



Photo Credit: Malin Fezehai /
HUMAN for Malala Fund

COMPRENDRE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS CHEZ LES ADOLESCENTES MARIÉES DANS LE CONTEXTE CONSERVATEUR DU NORD DU NIGÉRIA

RECHERCHE ETHNOGRAPHIQUE ET ÉVALUATION DU GENRE DE MATASA MATAN AREWA (MMA)



The OASIS Initiative
ORGANIZING TO ADVANCE SOLUTIONS IN THE SAHEL
ORGANISER L'AVANCEMENT DES SOLUTIONS AU SAHEL



A360



INTRODUCTION

Au nord du Nigéria, la pauvreté est répandue et elle est aggravée par des marchés moins bien développés et par un moindre niveau d'éducation de la population dans cette région du pays. Un tiers de la population totale du Nigéria (36 % des femmes et 27 % des hommes) ne reçoivent aucune éducation.¹ Ce chiffre est encore plus élevé dans les zones nord-est et nord-ouest du pays, où 55 à 57 % des femmes et 40 à 47 % des hommes ne bénéficient d'aucune éducation. Le nord du Nigéria est principalement peuplé par les Haoussas-Peuls, un groupe ethnique de 70 millions de personnes vivant dans le nord du Nigéria et dans les pays voisins.² Les questions de santé et de bien-être sont fortement basées sur des normes et croyances à la fois culturelles et religieuses, tant au sein du foyer qu'en dehors.³ La société Haoussa est patriarcale, il est attendu du mari qu'il subvienne aux besoins matériels de la famille et qu'il prenne les décisions concernant sa famille.⁴

Comme dans de nombreuses régions du monde, la demande et l'utilisation des services de santé au Nigéria sont corrélées à l'autonomisation des femmes.^{5,6,7} L'inégalité entre les sexes affecte l'accès aux soins de santé, le contrôle sur la prise de décisions en matière de santé, et par conséquent, les résultats de santé de manière fondamentale. Cela inclut le moment choisi pour demander des soins de santé, la capacité de se rendre physiquement dans un centre médical, ainsi que l'utilisation de certaines offres de services, comme la contraception. Le recours aux services de santé par les femmes dans la campagne du nord du Nigéria est faible et les résultats en matière de santé reproductive sont médiocres.

Le Nigéria a l'un des taux de mortalité maternelle (TMM) les plus élevés au monde avec 512 décès pour 100 000 naissances vivantes.¹ Dans certaines régions, particulièrement dans le nord, on estime que la mortalité maternelle est bien plus élevée.⁸ Un certain nombre de facteurs expliquent ce TMM élevé, en particulier dans le nord du pays. Il s'agit notamment des mariages et des grossesses précoces, de la fécondité élevée, des grossesses rapprochées, de l'avortement à risque et du manque d'aide qualifiée

pendant la grossesse et l'accouchement. L'évolution dégradante en matière de santé est aggravée par la mauvaise qualité des services, ainsi que par les normes culturelles liées à l'autonomisation, y compris les restrictions imposées sur les déplacements des femmes.^{9,10,11,12} Le taux de fécondité du Nigéria n'a que faiblement baissé ces 30 dernières années, passant de 6 enfants par femme en 1990 à 5,3 en 2018. Les différences régionales sont importantes, le taux de fécondité est de 6,6 dans le nord-ouest du pays et de 3,9 dans le sud-est.¹ Le taux de prévalence contraceptive n'est que de 17 % chez les femmes nigérianes mariées de 15 à 49 ans, 12 % avec des méthodes modernes de contraception et 5 % avec des méthodes traditionnelles. Encore une fois, il existe une nette différence entre les zones urbaines et rurales, et entre le nord et le sud du Nigéria. L'utilisation des méthodes contraceptives (toutes confondues) chez les femmes mariées est près de trois fois plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (26 % contre 10 %). La contraception moderne oscille autour de 29 % dans l'État de Lagos, au sud, alors que dans les États de Yobe et Sokoto au nord, elle est seulement 2 %.¹ Les difficultés économiques, le manque d'opportunités et les croyances et pratiques culturelles et religieuses sous-tendent le faible taux de prévalence de la contraception et le taux de natalité élevé du Nigéria.

