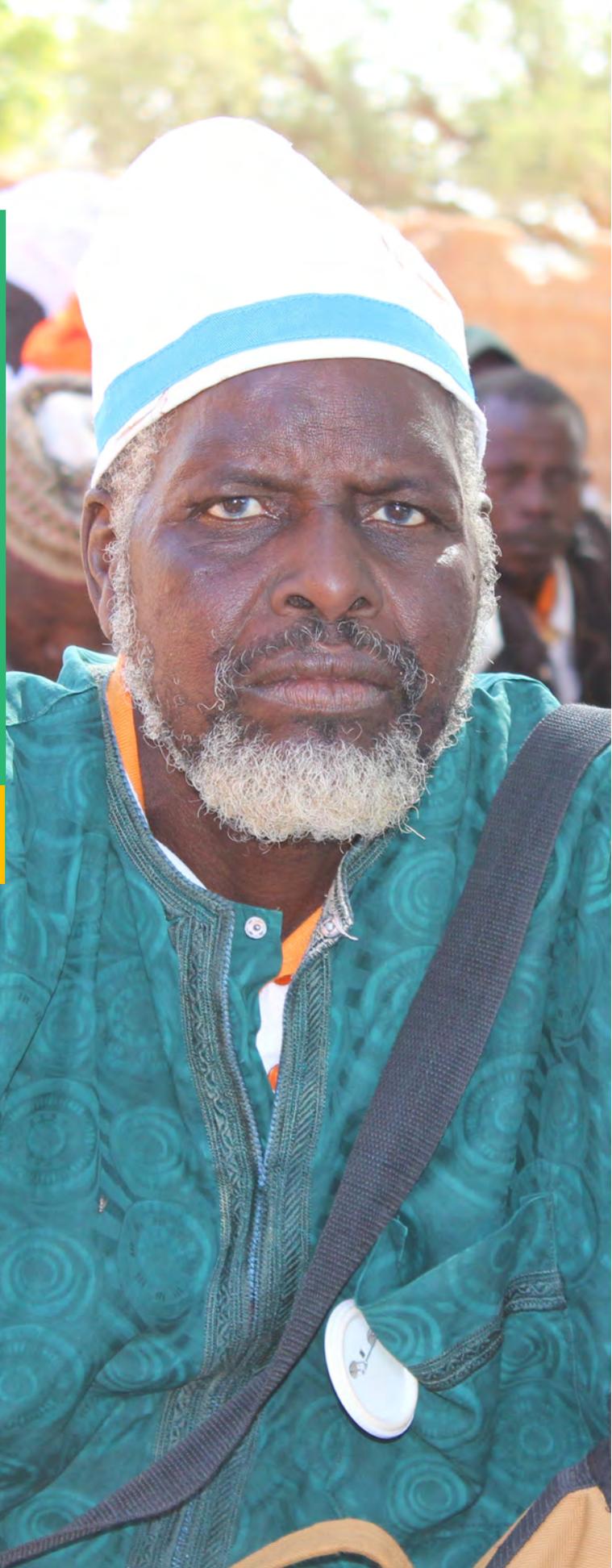


PROJET PASSAGES

*Étude des effets de
l'intervention de l'École
des Maris sur les
dynamiques de genre
pour améliorer la santé
reproductive au Niger*

AOÛT 2019

Préparé Par : Fodié Maguiraga, Djibo Saley,
Mariam Diakité Et Susan Igras



SongES Niger



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Passages

Citation recommandée :

Étude des effets de l'intervention de l'École des Maris sur la dynamique de genre pour améliorer la planification familiale et la santé reproductive au Niger. Août 2019. Washington, D.C. : l'Institut pour la Santé de la Reproduction, Université de Georgetown, pour l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

Ce rapport a été élaboré par IRH dans le cadre du projet Passages. Ce rapport et le Projet Passages ont été rendus possibles grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) selon les termes de l'accord de coopération N° AID-OAA-A-15-00042. Le contenu relève de la responsabilité du projet et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement Issa Sadou de l'UNFPA-Niger et Mohamed Haidara de SongES pour leurs importantes contributions à l'élaboration du protocole et à la révision des différentes versions de ce rapport avant sa finalisation.

Projet Passages
Institut de la santé reproductive | Université de Georgetown
3300 Whitehaven St, NW - Suite 1200
Washington, DC 20007

info@passagesproject.org
www.irh.org/projects/Passages

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	3
TABLE DES DONNÉES	4
TABLE DES TABLEAUX	4
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	5
PRÉFACE	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	8
CADRE THÉORIQUE	10
Le contexte de la mise en œuvre de l'École des Maris	10
Genre, normes sociales et SR	13
Description de l'intervention « Écoles des Maris »	14
Activités mises en œuvre dans le cadre de l'initiative EdM	14
Théorie du changement de l'initiative EdM	15
Objectifs de l'étude	16
Méthodologie	17
Les groupes cibles de l'étude et l'échantillon	17
Sélection des répondants	18
Catégorisation des répondants	18
Collecte et analyse des données	19
Considérations éthiques	20
Description des répondants	21
Bénéficiaires directs : Maris qui sont membres des EdM	21
Bénéficiaires indirects : Épouses dont les maris sont membres des EdM ; les maris qui ne sont pas membres et leurs épouses	22
Maris modèles par rapport aux maris qui ne sont pas membres des EdM : attitudes et comportements envers la SR qui distinguent les maris modèles en tant que catalyseurs de changement	22
Exposition à l'intervention	23
Exposition directe aux interventions	23
Exposition indirecte aux interventions	25
Acceptabilité des EdM par la communauté	26
Perception des hommes par les femmes concernant L'utilisation des services de santé reproductive avant et après l'intervention	27
Égalisation de l'accès des hommes et des femmes à L'information sur la SR	28



Dynamique de genre et répartition du pouvoir de décision en matière de SR	29
Changement de la communication au sein des couples sur les services de SR	30
Relations de pouvoir entre les hommes et les femmes dans la prise de décision en matière de SR	30
Perceptions normatives et rôles des hommes et des femmes en matière de santé reproductive	31
Le pouvoir de décision des femmes concernant les services de SR	32
Décideurs en fonction de la région : Qui décide généralement de l'utilisation de l'accouchement assisté et de la planification familiale	34
Décideurs en matière de PF en fonction de la nature du couple : couples modèles versus couples non modèles	35
Décideurs pour l'accouchement assisté en fonction du type de couple : couples modèles versus couples non modèles	38
Perception par les hommes du pouvoir de décision des femmes	41
Ampleur du changement	41
DISCUSSION	43
CONCLUSIONS	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXE 1 : Principaux décideurs en matière d'accouchement assisté et de planification familiale, par région et par catégorie de répondants (n=24)	49

Table des données

Figure 1 : Carte du Niger montrant les sites d'étude à Dosso, Tahoua et Zinder.	10
Graphique 1 : Statistiques sanitaire SR et Indice Synthétique de Fertilité, Dosso	12
Graphique 2 : Statistiques sanitaire SR et Indice Synthétique de Fertilité Tahoua	12
Graphique 3 : Statistiques sanitaires et Indice Synthétique de Fertilité, Zinder	12
Graphique 4 : La Théorie du Changement Programmatique – Ecole des Maris	16
Graphique 5 : Bénéficiaires directs et indirects de l'intervention de l'École des Maris	19
Graphique 6 : Logique et schéma qui ont guidé l'analyse	20
Graphique 7 : Baromètre de la prise de décision dans le couple parmi tous les répondants	40

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution des indicateurs en SR pour tout le pays	11
Tableau 2 : Résumé de l'échantillon et de la taille de l'échantillon	17



Abréviations et acronymes

AAQ	Accouchement Assisté par un personnel Qualifié
CPN	Consultation Périnatales
CPON	Consultations post natales
CSI	Centre de Santé Intégré
EdM	École des Maris
EDSN	Enquêtes Démographique et de Santé du Niger
INS	Institut Nationale des Statistiques
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IRH	Institute for Reproductive Health
MM	Mari membre d'EdM (souvent appelé Mari Modèle)
MP/PF/PE	Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PNG	Politique Nationale du Genre
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
SongES	Soutien aux ONG de l'Est et du Sud
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VAD	Visite à Domicile





Préface

Ce rapport d'étude fait partie des nombreuses études commandées par le Projet Passages pour identifier les lacunes dans la compréhension de la façon dont les interventions communautaires pour le changement des normes sociales conduisent à un changement normatif.

Les Écoles des Maris ont été conçues pour s'attaquer à l'obstacle majeur que constituent les hommes qui ne permettent pas à leurs épouses d'accéder aux services de santé, dans le contexte d'une société patriarcale où les femmes ont un pouvoir de décision personnel et des ressources financières minimales. Le raisonnement qui a guidé la conception initiale des Écoles des Maris en 2007 était d'amener les hommes à comprendre l'importance de la santé reproductive pour leur couple et leur famille et à soutenir l'utilisation des services de santé reproductive par leurs épouses. Les écoles informelles au niveau du village se sont concentrées sur l'engagement civique, le leadership partagé entre les « maris modèles » et les membres orientés pour sensibiliser les autres aux questions de santé reproductive et à l'utilisation des services. La conception du programme n'a pas abordé directement les racines de l'égalité du genre dans le partage du pouvoir et l'équité sociale dans les orientations des membres ou les sensibilisations des communautés. Au lieu de cela, la modélisation des hommes en tant que partenaires de soutien investis dans la santé de leur femme s'est faite à l'aide d'images de la boîte à images lors de la formation des maris et de la sensibilisation au cours de discussions communautaires. Les images montraient des hommes accompagnant leurs femmes dans des centres de santé, consultant des prestataires, participant à des discussions de couple, et montrant des hommes partageant les tâches domestiques dans leur ménage.

Dès le début de notre collaboration, il était clair que l'UNFPA et SongES avaient besoin et souhaitaient une meilleure compréhension des effets sur le genre des Écoles des Maris. Les preuves anecdotiques étaient positives à partir des observations sur le terrain, et les données qualitatives de l'évaluation des résultats de 2014 étaient axées sur l'utilisation des services. Ces éléments indiquent que des changements se produisent entre les sexes, notamment une meilleure communication au sein du couple et le soutien des hommes à l'utilisation des services par les femmes. Il est également apparu que des changements similaires en matière de genre se diffusaient vers les épouses des membres et les autres hommes de la communauté et leurs épouses.

Cette étude exploratoire a donc été conçue pour comprendre comment le partage du pouvoir s'opérait entre les hommes, membres des Écoles des Maris, et leurs épouses, et la communauté au sens large. Nous avons cherché à mieux comprendre les voies du changement (des théories du changement du programme) menant au résultat attendu des activités de l'École de Maris : une utilisation accrue des services prénatals, d'accouchement, postnatals et de planification familiale au niveau communautaire. Du point de vue des normes, quels changements les activités de l'École des Maris ont-elles entraîné par rapport aux attitudes et aux rôles des couples membres en matière de prise de décision et d'utilisation des services de santé reproductive ? Des changements similaires ont-ils été observés au niveau communautaire, indiquant des attentes (c'est-à-dire des normes) équitables entre les sexes en matière de santé reproductive et d'utilisation des services ? L'échantillon de l'étude qualitative comprenait trois régions du Niger afin d'évaluer les sites dans différentes phases de mise à l'échelle, permettant de comparer les effets de l'École de Maris sur le partage du pouvoir et le changement des rôles entre les sexes dans différentes régions socio-économiques et géographiques.

L'étude révèle que le changement de rôle et le partage du pouvoir entre les sexes étaient importants dans les sites visités, cependant ces effets se manifestaient différemment selon les niveaux de prise de décision et de partage du pouvoir. À un certain niveau, le patriarcat et la vision de la position sociale des hommes ne semblent pas changer.



Les hommes ont conservé un pouvoir de décision ultime sur l'utilisation des services ; néanmoins, les hommes comprennent désormais l'importance de l'utilisation des services de santé reproductive et de l'engagement masculin, ce qui constitue un net changement par rapport aux périodes précédentes où les hommes ne comprenaient pas, ne faisaient pas confiance ou n'autorisaient pas leurs femmes à utiliser les services. À un autre niveau, des changements significatifs et généralisés ont été observés dans la façon dont les femmes et les hommes se perçoivent mutuellement et interagissent en tant que couples. L'accès aux informations sur la santé reproductive est beaucoup plus équitable entre les sexes. La communication au sein du couple, désormais initiée par les femmes et les hommes, se fait autour de la planification familiale (la plus exprimée) et de l'utilisation des soins et services prénatals et d'accouchement, une transition claire par rapport à la situation antérieure où les hommes détenaient le pouvoir sur les épouses en décidant quand et quoi communiquer à leurs épouses sur ces questions. De même, les femmes ont exprimé une liberté et des actions nouvelles pour rechercher et utiliser les services de manière indépendante et pour s'engager avec leurs maris dans des discussions sur la santé reproductive. Ces changements se sont vérifiés au niveau communautaire.

Bien qu'il reste encore du travail à faire en ce qui concerne l'évolution des rôles entre les sexes et le partage du pouvoir, une intervention simple basée sur la sensibilisation d'une douzaine de « maris modèles » dans un village donné a catalysé des changements dans l'utilisation des services et de la santé reproductive, ainsi que dans les attitudes, les attentes et les comportements liés au genre des femmes, des hommes et des couples. Cette évolution confirme les voies théoriques du changement, à savoir que les normes commencent à évoluer — les attentes de ce qui est « correct » et « devrait être fait » (c'est-à-dire les normes de santé reproductive) — chez les personnes directement et indirectement touchées par les Écoles des Maris.



Résumé Exécutif

La stratégie d'intervention des Écoles des Maris (EdM ou « Husbands' Schools ») se concentre sur la formation et le renforcement des connaissances d'un groupe central de maris sur l'importance de la promotion et de l'utilisation des services de santé reproductive — services prénatals, d'accouchement assisté et de planification familiale. Ces hommes, appelés Maris modèles, sont des catalyseurs de changement dans leur ménage et dans la communauté. Ils ont pour objectif de générer un changement dans les connaissances, les comportements et les attitudes et, par le biais de leurs actions de modélisation et de sensibilisation communautaire, de planter les graines du changement dans les rôles des hommes et des femmes en matière de santé reproductive (SR) et de services prénatals, d'accouchement, de post-partum et de planification familiale. Cette étude qualitative et exploratoire a été menée dans 3 régions (Dosso, Tahoua, et Zinder) afin d'évaluer les effets de l'intervention des EdM sur les dynamiques de genre pour améliorer la santé sexuelle et reproductive au Niger. Au total, 35 entretiens individuels et 25 groupes de discussion ont été menés avec des répondants directement et indirectement exposés à l'intervention des EdM. Les questions portaient sur les perceptions actuelles et suscitaient souvent des réflexions avant-après sur les EdM et leur impact sur les couples et la communauté au sens large. Certaines questions visaient à comprendre comment la diffusion de nouvelles idées se produisait, ce qui contribuerait à l'évolution des normes au niveau communautaire. Les groupes de discussion et les entretiens individuels ont été enregistrés sur des dictaphones, puis transcrits pour servir de base de données à l'étude. La collecte des données a eu lieu du 09 juin au 09 juillet 2018.

Les résultats de l'étude ont montré que l'École des Maris est une intervention acceptée et soutenue par la communauté. Les maris modèles, nom donné aux hommes membres des écoles, sont écoutés et considérés comme des ressources crédibles pour la SR par leurs épouses, leurs pairs et les membres de la communauté, ce qui valorise la santé reproductive des femmes et le recours aux services. Ils sont considérés comme des spécialistes, et les personnes interrogées sont souvent mises au même niveau d'estime que les agents de santé. Les maris modèles ont une perception positive de leur rôle de sensibilisation de leurs pairs et se sentent investis d'une mission leur permettant d'induire un changement de comportement positif au sein de leur ménage et de la communauté concernant les services de santé reproductive. L'un des éléments qui a facilité l'acceptation des EdM est leur enracinement dans la communauté. Les actions des maris modèles vont au-delà de la SR pour englober d'autres domaines ; de nombreuses EdM répondent à d'autres besoins de la communauté, notamment l'amélioration de la santé des enfants et de l'hygiène communautaire.

Les Écoles des Maris ont contribué à renforcer les connaissances des maris et de leurs épouses sur l'importance d'utiliser les services de SR. En comparant le niveau de connaissance avant et après l'intervention, il apparaît que les EdM ont comblé un manque d'information et de connaissance sur les avantages de la SR. Les préjugés qui contribuaient à créer le doute et la méfiance à l'égard de la SR, en particulier de la planification familiale (PF), ont progressivement fait place à la confiance et à l'acceptation, notamment de la part des hommes et des femmes impliqués dans les EdM. L'effet immédiat de l'intervention a été une amélioration significative de la communication entre les maris et les femmes en tant que couples. Les questions de santé reproductive qui étaient considérées comme taboues dans le couple sont désormais discutées entre les maris et les femmes pour une prise de décision conjointe. Ce changement a été observé à la fois chez les maris modèles et non modèles et leurs conjoints, ce qui indique un effet de diffusion conduisant à une acceptation plus large par la communauté de l'amélioration de la communication au sein du couple. Certains changements observés vont également au-delà des communautés qui disposent des EdM : les participants ont



indiqué que les messages des EdM atteignent les villages environnants et les zones de santé sans EdM grâce aux échanges entre les communautés et qu'il y a maintenant des discussions sur la SR et l'implication des hommes dans la SR.

L'étude a également montré une évolution des relations de pouvoir au sein des couples qui reflète la complexité des processus de changement. En effet, il apparaît que même si le mari reste le décideur ultime, c'est-à-dire que le mari doit nécessairement être d'accord, la femme a acquis une indépendance dans la prise de décision, notamment sur l'utilisation de la PF. Les épouses participent également à la prise de décision lorsque le couple décide du moment d'avoir un enfant. Dans les communautés où les EdM opèrent, les femmes ont également indiqué qu'elles avaient acquis une nouvelle liberté d'expression sur les questions de santé reproductive, par exemple, pour entamer des discussions sur la santé reproductive avec leurs conjoints et pour plaider en faveur de l'utilisation des services.

L'intervention se concentre sur la prise de décision partagée au sein du couple sur les questions de SR. Cependant, la nature de la stratégie d'intervention, qui met en avant les maris en tant que catalyseurs du changement, a conduit les personnes interrogées (généralement des hommes et des femmes qui ne sont pas membres des EdM) à noter des effets qui peuvent être préjudiciables à la transformation du genre. La plus visible étant la perception que l'implication du mari dans les EdM augmente ses responsabilités dans la santé reproductive de sa femme et du couple. Alors qu'en soi, l'augmentation des responsabilités au sein d'un couple implique un partage des responsabilités, cela a conduit certains hommes (noté par quelques répondants seulement) à imposer à leur femme les décisions relatives à la SR.

La durabilité des acquis des EdM est démontrée par : la rapidité avec laquelle les messages sont transmis au sein des couples dans les communautés des EdM et au-delà des zones d'intervention des EdM, ce qui indique l'intérêt de la communauté pour le sujet et la diffusion ultérieure de l'idée ; l'acceptation par la communauté de l'intervention comme étant valable ; et la volonté des maris modèles et de leurs femmes de ne pas abandonner les nouveaux comportements et les connaissances acquises, et surtout de ne pas revenir à la façon dont ils étaient « avant ».

