, zone rurale au Niger)

Enfin, dans les deux pays, le souhait d'avoir une famille nombreuse est lié aux taux de mortalité infantile perçus. La fréquence des décès de nourrissons perçue par les couples les conduit à développer une stratégie de prévention : faire beaucoup d'enfants dans l'espoir qu'il leur en reste encore, au cas où les autres succomberaient à la maladie et à la mort. Comme l'explique un participant du Togo :

« C'est vrai que j'ai toujours voulu avoir trois enfants, donc j'ai eu de la chance d'en avoir effectivement trois. Si j'en perdais un, et que ma femme avait déjà 40 ans ou avait atteint la ménopause, qu'est-ce que je pourrais faire ? Aller en épouser une autre ? Non. Je dois simplement prier pour que cela n'arrive pas ». (Homme, entretien couple AMA, zone urbaine au Togo)

POLYGAMIE

La pratique de la polygamie est plus répandue chez les participants du Niger que chez ceux du Togo. Les entretiens suggèrent que les craintes des femmes concernant la polygamie demeurent fortes et qu'avoir beaucoup d'enfants est un choix stratégique. Cela sert : 1) à empêcher le mari d'essayer de prendre une deuxième femme ou, 2) à rivaliser avec les co-épouses. Dans ce cas, la polygamie donne lieu à une course pour avoir plus d'enfants, souvent au détriment de la prévention des risques liés à la grossesse. Un homme explique :

« Si tu ne veux pas avoir à lever les mains pour implorer Dieu parce que ton mari veut prendre une autre femme, tu dois accepter de lever la jambe. Oui, si la femme veut fermer les jambes au lieu de donner tous les enfants qu'elle peut avoir, l'homme voudra prendre une deuxième femme. Si elle ne veut pas qu'il prenne une deuxième, elle est obligée d'ouvrir les jambes. C'est pourquoi au lieu de lever les mains 'alolédji', il faut plutôt lever les jambes 'afolédji' vous voyez ? » (Homme, GD, zone urbaine au Togo)

Une sage-femme constate encore :

« Si une femme a une co-épouse, elle veut toujours faire des enfants. Elle ne veut pas s'arrêter parce que l'autre fera des enfants et finira par atteindre le nombre d'enfants qu'elle a. Nous, en tant que prestataires de soins de santé, nous ne pouvons pas gérer cet aspect. En situation de polygamie, les femmes ne sont plus prêtes à nous écouter pour la limitation des naissances ».
(Femme, entretien, zone urbaine au Niger)

Enfin, les questions d'argent, d'héritage et de position sociale donnent aux femmes des mariages polygames une autre motivation pour avoir plus d'enfants. Dans ce cas, les enfants sont vus comme un moyen « d'amasser toute la richesse de l'homme », explique une femme vivant en zone urbaine au Togo.

MARIAGES PRÉCOCES ET INSTABILITÉ MATERNELLE

L'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* montre que les mariages précoces sont fréquents : 70 pour cent des femmes AMA en relation de couple interrogées ont été mariées avant l'âge de 18 ans. Toutefois, au Togo, le nombre de mariages précoces a considérablement baissé dans les zones urbaines. En fait, leur impact sur les grossesses HP n'a pas été souvent mentionné. Cependant, dans les zones rurales, les entretiens révèlent que les filles se marient toujours jeunes et, en l'absence d'utilisation de contraceptifs, un grand nombre de femmes des zones rurales se retrouvent en situation de HP. Ces unions précoces ont une influence certaine sur le nombre d'enfants qu'aura une femme dans un contexte où la limitation des grossesses n'est pas autorisée. Une fois mariées, les femmes n'ont pas de motif valable pour ne pas commencer à faire des enfants.

En plus des mariages précoces, les participants rapportent que les divorces et remariages mettent également les femmes dans des situations où, indépendamment de l'âge ou de la parité, elles doivent donner des enfants à leur nouvel époux. Une prestataire de services interrogée au Togo raconte l'un de ces cas :

« J'ai connu un cas, une femme qui avait déjà eu huit enfants avec un enseignant et comme ils ne vivaient plus ensemble, elle s'est remariée. Elle utilisait une méthode [de PF] avec son ancien mari, et son nouveau mari demandait qu'elle lui donne aussi des enfants. Je l'ai informée des risques liés à son âge et à toutes ses grossesses ; elle était d'accord et elle est partie. Elle est revenue plus tard m'annoncer qu'elle voulait abandonner la méthode, quel qu'en soit le coût. Je lui ai rappelé les risques liés à de nouvelles grossesses, et elle est repartie. Mais elle est revenue une autre fois nous dire que son mari la battait parce qu'elle refusait d'abandonner la méthode et donc, nous avons dû lui enlever les implants. Plus tard elle a donné naissance à un enfant mais il n'a pas survécu. Je l'ai invitée à revenir pour la planification mais elle est réticente ».
(Prestataire de service, entretien, zone rurale au Togo).

PERCEPTIONS ET ATTITUDES DES FEMMES EN SITUATION D'AMA ET DE HP ET DE LEURS PARTENAIRES CONCERNANT LES RISQUES LIÉS AUX GROSSESSES AMA ET HP

Au Niger, les participants considèrent la grossesse elle-même comme une situation périlleuse pour les femmes, sans que cela se traduise pour autant en connaissance des risques spécifiques associés aux grossesses AMA et HP. Une femme vivant en zone rurale au Niger a expliqué :

« Quand tu es enceinte, tu n'es jamais sûre de t'en sortir. Quand tu portes une grossesse, tu es une personne morte condamnée avec sursis. Chaque jour, tu pries que Dieu te laisse voir le jour suivant et quand le soleil se lève, te laisse vivre jusqu'au soir. Tu n'es jamais sûre de t'en sortir et de porter ton enfant au dos. Dieu seul sait. Tu es une personne morte condamnée avec sursis et c'est après avoir accouché que tu te sentiras mieux ». (Femme, GD de non-utilisatrices de PF, zone rurale au Niger)

Les risques que les femmes et les hommes associent aux grossesses AMA et HP sont généraux et font d'abord référence à la mort de la mère, puis à celle du bébé. Ces deux risques sont perçus comme étant les plus courants et les plus graves. Une autre préoccupation est exprimée sur l'accouchement lui-même, notamment s'il faut faire une césarienne. Toutefois, alors même que ces conséquences ont été signalées à la fois par les hommes et les femmes au cours des différents GD, elles ne sont pas perçues comme étant spécifiques aux grossesses AMA et/ou HP. Elles sont plutôt considérées comme faisant partie des risques associés à toutes les grossesses, quel que soit le niveau de parité ou l'âge de la femme.