Le Gouvernement du Nigéria a fait part de son engagement en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes par le biais de ses lois et politiques, et en étant signataire des principaux traités et conventions internationaux.¹ Pourtant, le mariage des très jeunes femmes persiste et les normes sexospécifiques profondément enracinées au Nigéria façonnent l'utilisation (ou la non-utilisation) par les femmes et les couples de la contraception et d'autres services de santé.

HISTORIQUE DE A360 DANS LE NORD DU NIGÉRIA

En 2016, Population Services International (PSI), avec les financements de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation Children's Investment Fund (CIFF), a lancé Adolescents 360 (A360), un programme de 4 à 5 ans conçu pour augmenter la demande et l'utilisation volontaire de la contraception moderne chez les filles de 15 à 19 ans en Éthiopie, au Nigéria et en Tanzanie. A360 a entrepris un processus pour mieux comprendre les besoins et les désirs uniques des adolescentes nigérianes mariées et non mariées, et pour identifier les moyens pour le projet de développer des programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents (ASRH) plus résonnants et efficaces. Dirigé localement par la [Society for Family Health \(SFH\)](#) (Société pour le planning familial) au Nigéria, A360 a réuni un consortium d'experts et établi un partenariat direct avec les jeunes pour comprendre et traiter les facteurs contribuant aux piètres résultats de santé et pour aider à planifier et à espacer les grossesses de manière à favoriser la santé.

Matasa Matan Arewa (MMA), « Adolescentes du nord » est le projet de A360 mis en œuvre dans deux États du nord du Nigéria, Kaduna et Nasarawa. Lancé en janvier 2018, MMA est inspiré des travaux du projet 9ja Girls de A360, qui se concentrait sur les filles non mariées du sud du Nigéria.ⁱ Le projet MMA est une adaptation de 9ja Girls, conçu pour répondre aux besoins des adolescentes mariées du nord du Nigéria. En utilisant une approche individuelle, le programme MMA mobilise des adolescentes mariées par l'intermédiaire de femmes mentors, ainsi que leurs maris par le biais d'agents de communication interpersonnelle hommes (IPCA). Reconnaisant le rôle des maris en tant qu'influence principale dans la vie des filles, les agents IPCA hommes ont été engagés pour obtenir le soutien des maris en faveur de la participation de leurs épouses au programme MMA. Le soutien des

maris est souvent essentiel, tant dans la décision d'adopter une contraception que dans la capacité à poursuivre l'utilisation de la méthode contraceptive, en particulier dans un contexte où le consentement du mari peut être requis, même pour aller dans un établissement de santé.¹³ Les adolescentes mariées qui souhaitent participer au programme MMA sont invitées à assister à une série de quatre séances de groupe encadrées « Life, Family, Health / LFH » (Vie, Famille, Santé) suivies d'une visite dans un centre de santé pour le conseil individuel et la contraception pour les volontaires. Les agents publics et ceux de SFH aux centres de santé participant au programme MMA reçoivent une formation sur la convivialité envers les jeunes et la technologie contraceptive afin de renforcer leurs compétences techniques et de lutter contre les préjugés.