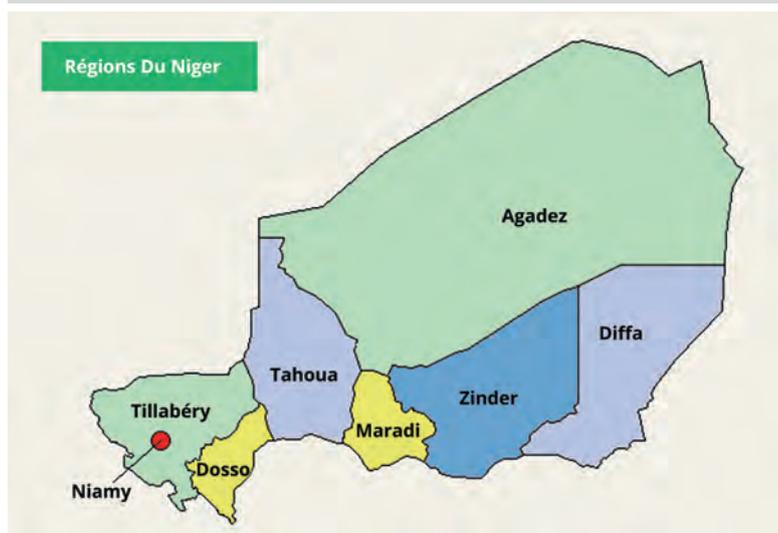
Si ces maris parviennent à modifier leur comportement et à soutenir un changement des rôles de genre dans leur ménage ainsi que dans les autres ménages de leur communauté, un profond changement des normes sociales recherché dans les communautés est possible. Cela dit, des efforts significatifs sont encore nécessaires pour un plus grand changement vers l'équité entre les sexes dans la prise de décision en matière de SR à travers les décisions à différents niveaux concernant les soins prénatals, l'accouchement, les soins post-partum et les services de PF. D'où la recommandation d'intensifier les activités de formation des écoles existantes afin d'approfondir la réflexion des membres sur le genre vis-à-vis de la santé reproductive, et d'étendre les activités des EdM dans de nouvelles zones afin de continuer à semer les graines du changement des normes de genre dans les communautés du Niger.

Cadre Théorique

Le contexte de la mise en œuvre de l'École des Maris

Au Niger, les femmes donnent naissance à environ 7,6 enfants au cours de leur vie, ce qui en fait le pays avec le taux de fécondité le plus élevé au monde (Banque mondiale 2014). Cinq cent cinquante-trois (553) femmes meurent en couches pour 100 000 naissances d'enfants vivants (Banque mondiale 2015), et le taux de prévalence de la contraception moderne chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est de 14,4 %, ce qui classe le Niger parmi les pays ayant les taux d'utilisation de la contraception moderne les plus faibles au monde (NIS 2013). Près de la moitié de la population a moins de 15 ans (Population Reference Bureau 2013), et en 2015, le Niger était classé 187e sur 188 selon l'indice de développement humain et l'indice de développement par sexe (PNUD 2016). L'inégalité entre les sexes touche tous les niveaux de la société, et les hommes dominant la vie sociale, politique et culturelle.

Figure 1 : Carte du Niger montrant les sites d'étude à Dosso, Tahoua et Zinder.



La majorité des femmes nigériennes n'ont pas l'indépendance ou la capacité de prendre des décisions concernant leur santé reproductive. Selon les attentes de la société, les femmes (et les hommes) devraient avoir de nombreux enfants. Le Niger a le taux de mariage des enfants le plus élevé au monde, avec trois filles sur quatre mariées avant l'âge de 18 ans (UNICEF 2016). Près de la moitié — 48,2 % — des filles donnent naissance avant 18 ans (UNFPA 2015). Il existe une corrélation étroite entre l'éducation et le mariage des enfants au Niger : Plus le niveau d'éducation est élevé, moins une fille est susceptible d'être mariée avant 18 ans (UNFPA 2015, UNICEF 2016). Cette relation est compromise par le fait que près de 85 % des filles âgées de 15 à 19 ans et 57 % des filles entre 10 et 14 ans ne sont pas scolarisées (UNFPA 2015).

Les normes de genre sont les règles implicites et les attentes sociales partagées sur la façon dont les individus doivent se comporter, en fonction de leur identité de genre. Au Niger, les hommes sont considérés comme les chefs de famille et prennent les décisions au nom de leurs épouses et de leurs familles. L'utilisation des services de santé reproductive, y compris les soins prénatals, l'accouchement et la planification familiale, est considérée comme une « affaire de femmes », et les hommes ne sont généralement pas impliqués. Pourtant, les hommes détiennent le pouvoir lorsqu'il s'agit d'utiliser les ressources limitées de la famille. Les hommes étant les décideurs, il est considéré comme normal qu'ils décident si leur femme se rend ou non au centre de santé, et s'il faut utiliser des ressources pour payer le transport et les services. En même temps, la norme d'avoir beaucoup d'enfants — pour montrer la valeur d'une femme et la virilité d'un homme — conduit les hommes à ne pas approuver l'utilisation de la planification familiale. En raison de ces facteurs sociaux et normatifs, les femmes manquent également de pouvoir et de capacité de décision. Dans le cas de la santé reproductive, de nombreuses femmes ne peuvent pas accéder et utiliser les services de santé reproductive (Mayaki et Kouabenan 2015, Camber Initiative 2014, Mishra et al. 2014, Schuler et al. 2011, Nalwadda et al. 2010).



Sur le plan politique, le Niger fait partie des pays africains qui ont pris des engagements fermes pour améliorer la santé sexuelle et reproductive. En effet, le Niger est l'un des pays qui ont signé en 2004 et ratifié en 2018 le protocole de Maputo sur les droits des femmes et des filles. Dans son article 14, ce protocole stipule que « les États doivent veiller à ce que les droits des femmes à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, soient respectés et promus » (protocole de Maputo, 2003). Le Niger s'est doté d'une politique nationale de genre (PNG) en 2017 avec deux objectifs principaux : 1) mettre en place un environnement institutionnel, socioculturel, juridique et économique qui contribue à la réalisation de l'équité et de l'égalité des chances et des opportunités entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons au Niger ; et 2) assurer l'intégration effective du genre comme variable dans l'analyse, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de développement. La politique nationale en matière de genre est le résultat d'une approche participative. Officiellement adoptée en août 2017, et son plan d'action devait être finalisé en 2017, la politique comprend plusieurs stratégies sociales et de changement de comportement, notamment les École des Maris/Club des futurs Maris (*École des Maris/Club des futurs Maris*) (Politique nationale de genre, 2017).

Le Niger a également un plan d'action 2012-2020 pour stimuler la PF. L'objectif fixé par ce plan est de faire passer l'utilisation de la contraception moderne de 12 % en 2012 à 50 % d'ici 2020, grâce à trois stratégies principales, à savoir : améliorer la disponibilité et la demande de services de PF et l'utilisation de la contraception moderne, et promouvoir un environnement favorable à la demande et à l'utilisation des services de PF. L'intervention de l'École des Maris est parfaitement alignée sur le deuxième et troisième stratégie du plan d'action 2012-2020. La mise à l'échelle des EdM est également l'une des principales actions stratégiques de ce plan d'action, un indicateur d'évaluation étant le nombre d'Écoles des Maris créées d'ici 2020 (Planification familiale au Niger, Plan d'action 2012-2020).

Au Niger, les indicateurs de santé sexuelle et reproductive sont parmi les plus faibles, notamment en matière de planification familiale, puisque seulement 12 % des femmes âgées de 15 à 49 ans (toutes celles qui sont actuellement en union ainsi que celles qui ne sont pas en union mais sont sexuellement actives) utilisent des méthodes contraceptives modernes, selon les résultats préliminaires de NDHS 2012. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Niger est très différente selon le lieu de résidence. En effet, seulement 8,5 % des femmes des zones rurales utilisent une méthode contraceptive moderne, contre 23,5 % dans les zones urbaines. La demande totale de services de planification familiale reste aussi faible : 26 % (NDHS, 2017, résultats préliminaires).

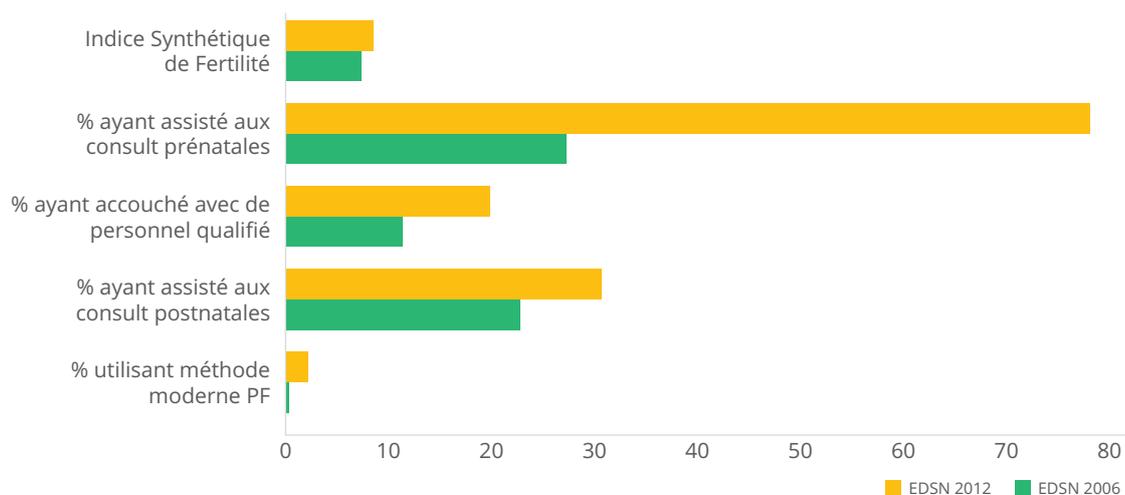
Le tableau comparatif et les graphiques ci-dessous montrent les indicateurs de santé reproductive par niveau national et régional pour la période précédant l'opérationnalisation des EdM (2006) et lors de leur mise en œuvre complète (2012).

Tableau 1 : Évolution des indicateurs en SR pour tout le pays

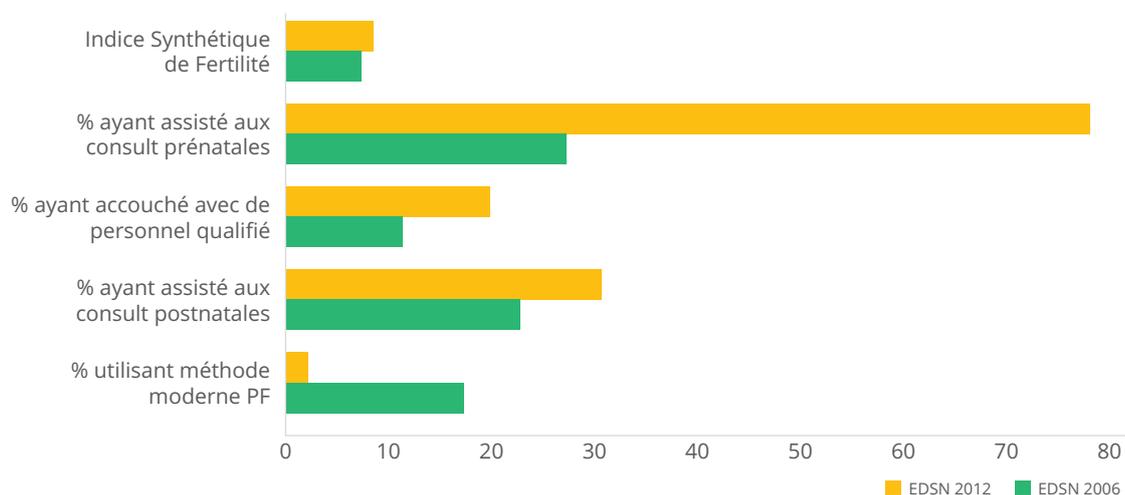
Indicateurs	EDSN 2006	EDSN 2012
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	7.1	7.6
% qui ont assisté aux Consultations Prénatales, au moins 1 visite (CPN)	46	86
% qui ont accouché assisté par un personnel Qualifié (AAQ)	17	30
% qui on assiste aux consultations Post-Natale, ou moins 1 consultation (CPON)	19	41
% qui utilise une méthode moderne de Planning Familial (PF)	5	12

Les graphiques suivants représentent l'évolution de ces indicateurs dans les régions où les EdM ont été implantées au cours de la même période, notamment celles de Dosso, Tahoua et Zinder où l'étude a eu lieu.

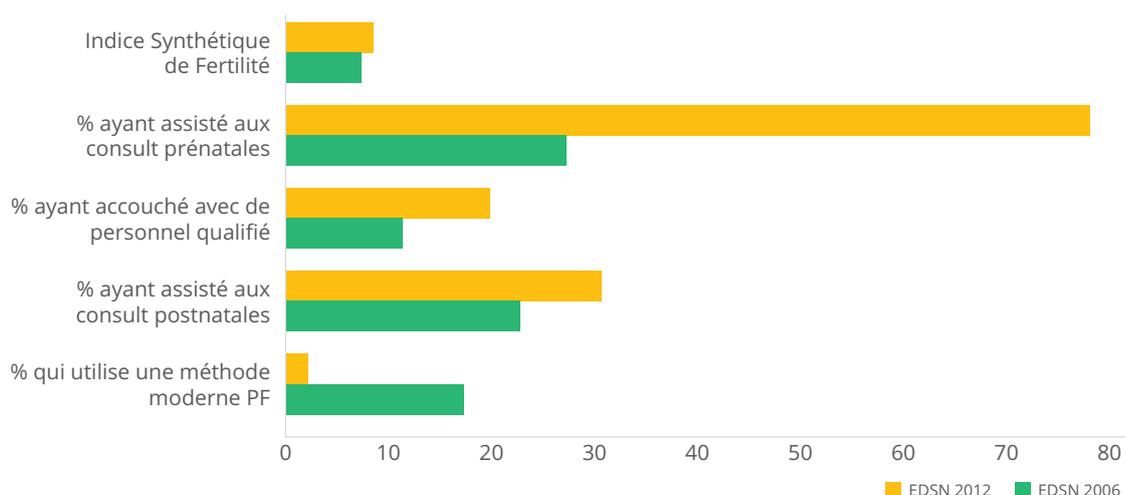
Graphique 1 : Statistiques sanitaire SR et Indice Synthétique de Fertilité, Dosso



Graphique 2 : Statistiques sanitaire SR et Indice Synthétique de Fertilité, Tahoua



Graphique 3 : Statistiques sanitaires et Indice Synthétique de Fertilité, Zinder





À Dosso, Tahoua et Zinder, les indicateurs ont évolué avec de fortes variations disparates, sauf pour l'accouchement assisté par une personne qualifiée, qui est linéaire et positif. Notons que les changements dans l'utilisation des services sont observés au cours de la période où les activités des EdM et d'autres agences de développement étaient entièrement financées et opérationnelles (2006-2012). Par conséquent, les EdM ont leur part de contribution à l'évolution positive des indicateurs de SR entre 2007 et 2013. Cette évidence est affirmée dans le rapport d'évaluation de l'approche des EdM commandé par l'UNFPA (Saley, 2014). L'évaluation a montré que dans les sites où les EdM sont intervenus, l'utilisation des services de santé reproductive a considérablement augmenté par rapport au niveau de référence, au moment de l'évaluation. Ceci a été corroboré en comparant les statistiques des services de santé reproductive des centres de santé (CSI) dans les zones avec EdM et celles des zones sans EdM : des améliorations similaires dans l'utilisation des services de SR dans les zones avec EdM ont été constatées. Ces données et d'autres informations recueillies au cours de l'évaluation ont amené l'auteur à conclure que la présence des EdM était un facteur important pour augmenter l'utilisation des services de SR.

Genre, normes sociales et SR

Les attitudes, les croyances, les normes sociales et de genre, peuvent influencer le comportement de SR. Pour être plus efficaces, les programmes de SR doivent systématiquement s'attaquer aux normes sociales et de genre qui empêchent les hommes et les femmes d'accéder aux services de SR. Les interventions mises en œuvre au niveau communautaire et ciblant le mari, la femme, la famille et la communauté dans son ensemble ont davantage contribué à améliorer les résultats de la SR que les interventions ciblant uniquement les individus (Wegs et al. 2016). Un examen systématique de ce qui fonctionne en matière de planification familiale a montré que les approches axées sur la communication interpersonnelle et le dialogue communautaire sont les plus efficaces pour améliorer les connaissances, les attitudes, les intentions et les comportements liés à la planification familiale ou à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (Mwaikambo et al. 2011). Des recherches qualitatives menées en Tanzanie ont montré que les normes de genre actuelles, dans lesquelles les hommes sont chefs de famille associé au fait que discuter de la planification familiale est tabou, constituent un obstacle important à l'utilisation de contraceptifs modernes (Schuler et al. 2011). Une autre étude menée au Nigeria à l'aide de méthodes qualitatives, notamment des groupes de discussion et des vignettes, a montré que les normes sociales et de genre pro-natalistes entravaient également les services de santé sexuelle et reproductive (Ariansola et al. 2014). Les données ont révélé que pour améliorer les résultats de la santé reproductive, il faut s'attaquer aux normes sociales et de genre. Cependant, il existe des lacunes dans les connaissances sur l'impact de l'implication des hommes et les changements de la dynamique de genre. Bien qu'il existe des études qualitatives sur l'implication des hommes et l'importance des normes de genre pour la promotion de la planification familiale en Afrique de l'Ouest (Adeleye et al. 2011, Ariansola et al. 2014) et en Afrique subsaharienne (Farmer et al. 2015, Hartmann et al. 2012, Wegs et al. 2016), à notre connaissance, ces études sont rares au Niger.

En 2006, l'UNFPA-Niger a demandé une évaluation des obstacles auxquels les femmes sont confrontées dans leurs efforts pour accéder aux services de santé reproductive. Les résultats ont montré que les hommes, en tant que détenteurs du pouvoir, des ressources et décideurs, constituaient un obstacle important à l'accès des femmes aux services de santé, en particulier aux services de santé sexuelle et reproductive (Lasdel 2007). En partenariat avec le gouvernement et l'organisation non gouvernementale SongES, l'UNFPA-Niger a développé et mis en œuvre l'intervention EdM pour éliminer les barrières à la santé reproductive et au genre qui contribuent grandement aux mauvais résultats de la santé reproductive. Les EdM ont été mises en place pour la première fois dans la région de Zinder en 2007. Elles ont depuis été reproduites dans les régions



de Tahoua, Maradi et Dosso. Actuellement, les EdM sont présentes dans toutes les régions du Niger, à l'exception de la communauté urbaine de Niamey. Cette stratégie a également été reproduite dans plusieurs pays de la région de l'Afrique de l'Ouest, notamment en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, au Mali et au Cameroun.

Description de l'intervention « Écoles des Maris »

Les Écoles des Maris sont une intervention volontaire et non hiérarchique. Les hommes doivent répondre à des critères spécifiques avant d'être admis comme membres et deviennent des « Maris modèles », servant de modèles dans leurs communautés. Les critères stipulent que les hommes doivent être âgés d'au moins 25 ans, avoir une épouse qui utilise les services de santé reproductive (n'importe quel service, y compris les soins prénatals, l'accouchement, le post-partum et la planification familiale), accepter la participation des femmes dans la communauté, prendre soin de leur famille et s'efforcer de maintenir la paix dans la famille. Les écoles sont composées de 8 à 12 maris modèles, qui se réunissent deux fois par mois pour discuter de la santé et d'autres sujets. De plus, ils organisent régulièrement des séances ad hoc de sensibilisation de la communauté, des visites à domicile, et mènent des activités visant à améliorer le centre de santé. Les membres reçoivent une formation de base en leadership, en dynamique de groupe, en travail d'équipe & communication, en plaidoyer et en négociation. Ils reçoivent également des informations de base sur la santé reproductive et infantile. Les écoles sont supervisées par des instructeurs et des superviseurs, des employés d'ONG qui sont formés pour guider les maris et les soutenir par une assistance technique. Les écoles classent par ordre de priorité les problèmes (appelés cas) auxquels leur communauté est confrontée en fonction de l'urgence de ces problèmes pour la santé, de leur importance pour la communauté et de la probabilité que les EdM puissent les résoudre.

Les exemples de cas incluent des sujets liés à la communication entre conjoints, à l'accès à la planification familiale et à l'amélioration de l'infrastructure du centre de santé. Ces réunions de groupe aident les hommes à élaborer des stratégies susceptibles de résoudre les cas qui leur sont soumis. Les normes, croyances sociales et de genres liés aux mauvais résultats en matière de santé reproductive sont très implicites à l'intervention, en particulier :

- L'utilisation des services de soins prénatals, d'accouchement, postnatals et de planification familiale ne concerne que les femmes, et non les hommes ;
- Les centres de santé sont destinés aux personnes malades et non aux personnes en bonne santé ;
- La valeur des hommes et des femmes est liée au nombre d'enfants qu'ils ont ;
- Les hommes devraient prendre toutes les décisions ;
- Les épouses ne devraient jamais dire « non » à leur mari ;
- Les hommes qui approuvent ou paient pour l'utilisation de la planification familiale manquent d'autorité.