Les risques associés aux grossesses AMA et HP sont mieux compris au Togo, en particulier dans les zones urbaines. Les participants ont signalé que les risques sont liés soit à l'âge, soit à la parité, soit aux deux facteurs à la fois. Un couple AMA interviewé s'est servi d'une métaphore pour expliquer le risque physique lié au fait d'avoir trop d'enfants ; le mari a déclaré :

« Oui, il y a des risques pour cette grossesse par rapport aux autres, parce qu'elle est déjà vieille et que ses organes sont déjà fatigués et certaines de leurs cordes sont coupées, donc ils ne peuvent pas remplir correctement leur rôle. C'est comme le moteur d'une voiture ou d'une motocyclette, lorsque la voiture ou la motocyclette est vieille, elle ne peut pas fonctionner correctement et il faut la vendre. Si une telle femme tombe enceinte, elle aura beaucoup de problèmes ». (Homme, GD, zone urbaine au Togo)

Les participants du Togo sont également préoccupés par les femmes AMA/HP qui meurent des suites de grossesse : ils mentionnent la mortalité infantile, la possibilité d'anomalies génétiques et même des conséquences sociales des grossesses AMA et HP. Les participants du groupe de discussion masculin en zone urbaine au Togo sont particulièrement inquiets de ce que les enfants résultant de grossesses AMA ou HP (non planifiées) ou orphelins des suites de ce type de grossesse pourraient ne pas réussir à l'école ou avoir des problèmes « intellectuels » et d'autres problèmes comportementaux.

Alors que la mortalité maternelle provoque une grande détresse au Niger et au Togo, cette peur ne se limite pas à la perte de la vie de la femme uniquement ; en effet, les participants ont souvent relayé l'impact social perçu d'une telle perte. Ceci laisse à penser que les femmes sont plus valorisées à travers leurs enfants et pas nécessairement en tant qu'individus. Cette perte potentielle est principalement considérée comme la perte de celle qui prend soin des enfants. Comme nous en discuterons plus loin dans le rapport, l'espacement des grossesses est perçu comme un moyen d'aider à préserver la santé de la mère et une façon de se reposer, mais l'utilisation d'une méthode moderne de PF pour ce faire n'est pas acceptée par tous. De même, protéger la santé de la mère en limitant le nombre de naissances qu'elle a au cours de sa vie n'est pas très favorablement accepté dans les deux pays.

DÉTERMINANTS ET MOTIVATIONS DE L'UTILISATION DE LA MÉTHODE PF CHEZ LES FEMMES AMA ET HP

Les couples AMA et/ou HP qui utilisent une méthode moderne de PF ont été interrogés sur leur utilisation de la PF. Les entretiens ont révélé plusieurs déterminants et facteurs motivant l'utilisation de la méthode de PF, dont chacun est expliqué dans les paragraphes suivants. Ces facteurs sont énumérés dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Déterminants et motivations de l'utilisation de la méthode de PF chez les femmes en situation d'AMA et de HP

Déterminants	Motivations
Attitudes vis-à-vis de la PF	Préserver la santé de la femme
Croyances religieuses	Assurer le bien-être de l'enfant
Connaissance correcte des méthodes de PF	Se sentir soutenu par les normes communautaires
Capacité d'action et pouvoir de décision des femmes	Génération de revenus des femmes
	Plaire au mari/ avoir une meilleure vie sexuelle

DÉTERMINANTS

Les entretiens avec les couples ont mis en lumière quatre facteurs implicites, ou déterminants, de l'utilisation de méthodes modernes de PF : 1) les attitudes vis-à-vis de la PF, 2) les croyances religieuses, 3) la connaissance correcte des méthodes de PF et 4) la capacité d'action et le pouvoir de décision des femmes.

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PF

Au Niger, les attitudes sont généralement positives vis-à-vis de la PF, tant que cela est utilisé pour l'espacement plutôt que la limitation des naissances. L'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* a laissé entrevoir que la plupart des femmes sont favorables à l'utilisation de la PF pour l'espacement des naissances et soutiennent les initiatives de PF des pouvoirs publics pour aider les familles dans ce sens. Plus des deux tiers (70,5 pour cent) des femmes interrogées déclarent être d'accord qu'une femme ne devrait pas tomber enceinte « si elle porte encore un enfant au dos » (c'est-à-dire si elle a un enfant de moins de 2 ans). Ce résultat est important, car il exprime l'adhésion des femmes au concept d'espacement des naissances. En outre, plus de la moitié (57 pour cent) des femmes pensent qu'un mari ne serait pas content si sa femme tombait encore enceinte alors que leur dernier enfant est encore

assez jeune pour être porté au dos. Ce résultat souligne les conséquences sociales et la désapprobation des naissances trop rapprochées. Le soutien à la PF pour l'espacement des naissances a trouvé un écho dans l'étude qualitative. Un participant de sexe masculin a expliqué que sa réticence par rapport à l'utilisation de la PF par sa femme a disparu lorsqu'il a davantage compris l'utilisation de la PF pour l'espacement des naissances ; il a déclaré :

« J'en ai personnellement fait l'expérience avec ma femme, [ce] manque de compréhension. C'est parce que je n'avais pas compris que je refusais qu'elle prenne des contraceptifs. Et puis, j'ai compris. Elle m'a demandé la permission de prendre des pilules et j'ai accepté pour qu'elle puisse se reposer aussi ». (Homme, groupe de discussion des partenaires d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Niger)

Toutefois, la moitié (51 pour cent) des femmes AMA dans le cadre de l'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* pensent qu'une femme ne devrait plus tomber enceinte si sa fille aînée est enceinte. En relation avec la PF, ces résultats indiquent une attitude mitigée vis-à-vis de la limitation des naissances pour les femmes AMA. Les résultats qualitatifs sur cette question sont plus nets : les participants au Niger ont rapporté qu'ils pensent que les femmes peuvent utiliser la PF « pour se reposer », c'est-à-dire pour espacer les naissances, mais pas les limiter. Une femme de 33 ans ayant donné naissance à cinq enfants a insisté sur ce point en disant :