ÉVALUATION DU GENRE ET ÉTUDE DE RECHERCHE ETHNOGRAPHIQUE

Comme le projet A360 est axé sur les adolescentes, il s'engage à renforcer sa compréhension des défis auxquels les filles du nord du Nigéria sont confrontées pour accéder aux services de santé et pour prendre des décisions liées à leur santé au sein de leur famille et de leur foyer. A360 a reconnu ne pas regarder le genre comme une lentille disciplinaire spécifique lors du processus de conception de ses interventions. En 2019, les résultats de l'évaluation du processus du projet ont mis en évidence un besoin crucial de mieux comprendre le rôle des normes de genre dans la capacité d'agir et de prise de décision des filles en matière de contraception au sein de MMA. En réponse, A360 a passé un contrat avec une organisation locale du nord du Nigéria, le [Center for Girls Education \(Centre pour l'éducation des filles / CGE\)](#)ⁱⁱ pour mener une évaluation indépendante de MMA en 2020. Cette recherche a généré un riche corpus de données sur la manière dont les interactions des filles avec le

i. Pour plus d'informations sur 9ja Girls, voir [Connecting Contraception to Girls' Lives and Aspirations in Southern Nigeria: The Case of 9ja Girls](#), et pour MMA, voir [Aligning Contraception with Family and Life Goals of Married Adolescent Girls in Northern Nigeria: The Case of Matasa Matan Arewa \(MMA\)](#).

ii. Since 2007, CGE, based in Kaduna State, has worked to advance adolescent girls' education, vocational training, and empowerment in northern Nigeria through implementation of a range of safe space programs, advocacy, applied research, and partnerships. [The OASIS Initiative at the University of California, Berkeley](#), provided technical support to the CGE research team as part of its work advancing education and choice for women and girls in the Sahel.

projet sont modérées par les normes et les réalités qui informent leurs attitudes et façonnent leurs expériences, fournissant des informations précieuses à PSI et SFH.

OBJECTIFS

Cette étude visait à évaluer la pertinence et l'efficacité des groupes de mentorat du projet MMA et à comprendre comment les adolescentes mariées de l'État de Kaduna vivaient ce programme à la lumière du contexte sexospécifique qui influence leur vie. Pour atteindre cet objectif, il était important de s'engager directement auprès des adolescentes qui avaient participé au programme MMA, ainsi qu'avec le personnel du projet, les parents, les maris et d'autres parties prenantes.

Les trois composants de l'étude étaient :

1. Examen des publications et recherche ethnographique pour mieux comprendre le genre et les normes sociales dans le contexte dans lequel le programme MMA est mis en œuvre ;
2. Évaluation de l'efficacité des groupes de mentorat MMA LFH ;
3. Exploration et documentation du parcours utilisateur des filles participant à l'intervention MMA.

CENTRE FOR GIRLS EDUCATION (CGE) AND RESEARCH TEAM

- Daniel Perlman (Principal Investigator): Director for Girls Education and Evaluation at the OASIS Initiative, School of Public Health, University of California, Berkeley, and founder of CGE.
- Mardhiyyah Abbas Mashi (Co-Principal Investigator): Lecturer in Islamic and Arabic Studies at Ahmadu Bello University. Co-founded CGE with Daniel and serves as the Chair of its Board of Trustees.
- Tessa Fujisaki and Daisy Valdivieso: Ethnographic data analysts for the study.
- Made David: Led the CGE Research and Evaluation Team and supervised the fieldwork for this research.
- Aisha Abubakar, Hajara Abubakar, Aminu Bello Gurin, and Alex Gata Kumar: Members of the CGE Research and Evaluation Team; conducted ethnographic fieldwork for the study.

MÉTHODES

Cinq membres de l'équipe d'évaluation et de mise en œuvre de la recherche de CGE (trois femmes et deux hommes) ont mené les recherches entre février et août 2020 sous la supervision et avec le soutien étroit du chercheur principal (PI).

