



Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Synthèse de l'étude 2 : Grossesse à un âge maternel avancé et à haute parité – Rôle de la culture et du soutien communautaire dans la planification familiale au Togo et au Niger

Janvier 2017

À propos de cette synthèse d'étude

En 2015, le Health Communication Capacity Collaborative (HC3, Collectif de ressources en communication sur la santé) a mené une recherche visant à mieux comprendre les connaissances, les attitudes, les pratiques et les facteurs socio-culturels au Togo et au Niger qui incitent les femmes à continuer de faire des enfants à un âge avancé, y compris après plusieurs naissances. En se focalisant uniquement sur les femmes âgées de 35 ans et plus et sur celles qui ont accouché cinq fois ou plus, l'HC3 a analysé les données d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées au Togo et au Niger, ainsi que les données (n=760) d'une [enquête plus large sur la planification familiale du Camber Collective en 2014](#), dénommée ici *Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger*. L'HC3 a également réalisé une étude qualitative au Niger et au Togo (n=285) auprès de femmes, de partenaires masculins, de prestataires de soins et de leaders communautaires. Cette étude a permis d'inclure des informations dans le kit de mise en œuvre Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) - Grossesse à un âge maternel avancé et à haute parité de l'HC3.

La présente synthèse fait partie d'une série de trois synthèses et présente les résultats de cette étude. Le rapport intégral est disponible à l'adresse suivante : <http://healthcommcapacity.org/hc3resources/qualitative-research-advanced-maternal-age-ama-high-parity-hp-pregnancies-west-africa/>



Discussion sur les grossesses à un AMA et à HP au Togo, © 2016 Carol Hooks. Tous droits réservés.

Introduction

On considère qu'une femme a atteint un âge maternel avancé (AMA) à partir de 35 ans et qu'elle présente une haute parité (HP) lorsqu'elle a eu au moins cinq¹ grossesses. L'étude révèle que ces grossesses impliquent des risques importants, aussi bien pour la mère que pour le bébé. Ces risques peuvent notamment inclure des troubles hypertensifs maternels, un accouchement prématuré, un poids anormal du nourrisson à la naissance et la mortalité maternelle et fœtale.

Avoir plusieurs enfants est une norme prévalente, voire attendue, en matière de reproduction au Niger et au Togo², mais les normes socio-culturelles régissant les familles

Résumé des principaux résultats

- Le fatalisme et le refus d'interférer dans les plans divins en limitant les grossesses représentaient un enjeu majeur. La prévalence des convictions religieuses était plus courante au Niger qu'au Togo, et davantage associée à l'islam qu'à la religion chrétienne ou à d'autres croyances.
- Les facteurs normatifs, tels que les rôles liés au genre dans la prise des décisions en matière de PF, la polygamie et le nombre d'enfants souhaité, ont facilité ou compliqué l'usage de la PF.
- L'utilisation de méthodes de PF pour réduire le nombre d'enfants était mieux acceptée dans les villes togolaises que dans les autres régions et était le moins courante au Niger, où l'idée même de la limitation des naissances reste « interdite » ou tabou.

¹ Au début de cette activité, l'HC3 a défini l'HP comme cinq naissances au moins ; l'USAID a depuis révisé cette définition pour inclure les femmes qui ont accouché au moins quatre fois.

² Le Niger a le taux de fécondité total le plus élevé au monde, avec 7,6 enfants par femme, tandis que le Togo, bien qu'en recul ces dernières années, reste à un niveau élevé aussi, avec 4,8 enfants par femme (EDS Niger 2012 ; EDS Togo 2013).

nombreuses varient légèrement selon l'environnement. Par exemple, en milieu urbain au Togo, on commence à observer une tendance à la baisse du taux de fécondité.

Cette synthèse présente les résultats de l'étude qualitative du rôle joué par les normes culturelles et communautaires dans les décisions prises par les femmes et les couples en matière de planification familiale (PF).

Principaux résultats

Au Niger comme au Togo, l'étude a montré que les normes sociales, la religion et d'autres valeurs culturelles contribuent directement aux grossesses à un AMA et à HP au sein des communautés rurales et urbaines, et perpétuent ce phénomène, en encourageant les familles nombreuses et en restreignant l'usage des méthodes de PF modernes.