« Ne plus avoir d'enfants, c'est quelque chose que je ne peux pas comprendre ; je peux conseiller aux femmes d'espacer les naissances, mais je ne peux jamais leur conseiller de les limiter.... Si vous pouvez espacer, on peut comprendre, mais vouloir arrêter, c'est comme si vous tuez le reste des enfants que vous portez en vous ». (Femme, GD d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Niger)

Les participants à l'étude qualitative au Togo ont également une attitude globalement favorable vis-à-vis de la planification familiale. Toutefois, la nette distinction entre l'utilisation de la PF pour l'espacement des naissances par rapport à la limitation des naissances n'est pas aussi prononcée qu'au Niger. Comme susmentionné, les participants du Togo démontrent une meilleure compréhension des risques des grossesses AMA et HP, ce qui explique en partie leur attitude favorable vis-à-vis de la PF et leur ouverture par rapport à la limitation des grossesses. Par ailleurs, au Niger, l'approbation limitée de la PF pour l'espacement des naissances n'est pas nécessairement liée à une bonne compréhension du risque, mais plutôt à une approbation religieuse/culturelle perçue. Les femmes et leurs partenaires comprennent bien que les grossesses rapprochées et trop nombreuses peuvent être préjudiciables pour leur santé. Une femme en situation d'AMA interrogée a raconté son expérience de partage des avantages de la PF avec une voisine :

« Presque tout le monde est d'accord que la planification familiale est une bonne chose. Par exemple, un jour, j'ai appris qu'ils offraient des services de planification aux femmes à l'hôpital à Bè. J'en ai parlé avec une femme qui habite dans le même quartier que moi et qui a déjà cinq enfants comme moi. Je lui ai dit qu'ils offrent le Norplant gratuitement. Dépêche-toi, prends SORTRAL (Société de transport interurbain). Elle est partie et, à son retour, elle est venue me remercier. Je lui ai demandé si elle avait informé son mari. Elle a dit non ; que s'il entend parler de cela, il ne sera jamais d'accord. Je lui ai dit, va couvrir ton bras. Tu l'as fait, maintenant c'est fait. Aujourd'hui, tout le monde accepte la planification familiale ». (Femme, GD d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Togo)

En résumé, les attitudes favorables vis-à-vis de la PF existent dans les deux pays, mais il y a des différences par rapport au fait de savoir s'il est acceptable ou non d'utiliser la PF pour l'espacement ou la limitation des naissances. Il est important de noter que dans les deux pays, les attitudes favorables vis-à-vis de la PF n'entraînent pas nécessairement l'utilisation systématique de la PF. En outre, comme l'illustre la dernière citation, un décalage demeure entre les partenaires concernant l'utilisation de la PF.

CROYANCE RELIGIEUSES

Les croyances religieuses sont à intégrer dans les attitudes favorables à la PF. Certains participants, en particulier au Niger, ont des attitudes favorables vis-à-vis de la PF, parce que leur interprétation de leur religion – l'Islam – n'interdit pas l'espacement des naissances. Il est important de noter que ces participants ont été très clairs en déclarant que l'Islam encourage l'espacement des naissances, mais qu'ils n'ont pas ouvertement déclaré que la religion encourage l'utilisation de la PF moderne. Un leader religieux a fourni une perspective historique :

« L'Islam n'est pas contre la planification des naissances, mais il faut une bonne explication. L'espacement des naissances existe dans l'Islam depuis le IV^e siècle ». (Leader religieux, entretien, zone urbaine au Niger)

Un participant de sexe masculin a ajouté :

« Le problème, ce sont les hommes qui imposent trop de choses à leurs épouses... Même la religion musulmane a recommandé de prévoir un intervalle de 30 mois entre les naissances ». (Homme, GD de non-utilisateurs de PF, zone urbaine au Niger)

De même, les contraintes religieuses perçues ont un effet dissuasif important par rapport à l'utilisation de la PF par les participants au Niger. Cela s'exprime souvent en termes catégoriques et ne laisse aucune place à la flexibilité. Un père de cinq enfants a déclaré :

« Ma situation de vrai croyant musulman ne me permet pas d'offenser Dieu Tout-Puissant. Nous laissons Dieu décider, et chaque fois qu'une grossesse survient, nous l'acceptons ». (Homme, entretien de couple HP, zone urbaine au Niger)

Des niveaux d'études plus élevés ne changent rien aux croyances des participants qui ont des points de vue conservateurs. Par exemple, une participante de niveau universitaire au Niger a indiqué qu'elle n'utilisait pas les méthodes modernes de PF, parce qu'elles n'étaient pas autorisées par l'Islam. Elle

préférerait suivre les prescriptions du Coran, qui soutiennent l'allaitement maternel et l'abstinence en période de post-partum comme méthode de PF. Les valeurs religieuses et culturelles sont centrales et, par moments, plus puissantes que les niveaux d'études dans la prise de décisions concernant la PF au Niger.

Au Togo, les contraintes religieuses ne semblent pas être aussi fortes qu'au Niger, mais elles existent et elles sont plus directement liées à l'Islam qu'au christianisme ou à d'autres religions. Pour certains participants, la contrainte perçue est une raison suffisante pour rejeter les méthodes modernes de contraception. Parce que ces méthodes sont considérées comme illicites par l'Islam, ils refusent de les utiliser. Une mère de six enfants, âgée de 36 ans, en zone rurale au Togo, a déclaré :

« Oui, j'ai entendu parler de ces méthodes, mais je ne sais pas si ces méthodes seront bonnes pour moi ou me créeront des problèmes. Les sages-femmes m'ont expliqué [ces méthodes], mais à cause de ma religion (l'Islam), je ne peux pas les utiliser. Chez nous, si les gens sont contre le fait que tu pratiques la PF et si tu persistes, tu peux même mourir en le faisant, c'est pourquoi je ne l'ai pas fait ». (Femme, étude de cas AMA et HP, zone rurale au Togo).