OBJECTIF 1 ÉVALUATION DU CONTEXTE ET DU GENRE

Pour ce premier objectif, CGE a mené des recherches ethnographiques : observation des participants, entretiens approfondis, conversations de groupe informelles et rédaction de notes de terrain quotidiennes, le tout pour comprendre le contexte social, culturel et de genre dans des endroits sélectionnés du nord du Nigéria. Des recherches ethnographiques ont été menées dans deux communautés de Zaria, dans l'État de Kaduna, où les membres de l'équipe de recherche de CGE avaient vécu au moins six mois chacun lors d'une précédente étude en 2018. Il ne s'agit pas de communautés où le programme MMA était mis en œuvre, bien qu'elles aient été évaluées comme étant démographiquement similaires aux sites où MMA est mis en œuvre, et les résultats sont donc applicables au contexte de mise en œuvre de MMA. Les chercheurs se sont appuyés sur les liens et la confiance qu'ils avaient établis dans ces communautés pour explorer les sujets sensibles sur lesquels portait ce composant de l'étude. L'équipe de recherche avait vécu dans les deux communautés étudiées pendant trois semaines et demie pour recueillir les données. Ils ont commencé avec des entretiens ouverts, puis des entretiens semi-structurés, tous en langue haoussa. Les chercheurs ont invité les participants à s'exprimer librement. L'équipe a également réalisé des histoires de vie en mettant l'accent sur la cour, le mariage et la première naissance.

L'équipe de CGE s'est appuyée sur son expérience et ses formations importantes, qui comprenaient l'éthique de recherche, mettant l'accent sur les droits des participants à la recherche, la nature volontaire de la participation, le consentement éclairé et la confidentialité. L'équipe a demandé le consentement des chefs traditionnels, religieux et autres chefs communautaires avant de commencer la recherche

afin d'obtenir un accord global pour que les chercheurs participent aux activités communautaires et aient des discussions informelles avec les membres de la communauté. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants avant la tenue des entretiens.

OBJECTIF 2 ÉVALUATION DES GROUPES DE MENTORAT DE MMA

Pour l'évaluation des groupes de mentorat MMA, les chercheurs ont effectué des observations structurées de 15 séances LFH dans quatre sites urbains des zones de gouvernement local (LGA) de Sabon Gari et Zaria de l'État de Kaduna. Ces observations ont été recoupées avec les 185 entretiens avec des participants et des mentors MMA. Le plan de recherche prévoyait cinq observations supplémentaires à Zaria, puis la continuation vers les sites de Jaji pour l'observation de 20 séances de groupe. Cependant, les observations se sont arrêtées en raison du confinement sanitaire lié à la COVID-19 et les groupes MMA n'ont pas repris en personne pendant la période d'étude. Ainsi, l'équipe n'a pas été en mesure de terminer la composante d'observation de la recherche, car les observations à Jaji n'ont pas pu avoir lieu. Au moment de l'étude, le projet MMA était mis en œuvre à Jaji depuis deux ans et à Zaria depuis moins d'un an. Les observations structurées du groupe se sont concentrées sur la préparation, la présentation, la réactivité et la capacité du mentor à encourager l'engagement actif des participants. Les chercheurs ont également documenté la participation, ont étudié si les séances commençaient à l'heure et si l'espace en lui-même assurait la confidentialité.

OBJECTIF 3 DOCUMENTATION DU PARCOURS UTILISATEUR

Les chercheurs ont exploré et documenté le parcours utilisateur MMA, un terme utilisé par A360 pour décrire l'expérience rencontrée par une fille avec MMA, via des entretiens approfondis et des histoires de vie avec des participants actuels et anciens qui ont accepté d'être contactés. Cela comprenait les jeunes femmes qui ont adopté la contraception grâce à leur participation à MMA et celles qui ont décidé de ne pas adopter la contraception. Des entretiens ont également eu lieu avec les maris des

participantes et d'autres influenceurs clés, tels que des parents, des membres de la communauté et des chefs coutumiers et religieux. Les discussions avec les jeunes femmes et les influenceurs ont permis d'explorer les perceptions par rapport à l'espacement des naissances, les expériences des jeunes femmes et des influenceurs avec MMA, ainsi que la capacité d'agir et de prise de décision des filles au sein de leur foyer et de leur communauté. Après avoir conclu ces entretiens, l'équipe de recherche a également suivi 59 jeunes femmes qui avaient déjà été interrogées et qui avaient adopté une méthode contraceptive pour en savoir plus sur leur expérience et si elles avaient continué à utiliser la méthode, et si non, les raisons pour lesquelles elles ont abandonné.