Activités mises en œuvre dans le cadre de l'initiative EdM

L'ONG SongES, a dirigé la mise en œuvre et le soutien technique de l'intervention EdM. Les principales activités sont la mise en place des EdM, le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre, l'embauche et le soutien technique de modérateurs d'ONG pour l'encadrement des Maris modèles. (Bien sûr, les maris modèles existent en dehors des écoles, mais c'est le nom que les communautés donnent aux hommes qui sont membres des EdM).



Théoriquement, les activités critiques mises en œuvre par les EdM se répartissent en deux catégories : les activités programmatiques et les activités non programmatiques. L'encadré 1 donne plus de détails sur certaines activités programmatiques mises en œuvre par les EdM avec l'appui du personnel de programme des ONG, appelé instructeurs, qui soutiennent les EdM. La deuxième catégorie d'activités, appelée activités de sensibilisation de la communauté, est mise en œuvre en consultation avec la communauté au sens large. Il s'agit notamment de la sensibilisation à des thèmes proches de la SR ainsi que des efforts pour améliorer la propreté publique et la restauration des équipements sociaux et sanitaires. Les EdM font aussi du plaidoyer. Elles servent d'interface entre les CSI et la communauté pour communiquer et soutenir les activités qui favorisent et soutiennent l'utilisation des services de santé reproductive.

Quelques activités des EdM en détail

Réunions des EdM : avec le soutien du coach de l'ONG d'exécution, chaque groupe de maris organise deux réunions par mois au CSI ou dans la communauté. L'objectif principal des réunions du CSI est d'en savoir plus sur un sujet spécifique de santé publique afin de planifier des activités de sensibilisation de la communauté.

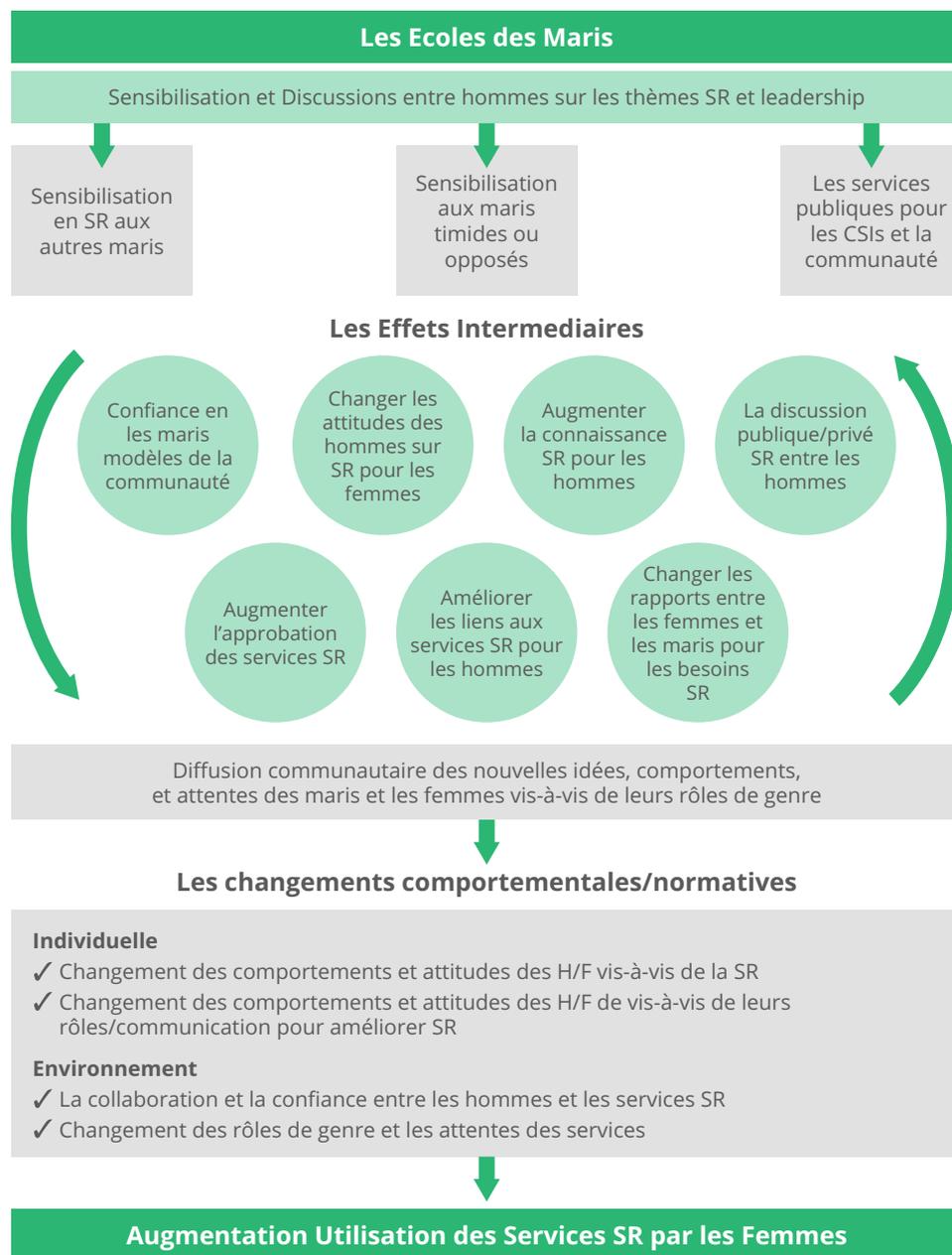
Activités de sensibilisation : Les *Maris modèles* organisent et mènent des activités de sensibilisation de groupe ad hoc, tout comme les pairs éducateurs. Chaque EdM doit organiser au moins deux activités de sensibilisation par mois. Il s'agit généralement de discussions de groupe et de séances de sensibilisation de masse lors de baptêmes, de mariages et d'autres rassemblements communautaires. Les Maris modèles effectuent également des *visites à domicile*. Ils se rendent au domicile des membres de la communauté (le plus souvent des hommes) qui ne connaissent pas les installations et n'ont pas confiance en elles, ou qui ne sont pas convaincus par les séances de sensibilisation publiques et qui n'utilisent pas les services de santé. Les visites à domicile permettent des discussions plus personnelles sur les avantages de la SR.

Les coaches des ONG et les personnes ressources de la communauté, appelés modérateurs, fournissent un soutien à distance ; ils ne sont pas les acteurs de première ligne de la sensibilisation de la communauté.

Théorie du changement de l'initiative EdM

La théorie du changement clarifie le lien entre les activités mises en œuvre et les résultats souhaités d'une utilisation accrue des services. Les effets intermédiaires mettent en évidence les conditions ou prérequis à la génération de l'effet désiré (changements au niveau individuel et communautaire des rôles et des normes de genre en matière de santé reproductive). La théorie du changement des EdM a été élaborée par le personnel du programme et les parties prenantes avec le soutien technique du projet Passages en 2016, afin d'identifier les voies de changement et d'explorer les domaines où les preuves existantes soutiennent la théorie du changement et ceux où elles manquent (voir le schéma de la théorie du changement ci-dessous). Une évaluation utilisant des méthodes mixtes menée en 2014 (uniquement dans les zones d'intervention) a révélé une augmentation du nombre de femmes utilisant les services de santé reproductive et une amélioration du comportement des hommes concernant la planification familiale dans les communautés où les EdM sont mises en œuvre. Cependant, il y avait encore un manque de données démontrant comment l'intervention des EdM a influencé les normes influençant les comportements tels que la communication et la prise de décision entre conjoints et d'autres changements de rôles, et comment le changement dans la dynamique de genre a affecté l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Il y avait également une lacune dans la manière dont les EdM ont changé la communication et la prise de décision entre les individus et au sein du couple. Comme le changement de normes était implicite dans la conception (voir la discussion précédente), l'étude était à la fois exploratoire et explicative par nature et conçue pour combler ces lacunes.

Graphique 4 : La Théorie du Changement Programmatique – Ecole des Maris



Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les changements liés au genre résultant de la mise en œuvre de l'intervention EdM au Niger. L'étude actuelle permettrait de combler un manque d'information en fournissant des données collectées de manière systématique pour tester l'hypothèse selon laquelle les actions des acteurs et des décideurs du programme EdM entraînent des changements intermédiaires, menant aux résultats individuels et environnementaux attendus dans la théorie du changement du programme. Plus précisément, cette évaluation a exploré les changements individuels et environnementaux ou socio normatifs tels que définis dans les objectifs ci-dessous :

Objectif 1 : Explorer les attitudes, les croyances et les comportements des hommes et des femmes mariés en ce qui concerne l'utilisation des services de santé reproductive dans les communautés dans lesquelles les Écoles des Maris ont été mises en place.

Objectif 2 : Explorer les perceptions des changements communautaires dans les rôles de genre, la communication et la prise de décision des couples en ce qui concerne les services de santé reproductive dans les communautés dans lesquelles les Écoles des Maris ont été mises en œuvre.

Méthodologie

Conformément au protocole de recherche, la collecte de données s'est faite par le biais d'entretiens individuels et de discussions de groupe avec des personnes des communautés visitées ayant un lien direct ou moins direct avec les EdM. En outre, la conduite d'entretiens individuels et de groupes de discussion, avec plusieurs groupes de parties prenantes externes (par exemple, le personnel des ONG, les prestataires de services d'intérêt général) ont permis de comparer différentes populations et de trianguler les résultats.

L'étude a cherché à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les attitudes, les connaissances et les comportements dominants des hommes et des femmes mariées dans les communautés des EdM ?
2. Comment les attitudes, les connaissances et les comportements des hommes et des femmes mariées diffèrent-ils en fonction de leur implication directe dans les EdM et de leur utilisation passée des services de SR ?
3. Quelles sont les perceptions dominantes des changements dans les rôles des sexes, la communication au sein du couple et la prise de décision dans les communautés des EdM ?
4. Comment les perceptions des changements dans les rôles de genre, la communication au sein du couple et la prise de décision pour les hommes et les femmes mariés changent-elles avec l'engagement direct dans les EdM et l'utilisation antérieure des services de SR ?

Les groupes cibles de l'étude et l'échantillon

L'échantillon était composé comme suit : régions (3) et localités avec un CSI correspondant (6) : Dosso (Matankari et Malgorou), Tahoua (Kalfou et Mogheur) et Zinder (Baban Tapki et Mirriah). L'échantillon intentionnel tient compte de l'âge et de l'existence des EdM et CSI actifs. Le tableau ci-dessous récapitule les cibles, la technique de recherche utilisée, ainsi que le nombre de sites, le nombre d'entretiens et de groupes de discussion par cible. Au total : 153 personnes ont participé à cette étude, dont 36 répondants pour les entretiens individuels et 117 répondants pour les discussions de groupe.

Tableau 2 : Résumé de l'échantillon et de la taille de l'échantillon

Technique de recherche	Population cible	Nombre par site	Nombre total dans les 6 sites
Groupes de discussion (13)	Maris modèles	1	6
	Épouses de Maris modèles	1	6
	Instructeurs/superviseurs des EdM	1 (pour tous les sites)	6
Entretiens individuels (36)	Maris modèles	1	6
	Épouses de Maris modèles	1	6
	Maris qui ne sont pas membres des EdM, dont les épouses ont utilisé les services de CSI	1	6
	Les épouses de maris qui ne sont pas membres des EdM et qui ont déjà utilisé les services de CSI	1	6
	Prestataires de soins	1	6
	Animateur des EdM	1	6



Sélection des répondants

Critère d'inclusion :

Les maris et les femmes éligibles pour cette étude sont ceux qui :

- Résident dans une zone d'intervention de l'École des Maris ;
- Résident dans l'un des sites sélectionnés pour l'étude.
- Sont en union (mariés ou vivant en union avec un partenaire) ;
- Ont 18 ans ou plus

Les intervenants supplémentaires (coach d'intervention, superviseurs, animateurs, personnel du CSI, leaders communautaires) sont éligibles s'ils :

- Résident/travaillent dans une région où les *Écoles des Maris* ont été mises en place ;
- Travaillent ou résident dans l'un des sites sélectionnés pour cette étude ;
- Ont 18 ans ou plus ;

Critère d'exclusion :

Les personnes qui ne répondaient pas aux critères d'âge, de partenariat ou de résidence ou qui ne faisaient pas partie du personnel d'intervention n'ont pas été sélectionnées pour cette étude.

L'échantillon ayant déjà été prédéfini dans le protocole (régions, sites et catégories cibles), les répondants ont été sélectionnés en deux étapes sur la base de ces critères. Les répondants ont été choisis au hasard parmi un grand nombre de personnes qui ont été informées de l'étude et invitées à participer le jour où les chercheurs ont visité leur village. Ainsi, 9 personnes ont été sélectionnées pour chaque groupe de discussion (groupes réservés aux femmes, groupes réservés aux hommes).

De même, les personnes interrogées pour les entretiens individuels ont été choisies parmi celles qui n'avaient pas été sélectionnées pour les groupes de discussion. Chaque répondant n'a participé qu'à une seule activité, soit le groupe de discussion, soit l'entretien individuel. Les entretiens individuels ont été menés après les groupes de discussion. Les groupes de discussion et entretiens individuels avec les femmes ont été menés par des enquêtrices formées, et pour les groupes d'hommes par des enquêteurs formés également. Pour les prestataires de soins, c'est l'agent de santé qui a le plus collaboré avec les EdM qui a été sélectionné (le chef du centre de santé/CSI, l'infirmier-chef, ou la sage-femme si le chef du CSI venait de commencer son travail ou n'est pas présent ou disponible au moment de la visite). Concernant le modérateur, le chef du CSI et les EdM les ont invités à venir pour une réunion. Enfin, SongES a convié un groupe d'instructeurs pour une réunion dans leur bureau de Niamey, puisque plusieurs d'entre eux étaient en ville en attendant le début d'un nouveau cycle de financement du projet pour continuer les activités des EdM.

Catégorisation des répondants

Bénéficiaires directs : Il s'agit des maris qui ont été sélectionnés sur la base de critères des EdM et qui ont effectivement participé aux activités programmatiques décrites ci-dessus. Ainsi, tous ceux qui ont pris part aux activités programmatiques (quel que soit le nombre d'activités auxquelles ils ont participé) sont identifiés ici comme des bénéficiaires directs.

Les **bénéficiaires indirects** sont des personnes qui ne sont pas directement engagées en tant que Maris modèles mais qui ont entendu les messages des EdM soit directement par les Maris modèles, soit indirectement par d'autres personnes de leur communauté. Cette catégorie couvre également les épouses des maris qui sont membres des EdM.



Les **parties prenantes qui soutiennent les activités des EdM ou y collaborent** : les parties prenantes sont, entre autres, les prestataires de santé, les instructeurs et les superviseurs qui encadrent les EdM, les animateurs des EdM et les dirigeants communautaires.

Graphique 5 : Bénéficiaires directs et indirects de l'intervention de l'École des Maris

BÉNÉFICIAIRES DIRECTS ET BÉNÉFICIAIRES INDIRECTS



Collecte et analyse des données

La collecte des données a été réalisée entre mai et juin 2018. Avec le soutien de l'IRH, les enquêteurs ont reçu deux jours de formation théorique sur la SR, les EdM, l'évaluation réaliste, les techniques qualitatives de collecte de données, l'éthique de la recherche, et se sont familiarisés avec les outils en faisant des jeux de rôle. Le prétest des outils s'est déroulé sur deux jours à Kargui-Bangou et Matankari (région de Dosso).

Les données ont été collectées par quatre (4) enquêteurs, dont deux femmes et deux hommes ayant les compétences techniques et linguistiques requises, sous la supervision du Consultant. Toutes les données ont été enregistrées (à l'aide de dictaphones).

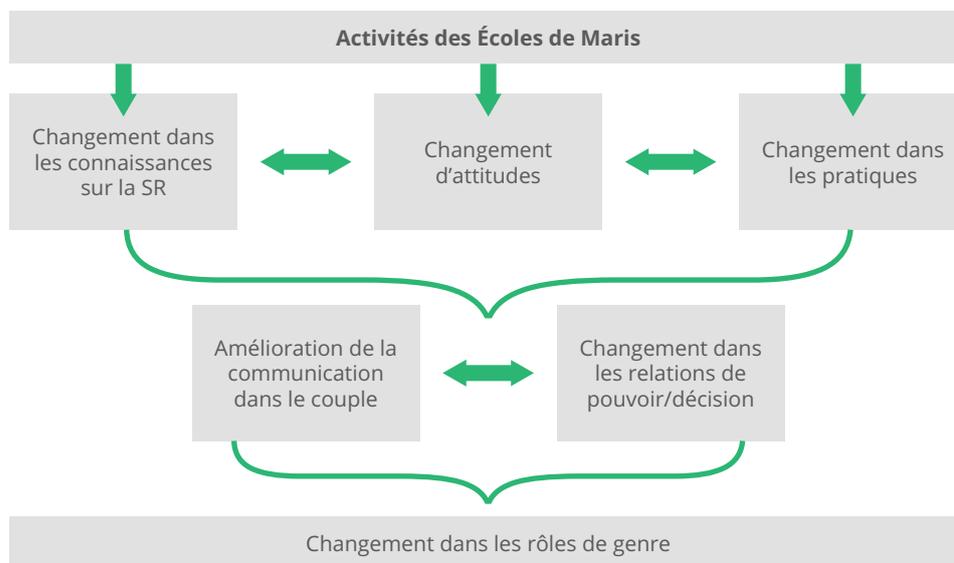
Les transcriptions ont été traduites en français et téléchargées dans le programme NVivo 12. Nous avons organisé les transcriptions en fonction du statut des EdM, par exemple, membre, non-membre, sexe, site, et les avons codées avec des codes préétablis et émergents en utilisant AtlasTi 7. Les codes préétablis ont suivi les questions de recherche et les thèmes des services de santé reproductive, et un codage émergent a été ajouté à mesure que de nouveaux thèmes étaient identifiés. Après avoir codé toutes les transcriptions, des rapports de code ont été générés pour permettre une analyse supplémentaire et rendre les données plus accessibles pour illustrer les résultats.

L'étude visait à examiner la nature et la direction des changements dans les attitudes et les rôles des hommes et des femmes en matière de SR résultant des activités des EdM. Elle s'est concentrée sur deux niveaux, les changements dans la relation entre les maris membres d'une EdM et leurs épouses, et les changements qui se produisent dans l'ensemble de la communauté suite aux activités de sensibilisation dans les EdM et à la diffusion de nouvelles idées.

La logique qui a guidé l'analyse des résultats montre les éléments de genre explorés dans cette étude (voir schéma ci-dessous).



Graphique 6 : Logique et schéma qui ont guidé l'analyse



Considérations éthiques

La collecte et la gestion des données ont suivi les termes du protocole de recherche, qui mettait l'accent sur la confidentialité et le consentement éclairé, élaboré en consultation avec les comités d'éthique du Niger et de Georgetown. Le protocole de recherche a été soumis et validé par le Comité national d'Éthique du Niger ainsi que celui de l'Université de Georgetown, Washington, D.C.



Résultats De L'étude

Afin de refléter les questions de genre (et pas seulement l'engagement des hommes) de manière exhaustive, la section Résultats est organisée en segments afin de déterminer :

- la valeur ajoutée de l'intervention par le comportement des Maris modèles en tant que catalyseurs de changement social et d'influence sociale ;
- d'identifier le niveau d'exposition directe des Maris modèles et l'exposition indirecte des autres membres de la communauté afin de comprendre comment les attitudes et les comportements liés au genre se sont diffusés et reflètent les changements normatifs ;
- et ensuite d'explorer comment la dynamique de genre affecte les processus de prise de décision pour les soins de SR au sein des couples bénéficiaires directs et indirects, toujours dans l'idée de diffusion et de changements normatifs.

Les résultats montrent la nature des changements vécus par les couples en termes de communication sur l'accès et l'utilisation des services de santé reproductive ; le partage du pouvoir entre les femmes et les hommes dans différents domaines de l'accès à l'information sur la santé reproductive et l'utilisation des services de santé reproductive par les femmes ; et l'attitude des maris envers ce pouvoir décisionnel nouvellement acquis par les femmes, entre autres.

Description des répondants

Dans cette section, nous comparons les résultats des maris membres des EdM (maris modèles) qui agissent en tant que catalyseurs de changement et diffusent des messages pro-SR dans la communauté aux maris non membres des EdM (qui ne sont pas directement engagés en tant que maris modèles mais qui ont entendu les messages des EdM soit directement par les maris modèles, soit indirectement par d'autres personnes de leur communauté).