Normes défavorables régissant la limitation des naissances

Dans les deux pays, les hommes et les femmes qui ont participé à l'étude ont reconnu que les attitudes sociales et culturelles n'étaient pas favorables à la limitation des naissances. Ces croyances étaient évidentes dans la zone rurale togolaise, mais moins au Niger. Cette opposition allait au-delà des préférences individuelles et était renforcée au niveau communautaire. Bien que les participants aient déclaré craindre la mort maternelle ou infantile lors de toute grossesse,³ la limitation du nombre d'enfants qu'une femme pouvait avoir était rarement perçue comme une protection acceptable. Particulièrement au Niger et dans le monde rural togolais, la vie reproductive d'une femme se poursuivait souvent jusqu'à la ménopause, indépendamment de son âge, de sa parité ou du nombre d'enfants qu'elle souhaitait. Les entretiens réalisés avec des couples vivant dans ces régions ont révélé que les femmes, de même que leurs conjoints, rejetaient à l'identique la limitation éventuelle des naissances et l'opinion des femmes n'était pas influencée par leur niveau d'éducation.

Au Togo, les participants ont abordé en particulier les différences de normes existant en termes de taille des familles entre les milieux urbains et ruraux. Dans les zones urbaines

« Il n'est vraiment pas bon de limiter les naissances à trois, quatre ou cinq enfants ; ce n'est pas notre culture. Alors qu'en est-il si un homme a quatre épouses et qu'il ne peut avoir que quatre enfants ? Chacune des femmes devra alors s'arrêter après le premier enfant ? (hmm !) Dans tous les cas, on aimerait que chaque femme ait 16 enfants (absolument !). Vraiment, ce n'est pas normal, [et] pas seulement au Niger. »

– Homme, partenaire de femmes qui n'utilisent pas la PF, milieu urbain au Niger

« Elles [les femmes qui ont plus de cinq enfants] sont stigmatisées par la communauté ; on rit même parfois d'elles. Elles sont généralement sales, et leurs enfants aussi, car elles n'ont pas les moyens de prendre soin d'eux. Nous leur conseillons souvent de ne plus avoir autant d'enfants, car ce n'est plus à la mode aujourd'hui. »

– Femme, leader communautaire, en milieu urbain au Togo



Femme au Niger, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

togolaises, les participants ont expliqué que les normes sociales penchaient de plus en plus en faveur de la limitation des naissances et que les familles nombreuses étaient de moins en moins prisées ou « à la mode ». Les milieux ruraux, où les familles nombreuses étaient mieux acceptées et plus courantes, étaient parfois perçus comme archaïques et étaient stigmatisés par les participants vivant en milieu urbain, qui considèrent la ville comme un environnement plus moderne et évolué.

Religion et crainte d'interférer dans le « plan divin »

La plupart des participants musulmans dans les deux pays considéraient que la religion exigeait d'avoir plusieurs enfants. La plupart d'entre eux, en particulier au Niger, étaient convaincus que l'Islam interdisait toute interférence dans la reproduction. Les personnes interrogées dans les deux pays considéraient qu'elles devaient avoir et accepter le nombre d'enfants que « Dieu leur donnait », indépendamment de leur préférence personnelle. Cette acceptation de la fatalité s'imposait à tout point de vue personnel. Même dans les cas où les femmes ressentaient de « la honte » à être enceintes à un âge tardif, elles choisissaient tout de même d'abandonner leur sort à Dieu.

« Personnellement, je pense que cinq enfants sont suffisants. Mais si Dieu veut qu'on en ait plus, alors ce n'est pas un problème. »

– Homme, partenaire d'une femme à haute parité, milieu urbain au Niger

Quel que soit le niveau d'éducation des populations, la perception des contraintes religieuses dissuadait les participants nigériens d'avoir recours à la PF. Une femme qui avait suivi des études secondaires a affirmé ne pas utiliser de méthodes de PF modernes car l'Islam l'interdisait. De nombreuses personnes interrogées au Niger, y compris quelques leaders religieux, ont expliqué que bien que l'Islam interdise la limitation des naissances, il encourage depuis des siècles l'espacement des naissances. Ces participants n'ont pas déclaré que l'Islam tolérait l'utilisation des méthodes de PF modernes, toutefois l'espacement des naissances grâce à l'allaitement exclusif était largement accepté. Des contraintes religieuses similaires existaient également au Togo, bien que moins prévalentes, et elles étaient associées presque exclusivement à l'Islam.