CONNAISSANCE CORRECTE DES MÉTHODES DE PF

Selon l'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research*, l'accès à l'information est un facteur qui a un effet positif sur l'utilisation des contraceptifs chez les femmes AMA et HP. Il semble que chez les femmes qui utilisent la contraception moderne, presque toutes (94,6 pour cent) essaient d'apprendre comment utiliser différentes méthodes, leurs coûts d'achat ainsi que les effets indésirables. Près des trois quarts (76,3 pour cent) ont fréquenté un centre de santé au moins une fois pour une consultation sur la planification familiale. Ces résultats indiquent qu'apprendre comment utiliser les méthodes est le facteur principal qui influence positivement leur utilisation. Les entretiens qualitatifs montrent que l'accès aux informations de qualité continue à être l'une des conditions essentielles de l'utilisation des contraceptifs par les femmes AMA et/ou HP tant au Niger qu'au Togo. Une utilisatrice de la PF au Togo a déclaré :

« Si cette femme AMA est tombée enceinte à 41 ans, c'est parce qu'elle n'avait pas d'informations sur la planification familiale. Ce qui nous tue, c'est le manque d'informations et la peur de rechercher des informations ». (Femme, GD d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Togo)

Une mère de sept enfants a ajouté :

« Je pense que certaines femmes ne s'attendent pas à tomber enceintes. C'est ce qui m'est arrivé, étant donné que j'étais au village et que je ne savais rien sur la PF. C'est parce que je suis venue à Lomé que j'ai été informée par la radio [et] que j'ai changé mon comportement. Donc, si... les femmes écoutent les nouvelles à la radio, alors elles changeront ». (Femme, GD mixte, zone urbaine au Togo)

L'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* a également montré que la peur des effets secondaires et le manque d'informations sont deux des principales raisons (respectivement 37,5 pour cent et 13,9 pour cent) pour lesquelles les femmes AMA et HP n'ont jamais envisagé d'utiliser une méthode

moderne de PF. La recherche qualitative laisse entrevoir une relation entre ces deux facteurs, étant donné que les types et la gravité des effets secondaires de la méthode perçus semblent être basés sur des idées fausses. Par exemple, une femme d'un couple vivant en zone urbaine au Niger a expliqué qu'elle craignait que l'utilisation de pilules n'entraîne des « problèmes à l'avenir » et, comme le démontre la première citation de la section suivante, les hommes aussi pensent que les méthodes de PF entraîneraient une maladie chez leurs partenaires de sexe féminin.

CAPACITÉ D'ACTION AT POUVOIR DÉCISIONNEL DES FEMMES

Selon l'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research*, 23,6 pour cent des femmes AMA et HP ont signalé que le refus de leur mari les empêchait d'envisager une méthode moderne de PF. La recherche qualitative a confirmé que cet élément est un déterminant puissant de l'utilisation de la PF aussi bien dans les zones rurales que les zones urbaines du Niger et du Togo. Une femme non-utilisatrice de méthode moderne de PF en zone urbaine au Togo a raconté ce qui suit :

« Quand nous allons à une consultation prénatale ou pédiatrique, on nous donne des conseils sur les méthodes de PF pour l'espacement des naissances. ... à la maison, quand nous racontons cela à nos maris, ils refusent sous le prétexte que ces méthodes provoquent des maladies dont ils devront encore assumer la responsabilité ; ensuite, quand tu vas informer les sages-femmes, elles vont te dire de venir avec ton mari, mais il refuse toujours. Il n'y a rien d'autre à faire, tu es condamnée à ne pas le faire, parce qu'il t'a menacée à la maison, parce que tu as peur de lui désobéir, donc tu ne vas faire que pondre des enfants ». (Femme, GD de non-utilisatrices de PF, zone urbaine au Togo).

Une prestataire de services au Niger s'est fait l'écho de ce sentiment :

« Une chose qui est sûre, c'est qu'il y a des maris qui refusent de laisser leurs épouses pratiquer la PF, parce qu'ils veulent que la femme ait beaucoup d'enfants. Il y a des maris qui refusent. Le mari peut refuser. C'est le cas de la parturiente qui a des problèmes dont je parlais ce matin. J'avais demandé au mari de venir bien avant cette grossesse. Non seulement il n'est pas venu, mais il a catégoriquement refusé de laisser sa femme prendre les MMC [méthodes modernes de contraception] ». (Prestataire de services, entretien, zone rurale au Niger)

Les GD ont apporté quelques éclairages sur le refus des hommes. Les partenaires de sexe masculin qui participaient à ces GD étaient plus susceptibles de refuser l'utilisation de la PF parce qu'ils craignaient que leurs épouses les trompent. Les femmes des zones urbaines et rurales du Togo ont confirmé cette expérience. Une femme des zones urbaines a déclaré :

« Si tu demandes la permission à ton mari, il te retourne la question en te demandant si tu veux devenir une prostituée ». (Femme, GD de non-utilisatrices de PF, zone urbaine au Togo)

Une femme de la zone rurale non-utilisatrice de méthode moderne de contraception a ajouté :

« Les prestataires de services font leur travail, parce que quand tu accouches elles te donnent beaucoup de conseils et c'est à toi de choisir entre les différents produits. Le problème continue à se trouver au niveau de nos maris. Quand ils apprennent cela, ils disent que les prestataires de services sont en train de nous entraîner vers la débauche. Donc, le fait que ayons beaucoup d'enfants dépend de nos maris, parce qu'ils refusent la PF ». (Femme, GD de non-utilisatrices de PF, zone rurale au Togo)

L'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* a également montré que moins de la moitié (48 pour cent) des femmes ont signalé qu'elles pouvaient prendre des décisions concernant leur propre santé. Ceci démontre le pouvoir décisionnel limité des femmes concernant l'utilisation de la contraception. En outre, une majorité de femmes AMA et HP (67 pour cent) ont déclaré qu'elles n'étaient pas favorables à l'idée qu'une femme utilise la contraception à l'insu de son mari. La plupart des femmes recherchent l'approbation de leur mari avant d'utiliser la contraception. Enfin, près d'un tiers (28,3 pour cent) des femmes AMA interrogées voient dans l'utilisation de la contraception une source d'indiscrétion dans leur vie sexuelle. Ce thème a également été étayé par les résultats qualitatifs au Niger.

Toutefois, au Togo, les résultats qualitatifs ont permis de comprendre que les femmes ont une plus grande capacité d'action qu'au Niger et dépendent moins de leurs partenaires de sexe masculin, en particulier si elles ont des activités génératrices de revenus. Ce point est expliqué plus en détail en tant que facteur de motivation dans la section suivante.

FACTEURS DE MOTIVATION

La recherche qualitative a révélé d'autres motivations pour l'utilisation des méthodes modernes de PF par les femmes, notamment : 1) Préserver la santé de la femme, 2) assurer le bien-être de l'enfant, 3) se sentir soutenue par les normes communautaires, 4) génération de revenus des femmes et 5) plaire au mari/avoir une meilleure vie sexuelle.

PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME

Dans les couples AMA et HP qui ont adopté une méthode de PF, la préservation de la santé de la femme a souvent été citée comme une motivation importante pour l'utilisation de la contraception. Ce constat est fréquent chez les utilisateurs de PF dans les deux pays et se reflète aussi bien dans les zones rurales que les zones urbaines. Une des femmes ayant cinq enfants interrogées a expliqué que la PF est nécessaire pour aider l'utérus à se reposer avant de supporter de nouvelles grossesses :

« Je pense que l'espacement des naissances est la méthode la moins risquée, parce qu'avec cette méthode, les femmes se reposent avant d'avoir une autre grossesse. Le fait d'avoir des enfants très rapidement affaiblit la femme et ouvre son corps à toutes les maladies ». (Femme, entretien de couple HP, zone urbaine au Niger)

Cette préoccupation ne se limite pas aux femmes, comme l'illustre le participant de sexe masculin père de huit enfants, qui pense que la PF est importante pour la santé de sa femme :

« Ce que je connais, c'est la pilule et les injections. Ma femme utilise déjà les deux. À l'heure actuelle, elle fait les deux. Souvent, si elle [apprend] au centre [de santé] que les injections ne sont pas disponibles, elle prend les pilules. Je ne vois pas de problème là-dedans, parce que c'est pour la bonne santé de ma femme ». (Homme, entretien de couple AMA, zone rurale au Niger)

ASSURER LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT

Assurer le bien-être des enfants en ayant les moyens de prendre soin d'eux est une motivation importante pour l'utilisation de la PF. Les participants des zones urbaines ont parlé de la cherté liée aux familles nombreuses et des difficultés que l'on peut rencontrer pour s'occuper d'une telle famille. Une mère de cinq enfants, âgée de 37 ans, a expliqué ce qui suit :

« Mon mari et moi-même avons décidé que, étant donné que les enfants vont à l'école maintenant, nous allons arrêter... pour pouvoir nous occuper de ceux que nous avons déjà pour qu'ils puissent avancer ». (Femme utilisatrice de PF, entretien de couple AMA, zone rurale au Togo)

SE SENTIR SOUTENUE PAR LES NORMES COMMUNAUTAIRES

Les participantes ont signalé qu'elles sont plus susceptibles d'accepter l'utilisation des contraceptifs quand elles pensent que l'utilisation de la PF est devenue une norme et est acceptée par les autres femmes. Le fait de connaître d'autres femmes qui utilisent la PF est un facteur de motivation. Une utilisatrice de PF a expliqué l'influence des pairs :

« Maintenant, tout le monde comprend l'importance de la PF. Chaque femme essaie de faire comme son amie et tu dois suivre. Si tu suis les instructions, tu seras comme cette femme ». (Femme, GD d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Niger)

Une prestataire de services a ajouté :

« Vous savez, ce ne sont pas toutes les femmes qui acceptent [la PF]. Certaines acceptent [la PF] et d'autres non. Oui, certaines femmes ne comprennent pas, il faut qu'elles voient des cas. Par exemple, si elles remarquent qu'une femme qui est proche d'elle prend la contraception, alors elles peuvent accepter. Ici, il y a beaucoup d'imitation entre les femmes concernant l'utilisation des méthodes. Pour certaines, ce sont les autres qui les encouragent à pratiquer la contraception. Celles qui l'utilisent disent aux autres : tu vois comment je suis ? Donc, fais la contraception comme moi et repose-toi ». (Prestataire de services, entretien, zone rurale au Niger)

GÉNÉRATION DE REVENUS DES FEMMES

Les questions d'emploi et de génération de revenus sont une motivation pour l'utilisation de la PF. Les participants au Togo ont plus parlé de ces questions comme contrepartie de l'utilisation de la PF que les femmes au Niger. Le fait d'avoir une activité professionnelle semblait être une motivation suffisante pour soutenir l'utilisation de la contraception chez les femmes HP et AMA. Une participante a lié l'emploi au pouvoir de décision d'une femme lorsqu'elle a déclaré :

« Je dirais qu'on ne trouve plus de femmes comme Esse [personnage féminin dans la vidéo qui leur a été montrée lors du groupe de discussion] à Lomé, parce que c'est le commerce qui est la préoccupation des femmes de Lomé aujourd'hui, donc on ne peut trouver des femmes comme Esse que dans les villages ». (Femme, GD mixte, zone urbaine au Togo)

PLAIRE AU MARI/AVOIR UNE MEILLEURE VIE SEXUELLE

Même si ce facteur n'est pas aussi courant que les autres, le désir de plaire au mari et/ou d'avoir une vie sexuelle épanouie est encore une autre motivation pour l'utilisation de la PF, en particulier au Niger. Chez les femmes, ce facteur représente une nouvelle motivation pour l'utilisation de la contraception. Dans les sites couverts par l'étude, les femmes ne sont pas censées parler ouvertement de plaisir sexuel, donc cette motivation a été exprimée sous d'autres formes, comme prendre d'autres dispositions pour plaire à l'homme. Une femme utilisatrice d'une méthode de contraception moderne a expliqué :

« Aujourd'hui, si tu donnes naissance à de nombreux enfants, ton mari peut te détester parce que, vraiment tu fais beaucoup de désordre. Quand le mari rentre, les enfants sont couchés partout et, en plus de cela, il doit supporter l'odeur du pipi et du caca. Avec ça, il va te haïr « *walahi* » (Je jure devant Dieu) ». (Femme, GD d'utilisatrices de la PF, zone urbaine au Niger)

Les hommes sont plus directs concernant la motivation de l'utilisation de la PF pour le plaisir. Comme un père de cinq enfants a déclaré :

« Je dis que l'utilisation de la pilule vaut mieux pour nous deux que l'utilisation du préservatif. Oui, et même pour le plaisir pendant les rapports sexuels. Je pense que c'est beaucoup mieux qu'un préservatif ». (Homme, entretien de couple HP, zone urbaine au Niger)

PRATIQUES DES PRESTATAIRES DANS LA COMMUNICATION AVEC CLIENTES CONCERNANT LES GROSSESSES AMA ET HP

En plus du niveau généralement faible de connaissance des risques liés aux grossesses AMA et HP chez les hommes et les femmes dans les communautés, les conversations avec les prestataires de services – qui devraient normalement être des sources de première ligne pour les informations sur la santé – ont également révélé d'importantes lacunes dans la prestation des services de PF.