Bénéficiaires directs : Maris qui sont membres des EdM

Les bénéficiaires directs sont les maris membres d'une EdM qui ont reçu une formation à propos du projet, puis ont commencé la sensibilisation de la communauté et d'autres activités pour discuter des messages promouvant et soutenant l'utilisation des services de santé reproductive. Dans cette étude, nous cherchons à savoir s'il y a eu des changements ou une évolution dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des maris modèles concernant l'utilisation des services de SR par les femmes, et si la participation des maris modèles aux EdM a entraîné des changements dans le couple suite à l'évolution de leurs connaissances.

Étant donné que l'un des principaux objectifs des EdM est d'accroître le pouvoir de décision des femmes en matière d'accès et d'utilisation des services de santé reproductive, le pouvoir de décision des femmes devrait, en principe, se manifester par une plus grande capacité des femmes à décider et à prendre des mesures pour l'utilisation des services de santé reproductive. Puisque les hommes ont un plus grand pouvoir de décision au Niger, la dynamique du pouvoir de décision entre les hommes et les femmes ne peut être durable que lorsque les hommes sont impliqués dans ce processus de changement des normes sociales, c'est-à-dire lorsque les hommes permettent ou créent par leurs actions des espaces pour une plus grande prise de décision des femmes. Les épouses des membres des EdM ont confirmé cette plus



grande implication dans le temps de leurs maris (maris modèles) et l'ouverture de l'espace de décision du couple lors d'un groupe de discussion à Kalfou :

« Les hommes nous emmènent au CSI [centre de santé] sur une moto, et au CSI nous recevons tous les soins. Lorsque nous rentrons à la maison, si nous nous rendons compte que notre état ne s'est pas amélioré, ils nous ramènent au CSI pour une consultation, avant de nous ramener à la maison une fois que nous sommes en bonne santé. » — Groupe de discussion des épouses de maris modèles, Kalfou, Tahoua.

Bénéficiaires indirects : Épouses dont les maris sont membres des EdM ; les maris qui ne sont pas membres et leurs épouses

Les bénéficiaires indirects sont les maris qui ne sont pas membres des EdM et leurs épouses, les épouses des maris qui sont membres des EdM, et les membres de la communauté en général. Les réponses des bénéficiaires indirects fournissent des données sur la façon dont les messages de sensibilisation véhiculés par les EdM ont été diffusés dans toute la communauté au point de « routiniser » ou de « normaliser » les comportements et les attitudes des maris membres et non membres à l'égard de la SR. L'intervention des EdM envisage un changement des normes sociales et de genre au niveau de la communauté, déclenché par un petit groupe de maris modèles comme catalyseurs de changement. L'observation de nouveaux modèles de comportement par les maris des modèles directs (bénéficiaires directs) semble avoir porté ses fruits, au point que de nombreux répondants de cette étude affirment ne voir aucune différence entre les maris modèles et les maris non modèles en ce qui concerne la compréhension de l'importance de la SR pour la santé de la famille et le bien-être de la communauté.

« Il n'y a pas de différence entre eux (maris membres et maris non membres des EdM). Pour moi, ils sont semblables, car aujourd'hui ils sont tous conscientisés et il est difficile de voir un mari non membre qui ne s'implique pas dans la santé de sa famille et de la communauté. » — Groupes de discussion Femmes de maris membres des EdM de Mogheur, Tahoua.

Bien que nous ne puissions pas affirmer avec certitude que cette observation est due uniquement aux EdM, les autres activités d'engagement masculin et de santé reproductive dans la région ont été minimales pour autant que nous le sachions, et nous présumons que l'effet de diffusion qui a normalisé l'appréciation de la santé reproductive et de la santé par les hommes est lié aux activités des EdM. En tout état de cause, les participants à la discussion établissent un lien entre les EdM et ce constat.

Maris modèles par rapport aux maris qui ne sont pas membres des EdM : attitudes et comportements envers la SR qui distinguent les maris modèles en tant que catalyseurs de changement

Les répondants ont partagé leur compréhension du concept de mari membre d'une EdM. Bien que beaucoup aient exprimé le concept de « mari membre d'une EdM », c'est par des comparaisons entre les maris modèles et d'autres maris, que l'on pourrait appeler maris non modèles, que des compréhensions plus profondes apparaissent. La différence la plus citée est la capacité de communication et les connaissances des maris modèles sur les questions de santé.

« Nous pouvons facilement identifier un mari qui n'est pas membre des EdM. Nous les reconnaissons souvent lorsqu'il s'agit de débattre de la santé ou des relations sociales. Dès que vous l'entendrez parler, vous comprendrez qu'il n'est pas un membre d'une EdM. S'il a fréquenté une EdM, vous l'entendrez conseiller les femmes, les enfants, sur l'accouchement, la propreté ; il ne parle que de ces choses. » — Groupe de discussion des maris qui sont membres de l'EdM de Baban Tapki, Zinder.



Toutefois, cette différence entre les Maris modèles et les autres maris est très nuancée dans certaines localités et peut être due au niveau d'intensité de l'intervention.

« Ma réponse diffère un peu. Ils ne peuvent pas être comparés car ils ne sont pas membres de l'École, et tout le monde ne peut pas être membre de l'École, donc ils ne peuvent pas se comporter comme des membres de l'École. Malgré cela, il y en a d'autres qui ne sont pas membres et qui se soucient de la santé et du bien-être de leur famille et de la communauté... » — Groupe de discussion des maris qui sont membres de l'EdM de Matankari, Dosso.

Les Maris modèles sont considérés comme des ressources pour soutenir et promouvoir l'utilisation des services de SR. Selon ces maris modèles, les membres de l'EdM ont acquis une certaine notoriété dans la communauté ; leur rôle est souvent comparé à celui d'un agent de santé. (Note pour l'interprétation de la citation ci-dessous : La réflexion des maris modèles sur le fait d'être comparables à des agents de santé n'est pas à prendre au pied de la lettre ; ces hommes ne veulent pas être des agents de santé avec des rôles techniques. Ces commentaires reflètent plutôt l'estime de la communauté pour les maris modèles en tant que ressource communautaire disponible).

« Nous avons connu un grand changement car nous sommes maintenant comparables aux agents de santé... Ils (la population) ne nous montrent que du respect et de la considération. Pendant les cérémonies, ils demandent à nos femmes de leur donner des conseils. » — Groupe de discussion des maris qui sont membres de l'EdM de Malgorou, Dosso.

Il semble également que, par leur association avec les maris modèles, leurs épouses gagnent de plus en plus la confiance du public dans la promotion de l'utilisation des services de santé reproductive.

Exposition à l'intervention

L'exposition aux messages des EdM peut être directe ou indirecte. Dans la communauté, les participants aux EdM représentent un ensemble d'hommes sélectionnés sur la base de leur intégrité personnelle et qui adoptent des attitudes et des pratiques favorables à la santé reproductive. Outre les maris modèles, d'autres membres de la communauté peuvent ne pas être directement impliqués dans les EdM, mais recevoir des messages par l'intermédiaire de leurs pairs.

Dans la zone d'intervention de l'EdM, il y a deux catégories d'hommes/époux. La première catégorie représente les maris modèles directement impliqués dans les EdM, qui participent aux réunions et autres activités (exposition directe). La deuxième catégorie est composée d'hommes et de femmes qui ne participent pas directement aux réunions des EdM et ne facilitent pas les activités de sensibilisation, mais qui reçoivent des messages par le biais de la sensibilisation, soit directement de la part des maris modèles, soit de la part de pairs qui ont entendu des messages des EdM (exposition indirecte).

Exposition directe aux interventions

Les maris directement exposés à l'intervention sont ceux qui participent aux réunions et aux activités des EdM. Dans cette catégorie, la majorité des répondants ont participé à toutes les réunions d'EdM organisées et ont reçu tous les messages diffusés dans le groupe lors des différentes réunions. L'engagement de ces maris sur les questions de SR, comme nous le verrons plus loin, montre leur degré d'exposition aux messages.



Au cours des entretiens, ces hommes ont pu expliquer clairement tant les objectifs de l'EdM que les effets et résultats souhaités. Si la plupart des membres interrogés n'ont pas pu dire précisément quand ils ont commencé à participer aux EdM [le début ou la durée de leur exposition], ils ont souvent mentionné que cela faisait longtemps et qu'ils ne se souvenaient même pas de la date de début. D'autre part, certains répondants disent avoir commencé à participer aux activités des EdM il y a 5 ou 6 ans. Tous ont été directement exposés au fil du temps.

« Je ne peux pas vous dire quand exactement l'EdM est arrivée ici, mais ce que je peux vous dire c'est qu'elle est là depuis longtemps, et nous avons été les premières personnes à être appelées et sensibilisées sur le travail et les objectifs des EdM. Ils nous ont fait comprendre l'importance de convaincre les femmes de consulter un médecin lorsqu'elles sont enceintes et de se rendre dans les centres de santé pour les accouchements. Et pour cela, nous allons de » fada « en » fada « (groupes informels où les hommes se réunissent régulièrement) pour expliquer aux maris d'emmener leurs femmes au centre de santé pour les accouchements. » — Groupe de discussion, les maris qui sont membres de l'EdM de Malgorou, Dosso.

L'exposition des maris directement impliqués peut être mesurée non seulement par la durée de leur participation aux EdM mais aussi par leur connaissance et leur compréhension du contenu des messages véhiculés par les EdM. Le haut niveau d'exposition des hommes directement impliqués dans les EdM est révélé dans leurs réponses aux histoires ouvertes racontées lors des discussions de groupe. Les maris modèles ont identifié les « bons » et les « mauvais » comportements dans les histoires, ce qui indique que l'exposition aux messages sur les EdM était assez forte ; les maris modèles comprennent très bien les enjeux de la SR.

« Personnellement, je dirais qu'Abdoul Karim [l'un des acteurs d'une histoire racontée qui ne s'est pas comporté comme un mari membre de l'EdM dans l'histoire] n'a pas fait son travail de membre de l'EdM parce que, pendant toute l'histoire, je n'ai même pas entendu parler de consultation prénatale ; et [il] la laisse [la femme enceinte dans l'histoire] accoucher à la maison. De plus, il n'y a pas d'espacement entre les grossesses. » — Groupe de discussion, les maris qui sont membres de l'EdM, Malgorou, Dosso.

Ce que disent les épouses des maris modèles atteste également du degré d'exposition (directe) de leurs maris aux interventions des EdM. En effet, l'exposition **directe des maris a eu une influence favorable sur les attitudes et les comportements de leurs épouses vis-à-vis des messages véhiculés par les EdM**. Nous constatons un changement positif dans les comportements des femmes elles-mêmes, principalement les visites préliminaires de CPN, l'adoption de la PF pour espacer les naissances après l'accouchement, et les visites de suivi postnatal.

« Grâce aux explications de mon mari, je suis maintenant consciente de beaucoup de choses. Par exemple, je sais que les femmes doivent se rendre au centre de santé dès le début de la grossesse, faire toutes les CPN (Consultations Prénatales) et, après l'accouchement, il est important d'utiliser la PF pour permettre au corps de se reposer. J'ai appris tout cela de mon mari, qui est membre de cette école. » — Femme d'un mari qui est membre de l'EdM de Matankari.

Munies d'informations, ces femmes deviennent également des catalyseurs de changement au sein de la communauté qui encouragent les bonnes pratiques en matière de SR.

« Elles [les épouses des maris des EdM] nous éduquent sur l'utilisation des services de santé, sur les accouchements assistés, les méthodes de planification familiale. Si vous êtes enceinte, vous allez au CSI (centre de santé) pour les consultations prénatales, et l'agent de santé saura s'il y a une maladie ou si tout va bien. Si vous n'allez pas aux consultations, il y a un problème. Nous apprenons tout cela de ces femmes. » — Femme d'un mari qui n'est pas membre de l'EdM de Matankari



La satisfaction des épouses à l'égard de la participation de leurs maris aux EdM est une manifestation des effets immédiats des membres des EdM (exposition directe) sur leurs épouses (exposition indirecte). Il ressort clairement des commentaires de ces femmes qu'avant cette participation, elles étaient « ignorantes » et ne connaissaient pas grand-chose à la SR. Elles ont mentionné une amélioration de leurs connaissances après des discussions avec leurs maris modèles.

« Bien sûr, j'ai remarqué des améliorations dans ma connaissance de ces services depuis que mon mari est devenu membre parce qu'il partage avec nous des informations [...] sur les services de planification familiale ». Je connais toutes les méthodes contraceptives, leur importance et leur utilisation. Avant, nous étions ignorants. » — Femme dont le mari est membre d'une EdM, Mogheur

Outre l'amélioration des connaissances des maris et des épouses en matière de planification familiale, de soins prénatals, d'accouchement assisté et de consultation postnatale, certaines femmes ont indiqué que l'exposition de leurs maris à ces messages par le biais des EdM avait renforcé le sens des responsabilités de leur conjoint dans le suivi de la grossesse de leur femme. Les actions de contrôle des maris consistent principalement à vérifier le carnet de santé de la femme et ses ordonnances (pour les maris qui savent lire) pour s'assurer qu'elle suit les recommandations du médecin.

« Nos maris ont appris qu'une femme, à partir de 3 mois [de grossesse], doit être suivie en vérifiant le carnet de grossesse pour voir si elle suit ou non les rendez-vous donnés par l'agent de santé. » — Groupe de discussion, épouses de maris membres de l'EdM de Mirrah

En résumé, l'exposition directe des membres de l'EdM est très forte, et cela se reflète dans leurs attitudes ainsi que dans leurs communications et leur soutien comportemental vis-à-vis des services de SR. Cela pourrait indiquer le début de la création d'un environnement propice à l'adoption de comportements positifs dans l'utilisation des services de SR, ce qui est l'objectif final de l'intervention en matière d'EdM.

Exposition indirecte aux interventions

L'exposition indirecte aux interventions concerne principalement les hommes non-membres des EdM et les femmes. Pour les hommes qui ne participent pas directement aux activités des EdM, les résultats montrent une exposition assez élevée à la sensibilisation et aux messages véhiculés par leurs pairs.

« Je n'ai qu'une seule femme, et elle n'a jamais manqué une consultation, qu'elle soit prénatale ou pour les enfants... En plus, à chaque fois qu'il y a une réunion, je lui raconte ce que les membres des EdM ont dit... Il y a une différence parce que je suis avec les membres des EdM. Donc, tout ce que j'entends de leur part, je le dis immédiatement à ma femme (l'information que j'apprends) pour qu'elle puisse l'utiliser. » — Entretien avec un mari non membre de l'EdM, Matankari, Dosso.

En effet, dans la communauté, les maris modèles sont considérés comme des ressources par les autres hommes. Par conséquent, les comportements défendus par ces maris et leurs comportements quotidiens, notamment en matière de SR, sont imités par les hommes non membres des EdM.

« Je suis nouvelle dans ce village. Mais après avoir entendu l'information chez mes voisines, c'était il y a 2 ou 3 ans, et je l'ai découvert grâce à mes voisines parce que leurs maris sont membres des EdM ; c'est une École qui aide beaucoup de femmes et les sensibilise parfaitement à l'utilisation des services de santé. » — Entretien avec la femme d'un mari non membre de l'EdM de Malgorou, Dosso.



Les témoignages illustrant cet « effet d'entraînement » sont nombreux et témoignent d'une augmentation significative de la fréquentation des services de la SR par toutes les catégories d'hommes et leurs épouses.

« Avant, à peine 2 ou 3 personnes sur 10 utilisaient les services de santé ; maintenant, nous en avons plus de sept sur dix, et certains donnent même de l'argent à leur femme pour des soins ou des consultations. Pour ceux qui n'ont pas encore compris, on ne les bouscule pas, avec le temps, ils finiront par adhérer. » – Entretien avec un mari non membre de l'EdM de Baban Tapki, Zinder.

« Cela m'a été utile dans le sens où avant, quand j'ai accouché, juste après quarante jours (la période traditionnelle d'abstention post-partum des relations sexuelles), je suis retombée enceinte. Et une fois au centre, on m'a expliqué l'utilité de pratiquer la planification familiale et de prendre ces médicaments. Après ce (dernier) accouchement, il m'a fallu plus d'un an pour être à nouveau enceinte. » — Entretien avec l'épouse d'un mari non membre d'une EdM

Au-delà des hommes et des femmes de l'entourage immédiat des membres de l'EdM, l'exposition aux messages s'est étendue aux villages et aux communautés non couverts par l'intervention. Les données ne sont pas disponibles pour mesurer le niveau d'exposition de ces communautés non couvertes. Cependant, à partir des réponses des personnes interrogées, il y a des références et des indications qui montrent que même si les EdM n'existent pas dans tous les villages, les messages sont quand même transmis dans les nouveaux villages, surtout parce que ces communautés vont dans les mêmes centres de santé.

« Je connais l'EdM depuis son établissement ici, car elle revêt une importance particulière. Et nous avons également fait ce travail (des EdM) au moins une fois dans nos villages en sensibilisant les femmes aux services et centres de santé. Nous avons découvert cette école grâce à l'instructeur (de l'ONG) qui est venu ici pour sensibiliser les gens, alors nous avons continué à faire ce travail, même si ce n'était pas un travail rémunéré. » – Entretien avec un mari non membre de l'EdM de Mantankari, Dosso.

Acceptabilité des EdM par la communauté

Au niveau de la communauté, on reconnaît l'importance des *maris modèles* dans l'amélioration de la santé en général. L'implication des membres des EdM dans les activités communautaires au-delà de la santé a facilité l'acceptation par la communauté des activités de promotion de la santé reproductive des EdM. Plus précisément, les EdM sont perçues par la communauté comme de véritables écoles où les participants apprennent et partagent leurs expériences, notamment en matière de santé reproductive. En plus de la satisfaction et de la fierté personnelles exprimées par les membres de l'EdM, les membres non EdM ont également mentionné leur admiration et leur satisfaction pour les maris modèles et leurs activités. Il n'y a pas d'attitude négative ou de rejet des EdM dans les réponses des répondants. Les attitudes à l'égard des EdM ont évolué au fil du temps et, aujourd'hui, les malentendus et les moqueries ont fait place à l'admiration.

« Avant, quand les gens voyaient une réunion de groupe [organisée par une EdM], ils riaient, disant que c'était une perte de temps, mais aujourd'hui, ils comprennent l'importance de la chose » — Groupe de discussion, épouses de maris membres de l'EdM de Baban Tapki, Zinder.

Les personnes interrogées qui ne sont pas membres ont mentionné divers aspects qu'elles apprécient au sujet des EdM, renforçant généralement la façon dont les maris modèles interrogés perçoivent leur contribution à la santé et au développement social de leur communauté. Les maris qui ne sont pas membres des EdM semblent également valoriser le rôle des maris modèles en tant qu'hommes dans la société, et beaucoup se considèrent comme des maris modèles.



« C'est une école qui aide le ménage à mieux fonctionner, c'est-à-dire qu'elle améliore les relations entre les conjoints et au sein de la famille... Nous aussi, nous sommes devenus un couple modèle maintenant » — Entretien individuel, mari non membre des EdM, Kalfou.

En d'autres termes, la perception que certaines personnes de la population générale avaient initialement de l'EdM était négative. En entreprenant avec persévérance des actions utiles et en convainquant les autres de l'utilité des services de SR, l'EdM a fini par obtenir une reconnaissance sociale et une image positive, même de la part des agents de santé qui auraient pu traiter les maris modèles comme des rivaux dans le passé. Ils ont également le soutien des dirigeants communautaires, qui convainquent les plus sceptiques. Nous pouvons constater que toutes les catégories de répondants dans toutes les régions visitées apprécient positivement les activités de l'EdM. Ils ont donc une base sociale et sont bien placés pour agir en tant qu'agents du changement. Nous notons que leur utilité globale pour les communautés est également réaffirmée au-delà des questions de SR.

Perception des hommes par les femmes concernant L'utilisation des services de santé reproductive avant et après l'intervention

De nombreux hommes étaient sceptiques et méfiants à l'égard des services de SR avant l'intervention des EdM ; ils avaient des préjugés sexistes et manquaient de connaissances. De plus, il y avait de fausses rumeurs sur les méthodes de planification familiale qui associaient l'utilisation de la méthode à la limitation des naissances et aux intentions occidentales de limiter la croissance démographique dans la communauté. Ces perceptions sont apparues au cours des entretiens et des discussions de groupe avec les épouses des maris qui ne sont pas membres des EdM, les maris qui sont membres des EdM et les épouses des maris qui sont membres des EdM.