L'échantillonnage a été réalisé à dessein, avec un accent sur la représentation des sous-populations importantes, y compris les adolescentes mariées, leurs maris et d'autres membres de la communauté tels que des chefs religieux et politiques. Cette évaluation a été conçue pour être systématique et réduire les biais par recoupement grâce à l'utilisation de multiples méthodes de recherche, à la diversité de la composition de l'équipe de recherche, aux types de participants et aux caractéristiques des communautés servant de sites de recherche afin de renforcer la confiance dans les résultats.

Le Comité national d'éthique de la recherche du Nigéria a examiné et approuvé le protocole de recherche. Tous les participants à la recherche ont donné leur consentement éclairé, avec l'assurance que le chercheur ne noterait pas leurs observations pendant les séances MMA sans leur accord. Conformément aux traditions haoussas, les femmes étaient seulement interviewées par des femmes et les hommes par des hommes. Pour des raisons de confidentialité, les chercheurs ont assuré aux participants que les données collectées ne contiendraient aucune information permettant de les identifier et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment (ou refuser de répondre à toute question qui les mettrait mal à l'aise ou en danger). Les chercheurs ont également expliqué que le refus de participer n'affecterait en rien leur participation au programme et aux activités de MMA. Les participants n'ont pas été rémunérés, mais ils ont été encouragés à participer et à répondre

honnêtement pour contribuer à l'objectif important de mieux servir les jeunes femmes mariées qui souhaitent espacer les naissances de leurs enfants. L'équipe a enregistré toutes les données des questionnaires, les transcriptions des entretiens et les notes de terrain dans des ordinateurs protégés par mot de passe. Seuls le chercheur principal, les cinq chercheurs et les deux analystes de données ont accès à ces données.

L'analyse des données à l'aide de la méthode de la théorie ancrée a commencé tôt dans le processus de collecte d'informations et s'est correctement terminée. Le chercheur principal et les cinq chercheurs se sont rencontrés une fois par semaine, d'abord en personne puis par Zoom après le début du confinement sanitaire dû à la COVID-19, pour une analyse continue, itérative et qualitative des données. Le logiciel d'analyse qualitative ATLAS.ti a été utilisé pour le codage et l'analyse des transcriptions d'entretien et des notes de terrain. Les analystes de données avaient déjà été formés et encadrés par le chercheur principal pendant une période de deux ans dans le cadre du programme d'apprentissage en recherche (Research Apprenticeship Program) de l'Université de Californie à Berkeley. Au fur et à mesure de la progression de l'étude, les catégories et perspectives préliminaires ont été testées par rapport aux données des nouveaux entretiens, des observations et des réunions d'analyse. Cela a conduit au raffinement, à l'abandon ou au redéveloppement des thèmes et a généré des questions de recherche pour la prochaine série d'entretiens. Les entretiens avec chaque catégorie de personnes se sont poursuivis jusqu'à ce que les informations et les descriptions fournies ne génèrent plus de nouvelles informations.

IMPACT DE LA COVID-19

Le recueil des données a commencé en février 2020 et a été interrompu la dernière semaine de mars 2020 en raison du confinement national. L'équipe de recherche de CGE a changé d'approche et a interviewé environ 60 filles de Zaria et Sabon Gari par téléphone. L'équipe de recherche a ensuite mené des entretiens de suivi en face à face avec ces 60 filles une fois les restrictions de voyage levées début juin 2020, en adhérant à des protocoles sanitaires stricts, y compris la distance physique, le lavage des mains et le port de masques.