PEU OU PAS DE COMMUNICATION SUR L'AMA ET LA HP

Les entretiens avec différents professionnels des soins de santé maternelle et infantile dans les deux pays ont montré que la communication sur les grossesses AMA et HP avec leurs clientes est très limitée, voire inexistante. La plupart du temps, la communication sur les risques de grossesses se fait en général pendant les CPN, les CPON et au cours du conseil pour les services de PF. En outre, les sujets abordés pendant ces différentes sessions n'intègrent pas forcément les aspects liés aux grossesses AMA et HP. Ces entretiens ont montré que les sujets les plus couramment abordés sont les suivants :

Pendant les visites prénatales

- la protection contre le VIH/SIDA
- la vie de couple
- la nutrition pour la femme enceinte
- l'allaitement maternel

- les complications lors de l'accouchement
- les différents signes de risque

Pendant les visites post-natales

- l'allaitement maternel
- l'hygiène du nouveau-né
- la nutrition pour la femme allaitante
- les grossesses non désirées

Pendant les consultations de PF

- les avantages de la PF
- l'espacement des naissances
- les différentes méthodes de contraception
- les grossesses non désirées
- les grossesses rapprochées

Alors même que l'AMA et la HP ne figurent pas sur les listes officielles des sujets discutés avec les clientes, les prestataires de services ont signalé qu'elles les évoquent dans leurs discussions. Une prestataire de services au Togo a expliqué en détail comment ces sujets sont abordés :

« Les sessions de sensibilisation couvrent des sujets sur la planification familiale, l'espacement des naissances, les avantages de la vaccination des nouveau-nés, la vaccination contre le tétanos pour les femmes enceintes, l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, la nutrition des femmes enceintes, l'hygiène corporelle et alimentaire, la sensibilisation aux changements de comportement, la prise en charge et la protection du paludisme, la prévention et la prise en charge du VIH chez les femmes enceintes, la prise en charge de la femme enceinte séropositive et la prise en charge du nouveau-né ». (Prestataire de services, entretien, zone rurale au Togo)

Sur la base des déclarations d'autres prestataires, il semblerait qu'il existe une certaine communication sur la prise en charge des risques des grossesses AMA et HP. Toutefois, dans la plupart des cas, la discussion est générale et ne cible pas forcément les besoins des femmes en situation de HP ou AMA. Une sage-femme d'une zone rurale au Niger a expliqué ce qui suit :

« Cela peut se faire individuellement, mais les instructions sont données dans le cadre d'un groupe. C'est dans le hall [zone d'attente] que tout commence d'abord et, ensuite, une fois que la femme entre dans la salle de consultation, nous recommençons à lui donner les explications individuellement... Par exemple, si la femme est à un âge avancé et qu'elle a eu de nombreuses grossesses, on lui fait comprendre les risques qu'elle court ». (Sage-femme, entretien, zone rurale au Niger)

Toutefois, l'expérience des prestataires de services en matière de communication sur les grossesses AMA et HP reste limitée. Cette communication repose généralement sur des initiatives personnelles de la prestataire de services et il n'existe aucune directive prédéfinie. En outre, la pratique de la discussion de l'AMA et de la HP uniquement pendant les consultations prénatales (alors qu'une femme est déjà enceinte) ne permet pas une approche de prévention proactive.

DIFFICULTÉ À TROUVER LES MANIÈRES APPROPRIÉES AU PLAN CULTUREL ET CONTEXTUEL POUR LA COMMUNICATION RELATIVE AUX RISQUES

Au-delà de la communication limitée, les interactions des prestataires sont marquées par le manque de compétences dans la communication des risques de manière culturellement et contextuellement appropriée à la fois au Niger et au Togo. Ces faiblesses entraînent parfois des incompréhensions entre les prestataires et les patientes, car ces patientes se sentent victimes d'une évaluation malveillante. Une prestataire de services d'une zone rurale au Togo a raconté l'expérience d'une collègue :

« Nous avons des problèmes ici, en particulier avec les femmes HP. Si nous essayons de leur dire de ne plus avoir d'enfants, parce qu'elles pourraient rencontrer des risques, elles sont frustrées. Il y en a une que nous avons sensibilisée. Arrivée à la maison, elle a dit à sa belle-mère que nous l'avons offensée. Sa belle-mère a vu ma collègue au marché et lui a fait des remarques malveillantes du genre : Est-ce que c'est toi qui nourrit mes petits-enfants ? » (Prestataire de services, entretien, zone rurale au Togo)

En outre, les prestataires de santé courent le risque d'être stigmatisées lorsqu'elles parlent des risques dans les communautés qui accordent une grande valeur au surnaturel. Souvent, dans ces situations, le fait de présenter les risques peut être vu comme si l'on souhaitait le malheur. Les prestataires de santé peuvent être stigmatisées si « le malheur » vient à se réaliser. Certains agents de santé ont été soupçonnés de sorcellerie pour avoir signalé ces risques. Une prestataire de services dans une zone rurale au Togo a expliqué ce qui suit :

« Je connais un centre de santé ici où les femmes n'aiment pas aller [pour consulter]. Parce qu'elles disent qu'il y a une sage-femme là-bas et quand elle vous dit qu'un malheur va vous arriver pendant la grossesse, tu dois t'attendre à ce que ce malheur t'arrive vraiment ».
(Prestataire de services, entretien, zone rurale au Togo)

Ces observations laissent à penser que les femmes peuvent ne pas être réceptives aux messages relatifs aux grossesses AMA et HP tels qu'ils leur sont présentés. Ceci illustre les importants défis de la communication relative aux grossesses AMA et HP. Ces défis portent sur deux aspects majeurs : le contenu (l'information elle-même concernant le risque) et la forme (l'approche et le style de la communication de ces messages). Les prestataires peuvent, sans le vouloir, blâmer les femmes ou leur faire honte, sans prendre en compte les normes importantes qui limitent la prise de décisions d'une cliente et encouragent les familles nombreuses. Ceci souligne la nécessité de renforcer les compétences des prestataires pour conseiller leurs patientes de manière productive et positive et intégrer le partenaire masculin qui a, bien souvent, le pouvoir de décision.