« Au début, mon mari voyait [l'utilisation de la planification familiale] comme un manque de respect [pour son mari] de ma part. » — Femme d'un mari non membre d'EdM, Mogheur

« Beaucoup de mauvaises histoires ont été racontées sur la planification familiale. Certains ont dit que c'était un moyen de réduire la population, et d'autres ont dit que si vous utilisez la PF, vous ne pouvez plus avoir d'enfants. Cela faisait peur même aux femmes, et on peut comprendre que les maris aussi refusaient cette méthode [...]. Aujourd'hui, avec les messages de l'EdM, et aussi avec l'aide des services de santé, ces mauvaises histoires ont peu à peu disparu. » — Femme dont le mari est membre d'une EdM, Mirriah

Les réponses des femmes qui affirment qu'elles n'ont plus besoin de déployer autant d'efforts qu'auparavant pour convaincre leurs maris prouvent qu'il y a un changement dans la perception des hommes non membres des EdM envers l'utilisation de la SR et de la PF, en particulier. Les membres des EdM ont été confrontés au départ à de nombreux préjugés et tabous sur la SR et, surtout, sur les méthodes de PF, ce qui contribue à expliquer l'opposition et la réticence généralisées des hommes. C'est dans ces contextes difficiles que les maris modèles sensibilisent d'autres maris et changent leurs attitudes et leurs comportements, grâce à leur influence sociale qui s'est développée au fil du temps.

« Nous discutons [maintenant] de l'importance et de l'utilisation de la planification familiale car avant toute utilisation, je dois lui demander son avis et lui présenter mes arguments convaincants, mais aussi [parler] des conséquences de l'accouchement à domicile. » — Entretien, épouse d'un mari non membre d'une EdM, Mirriah, Zinder

« Avant, les gens (y compris les maris) ne comprenaient pas et pensaient que la planification familiale consistait à limiter les naissances. » — Groupe de discussion, épouses de maris membres d'EdM, Malgorou, Dosso



En résumé, après le début du fonctionnement des EdM, les actions des membres des EdM visant à promouvoir et à utiliser les services de SR sont désormais visibles et acceptées, car l'EdM est considérée comme une ressource crédible. Il est important de noter que leurs messages ne se limitent pas aux membres immédiats des EdM mais s'étendent à l'ensemble de la communauté, soutenant ainsi la théorie du changement du programme. « L'effet de diffusion » sur les maris non membres apparaît dans les réponses des répondants comme un changement positif (en termes de promotion, de soutien de l'accès et de l'utilisation des services de SR par les femmes) dans le comportement des maris qui ne sont pas membres des EdM et qui sont autour des maris modèles.

« Ils [les maris non modèles] demandent à leurs femmes d'aller au centre de santé/CSI parce que, même s'ils ne sont pas membres des EdM, ils sont avec eux [les maris membres des EdM] et ils entendent ce qu'ils disent » — Groupe de discussion, épouses de maris membres d'EdM, Kalfou, Tahoua

« Les non-membres des Écoles des Maris agissent comme des membres parce qu'ils assistent aux réunions, y compris les épouses » — Groupe de discussion, épouses de maris membres d'EdM, Mogheur, Tahoua

Égalisation de l'accès des hommes et des femmes à L'information sur la SR

Les témoignages partagés dans les sections précédentes montrent que davantage de personnes accèdent aux informations sur la santé reproductive et par des canaux plus diversifiés. Avant les EdM, il y avait un manque d'information sur les services de santé reproductive et un manque de communication entre les couples. Les hommes n'avaient pas l'impression que les soins prénatals, l'accouchement ou la planification familiale les concernaient. Grâce aux activités de sensibilisation des EdM, les hommes (maris modèles et non-membres), sont très intéressés, souvent même plus informés que leurs épouses, et ont des attitudes de plus en plus positives envers l'utilisation des services de SR par les femmes. Cependant, cet engagement élargi consiste principalement à partager des informations et à indiquer que l'on accepte que les épouses choisissent et utilisent les services de SR.

Alors qu'auparavant, les épouses recevaient déjà certaines informations au centre de santé lors des consultations de grossesse et d'accouchement, aujourd'hui, les maris informés agissent également comme agents de sensibilisation et promoteurs de l'utilisation des services de santé reproductive auprès des femmes. Plus encore, les femmes déclarent avoir davantage accès aux informations sur la manière de rester en bonne santé et d'utiliser les services de santé reproductive tels que les soins prénatals, l'accouchement assisté et la planification familiale. Les maris modèles partagent ces informations avec leurs épouses et avec d'autres hommes de leur communauté. Les *épouses* des maris modèles partagent alors les informations obtenues par l'intermédiaire de leurs maris avec d'autres épouses. Nous pouvons donc dire que les couples et l'ensemble de la communauté ont maintenant un meilleur accès à l'information sur la santé reproductive, par rapport à l'époque où, avant l'arrivée des EdM, les gens en savaient très peu sur la santé reproductive ou avaient des informations fondées sur des rumeurs plutôt que sur des faits.

En d'autres termes, alors que les maris modèles ont été engagés pour être les principaux catalyseurs de changement des EdM, les résultats montrent que leurs épouses jouent un rôle similaire de confiance et de catalyseur de changement en partageant des informations avec leurs pairs féminins. Ainsi, les épouses jouent un rôle essentiel dans la transmission des informations, notamment dans les cercles féminins, inaccessibles aux maris modèles. La théorie du changement du programme EdM, dans laquelle la diffusion de nouvelles idées se fait par le biais de réseaux d'hommes et de femmes, est confirmée et mieux comprise.



En outre, la reconnaissance et la confiance de la communauté envers les épouses des maris modèles, contribue à créer une nouvelle perception des femmes en tant qu'actrices de leur propre bien-être et de leur contribution au bien-être de la communauté.

Sur la base de ces observations, nous concluons que ces femmes et ces hommes ont égalisé leur accès à l'information sur la SR (l'information étant un domaine de pouvoir). Munis d'informations, les femmes et les hommes peuvent jouer de nouveaux rôles de promotion de la santé en transmettant des informations sur la SR dans les communautés couvertes par cette étude.

Dynamique de genre et répartition du pouvoir de décision en matière de SR

Le genre définit les rôles et les responsabilités des hommes, des femmes et des jeunes (filles et garçons) dans un contexte donné. Il définit les rôles au sein du ménage et de la société. Les rôles et les responsabilités des hommes et des femmes varient en fonction des sociétés. Dans de nombreuses sociétés, y compris sur le site de cette étude, les femmes sont chargées de s'occuper des enfants. En revanche, les hommes sont chargés de subvenir aux besoins de la famille et de veiller à ce que celle-ci soit gérée correctement. Cette dernière responsabilité du mari lui confère également le devoir de prendre les décisions critiques dans la famille. Les résultats de l'analyse de genre dans cette section soulignent la différence des rôles et des responsabilités entre les sexes, et aident à comprendre comment les interactions se produisent et comment les décisions sont prises dans le couple concernant l'accès et l'utilisation des services de SR. L'analyse porte principalement sur la communication dans le couple, les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, et se concentre sur la dynamique du pouvoir de décision des femmes et des hommes concernant l'accouchement assisté et l'utilisation des méthodes de PF.

En général, les répondants ont noté une plus grande ouverture dans la communication entre le mari et la femme dans le couple. Cette observation a été faite par les femmes et les hommes, tant dans les couples modèles que dans les couples non modèles. En ce qui concerne les prises de décisions et le pouvoir de décision, les maris continuent d'être les principaux décideurs dans plusieurs domaines liés à la santé reproductive. Cependant, les femmes ont acquis plus de pouvoir de décision, notamment dans le choix des méthodes de PF, bien que celles-ci soient toujours validées et approuvées par le mari. Dans certains cas, c'est le couple qui prend la décision, notamment pour l'accouchement assisté dans le centre de santé. Fondamentalement, les données montrent un changement certain dans les perceptions des hommes et un plus grand engagement des hommes dans la promotion et l'utilisation des services de PF.

Mais les femmes ne sont pas encore au premier niveau décisionnel dans aucune des grandes catégories de décisions liées à la santé reproductive étudiées.

« Mon mari pense aussi que la femme doit avoir un temps pour sa santé après l'accouchement et l'allaitement » — Entretien avec l'épouse d'un mari membre d'une EdM, Kalfou

« Mon mari pense que [...] il est bénéfique pour une femme d'utiliser les services de santé reproductive [...] personnellement, mon mari m'encourage et me soutient dans cette initiative. Il m'a même donné la permission d'aller au service de santé reproductive même en son absence... » — Entretien, épouse d'un mari non membre d'une EdM, Mirriah, Zinder



Changement de la communication au sein des couples sur les services de SR

Depuis que l'EdM a commencé à fonctionner, on a constaté un changement positif dans le *style* des discussions de SR au sein des couples. Ce type de changement progressif est prévu dans la théorie du changement du programme EdM. Les données mettent en évidence trois aspects clés qui témoignent de ce changement : a) les questions de santé reproductive qui étaient auparavant taboues, notamment la planification familiale, sont de plus en plus abordées par les couples ; b) l'émergence d'attitudes positives de la part des hommes qui s'impliquent dans le processus de recherche de soins pendant la grossesse ; et c) la dissipation des craintes des femmes d'aborder les questions de SR avec leur mari. Les femmes mentionnent également leur capacité à s'exprimer et à parler avec leur mari de leur santé reproductive et, surtout, elles comparent la situation à celle d'avant les EdM. La plupart des épouses, qu'elles soient mariées à un mari Modèle ou à un mari non Modèle, trouvent que cette capacité à communiquer avec leur mari et à s'exprimer au sein du couple s'est améliorée. En d'autres termes, le style de communication est plus égalitaire et les sujets de discussion ont changé. Lorsqu'une femme peut parler à son mari de ses problèmes de santé, cela peut contribuer à placer la santé de la femme au centre des discussions du couple.

« Ma façon de parler des questions de santé [reproductive] a changé [...] je communique avec mon mari sur toutes les questions [...] depuis que mon mari est membre, tout va bien dans le ménage. » — Entretien avec l'épouse d'un mari membre d'une EdM, Mogheur, Tahoua

L'amélioration de la communication au sein du couple est sans aucun doute une étape positive pour équilibrer le pouvoir de décision au sein du couple. Cependant, l'implication des maris dans la recherche de soins de santé reproductive reste présente. Selon les épouses, l'implication de leurs maris apparaît comme le début d'un engagement envers la SR de leurs épouses, qui est né de cette nouvelle communication entre mari et femme. Cet engagement apparaît toutefois comme "autorisant" le comportement de recherche de services, ou en permettant aux épouses d'agir.

« Avant, quand je suis tombée enceinte, il ne voulait pas du tout que nous allions au centre de santé... Mais maintenant, c'est lui qui me dit de prendre les médicaments du planning familial [PF] et de faire les consultations. Oui, maintenant nous parlons toujours de la méthode de prise de médicaments contraceptifs. » — Femme dont le mari n'est pas membre d'une EdM, Mogheur

En même temps, l'augmentation de la confiance en soi des femmes est aussi le résultat d'une meilleure communication au sein du couple. En effet, les personnes interrogées ont mentionné que la crainte d'aborder les questions de SR avec les maris a disparu. Ainsi, cette liberté d'expression retrouvée aide les femmes à renforcer leur confiance en elles.

« Cela nous a beaucoup changées car, maintenant, les femmes n'ont plus peur de parler à leur mari de l'utilisation des produits contraceptifs. » — Groupe de discussion, épouses de maris membres d'EdM Malgorou, Dosso

Relations de pouvoir entre les hommes et les femmes dans la prise de décision en matière de SR

Depuis la mise en œuvre des EdM, la plupart des maris modèles et, par interaction, leurs pairs qui les imitent, ont acquis des connaissances en SR et de nouveaux modes de communication entre partenaires, ce qui a entraîné des changements d'attitudes, de comportements et de relations de genre favorables aux femmes. Les résultats de l'étude montrent qu'il est possible d'ajuster les relations de pouvoir au sein du ménage sans créer un environnement conflictuel entre les maris et les femmes dans la prise de décision.



Avant l'intervention des EdM, il semble que les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes concernant la décision de rechercher des soins ou d'utiliser la contraception ou l'accouchement assisté appartenaient aux maris, qui pouvaient accepter ou refuser d'autoriser cette recherche de soins. Le refus fréquent des maris d'accorder l'autorisation était lié au manque d'information sur les questions de SR et sur l'impact que cette recherche de soins pouvait avoir sur le bien-être du couple. Les réponses des hommes et des femmes font allusion à un changement relatif par rapport à la période précédant la création des EdM. Comme l'a noté un agent de santé ci-dessous :

« Avant [la création des EdM], certaines femmes ne se présentaient pas au centre [de santé] pour récupérer des médicaments, sans le consentement de leur mari... » — Agent de santé, Mogheur, Tahoua

D'un point de vue épistémologique, le mot "autorisation" du mari, qui apparaît dans les discussions avec de nombreux répondants, mérite d'être mieux défini. Les maris autorisent leurs femmes à entreprendre certaines actions de SR ; en même temps, les femmes disent qu'elles se sentent plus libres qu'avant quant à leur capacité à utiliser les services de SR. En d'autres termes, à la suite des activités des EdM, les hommes ont un engagement plus clair envers la SR, et cet engagement ne définit pas seulement leur attitude envers la recherche de soins, mais aussi leur comportement. Les femmes et les agents de santé interrogés ont déclaré que les hommes conduisent leurs femmes aux services de santé reproductive plus souvent qu'avant les activités des EdM. Toutefois, la part réelle du pouvoir de décision des femmes dans ce processus reste à déterminer. En outre, d'autres variables influençant la prise de décision (qui ne font pas partie de cette étude) doivent être prises en compte, comme la disponibilité et les frais des services et l'utilisation des ressources [financières] du ménage.

Si, en réalité, l'autorité des hommes reste évidente, les résultats montrent parallèlement que les femmes peuvent désormais exprimer leurs opinions, proposer et discuter de leurs préférences avec leurs maris, puis entreprendre des actions spécifiques, même si leurs maris doivent encore les y autoriser. Cela représente un changement positif dans l'attitude des hommes et leur réceptivité à un nouveau style de communication entre mari et femme. Les hommes, qui étaient initialement réticents, consentent désormais presque systématiquement aux demandes de services de santé reproductive et de prévention des maladies sexuellement transmissibles formulées par les femmes.

« Avec l'accord et le soutien de mon mari, j'ai décidé d'aller au centre de santé pour accoucher et d'utiliser la planification familiale après mon accouchement » — Entretien avec l'épouse d'un mari membre d'une EdM de Mogheur, Tahoua

Perceptions normatives et rôles des hommes et des femmes en matière de santé reproductive

L'évolution de ce qui est considéré comme un rôle approprié pour les hommes est perceptible à plusieurs égards. Avant la mise en œuvre des EdM, les questions relatives à la maternité étaient considérées comme des questions concernant les femmes. Le rôle des hommes se limitait à la gestion des urgences médicales, comme le transport des femmes en couches vers le centre de santé le plus proche et le paiement des médicaments et autres dépenses médicales. Actuellement, les attitudes des hommes sont plus favorables à leur participation accrue aux actions liées à la SR. Les hommes sont impliqués dans les questions de soins pendant la grossesse, mais aussi pendant et après l'accouchement, pour les soins postnatals. Ces hommes sont de plus en plus appréciés par leurs pairs et la communauté.

« Je suis 100 % heureuse car en pratiquant la planification familiale, je me repose bien [...] l'attitude de mon mari vis-à-vis de l'utilisation des services de santé reproductive a changé. » — Entretien, épouse de mari non membre d'une EdM, Baban Tapki, Zinder



À l'inverse, les hommes qui ne veulent pas que leurs épouses utilisent les services de SR sont critiqués et non valorisés. Un changement dans les normes sociales injonctives se produit lorsque les sanctions qui maintiennent les normes en place commencent à changer. Avant, les femmes et les hommes étaient sanctionnés si les épouses utilisaient les services, maintenant ils sont sanctionnés si les épouses n'utilisent pas les services. Il convient de noter que la recherche n'a pas identifié de cas d'hommes refusant l'utilisation des services de SR. Ainsi, auparavant, alors que seules les femmes accompagnaient les accouchements, les maris sont désormais fiers de faire partie des accompagnateurs et d'être devant. Dans plusieurs localités couvertes par cette étude, les témoignages des agents de santé, des épouses et des maris suggèrent que les maris participent également de plus en plus au travail domestique. Par exemple, les agents de santé notent les changements dans la répartition des rôles entre les sexes dans les ménages à travers leurs communications avec les femmes (patientes). Ce changement d'attitude et de comportement des hommes au sein du ménage est plus prononcé pendant la grossesse, lorsque les femmes ont des difficultés à effectuer certains efforts physiques. Il convient également de noter que ces attitudes et comportements se retrouvent dans les ménages nucléaires où les couples vivent seuls, ou sans aucun autre membre de la famille. Il est peu probable que les maris fassent ce travail dans les grandes familles où d'autres personnes (hommes, femmes, enfants) peuvent aider.

L'implication des hommes dans la santé des femmes... « a même augmenté le pouvoir de décision des femmes. Au début, la femme n'avait pas le droit de prendre des décisions dans le ménage, à chaque fois c'est l'homme qui décidait [...] s'il y a des tâches ménagères, par exemple balayer le cours, gérer la saleté laissée par les animaux, et aussi fournir du bois de chauffage ; tout cela au début c'était seulement les femmes qui le faisaient. Mais maintenant les hommes ont compris, ils réduisent ces tâches pour les femmes en les partageant avec elles, et parfois c'est l'homme qui les fait seul. » — Entretien avec un agent de santé de Mantakari, Dosso

Les hommes eux-mêmes reconnaissent ce changement d'attitude, et cela reflète également un changement dans les attitudes de la communauté (c'est-à-dire les normes descriptives sur les croyances concernant la façon dont les hommes s'engagent dans les activités ménagères), en particulier la participation au travail domestique.

« Le changement est que nous savons maintenant gérer nous-mêmes les tâches ménagères sans tout laisser aux femmes. » — Groupe de discussion, maris membres d'EdM, Kalfou, Tahoua

« Même en ce qui concerne les tâches ménagères les plus difficiles, ils arrivent à nous aider et à réduire notre travail. » — Groupe de discussion, épouse d'un mari membre d'une EdM, Mogheur, Tahoua

Ce qui précède montre que les hommes ne sont pas seulement conscients, ils sont aussi motivés pour jouer un rôle afin de s'assurer que leurs femmes ont une bonne santé reproductive. Cela est bénéfique pour le couple, la famille et la communauté. Les personnes interrogées ont également mentionné que de nouveaux comportements et actions étaient les résultats de l'engagement des maris en matière de santé reproductive. Les maris modèles s'impliquent pour atteindre les hommes réticents à adopter de nouvelles attitudes ou à utiliser les services de santé reproductive et favorisent ainsi les changements de comportement.

Le pouvoir de décision des femmes concernant les services de SR

Afin de quantifier les tendances en matière de partage du pouvoir, nous avons examiné deux domaines de services de SR — l'accouchement assisté et la planification familiale — dans lesquels les couples doivent prendre une série de décisions. Les personnes qui ont participé aux entretiens individuels (12 femmes et 12 hommes) ont été interrogées sur l'identité du principal décideur pour des sous-tâches spécifiques et sur les



trois options de décision des répondants (mari, femme, couple). Les questions posées et la fréquence des réponses ont été analysées (voir graphique 4 à la fin du 2.6.7) pour comprendre les tendances sur la prise de décision concernant l'accouchement au centre de santé ou l'utilisation d'une méthode de planification familiale. Les données ont été analysées par région et par type de répondants. Avec un regard particulier sur le pouvoir des femmes, nous avons cherché à savoir si les femmes avaient un pouvoir de décision exclusif ou si elles exerçaient leur pouvoir dans le cadre du couple, en partant du principe qu'avant les EdM, les décisions conjointes du couple étaient rares. Nous utilisons également des données qualitatives pour aider à interpréter les résultats quantitatifs.