³ Reportez-vous à la série des synthèses de l'étude sur la PEIGS 1 : Risques perçus et obstacles à la communication avec les prestataires associés à l'adresse <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.

« Oui, j'ai entendu parler de ces méthodes, mais je ne sais pas si c'est bon pour moi ou si elles pourraient me créer des problèmes. Les sages-femmes me les ont expliquées, mais en raison de ma religion (islam), je ne peux pas les utiliser. Dans mon village, si les gens ne veulent pas que tu utilises une méthode de PF mais que tu persistes, tu pourrais même en mourir, c'est pour cela que j'y ai renoncé. »

– Femme, femme à un AMA et à HP, en zone rurale au Togo

Normes favorables aux familles nombreuses et à l'intérêt stratégique

Certains participants se déclaraient en faveur des familles nombreuses en raison des avantages qui en découlaient à leurs yeux. Ces convictions étaient plus prononcées au Niger, mais certains participants vivant en milieu urbain et rural au Togo avaient également le sentiment que les familles nombreuses octroyaient un meilleur statut social notamment du fait qu'elles 1) sont perçues de manière positive au sein de leur communauté, 2) sont considérées comme un don de Dieu, 3) augmentent la richesse monétaire de la famille et 4) assurent la prise en charge des parents lorsqu'ils deviennent vieux.

Le désir de famille nombreuse s'expliquait également par les craintes de mortalité infantile. La fréquence perçue des morts infantiles⁴ a conduit les couples à développer la stratégie de prévention suivante : avoir de nombreux enfants dans l'espoir que certains survivent au cas où d'autres venaient à succomber à la maladie et à la mort.

Polygamie

La polygamie était plus fréquente au Niger qu'au Togo et les entretiens ont montré que les relations polygames avaient un impact sur le moment où une femme avait des



Femme au marché, © 2006, Richard Nyberg, avec la permission de Photoshare.

⁴ Les rapports EDS révèlent une baisse du taux de mortalité infantile, qui est passé de 123 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 81 morts en 2006 et 51 en 2012 au Niger, et de 80 morts de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 49 morts en 2014 au Togo.

⁵ Les risques perçus liés aux grossesses à un AMA et à HP sont abordés dans la synthèse de l'étude 1 à l'adresse <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.

enfants et le nombre d'enfants qu'elle mettait au monde. Les participants ont expliqué que le fait d'avoir plusieurs enfants était souvent une stratégie visant à 1) empêcher l'époux de prendre une autre femme ou 2) concurrencer les coépouses afin d'attirer l'attention du mari et de s'assurer des ressources ou l'héritage. La polygamie entraîne ainsi une course à celle qui aura le plus d'enfants, sans se préoccuper des risques⁵ qu'implique chaque grossesse.

« Si la femme a une coépouse, elle voudra toujours avoir des enfants. Elle ne souhaitera pas arrêter, car l'autre femme en aura aussi et atteindra le même nombre qu'elle. Nous, en notre qualité de prestataires de soins, ne pouvons pas gérer cet aspect de la problématique. Les femmes en situation de polygamie ne sont plus disposées à nous écouter sur la limitation des naissances. »

– Sage-femme en milieu urbain au Niger

Normes communautaires établies sur la planification familiale

Au Niger, les participants étaient généralement favorables à la PF tant qu'elle servait à l'espacement des naissances, et non à leur limitation. Au Togo, le recours à la PF était quelque peu moins tabou aussi bien pour l'espacement que pour la limitation des naissances. Toutefois, ces attitudes favorables ne se traduisaient pas forcément en l'usage de la PF. Les personnes interrogées dans les deux pays ont reconnu qu'elles accepteraient plus volontiers l'usage de contraceptifs si elles avaient la conviction que celui-ci était devenu une norme au sein de leur communauté et était accepté par d'autres femmes. Un prestataire en zone rurale au Niger a expliqué que les femmes avaient souvent besoin de voir d'autres femmes proches d'elles utiliser une méthode de PF pour les imiter et accepter la PF à leur tour.