CONNAISSANCE LIMITÉE DES PRESTATAIRES SUR LES RISQUES HP ET AMA

Les prestataires de services ont une connaissance limitée des risques en matière de HP et AMA. Les risques mentionnés renvoient la plupart du temps aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la prise en charge des grossesses et des accouchements. Ces risques incluent notamment la rupture utérine, l'hémorragie pendant l'accouchement et le décès de la mère ou du bébé. Une prestataire de services d'une zone urbaine au Togo a expliqué ceci :

« Les femmes AMA et HP courent toutes les mêmes risques, les mêmes risques. Une femme qui a plus de cinq enfants peut mourir en accouchant aussi, elle peut avoir une rupture de l'utérus aussi, avoir une hémorragie après l'accouchement, tout ça, saigner après l'accouchement peut entraîner la mort aussi, tout ça, elle peut avoir des [bébés] mort-nés ou une rétention du placenta ». (Prestataire de services, entretien, zone urbaine au Togo)

Les niveaux de connaissance sont différents entre les sages-femmes et les agents de santé communautaire (ASC) qui les assistent dans les deux pays. La connaissance des risques liés à la grossesse chez les sages-femmes est globalement acceptable. Toutefois, chez les ASC (« filles de salles » [les femmes qui assistent la sage-femme], les chargés de soins infirmiers et autres), les entretiens ont révélé un net manque de compréhension des risques liés aux grossesses AMA et HP.

PAS DE MATÉRIEL AMA ET HP SPÉCIFIQUE

Les prestataires de soins de santé ont également noté l'absence de matériel de communication sur les risques associés aux grossesses AMA et HP. Pour appuyer la communication, les prestataires de services utilisent du matériel qui n'est pas destiné à cet usage, y compris tout matériel portant le logo de la planification familiale ou toute image de planification familiale appropriée. Les prestataires ont reconnu que le manque de matériel est un grand problème. Une sage-femme d'une zone rurale au Niger a souligné l'importance d'avoir du matériel adéquat :

« Actuellement, nous avons vraiment besoin d'outils pour rendre les démonstrations plus attrayantes, pour susciter plus de confiance ». (Sage-femme, entretien, zone rurale au Niger)

CONCLUSION

La recherche qualitative de HC3 et l'étude *Niger AMA/HP Women Insights Research* ont révélé que les grossesses AMA et HP sont liées à des facteurs contextuels et culturels importants, au Togo et au Niger. La décision d'utiliser la PF, profondément ancrée dans les croyances religieuses et les normes communautaires, est complexe dans les communautés étudiées. Alors que le taux de fécondité est exceptionnellement élevé au Niger, le Togo semble avoir entamé une évolution vers un taux plus faible. L'étude a également révélé que les normes changeantes en milieu urbain, très prononcées en zone urbaine au Togo, contrastent avec les croyances fortement enracinées concernant les familles nombreuses et la non-utilisation de la PF en milieu rural, en particulier au Niger.

Les participants ont fourni de nombreuses raisons pour expliquer la prévalence des grossesses AMA et HP, mais l'attitude fataliste et le refus d'interférer dans les plans de Dieu par l'espacement et la limitation des naissances représentent un thème clé. Ce report aux croyances religieuses est plus courant au Niger qu'au Togo et plus lié à l'Islam qu'au christianisme ou à d'autres croyances. Les facteurs normatifs – notamment les rôles assignés aux différents sexes concernant la prise de décisions en matière de PF, polygamie et taille de famille souhaitée – sont des éléments de facilitation ou d'entrave pour l'adoption de la PF dans les deux pays. Toutefois ces facteurs ont un peu moins d'influence dans les zones urbaines, en particulier au Togo.

En outre, le manque de compréhension des risques associés, en particulier au Niger, a contribué à la prévalence des grossesses AMA et HP. La connaissance insuffisante de l'AMA et de la HP ne se limite pas aux populations profanes, car les prestataires de santé des deux pays aussi n'ont pas la formation ni le matériel appropriés pour conseiller correctement leurs patientes. Bien que l'on note un niveau de connaissance plus élevé chez les sages-femmes concernant les risques liés aux grossesses AMA et HP que chez les autres prestataires, la communication de ces risques aux clientes reste difficile. Enfin, un niveau de méfiance entre clientes et prestataires est évident, en particulier au Togo. Les clientes enceintes pensent que les prestataires leur veulent du mal, si celles-ci leur parlent des risques liés à leur situation, et ceci dissuade parfois les clientes de rechercher des services.

Tous ces constats offrent des éclairages essentiels pour la conception de programmes de CCSC pour la prévention des grossesses AMA et HP et du matériel pour les différents publics du Togo et du Niger, ainsi que d'autres contextes nationaux similaires. Ces implications et recommandations de programmes sont décrites ci-dessous en termes généraux, plutôt qu'en termes spécifiques aux pays.

OPPORTUNITÉS ET RECOMMANDATIONS

La communication sur les grossesses AMA et HP rencontre encore de nombreux défis, mais présente également de grandes opportunités. Par exemple, l'étude a démontré que les grossesses AMA et HP sont généralement perçues comme faisant partie des normes en matière de reproduction dans des situations où les taux de fécondité restent exceptionnellement élevés, au Niger notamment. Toutefois, les risques liés à la grossesse, tels que la perte de la vie de la mère ou de l'enfant, représentent des craintes importantes chez les hommes et les femmes dans les deux pays. Au Togo, certains comprennent déjà que ce sont des risques élevés au niveau des grossesses AMA et HP. Toutefois, les attitudes positives autour de la PF n'ont pas toujours entraîné l'adoption de la PF, mais des facteurs comme l'acceptation de la PF sur la base des normes religieuses et communautaires ont accru ces perceptions positives et, parfois, l'adoption de la PF chez les femmes en situation d'AMA et les couples dans les deux pays. Dans la plupart des sites de l'étude, en particulier dans les zones rurales des deux pays, les familles nombreuses continuent à être culturellement valorisées, mais dans certains milieux urbains ces normes évoluent, dans la mesure où certains hommes et femmes « déviants positifs » reconnaissent la valeur sociale, sanitaire et économique de la planification des grossesses et des familles de tailles plus réduites.