Notre premier constat — confirmé par la majorité des maris et des épouses qui ont participé à des entretiens individuels dans les trois régions étudiées — est que les femmes ont le pouvoir de décision dans 54 % des cas, que ce soit au sein du couple ou individuellement en tant qu'épouse. Il existe également des différences dans le pouvoir de décision de Santé Reproductive (SR), en fonction de la zone. Le « mari » a plus de pouvoir de décision en matière d'accouchement assisté (AD) qu'en matière de planification familiale (PF). (Des différences existent également par région, et par type de répondant. Elles sont exposées dans les sections suivantes).

Sur 192 réponses à l'ensemble des questions, « le mari » est mentionné à 46 %, suivi par « le couple » (32 %) et « la femme » (22 %). Ainsi, en ce qui concerne l'accouchement assisté et la planification familiale, les femmes ont le pouvoir de décision dans 54 % des cas, mais la décision est prise davantage en couple qu'individuellement. Les réponses qualitatives des femmes confirment cette constatation, où il apparaît généralement que les décisions impliquent toujours le mari et la femme. *Dans toutes les transcriptions, aucun témoignage ne décrit une décision unilatérale du mari que la femme n'a qu'à accepter.* Les témoignages montrent une entente au sein du couple, bien qu'en cas de désaccord ou de compromis d'indécision, l'avis du mari prévaut. Par conséquent, la lecture des résultats quantitatifs présentés ci-dessus doit se faire selon dans cette perspective.

« Ici [au Niger], le mari est le chef de famille, donc c'est normal qu'il prenne les décisions dans la famille. Il y a des décisions que les femmes ne peuvent pas prendre, quelle que soit leur position. Cependant, ici à Kalfou, il y a un engagement significatif des hommes [pour soutenir] la santé des femmes. Dans de nombreuses familles, même si c'est l'homme qui décide en dernier ressort, le point de vue de la femme est toujours pris en considération. À la maison, par exemple, après que mon mari ait assisté à deux réunions à l'EdM, nous avons décidé ensemble d'utiliser la PF après notre troisième enfant. Mon mari voulait l'utilisation la pilule, mais j'ai dit que je pourrais oublier certains jours, et que cela pourrait conduire à une grossesse non désirée. J'ai donc décidé d'utiliser l'injection, et mon mari n'en a pas fait un drame. » — Entretien avec l'épouse d'un mari membre d'une EdM à Magheur

Une autre limite au pouvoir de décision des femmes est que lorsque les hommes sont impliqués et informés des avantages de la SR/PF, ils peuvent avoir tendance à contraindre leur épouse à entreprendre une action. Pour un très petit nombre de répondants, les activités des EdM conduisent à un renforcement du pouvoir des hommes, qui se manifeste par le fait que le mari encourage fortement ou même exige que les actions ou les décisions de sa femme soient prises avec le consentement du mari.

« Depuis l'établissement des EdM, les hommes ont été positionnés comme leaders car ils sont les chefs de famille et toutes les décisions doivent être prises avec leur accord. C'est pourquoi il a été décidé qu'aucune femme ne devait prendre la pilule d'espacement des naissances sans le consentement de son mari. Depuis le début de ce travail, nous avons toujours travaillé avec les hommes pour qu'ils expliquent à leurs femmes qu'il faut leur demander leur consentement avant de prendre ces contraceptifs. » — Entretien avec un mari membre d'une EdM à Matankari



Ceci est également confirmée par les commentaires des agents de santé qui affirment que, suite à leurs discussions avec les maris sur la PF, il y a des hommes qui semblent très convaincus de l'importance de l'utilisation de la PF et insistent pour que leurs femmes viennent au centre de santé pour utiliser une méthode de PF. Selon un agent de santé de Mirriah, certaines femmes qui viennent chercher des méthodes de PF, le font à la demande de leurs maris, et elles sont souvent directement surveillées par leurs maris.

Parmi les femmes interrogées, certaines sont favorables à cette imposition des services de SR par leur mari. Elles considèrent cette action comme un moyen pour les maris d'exercer leur autorité et d'exprimer leur adhésion, leur soutien et leur implication dans la recherche de soins de santé reproductive pour la femme et le couple.

« Nous avons tendance à avoir des hommes qui veulent connaître les avantages et les inconvénients de l'utilisation de la planification familiale et qui, après avoir été informés par l'agent de santé, peuvent même forcer leurs femmes à venir la prendre. Parfois, les hommes vont même au centre de santé pour s'assurer que leurs femmes viennent en consultation. Cela signifie qu'il y a eu beaucoup de changements. » — Entretien avec un agent de santé de Mirriah

« La femme restera toujours une femme, il faut un homme pour la redresser [...] » — Entretien avec l'épouse d'un membre d'une EdM, Matankari

Pour résumer : Dans toutes les régions, les résultats montrent que les maris sont de plus en plus favorables à la SR. Cela a permis d'ouvrir des espaces de discussion au sein des couples sur les questions de SR et les actions à mener lorsque les femmes ont accès aux services. Dans quelques cas, lorsque le mari pense que la femme ou le couple a besoin de services de SR, il peut contraindre (« imposer ») sa femme à utiliser ces services. Dans la grande majorité des transcriptions, cependant, le terme « imposer » n'apparaît pas comme une action coercitive (par exemple, si tu ne fais pas ceci, tu seras puni). Il s'agit plutôt d'une appropriation ou d'une adoption des questions de SR par la personne qui est toujours considérée comme le chef de famille et qui autorise ce qui est juste pour sa famille en général et sa femme en particulier. Les discussions de couple qui sont plus égales en style et en substance entre le mari et la femme qu'avant les activités des EdM, mènent à des décisions et des actions qui conduisent à une meilleure SR.

Pour en revenir à l'analyse quantitative, les sections suivantes décrivent qui est le principal décideur dans la préparation des accouchements et l'utilisation de la planification familiale. L'analyse s'étend à la comparaison des différences/similarités entre les régions.

Décideurs en fonction de la région : Qui décide généralement de l'utilisation de l'accouchement assisté et de la planification familiale

Si les maris détiennent généralement plus de pouvoir de décision que les femmes et les couples dans toutes les régions, des variations régionales existent. En examinant les données par région dans le graphique 4, Zinder et Tahoua semblent être les deux régions où le pouvoir de décision des maris est plus affirmé par rapport à la région de Dosso. Dans la région de Tahoua, la proportion de réponses indiquant que les épouses ont un pouvoir de décision est plus affirmé. À Zinder, les couples sont plus souvent mentionnés comme décideurs que les épouses, contrairement à Dosso et Tahoua.

Dans la région de Dosso, les femmes ont plus de pouvoir individuellement que dans le couple. Ainsi, après une première discussion ou en l'absence du mari, la femme peut décider du lieu de l'accouchement et de la méthode de PF à utiliser.



« Il faut reconnaître que dans le ménage, il est normal que la voix du mari l'emporte sur celle de la femme. C'est culturel ici. Mais depuis la mise en œuvre des EdM, les maris discutent avec les femmes et les consultent davantage, notamment sur les questions de santé reproductive. Nous ne contraignons pas nos femmes ; nous les écoutons avant de prendre nos décisions. » — Maris du groupe de discussion qui sont membres des EdM, Tapki

En termes de dynamique de pouvoir, les résultats qualitatifs montrent que les femmes de Dosso ont acquis une plus grande capacité à communiquer leurs besoins et à prendre certaines décisions, comme se rendre au centre de santé pour les services de SR et décider de la méthode de PF qu'elles veulent utiliser. Bien que les personnes interrogées indiquent qu'il existe des limites raisonnablement claires concernant la prise de décision des femmes, nous avons rencontré de rares cas où les femmes disent pouvoir décider par elles-mêmes.

« ... Aujourd'hui, je suis la seule à décider, que ce soit pour les soins prénatals ou postnatals... Pour la planification familiale aussi, le choix m'appartient dans l'utilisation des méthodes contraceptives et dans la façon d'espacer mes naissances. » — Épouse d'un mari non membre des EdM, Baban Tapki

Cette capacité apparaît aussi bien chez les épouses des maris modèles que chez les épouses des maris non modèles. La communauté, y compris les hommes, accepte cette nouvelle dynamique de pouvoir décisionnel. Néanmoins, nous devons garder à l'esprit la relativité du pouvoir de décision des femmes. Pour transformer ces décisions en actions, l'autorisation du mari reste indispensable. En outre, la capacité d'une femme à rechercher des services de SR dépend également de sa capacité à accéder aux ressources (financières) du ménage et à les utiliser. Cela limite également le pouvoir de décision des femmes.

Décideurs en matière de PF en fonction de la nature du couple : couples modèles versus couples non modèles

En ce qui concerne le point de vue des répondants sur les décisions d'utilisation de la PF, en général, les maris et les femmes modèles et non modèles ont tous mentionné le mari en premier comme la personne qui surveille l'utilisation de la PF par la femme. Selon la majorité des personnes interrogées, l'engagement et le soutien des maris envers l'utilisation de la PF par leurs femmes ont augmenté au fil du temps.

« Ce n'est pas comme avant, où si vous alliez aux services de planification familiale, votre mari vous grondait. Aujourd'hui, c'est lui qui te dit après l'accouchement d'aller chercher les médicaments de planification familiale... » — Femme dont le mari est membre d'une EdM, Mogheur

Il n'y a pas de distinction entre les réponses des maris modèles et celles des maris non modèles. Les deux types de répondants ont mentionné « mari » trois fois plus que « femme ». De même, les épouses modèles et non modèles ont rarement mentionné « l'épouse » comme premier décideur. Elles citent davantage le « couple » comme décideur. Cependant, le « couple » a été plus souvent identifié par les épouses non modèles pour la prise de décision. Ainsi, selon la perspective des épouses non modèles, les « femmes » sont de plus en plus associées à la prise de décision par leurs maris. Les épouses modèles pensent que les couples et les épouses ont la même importance dans la prise de décision. En d'autres termes, les décisions peuvent être prises aussi bien par le couple que par l'épouse. Dans les deux cas, le mari est d'accord avec la décision. Cela montre que pour les épouses modèles, il y a eu des progrès significatifs dans la capacité des femmes à décider du couple, surtout en ce qui concerne la PF.

« La PF est reconnue comme étant très importante pour la santé des femmes et le bien-être du ménage. Actuellement, les décisions concernant l'utilisation de la PF dans le ménage sont prises par le couple »



car chacun a un rôle à jouer. Dans le couple, même si l'un des membres veut prendre une décision, il impliquera nécessairement l'autre comme le recommandent les maris modèles de la communauté. » —

Femme dont le mari est membre d'une EdM, Tapki

En ce qui concerne le décideur en matière de PF, il n'y a pas de différence entre les réponses des épouses modèles et celles des épouses non modèles. La décision du couple (mentionnée 10 fois sur 24) dépasse légèrement la décision individuelle du mari (mentionnée 9 fois sur 24). Pour tous les répondants, « l'épouse » prend peu de décisions par elle-même. De même, les maris modèles et non modèles mentionnent le « mari » comme décideur. Cependant, les maris non modèles ont davantage mentionné la prise de décision par les couples que les maris modèles. Ces derniers donnent très légèrement plus de pouvoir de décision à « l'épouse » individuellement.

Le « mari » est plus souvent mentionné comme le décideur, notamment pour le paiement d'une méthode de PF et pour l'obtention d'une méthode. Tous les répondants ont davantage mentionné le « mari », en particulier les maris de modèles qui ont été unanimes (dans 18 réponses sur 24) dans l'identification du mari comme la personne qui paie et obtient la PF. Cependant, seules les épouses modèles et non modèles ont mentionné « l'épouse » pour cette décision (dans 3 réponses sur 6), ce qui donne à la femme un plus grand pouvoir de décision sur ce sujet. De même, des maris non modèles et leurs épouses ont mentionné le couple, bien que leur nombre soit minime. Cependant, en ce qui concerne l'obtention d'une méthode de PF, les épouses modèles ont davantage mentionné « la femme ».

Le choix du moment pour avoir leur prochain bébé est une question essentielle au sein des couples. Cette question est plus accentuée chez les couples qui utilisent une méthode de planification familiale. Bien que le « mari » soit plus souvent mentionné comme décideur pour les questions de PF en général, il existe des points de décision où c'est le « couple » qui est le plus souvent mentionné. Par exemple, en ce qui concerne la décision d'avoir le prochain enfant, la majorité des répondants (14 sur 24) ont mentionné « le couple ». La « femme » est également mentionnée comme la personne qui décide du moment de l'accouchement suivant ; seules les épouses non modèles n'ont pas mentionné la « femme » comme la personne qui prend cette décision.

Il convient de noter que certaines différences régionales existent. Dans les régions de Dosso et Zinder, les décisions de PF sont soit consensuelles (couples), soit prises par la femme, selon les répondants. À Dosso, le mari ne décide unilatéralement du moment de l'accouchement suivant que dans deux cas sur huit. À Zinder, le couple décide dans 7 cas sur 8, et l'épouse dans 1 cas sur 8. En aucun cas, le mari ne décide unilatéralement du moment pour avoir le prochain bébé, selon notre échantillon à Zinder. À Tahoua, en revanche, c'est l'homme qui choisit le moment de la naissance du prochain bébé dans six cas sur huit, et le couple dans deux cas sur huit.

« Il faut deux personnes pour avoir un bébé. Par conséquent, dans un couple, les deux doivent se mettre d'accord sur le moment d'avoir un bébé pour éviter les grossesses non désirées dans le couple. Les maris qui sont membres des EdM ont beaucoup sensibilisé sur la PF et ont conseillé aux couples de se mettre d'accord sur toutes les questions afin que cela fonctionne. » — Femme dont le mari n'est pas membre d'une

EdM, Tahoua

Bien que la procréation soit un élément essentiel dans la vie d'un couple nigérien, avant la promotion de la PF, l'arrivée d'un nouveau-né était souvent inattendue pour la femme et le mari, qui étaient fréquemment surpris par la grossesse. La compréhension généralisée est que la prise de décision en matière de reproduction est possible, qu'elle soit faite ensemble ou unilatéralement, mais ne pouvait se faire qu'avec la disponibilité des méthodes contraceptives ainsi que la promotion de la PF par les EdM.



Une fois la décision prise sur le moment de la prochaine naissance, qu'elle soit imminente ou non, la question suivante pour le couple est de savoir s'il faut ou non recourir à la PF, et en particulier la méthode spécifique à utiliser. Le choix de la *méthode* de PF est fait principalement par le couple, avec une certaine prédominance de l'avis de la femme dans certains cas. Cela signifie que le mari et la femme discutent et se mettent d'accord sur une méthode à utiliser à la suite de ce dialogue. Selon les données qualitatives, le choix de la méthode de PF est l'une des rares décisions où l'opinion de la femme prime ou prévaut sur celle du mari. Le choix est d'abord fait par le couple ; si nécessaire, la femme peut choisir la méthode qu'elle souhaite, et enfin, le mari peut faire un choix. Notez que tout cela peut varier en fonction des couples et des circonstances. Ici, il est clair que l'amélioration de la communication au sein des couples par le biais des EdM a joué un rôle important dans cette situation. En effet, la disponibilité et la facilité d'accès à l'information grâce aux activités de sensibilisation permettent aux couples de faire un choix éclairé.

« Nous connaissons les méthodes de PF grâce au centre de santé, c'est donc à ma femme de dire laquelle elle préfère. » — Entretien avec un mari membre d'une EdM Malgorou

« Les hommes n'utilisent pas ces produits. C'est la femme qui les utilise et qui sait ce qui est possible et facile pour elle. L'homme ne doit pas lui imposer une méthode, sinon les choses risquent de ne pas fonctionner [...] pour ça, le choix [de la méthode] c'est moi qui décide. » — Entretien avec la femme d'un membre d'une EdM, Kalfou

En résumé, il y a un engagement et une adhésion visibles des hommes à la SR en général et à la PF en particulier dans les communautés visitées. Cet engagement des hommes donne aux femmes une liberté de choix et de décision encore plus grande en ce qui concerne le choix d'une méthode et l'implication dans la décision du moment d'avoir des enfants. Il s'agit d'un changement significatif du rôle des femmes dans la prise de décision en matière de SR. Selon les résultats, dans la plupart des cas, les décisions relatives à la PF sont prises par consensus (couple) ou par la femme. Aucun des sites n'avait de répondants mentionnant un refus de la part d'un mari (qu'il soit dans un EdM ou non) pour que sa femme utilise la PF. Chez les maris modèles, il existe une forte tendance à une plus grande liberté de décision des épouses (sur ce qu'elles utilisent et quand elles l'utilisent), ce qui peut être un effet de l'impact des EdM sur les attitudes et les comportements.

Globalement, quel que soit le type de répondant, les maris restent les décideurs de la plupart des actions de SR dans toutes les localités et régions. Cependant, les décisions prises en couple sont les plus fréquentes à Zinder, et à Tahoua, où les femmes ont plus de pouvoir de décision individuel que dans la région de Kalfoua. À Tahoua, une culture locale plus matriarcale contribue également à expliquer le pouvoir de décision des femmes, même si l'EdM a favorisé ce comportement. Par rapport à avant l'arrivée des EdM, il est maintenant plus facile pour les femmes de prendre des décisions, les hommes sont plus compréhensifs et engagés envers l'implication de leurs épouses. On constate parfois une plus grande indépendance dans la prise de décision des femmes concernant l'utilisation des services de SR. Un tel changement est déjà un grand pas vers l'autonomisation des femmes en matière de procréation, dans l'environnement fortement patriarcal qui existe dans le pays.

Il reste encore beaucoup à faire pour créer une dynamique de genre qui soit plus favorable au pouvoir de décision des femmes dans l'utilisation des services. La tendance à une plus grande coopération entre les hommes et les femmes, et le fait que les hommes acceptent systématiquement l'accès de leurs femmes à la PF et à l'accouchement assisté, sont des étapes significatives vers la liberté de décision dans l'utilisation des services de SR dans le contexte patriarcal du Niger.

Pour approfondir les changements dans la prise de décision en matière de SR équitable pour les hommes et les femmes, il est nécessaire d'intensifier les EdM dans les communautés existantes (éventuellement en apportant aux membres des écoles existantes de nouveaux efforts de réflexion sur le genre, qui soient



plus « profonds »). Il est nécessaire d'étendre les activités des EdM dans de nouvelles communautés, qui créeront de nouvelles interactions entre les villages pour les EdM, alors qu'elles œuvrent au mieux pour la communauté afin d'atteindre un niveau initial d'égalité du genre.

Décideurs pour l'accouchement assisté en fonction du type de couple : couples modèles versus couples non modèles

En comparant les réponses des épouses de maris modèles et maris modèles aux réponses des épouses de maris non modèles et maris non modèles, il apparaît que les personnes les plus proches des activités des EdM pensent que le pouvoir de décision des femmes est plus élevé lorsqu'il s'agit d'accouchement assisté.

L'analyse quantitative montre également que la réponse « Mari » ne domine aucun des 4 points de décision, à l'exception du financement des services d'accouchement. Les maris sont également fréquemment cités comme étant le principal décideur du lieu de l'accouchement. « L'épouse » est mentionnée dans la majorité des réponses sur la décision relative à la préparation de la chambre du bébé, et « l'épouse » et « le couple » sont également cités pour la prise de décision concernant la personne qui accouchera le bébé. Alors que les maris (modèles et non-modèles) mentionnent plus souvent le « Mari » comme décideur sur les questions liées à l'accouchement, les épouses des maris modèles mentionnent plus souvent la « Femme », et les épouses des maris non modèles mentionnent plus souvent le « Couple ». Il est évident que les épouses modèles et les épouses non modèles n'ont pas la même opinion sur la question.

Cela peut être le résultat de l'influence directe des maris modèles, qui sont les premiers à assimiler les messages des EdM, et qui partagent directement l'information avec leurs femmes.