Conclusions et recommandations

Les participants ont identifié plusieurs facteurs significatifs du point de vue social et culturel qui contribuent aux grossesses à un AMA et à HP au Niger et au Togo, mais le fatalisme et le refus d'interférer dans les plans divins en espaçant et en limitant les grossesses représentent un enjeu majeur. La prévalence des convictions religieuses était plus courante au Niger qu'au Togo, et davantage associée à l'islam qu'à la religion chrétienne ou à d'autres confessions. Les facteurs normatifs, tels que la polygamie, la religion, le nombre d'enfants souhaité et l'acceptation de la PF par la communauté, ont facilité ou compliqué l'usage de la PF. Ces facteurs étaient un peu moins prévalents en milieu urbain, en particulier dans les villes togolaises, où la norme commence à tendre vers des familles moins nombreuses et l'acceptation de la limitation des naissances. L'ignorance des risques accrus qu'impliquent les grossesses à un AMA et à HP contribue également à la prévalence de ce phénomène.



Groupe de discussion sur l'AMA et l'HP au Togo, © 2016 Carol Hooks. Tous droits réservés.

Dans les deux pays, une solide stratégie de communication qui aligne étroitement l'utilisation de la PF et la prévention des grossesses à un AMA et à HP sur les valeurs culturelles est nécessaire à l'échelle nationale ainsi qu'au niveau des districts et communautaire. Dans le cadre de cette stratégie, les actions suivantes doivent être envisagées :

- Mise en œuvre de stratégies de communication basées sur des données probantes pour changer les normes défavorables régissant la santé maternelle et la PF.** Il est important de travailler en collaboration avec des structures et des organisations locales pour élaborer des programmes holistiques centrés sur les communautés qui éliminent les normes défavorables, en particulier celles qui incitent aux familles nombreuses, la défiance vis-à-vis des méthodes et des services de PF, la concurrence entre les coépouses en cas de relations polygames et la domination de l'homme dans la prise des décisions, afin de réduire la prévalence des grossesses à un AMA et à HP. Le plaidoyer en faveur d'une communication au niveau national sur les risques liés aux grossesses à un âge avancé et à haute parité et la mise en œuvre des stratégies de communication correspondantes et des politiques appuyant ces efforts (p. ex., celles facilitant l'utilisation de la PF par les couples et le droit des femmes à adopter leur méthode de PF préférée sans la permission de leur conjoint) renforceront ces initiatives.
- Exploiter la volonté des leaders communautaires de soutenir les initiatives.** Les initiatives de prévention doivent tirer parti des connaissances des leaders communautaires et religieux dans la conception et la diffusion des messages relatifs à la prévention et à la gestion des grossesses à un AMA et à HP. Ces leaders peuvent être des sources d'informations précieuses et encourager les membres de la communauté à utiliser la PF, à accepter ou à planifier des familles moins nombreuses, à communiquer avec leur partenaire au sujet de la PF et à promouvoir le pouvoir de décision des femmes en matière de PF.

Références

Camber Collective. (2014). *Customer Insights Research for Family Planning Demand Generation in Niger*. Extrait de <http://www.cambercollective.com/fpniger/>.

National Statistics Institute and ICF International. (2013). Demographic and Health Survey (DHS) Program. *Niger Demographic and Health Survey, 2012*. Calverton, Maryland, USA: ICF International. Niamey, Niger: National Statistics Institute, Ministry of Finance. Extrait de <http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey/survey-display-407.cfm>.

Ministry of Territory Planning, Development and Organization (MPDAT), Ministry of Health (MOH), and ICF International. (2015). *The Demographic and Health Survey (DHS) Program Togo Demographic and Health Survey, 2013-2014*. Lome, Togo: MPDAT MOH. Rockville, Maryland, USA: ICF International. Extrait de <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-328.cfm>.

www.healthcommcapacity.org