L'absence d'une stratégie de communication cohérente et intégrée sur les grossesses AMA et HP qui puisse équilibrer ces défis et opportunités a contribué aux faiblesses notées au niveau de la prestation des services. Dans les deux pays, les prestataires de services manquent souvent des connaissances, compétences et ressources nécessaires pour engager de manière appropriée leurs clientes et leurs partenaires de sexe masculin. Une stratégie de communication stratégique solide, qui aligne l'utilisation de la PF et la prévention de grossesses AMA et HP à risque sur des valeurs culturelles très ancrées, est nécessaire au niveau national, au niveau des districts et des communautés, pas seulement au Togo et au Niger, mais dans les innombrables contextes similaires en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions. Dans le cadre de cette stratégie, les actions suivantes devraient être envisagées :

- **Plaider pour la priorisation de la prévention des grossesses AMA et HP dans les programmes de SMNI/PF, notamment les initiatives de PFPP et de vaccination des enfants.** La SMNI et la PF sont souvent des questions reconnues sur les listes prioritaires de la santé et de la population. Toutefois, les grossesses AMA et HP reçoivent rarement l'attention des décideurs, malgré les risques élevés qu'elles entraînent. Ne pas avoir une stratégie de communication ou des directives pertinentes signifie que les grossesses AMA et HP se perpétueront. Le plaidoyer est nécessaire pour inverser cette tendance et mettre à disposition les ressources permettant d'aborder et prévenir systématiquement les grossesses AMA et HP. Cela signifie notamment qu'il faut identifier les opportunités où les messages AMA et HP s'intègrent dans les programmes existants de SMNI/PF, notamment les événements de la vie où les femmes pensent déjà à la santé de leurs enfants ou avant leur prochaine grossesse (par exemple, pendant les visites de vaccination des enfants et les visites post-partum).

- **Utiliser des stratégies de communication basées sur des faits probants pour faire évoluer les normes de santé maternelle et de PF néfastes.** Les normes sociales et culturelles concernant la santé maternelle – en particulier celles qui encouragent les familles nombreuses, la concurrence entre les co-épouses dans les unions polygames, la prise de décision dominée par les hommes et la méfiance vis-à-vis des méthodes de PF et des services associés – contribuent directement à la prévalence des grossesses AMA/HP. Il est important d’aller au-delà des efforts individuels et de travailler avec les organisations et les structures locales pour mettre en place des programmes communautaires holistiques qui s’attaquent directement aux normes néfastes en vue de créer un environnement favorable pour la prévention des grossesses AMA et HP.
- **Renforcer la capacité des prestataires de services à communiquer sur les risques des grossesses AMA et HP.** L’une des faiblesses les plus significatives susceptibles d’entraver la communication sur les grossesses AMA et HP est la limitation des compétences des prestataires de services. Les connaissances des prestataires concernant l’AMA et la HP ne devraient pas se limiter aux informations cliniques. Elles devraient aussi inclure le renforcement des compétences pour communiquer de manière culturellement et contextuellement appropriée sur les risques sanitaires et les stratégies visant à réduire les risques pour les femmes et leurs partenaires de sexe masculin. Le conseil devrait également permettre aux prestataires de rassurer les clientes, afin de renforcer leur confiance, et devrait également mettre en lumière les priorités et les préoccupations des clientes pertinentes du point de vue culturel, notamment la manière dont la prévention des grossesses AMA et HP protège également la santé d’une mère.
- **Impliquer les partenaires de sexe masculin dans les efforts de prévention des grossesses AMA/HP.** Les partenaires de sexe masculin sont souvent des décideurs clés, du fait des rôles stricts attribués en fonction du genre. Les programmes devraient cibler les hommes en vue de les informer sur les risques des grossesses HP et AMA et les encourager à apporter des changements au sein de leurs familles.
- **S’appuyer sur la disponibilité des leaders communautaires à soutenir les initiatives.** Les leaders communautaires qui ont participé à l’étude soutiennent généralement les efforts de PF et sont disposés à appuyer les efforts pour la prévention des grossesses AMA et HP. Les leaders religieux et communautaires sont d’importantes sources d’information et peuvent encourager les membres de leurs communautés à utiliser la PF, à accepter ou à planifier d’avoir des familles de tailles plus réduites, à communiquer avec leurs partenaires sur la PF et promouvoir la capacité des femmes à prendre des décisions en matière de PF. Les directeurs de programmes devraient tirer parti des éclairages de ces leaders dans la conception et la diffusion des messages et la défense des initiatives de prévention en matière d’AMA et de HP. Les leaders doivent être soutenus par des outils pour diriger le dialogue communautaire autour des facteurs déterminants de l’AMA et la HP.
- **Élaborer des outils efficaces pour soutenir la communication en AMA et HP.** Les prestataires de services, les leaders communautaires et les femmes elles-mêmes jouent un rôle de premier plan en matière d’éducation relative aux grossesses AMA et HP et au changement de comportements en vue de la prévention. Et pourtant, les prestataires ont rapporté qu’ils ne disposent pas de ressources de communication spécifiques à l’AMA et à la HP et les membres de la communauté, dans cette étude, ont généralement démontré un faible niveau de connaissance des risques liés à l’AMA et la

HP. Du matériel culturellement adapté à ces publics, traitant des risques liés aux grossesses AMA et HP devrait être élaboré pour être intégré dans les programmes de SPEIGS, de PF et de santé maternelle. Ce matériel devrait inclure des outils de communication interpersonnelle verbaux et visuels pour s'adapter aux zones d'intervention de faibles niveaux d'alphabétisation et devrait faire appel à d'autres personnes qui peuvent aider à propager les informations sur les risques liés aux grossesses AMA et HP, tels que les journalistes et les personnes chargées d'établir les priorités et les agendas en matière de santé. Il pourrait s'agir de brochures destinées aux clientes, de matériel de conseil des prestataires, d'outils de mobilisation communautaire, de ressources de plaidoyer à l'intention des leaders communautaires, des décideurs et autres.

RÉFÉRENCES

Camber Collective. (2014). *Customer Insights Research for Family Planning Demand Generation in Niger*.

Central Intelligence Agency. (2015). Niger. In *The World Factbook*. Extrait de : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ng.html>

Central Intelligence Agency. (2015). Togo. In *The World Factbook*. Extrait de : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/to.html>

Institut National de la Statistique (INS) et ICF International (2013). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland, États-Unis : INS et ICF International.

Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, États-Unis : MPDAT, MS et ICF International.

The Health Communication Capacity Collaborative – HC3. (2014a). *Engaging Families for Healthy Pregnancies - A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/03/HTSP-AMA-HP-Assessment-Final-Report-approved-21Mar14.pdf>

The Health Communication Capacity Collaborative – HC3. (2014b). *Engaging Families for Healthy Pregnancies - Family Planning for Women of Advanced Maternal Age and High Parity: Global Evidence on Health Outcomes and Secondary Analysis of DHS Data*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <http://healthcommcapacity.org/hc3resources/engaging-families-for-healthy-pregnancies/>