« L'accouchement est un moment où les femmes ont besoin de soutien et, surtout, de compréhension. Avant que le moment de l'[accouchement] n'arrive, il se peut que nous sachions déjà où l'accouchement aura lieu. La décision n'est donc pas prise le jour de l'accouchement. La femme est d'abord celle qui décide. En général, l'accouchement a lieu là où la femme a fait ses visites de CPN, et dans tous les cas, le centre de santé est le seul choix possible car personne ne veut accoucher à la maison depuis que nous avons commencé [EdM]. Il est du devoir du mari d'emmener sa femme au centre de santé au moment de l'accouchement et de rester avec elle pour la soutenir. De plus, il faut une personne qui puisse aider la femme avant qu'elle ne sorte du centre de santé [...] cette personne est connue à l'avance. C'est généralement une femme de la maison et la personne peut varier d'un ménage à l'autre. » — Maris du groupe de discussion qui sont membres des EdM, Malgourou

Concernant l'accouchement, nous nous sommes intéressés aux points suivants liés à l'accouchement : la préparation de la chambre du bébé, le choix du lieu de l'accouchement, le choix de la personne qui accompagne la femme au centre de santé, et la source de financement des dépenses liées à l'accouchement.

Traditionnellement, les mères et les belles-mères s'occupent des nouveau-nés et les données quantitatives le reflètent : 15 des 24 répondants ont indiqué qu'il s'agissait de la tâche de la femme, six ont indiqué qu'il s'agissait de celle des couples et seulement trois ont dit que c'était la décision des maris. Pour accueillir le nouveau-né, une préparation est indispensable, à savoir un endroit où le nouveau-né dormira. En général, cet espace n'est pas éloigné de la mère pour faciliter l'allaitement et les soins courants du bébé. Dans ce contexte, la préparation de cet espace relève de la responsabilité de la mère. Étant donné que cette préparation se fait avant l'accouchement et a lieu lorsque la grossesse est très avancée ou presque à terme, elle exige un effort particulier de la part de la femme enceinte. Cette responsabilité d'épouse peut être considérée comme un privilège, qui permet à l'épouse d'ajouter sa propre touche d'amour maternel et de décider comment elle souhaite accueillir son bébé.



D'autre part, en raison de l'état de sa grossesse, ce travail peut apparaître comme une corvée car chaque petit mouvement de la femme enceinte exige un effort considérable de sa part. (Le mot « corvée » est utilisé ici avec prudence car les données n'indiquent pas que la femme est forcée de faire cette tâche. L'idée de « corvée » est plutôt liée aux défis physiques que représente l'exécution de la tâche pendant les derniers mois de la grossesse).

En ce qui concerne la décision du lieu de l'accouchement, les maris modèles et leurs épouses ont mentionné les « épouses » alors que les maris non modèles et leurs épouses n'ont pas mentionné « l'épouse » comme décideur. Il est intéressant de noter que seules les épouses ont mentionné le « couple » comme décideur, mais il ne s'agit pas d'une réponse très fréquente par rapport aux autres réponses. Il est également intéressant de noter que lors des discussions de groupe, les couples (décision consensuelle) sont régulièrement mentionnés pour décider du lieu de l'accouchement.

« Les couples parlent de l'utilisation et de la fréquentation des services d'accouchement et de planification familiale ; nous discutons ensemble de l'utilisation des services de maternité. » — Groupe de discussion, épouses de maris membres d'EdM, Magheur

« Oui, dans notre communauté, les couples discutent de la visite au centre de santé/CSI pour utiliser les services d'accouchement. » — Groupe de discussion, maris membres d'EdM, Mantankari

Il semble donc que les couples discutent de la question de l'accouchement assisté, ce qui constitue un changement positif. Même si la décision finale revient principalement au mari, cette décision tient compte de l'avis de la femme, selon la quasi-totalité des personnes interrogées. Ainsi, la tradition patriarcale selon laquelle les femmes ne peuvent/doivent pas aller quelque part sans l'approbation de leur mari expliquerait pourquoi le choix du lieu d'accouchement doit toujours convenir au mari. Par ailleurs, pour des raisons plus pratiques, le lieu de l'accouchement est également soumis aux possibilités financières du mari en tant que principal soutien de la famille. Dans la plupart des cas, l'accouchement nécessite un déplacement au centre de santé ainsi que le paiement des ordonnances pendant l'accouchement, même si, actuellement, les consultations gratuites ont réduit ces dépenses. Le centre de santé peut être situé dans le village d'origine, ou à des kilomètres du village. Dans tous les cas, étant donné l'état de la femme enceinte, il lui est presque impossible de s'y rendre sans aide. Il est donc essentiel de disposer d'un moyen de transport et de pouvoir couvrir les frais de transport ou de carburant. Cette aide provient du mari (quand il est présent) qui est, théoriquement, la personne la plus proche de la femme. Par conséquent, qu'il s'agisse de maris modèles ou d'autres maris qu'ils ont sensibilisés, les hommes ont tendance à emmener les femmes enceintes dans un lieu d'accouchement qui leur semble le plus proche, ou le moins cher, ou qui leur inspire le plus confiance. Cela peut apparaître comme le fait que les maris imposent le lieu de l'accouchement aux femmes, car c'est l'opinion ou la perception des maris qui prévaut sur celles des femmes lors de la mise en œuvre de cette décision. Mais le point de décision lui-même comporte de nombreuses nuances, notamment celle de savoir qui a autorité sur les finances du ménage.

Il existe des variations régionales : Des décisions plus équitables entre les sexes sont prises à Tahoua, où dans un cas sur huit, la femme ou le couple décide, et à Zinder, où les couples décident dans un cas sur huit. Seul Dosso reste cent pour cent patriarcal, où la décision revient exclusivement au mari.

En ce qui concerne le paiement des services d'accouchement, les épouses modèles et non modèles ont unanimement mentionné le « mari », tout comme les maris modèles et non modèles. Cependant, les maris modèles ont mentionné « épouse » et les maris non modèles ont mentionné « couple » une seule fois. On observe que les dépenses du ménage en général et celles liées à l'accouchement en particulier sont à la charge de l'homme, et les résultats de cette enquête le confirment, sauf encore une fois à Tahoua où une épouse sur quatre contribue à ces dépenses. À Baban Tapki (Zinder), le couple partage ce type de

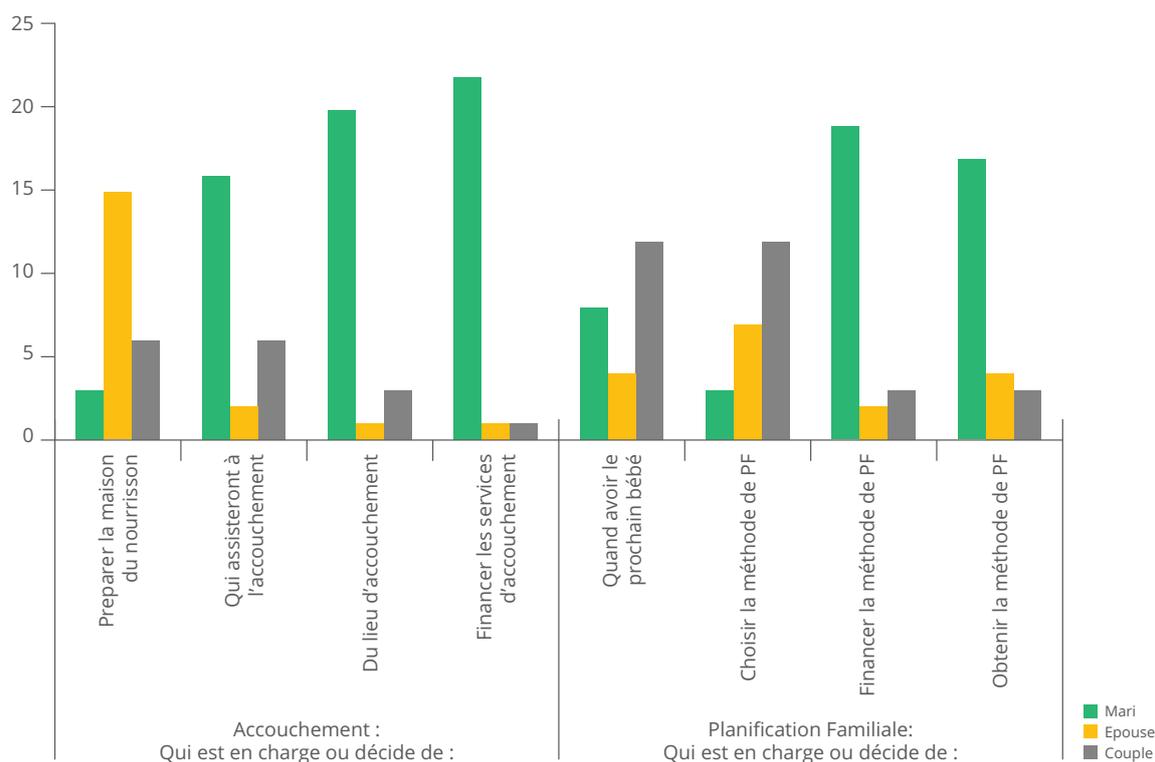


dépenses dans un cas sur quatre. À Dosso, l'homme est exclusivement responsable de la mobilisation des ressources pour faire face aux coûts de l'accouchement.

En résumé, bien que l'accouchement soit traditionnellement l'affaire des femmes, les maris, dans les cas que nous avons étudiés, sont davantage au premier plan en termes de décisions, lorsque les points de décision sont subdivisés pour l'accouchement. Même si le pouvoir des hommes semble avoir augmenté dans ce domaine, on peut dire qu'un changement attendu s'est produit, à savoir l'implication et l'intérêt des hommes pour l'accouchement, autrefois perçu comme un domaine tabou ou interdit pour eux. Notons que l'implication de l'homme dans la SR, tant recherchée par la stratégie de l'EdM, implique sa participation financière accrue dans le processus de recherche de services de SR.

En définitive, après une analyse générale (par région, par répondants et par catégorie de décision), très peu de décisions sont exclusivement réservées aux femmes, qu'elles soient épouses de maris modèles ou épouses de maris non modèles.

Graphique 7 : Baromètre de la prise de décision dans le couple parmi tous les répondants (maris et femmes modèles et maris et femmes non modèles confondus). *Remarque : Ces données ne sont pas représentatives de l'échantillon de l'étude ; les questions sur le partage du pouvoir n'ont été posées que lors des entretiens (et n'incluent pas les personnes interrogées lors des discussions de groupe).*





Perception par les hommes du pouvoir de décision des femmes

Les hommes et les femmes (maris modèles et leurs épouses, maris non modèles et leurs épouses) disent que les femmes ont acquis un pouvoir de décision spécifique dans le ménage. Ce pouvoir de décision est plus accentué dans la PF, ce qui reflète un changement d'attitude et surtout de comportement des maris. Il existe peu de références sur ce que les hommes pensent du pouvoir de décision acquis par les femmes et la question n'a pas été explicitement posée. Pour cette raison, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que les hommes considèrent positivement le fait que les femmes aient désormais un plus grand pouvoir de décision. Nous pouvons seulement dire que les données montrent que les hommes ne sont pas opposés à ce que les femmes prennent certaines décisions liées aux services de SR dans le couple.

« Ce changement que nous avons remarqué nous concerne nous-mêmes, la population du village, parce qu'avant, nous utilisions une ancienne logique, et cela nous a vraiment fait reculer. Les Haoussas disent souvent : "in kid Ya sake, rama ma saka si ka yi", ce qui signifie (si le rythme change, la danse doit aussi changer). Donc, nous aussi, nous devons changer notre comportement [vis-à-vis de la liberté de décision des femmes], nous ne devons pas garder le même comportement que les gens du passé. » — Entretien avec un mari non membre d'une EdM, Mogheur

Dans de nombreuses réponses, il apparaît que les hommes en général font preuve d'un grand soutien envers leurs femmes lorsqu'il s'agit de relayer les messages des EdM et d'encourager leurs pairs à adopter les comportements promus.

Ampleur du changement

Selon les répondants, les changements introduits par les EdM ne se limitent pas aux communautés couvertes par l'intervention. En effet, selon de nombreuses personnes interrogées, les messages et les comportements prônés par l'EdM sont visibles dans les villages voisins et les aires de santé. Les idées des EdM sont également évoquées au cours des discussions dans les villages où les EdM n'opèrent pas, lors de réunions impromptues (par exemple, lors de cérémonies, au marché). En plus de ces contacts interpersonnels entre communautés, il faut aussi mentionner les commentaires des agents de santé dans les villages non couverts par les EdM. « L'effet d'entraînement » sur les communautés voisines, mentionné par les agents de santé, suggère des changements potentiels dans les relations entre les sexes concernant l'utilisation des services de SR par les femmes et les couples.

« Ces changements ont un impact sur tous les membres de la communauté. Lorsque je suis arrivé ici, nous enregistrons une naissance par mois au centre de santé. Les gens ne se rendaient pas dans les centres de santé. Les femmes accouchaient à la maison. Mais grâce à l'EdM, tout cela a changé. Les messages arrivent aussi dans les villages et les communautés non couvertes et il y a une augmentation des visites aux services de santé reproductive. » — Entretien avec un agent de santé, Baban Tapki

« Les changements dont nous avons parlé ne concernent pas seulement les EdM, mais l'ensemble de la communauté, car les membres et les non-membres bénéficient tous de ces progrès. » — Entretien avec un agent de santé, Malgorou

Concernant l'inégalité des efforts de changement social en général : comme indiqué précédemment, le succès évident des EdM dans la promotion des services de SR ne doit pas masquer le fait que les gains en termes de genre et de pouvoir ne sont pas universels. L'étude a identifié la réticence de certains (quelques) répondants au changement, et certains effets « pervers » inattendus, en particulier autour du renforcement du pouvoir des hommes sur l'utilisation des services de SR par les femmes. Les commentaires de ces répondants révèlent que certains hommes imposent l'utilisation de la PF à leurs femmes. Maîtrisant



désormais les mécanismes de la SR, ces hommes se positionnent comme des acteurs principaux dans la promotion et le soutien de l'utilisation des services de SR. Il est illusoire de penser qu'un changement positif de comportement social en SR affecte toute la communauté de la même manière et au même moment.

Concernant la durabilité de l'EdM en tant que force sociale dans les villages : Les membres de l'EdM visités sont prêts à s'engager sur le long terme. Les témoignages d'autres répondants, voire trois ci-dessous, montrent que les hommes s'intéressent désormais aux questions de SR et qu'ils poursuivront leur travail.

« Nos détracteurs disent que nous travaillons sans être payés et tentent de nous décourager. Mais nous répondons toujours que ce n'est pas un problème car nous travaillons pour notre village. En outre, nous devons donner le bon exemple dans le quartier, car il y a des gens qui disent aux autres de ne même pas nous écouter. Ils pensent que nous empêchons les naissances. » — Entretien avec un mari membre de l'EdM, Mirriah

Concernant la durabilité des effets de genre et autres qui ont résulté des EdM : Nous pensons que le travail de sensibilisation n'est pas encore terminé, malgré les résultats positifs très significatifs enregistrés dans les domaines de la SR et du genre. Si suffisamment de membres de la communauté sont convaincus des avantages de l'utilisation des services de SR, un nouvel environnement normatif finira par émerger, comme le prévoit la théorie du changement du programme. Les résultats de l'étude ont montré que la plupart des personnes interrogées disent qu'elles n'abandonneront pas les acquis en matière de santé reproductive et d'égalité du genre, même après la fin de l'intervention des EdM.

« Il n'y aura pas d'abandon de ma pratique actuelle puisqu'elle est bénéfique. » — Entretien avec un mari membre d'une EdM, Matankari

« Rien ne peut l'empêcher (parlant de sa femme) de continuer à utiliser la PF, car c'est pour son bien et celui de nos enfants. » — Entretien avec un mari non membre d'une EdM, Mogheur

Sur la base des réponses compilées de tous les maris et épouses qui indiquent la volonté de la communauté de ne pas revenir en arrière en ce qui concerne le changement de comportement lié à la SR, et du fait que les sites visités se trouvaient dans des régions ayant des écoles qui ont fonctionné au cours des cinq et dix dernières années, nous prédisons que les changements apportés par l'intervention des EdM devraient durer même si les EdM venaient à disparaître. Toutefois, la durabilité de ce changement social et comportemental sera jugée dans le temps. Nous constatons une réduction significative des activités des EdM au cours de l'année dernière, avec la suspension du soutien de l'ONG SongES en raison d'une interruption du financement par l'UNFPA, le principal bailleur de fonds de l'initiative EdM.

Discussion

Les résultats de cette étude montrent le début de changements équitables entre les sexes au niveau de la communauté dans les attitudes et les comportements concernant l'utilisation des services de SR par les couples. En particulier l'engagement des maris à promouvoir l'utilisation des services de santé reproductive au sein de leurs ménages et de leurs communautés, tout en reconnaissant également l'existence d'une série d'effets sexospécifiques. Il semble difficile pour les répondants de décrire et de situer précisément la position du pouvoir de décision au sein du ménage, en particulier entre le mari et la femme. Cette difficulté est accentuée lors de l'analyse des transcriptions et de l'interprétation de la position des maris sur les questions de SR suite à l'intervention de l'EdM. Les transcriptions/réponses présentent les maris comme les décideurs finaux en matière de SR. Pourtant, cette caractérisation des maris entraîne une confusion entre la position sociale des hommes (en tant que chef de famille) et leur rôle de pourvoyeur ou de responsable du bien-être de leur famille. Ce premier rôle est davantage lié au patriarcat, tandis que le second amène généralement le mari à prendre des décisions pour le bien de la famille. Il est possible que les répondants interprètent l'accord des maris, voire leurs suggestions, comme des décisions, et considèrent donc les maris comme des décideurs. Dans une même transcription, il peut y avoir plusieurs réponses indiquant que le mari décide ou que le mari est le décideur ultime. Et pourtant, le même répondant continue en mentionnant d'autres personnes comme décideurs finaux, comme la femme ou le couple comme ayant plus de pouvoir de décision sur le même sujet. Ainsi, les réponses qui placent les hommes au premier rang en tant que décideurs « ultimes », notamment en matière de PF et du moment d'avoir un bébé, doivent être lues et interprétées en tenant compte de la difficulté de déterminer les positions réelles des répondants.

Le niveau de prise de décision des femmes varie en fonction du type de décision. Ce constat apparaît dans d'autres études menées en Afrique subsaharienne (Gnoumou Thiombiano, B. 2014). Au Ghana, une étude similaire sur le genre a révélé que moins d'un tiers des femmes participent aux décisions concernant leurs soins de santé (Ghana GSS et ICF International, 2009). La même étude indique que des facteurs tels que le niveau d'éducation et, par conséquent, une amélioration des connaissances et de la compréhension, peuvent accroître le pouvoir de décision des femmes. De même, notre étude montre que l'amélioration des connaissances des maris modèles et, par extension, de leurs épouses, grâce aux activités de l'EdM, contribue à améliorer le pouvoir de décision des femmes, notamment en matière de PF.

De nombreux facteurs peuvent entraîner des changements dans les normes de genre, notamment l'exposition à de nouvelles idées et pratiques discutées par des canaux formels et informels tels que des conversations, l'observation rôles modèles et l'exposition aux médias. Les mêmes forces qui contribuent à faire évoluer les normes peuvent également renforcer les normes discriminatoires. Bien que rarement mentionné par cet échantillon de répondants, notre recherche a montré que certains hommes exposés aux idées de l'EdM ont interprété leur engagement en matière de SR comme une opportunité de renforcer leur pouvoir de décision en imposant certaines décisions à leur femme. Ainsi, notre étude a montré que le changement des normes de genre était mitigé ; que le changement n'était pas linéaire, en particulier dans la transformation des relations de pouvoir décisionnel dans les domaines de la SR. La nature non linéaire du changement de normes est compréhensible dans la théorie et la pratique du genre et des normes sociales ; il y a toujours une cohabitation entre les nouvelles et les anciennes normes, et les changements peuvent avoir des effets involontaires et non désirés (UK AID, 2015).



Les modèles de rôle et les personnes ressources de la communauté peuvent être de véritables catalyseurs du changement, notamment en ce qui concerne les normes de genre.

La théorie du changement des EdM met en évidence le rôle de modèle positif des membres des EdM comme un facteur important pour catalyser le changement. Dans le langage des normes sociales, les maris modèles sont devenus des groupes de référence importants pour les autres hommes. Il est important de noter à nouveau qu'en SR, les changements communautaires ne sont pas tout à fait linéaires par rapport au genre et au pouvoir. En effet, le pouvoir de décision est toujours influencé par les normes culturelles et patriarcales qui existent dans les zones d'étude.

Reconnaissant que les facteurs individuels et communautaires sont essentiels au changement des normes sociales (UK AID, 2015), l'intégration des efforts individuels et communautaires dans la mise en œuvre des EdM a contribué de manière significative au début d'un changement de comportement et normes sociales attendu dans la théorie du changement. Au niveau individuel, les maris modèles ont bénéficié d'un accompagnement personnalisé de la part du personnel formé de l'ONG qui leur a permis d'être des ressources dans leurs communautés. Par leurs connaissances et leurs actions de sensibilisation, les maris modèles sont devenus un groupe de référence pour les autres hommes. Au niveau communautaire, l'approche a eu un effet multiplicateur (boucles de rétroaction). De nombreuses écoles, chacune avec des membres des EdM mettant en œuvre des activités communautaires au cours de la même période, chacune avec un lien qui a renforcé la collaboration et la confiance entre les maris et les centres de santé, ont conduit à un environnement où les idées et les messages sur la SR sont reçus positivement. L'environnement normatif a évolué tant au niveau des perceptions de ce que les autres font (normes descriptives) que de ce que les autres devraient faire (normes injonctives) : les croyances et les perceptions de la communauté sont fortes en ce qui concerne l'importance des services de SR et l'utilisation des services par les femmes (normes descriptives). Certaines sanctions (un sous-produit des normes d'injonction) ont été inversées pour l'engagement des hommes dans la SR et l'abandon des normes de genre prescrites. Par exemple, avant les EdM, les hommes étaient considérés avec suspicion et incrédulité quand ils osaient s'intéresser aux « questions féminines » ou promouvoir les services de SR et leur utilisation. Avant les EdM, des sanctions sociales existaient pour les hommes qui osaient aider leur femme dans les tâches ménagères pendant la grossesse et après l'accouchement. Ces sanctions ont fortement diminué dans les sites étudiés, qui représentent un large éventail de groupes ethniques résidant au Niger.

Les résultats de l'étude confirment les hypothèses de la théorie du changement des EdM dans le sens où les changements décrits par les répondants correspondent à ceux décrits et prédits dans la théorie du changement. Les changements d'attitude des maris à l'égard de la SR, la confiance de la communauté dans les maris modèles, l'amélioration des connaissances des hommes en matière de SR et leur acceptation de ces services sont quelques éléments de la théorie du changement qui apparaissent dans les résultats. Grâce aux résultats de cette étude, la théorie du changement du programme 2016 peut être affinée et les résultats rendus plus explicites. Sur la base de ces résultats, et compte tenu des réponses des répondants (maris, épouses, agents de santé) sur l'augmentation de la fréquentation des services de SR, qui est le but ultime recherché par les EdM, la théorie du changement des EdM est validée.

Comme pour toute étude, il y a des limites. La principale limite de cette étude réside dans la définition du concept de « pouvoir décisionnel », qui aurait pu être mieux défini au départ pour faciliter l'interprétation des données se référant au continuum du pouvoir dans la prise de décision. Cette limitation a souvent entraîné une difficulté à désigner les pouvoirs de décision des différents membres du ménage, y compris le mari. Les études futures devraient effectuer des recherches formatives pour développer une compréhension opérationnelle de ces concepts afin de faciliter les analyses ultérieures.



Conclusions

Les EdM au Niger interviennent dans une société ayant de fortes tendances patriarcales et nous ne nous attendons pas à voir un changement drastique des normes sociales et de genre à court terme. Pourtant, l'intervention des EdM a apporté des changements notables d'attitude et de comportement dans les relations entre les sexes, en particulier au sein des couples dont les maris sont membres des EdM, mais également visibles dans la communauté en général, où les maris et les épouses non membres commencent à reproduire les attitudes et les comportements promus et à diffuser les messages véhiculés par les EdM. Pour montrer le niveau de diffusion réel, nous notons que le protocole de l'étude visait à interviewer des femmes et des hommes qui n'utilisent pas les services de SR, mais qu'aucun n'a pu être trouvé. Selon les membres de la communauté, il n'y a plus de femmes qui n'utilisent pas les services de SR.

Les changements positifs qui ont été générés, notamment dans la dynamique de genre, grâce à la prise de décision conjointe et à une plus grande capacité des femmes à faire des choix et à prendre certaines décisions, recouvrent plusieurs éléments essentiels. Les plus grands progrès en matière d'autonomisation des femmes dans la prise de décision concernent la planification familiale et le choix par le couple du moment de la naissance de l'enfant suivant. Au-delà, l'émergence de nouveaux comportements tels que l'implication des hommes dans le travail domestique pendant les grossesses des femmes, constitue également un changement positif significatif dans les relations de genre en général, et en particulier dans le comportement des hommes. Les changements observés dans les rôles de genre proviennent de l'établissement d'une communication de couple sur les services de SR et leur utilisation. Cette communication trouve elle-même son origine dans les messages et les comportements véhiculés par les EdM. Ces résultats positifs représentent un pas en avant vers le changement des normes de genre dans une société majoritairement patriarcale.

L'approche des EdM a permis de souligner l'importance et la pertinence des services de SR pour les couples. Les femmes et les hommes (membres des EdM et non-membres) montrent qu'ils sont conscients des avantages de l'utilisation des services de santé reproductive. Les résultats montrent les changements de perceptions, d'attitudes et de comportements chez les hommes et les femmes impliqués dans les EdM. Les femmes, en particulier celles dont les maris participent aux EdM, et à moindre niveau, les femmes dont les maris ne participent pas directement, ont acquis un plus grand pouvoir de décision, sans pour autant menacer le statut de « chef de famille » des hommes, ni ignorer les obstacles et la réticence observés au changement. Ce pouvoir est accepté par les maris dans l'utilisation des services de SR en général et de la PF en particulier.

La théorie de changement du programme des EdM est désormais plus claire, grâce à cette étude. Auparavant, de nombreuses voies de changement faisaient l'objet d'hypothèses, mais n'étaient jamais testées à l'aide d'une enquête systématique. L'étude met en lumière la manière dont la diffusion de nouvelles idées, attitudes et comportements promus, se répand et atteint les gens au-delà des zones où opèrent les EdM. Elle montre également comment la dynamique du pouvoir liée au genre évolue, bien que lentement. Les effets de genre ne touchent pas seulement les personnes directement impliquées dans les EdM, mais aussi l'ensemble de la communauté. L'approche fonctionne dans différents contextes sociaux. Des effets similaires ont été observés dans toutes les régions visitées, ce qui signifie que l'intervention des EdM semble générer les mêmes résultats, indépendamment des différences socioculturelles d'une région du Niger à l'autre. Enfin, on note que les actions de certains maris modèles vont au-delà des objectifs de l'intervention en matière de SR, contribuant à la santé et au bien-être général de leurs communautés.

Références Bibliographiques

1. Adelekan, A., P. Omoregie et E. Edoni. 2014. « L'implication des hommes dans la planification familiale : difficultés et stratégies de progrès ». *Revue internationale « ' International Journal of Population Research »* : (2014) 1 — 9
2. Adeleye, O., L. Aldoory et D. Parakoyi. 2011. « Utilisation de la culture locale et du rôle du genre pour améliorer l'implication des hommes dans la santé maternelle dans le sud du Nigeria ». *Revue Internationale « ' Journal of Health Communication »* : (16) 1122-1135
3. Aransiola, J. O., A.I., Akinyemi et A.O. Fatusi. 2014. « Perception et réflexions des femmes sur les partenaires masculins et la dynamique de couple dans l'adoption de la planification familiale dans certains bidonvilles urbains du Nigeria : étude qualitative ». *BMC Public Health* : (14) 869
4. Banque mondiale « Taux de fécondité (naissances par femme) ». Évaluation du 17 avril 2017 : http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?year_high_desc=true
5. Banque mondiale. 2015. « Taux de mortalité maternelle ». Évaluation du 17 avril 2017 : http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?year_high_desc=true
6. Bationo, B.F. 2013. « Déterminants socioculturels de l'accès et de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région de Zinder (NIGER) », Agence française de développement. Évaluation du 20 avril 2017 : http://www.afd.fr/webdav/shared/PORTAILS/SECTEURS/SANTE/pdf/Rapport_Niger%20AFD-Sahel.pdf
7. Biruktayet Assefa et Nina de Roo. 2015. Manuel et outils d'analyse de genre. 2015. CASCAPE. https://agriprofocus.com/upload/CASCAPE_Manual_Gender_Analysis_Tools_FINAL1456840468.pdf
8. Collection Camber. 2014. « Perspectives qualitatives et histoires stratégiques au Niger : Un rapport sur les conclusions, les perspectives et les idées ». Évaluation du 18 avril 2017 : <https://static1.squarespace.com/static/55723b6be4b05ed81f077108/t/56675b0bc21b8631e96231f6/1449614091018/Niger+FP+Qualitative+Insights+and+Strategic+Narratives.pdf>
9. Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (NDHS-mics iv) Niger 2012
10. Farmer, D.B., L. Berman, G. Ryan, L. Habumugisha, P. Basinga, C. Nutt,... M.L. Rich. 2015. « Motivations et contraintes de la planification familiale : Une étude qualitative dans le district de Katona au sud du Rwanda ». *Santé mondiale : Science et pratique* : (3 : 2), 242–254
11. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). 2009. « La vérité sur... les hommes, les garçons et le sexe : politiques et programmes de transformation du genre ». Londres : IPPF
12. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2013. « En un clin d'œil : Niger ». UNICEF. Évaluation du 17 avril 2017 : https://www.unicef.org/infobycountry/niger_statistics.html
13. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2016. « La situation des enfants dans le monde, 2016 : Une chance équitable pour tous les enfants. » Évaluation du 17 avril 2017 : https://www.unicef.org/publications/files/UN_UNICEF_SOWC_2016.pdf
14. Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). 2016. « Rapport sur le développement humain, 2016 ». Évaluation du 17 avril 2017 : http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
15. Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) Niger. 2017. En bref : Niger — Les *Écoles des Maris* visent à rendre plus active l'implication des hommes dans la santé reproductive. Niamey, Niger : UNFPA. Évaluation du 17 avril 2017.
16. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) Niger. 2011. « Guide pour l'établissement des *Écoles des Maris* ». Niamey, Niger : UNFPA. 17 : <http://dashboard.unfpaopendata.org/ay/index.php/pages/index/NER>



17. Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). 2015. « Tableau de bord des adolescents et des jeunes : Niger », évaluation du 17 avril 2017 : [http://dashboard.unfpaopendata.org/ay/index.php/pages/index/NERHartmann, M., K. Gilles, D. Shattuck, B. Kerner et G. Guest. 2012. « Changements dans la communication entre les conjoints grâce à l'intervention intitulée Implication des hommes dans la planification familiale ». Journal of Health Communication : \(17 : 7\) 802-819](http://dashboard.unfpaopendata.org/ay/index.php/pages/index/NERHartmann, M., K. Gilles, D. Shattuck, B. Kerner et G. Guest. 2012. « Changements dans la communication entre les conjoints grâce à l'intervention intitulée Implication des hommes dans la planification familiale ». Journal of Health Communication : (17 : 7) 802-819)
18. Gnoumou Thiombiano, B. (2014) « Genre et prise de décision dans le ménage au Burkina Faso ». Cahiers démographiques du Québec, 43 (2), 249-278. <https://doi.org/10.7202/1027979ar>
19. Gouvernement du Niger. Les engagements de FP2020. 2017. https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/Niger_Engagements_Commitments_2017.pdf
20. Institut national des statistiques (INS) et ICF International. 2013. « Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples au Niger 2012 ». Calverton, Maryland, États-Unis : NIS et ICF International
21. Agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA). 2015. Analyse de genre - Principes et éléments/Mars 2015. <https://www.sida.se/contentassets/a3f08692e731475db106fdf84f2fb9bd/gender-tool-analysis.pdf>
22. Jhpiego. 2019. Boîte à outils pour l'analyse de genre dans les systèmes de santé. <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/gender-analysis-framework/>
23. Kabagenyi, A., L. Jennings, A. Reid, G. Nalwadda, J. Ntozi, et L. Atuyambe. 2014. « Obstacles à la participation des hommes à l'utilisation des contraceptifs et aux services de santé reproductive : une étude qualitative des perceptions des hommes et des femmes dans deux districts ruraux en Ouganda ». Santé reproductive : (11 : 1) 11-21.
24. Mayaki, F. et D.R. Kouabenan. (2015). « Les normes sociales dans la promotion de la planification familiale : une étude au Niger ». Journal sud-africain de psychologie : (45 : 2) 249-259.
25. Ministère de la Santé publique « Planification familiale au Niger, plan d'action 2012-2020 ».
26. Mishra, A., Nanda, P., Speizer, I.S. et al. Les attitudes des hommes sur l'égalité du genre et leur utilisation de la contraception dans l'Uttar PradeEdM en Inde. *Reprod Health* 11, 41 (2014) doi:10.1186/1742-4755-11-41
27. Moha, M. : Barrières à l'utilisation des services de santé reproductive à Zinder, Niamey. « UNFPA, 2007
28. Mosh, I., R. Ruben, et D. Kakoko. 2013. "Décisions et perceptions sur la planification familiale et la dynamique de genre au sein des couples à Mwanza, Tanzanie : une étude qualitative". BMC Santé publique : (13) 1.
29. Mwaikambo, L., I. S. Speizer, A. Schurmann, G. Morgan, et F. Fikree. 2011. "Ce qui fonctionne dans les interventions de planification familiale : une revue systématique". Études sur la planification familiale : (42 : 2) 67-82.
30. Namasivayam, A., D.C. Osuorah, R. Syed, et D. Antai. 2012. "Le rôle des inégalités entre les sexes dans l'accès des femmes aux soins de santé reproductive : une étude basée sur la population en Namibie, au Kenya, au Népal et en Inde." Journal international de la santé des femmes : (4) 351-364.
31. Nalwadda, G., F. Mirembe, J. Byamugisha, et E. Faxelid. (2010). "Persistance d'une fécondité élevée en Ouganda : les jeunes racontent les facteurs qui entravent et permettent l'utilisation des contraceptifs". BMC Santé publique : (10 : 1) 530.
32. Othman Kakaire, D.K. et M.O. Osinde. 2011. "Implication des hommes dans la préparation à l'accouchement et réponse rapide aux référencement obstétricaux urgents en Ouganda rural". Santé reproductive : (8:12).



33. *Population Reference Bureau*. 2013. "Fiche de données sur la population mondiale". *Population Reference Bureau*: 1-20. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique
34. Potts, M., G. Virginia, M. Campbell et S. Zureick. 2011. "Niger : Trop peu, trop tard". *Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive* : (37:2) 95-101.
35. 2014. « Évaluation de l'initiative de l'École des Maris au Niger ». Niamey, UNFPA
36. Sen, G et P. Östlin. 2008. « L'inégalité du genre en matière de santé : Pourquoi cette inégalité et comment y remédier ? » *Santé publique mondiale* : (3) 1-12.
37. Schuler, S.R, E. Rottach et P. Mukiri. 2011. « Normes de genre et prise de décision pour la planification familiale en Tanzanie : une étude qualitative ». *Journal de la santé publique en Afrique* : (2 : 2) : e25.
38. SongES Niger. 2016. « Initiative Écoles des Maris Participation des hommes à la santé reproductive : Stratégie des Clubs de futurs maris ». *UNFPA Niger*
39. UK AID, 2015, Comment les normes de genre changent-elles ? <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9817.pdf>
40. UNFPA-Niger. Principaux résultats obtenus en 2018. 2018. https://www.unfpa.org/sites/default/files/NE_UNFPA_Results_07_27.pdf
41. Bradley S.E.K., Croft T. N., Fishel, J.D., Westoff C.F. 2012. Études analytiques du DHS N° 25 Révision des besoins non satisfaits en matière de planification familiale [https://dEdMprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25 \[12Juin2012\].pdf](https://dEdMprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25 [12Juin2012].pdf)
42. Wegs, C., A.A. Creanga, C. Galavotti et E. Wamalwa. 2016. « Dialogue communautaire pour changer les normes sociales et favoriser la planification familiale : Une évaluation des résultats de l'Initiative concernant les résultats de la planification familiale au Kenya ». *PLOS One* : (11 : 4) 1-23.

Annexe 1 : Principaux décideurs en matière d'accouchement assisté et de planification familiale, par région et par catégorie de répondants (n=24)

Régions	Sites	Types de participants	Accouchement assisté :				Planification familiale :				
			Qui est en charge de, ou décide pour :				Qui est en charge de, ou décide pour :				
			Préparer la chambre du bébé	Qui assistera à l'accouchement	le lieu d'accouchement	Payer les services d'accouchement	Quand avoir le prochain bébé	Choisir la méthode de PF	Payer pour la méthode de PF	Obtention de la méthode de PF	
DOSSO	Malgouou	Maris non modèles	Époux	Couple	Époux	Époux	Épouse	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de maris non modèles	Épouse	Couple	Époux	Époux	Épouse	Époux	Époux	Époux	
		Maris modèles	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Époux	Époux	Époux	Époux	Épouse	Époux	Époux	
		Maris non modèles	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Couple	
	Matankari	Épouses de maris non modèles	Épouse	Couple	Couple	Époux	Épouse	Épouse	Épouse	Épouse	
		Maris modèles	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Couple	Époux	Époux	Couple	Couple	Épouse	Épouse	
		Maris non modèles	Époux	Épouse	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de maris non modèles	Épouse	Époux	Couple	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	
TAHOUA	Kalfou	Maris non modèles	Époux	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de maris non modèles	Épouse	Couple	Couple	Époux	Époux	Couple	Épouse	Époux	
		Maris modèles	Épouse	Époux	Épouse	Époux	Couple	Époux	Époux	Époux	
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Époux	Épouse	
		Maris non modèles	Époux	Épouse	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	
	Mogheur	Épouses de maris non modèles	Couple	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux
		Maris modèles	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Épouse	Épouse	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux
		Maris non modèles	Époux	Épouse	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux
		Épouses de maris non modèles	Épouse	Couple	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux
ZINDER	Baban Tapki	Maris non modèles	Épouse	Époux	Époux	Couple	Couple	Couple	Époux	Époux	
		Épouses de maris non modèles	Couple	Couple	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux	
		Maris modèles	Épouse	Époux	Époux	Époux	Époux	Épouse	Époux	Époux	
		Épouses de Maris modèles	Couple	Époux	Couple	Époux	Couple	Couple	Épouse	Époux	
		Maris non modèles	Épouse	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Époux	Époux	
	Mirriah	Épouses de maris non modèles	Couple	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux
		Maris modèles	Couple	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Époux
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Couple
		Maris non modèles	Époux	Époux	Époux	Époux	Époux	Couple	Époux	Époux	Époux
		Épouses de Maris modèles	Épouse	Épouse	Époux	Époux	Époux	Couple	Couple	Époux	Couple



RÉSUMÉ ACCOUCHEMENT ASSISTÉ	Préparer la chambre du bébé		Qui assistera à l'accouchement		Du lieu de l'accouchement		Payer le service d'accouchement		
	Époux	Épouse	Couple	Époux	Épouse	Couple	Époux	Épouse	Couple
Maris modèles	2	3	1	6	0	0	5	1	0
Maris non modèles	3	3	0	3	2	1	5	0	1
TOTAL PARMIS LES ÉPOUX (n=12)	5	6	1	9	2	1	10	1	1
Épouse de maris modèles	0	5	1	2	3	1	4	1	0
Épouse de maris non modèles	0	3	3	2	0	4	6	0	0
TOTAL PARMIS LES ÉPOUSES (n=12)	0	8	4	4	3	5	12	0	0

RÉSUMÉ PLANIFICATION FAMILIALE	Quand avoir le prochain bébé		Choisir la méthode de PF		Payer pour la méthode de PF		Obtenir la méthode de PF		
	Époux	Épouse	Couple	Époux	Épouse	Couple	Époux	Épouse	Couple
Maris modèles	2	1	3	1	2	3	6	0	0
Maris non modèles	1	1	4	2	1	3	5	0	1
TOTAL PARMIS LES ÉPOUX (n=12)	3	2	7	3	3	6	11	0	1
Épouse de maris modèles	2	0	4	1	1	4	4	2	3
Épouse de maris non modèles	1	2	3	2	1	3	3	2	1
TOTAL PARMIS LES ÉPOUSES (n=12)	3	2	7	3	2	7	7	4	4