Ils ont ensuite interviewé d'autres participants au MMA, des maris et des influenceurs clés. L'équipe n'a pas pu reprendre l'observation des séances de MMA, car les restrictions liées aux rassemblements étaient encore en vigueur. Par conséquent, l'observation directe des séances de MMA a été menée à Zaria et non à Jaji. L'équipe a relevé ce défi en augmentant le nombre d'entretiens avec les participants, les maris et les parties prenantes à Jaji, en augmentant le nombre total d'entretiens de 113 prévus dans le protocole de recherche à 286 (Tableau 1).

TABLEAU 1 ENTRETIENS APPROFONDIS DANS 10 COMMUNAUTÉS OÙ MMA EST MIS EN ŒUVRE DANS L'ÉTAT DE KADUNA

Participants actuels et anciens	173
Adolescentes mariées (hors MMA)	26
Maris des participantes à MMA	18
Mentors MMA et personnel de SFH	12
Fournisseurs de services	6
Chefs traditionnels et religieux	7
Membres de la communauté	44
Nombre total d'entretiens	286

CONCLUSIONS

OBJECTIF 1 ÉVALUATION DU CONTEXTE ET DU GENRE

STRUCTURE DU FOYER ET VIE DANS UNE COMMUNAUTÉ HAOUSSA RURALE

Le genre, l'âge, le niveau de revenus et la parité sont des facteurs clés dans les hiérarchies sociales Haoussa. Le consensus parmi les participants était que le mari est traditionnellement responsable des besoins matériels de la famille et qu'en retour, on attend de la femme qu'elle ait des enfants et qu'elle prenne soin d'eux et de la maison. La polygamie est plus fréquente dans les zones rurales que dans les zones urbaines (37 % contre 21 % respectivement) et plus courante dans le nord du Nigéria que dans le sud. Les hommes et les femmes occupent souvent des sphères physiques et sociales complètement séparées. Des réseaux d'entraide féminine solides sont développés et animés par le biais de visites sociales

et d'échanges de cadeaux, qui élargissent à la fois les cercles sociaux des femmes et leur mobilité au sein de la communauté. L'Islam est la religion prédominante et elle a une grande influence sur la vie quotidienne au nord du Nigéria. Alors que les hommes assurent la sécurité financière de leur famille, tant pour satisfaire leur fierté que leur obligation religieuse, les femmes ont le droit, selon la coutume islamique et Haoussa, de s'engager dans des activités génératrices de revenus à la maison. Les femmes dépendent de leurs filles pour s'approvisionner en matières premières sur le marché, participer à la transformation, puis vendre les produits finis puisque la mobilité des femmes mariées en dehors de la maison est limitée. Il est attendu des femmes qu'elles contrôlent les revenus qu'elles génèrent, mais elles contribuent souvent aux dépenses du foyer quand les temps sont difficiles.

PRISE DE DÉCISIONS LIÉES AU MARIAGE ET À LA FERTILITÉ

Le pouvoir décisionnel des femmes haoussa est souvent limité en matière d'éducation, de mariage et de maternité. Le niveau d'instruction des filles est bas et elles mettent souvent fin à leurs études pour se marier. Le père et ses frères sont les principaux décideurs en ce qui concerne le mariage d'une fille. La fille et sa mère sont presque toujours consultées, mais elles ont moins de pouvoir sur la décision finale.¹⁵ Bien que la plupart des parents soient conscients de la valeur de l'éducation, ils voient également le mariage comme une mesure de protection, nécessaire pour éviter les grossesses hors mariage qui peuvent avoir des conséquences sociales graves tant sur la jeune fille que sur sa famille. Le mariage est considéré comme le principal moyen d'assurer l'avenir d'une fille et c'est un moyen de forger des alliances stratégiques susceptibles d'offrir des avantages socioéconomiques à la famille. Dans la plupart des cas, le mari, la famille et la jeune fille elle-même s'attendent à ce qu'elle soit enceinte dans l'année ou les deux ans suivant le mariage.¹⁶

Lorsqu'une adolescente se marie, elle se place au bas de l'échelle hiérarchique de sa nouvelle famille, elle doit s'en remettre à son mari, à sa belle-mère et à ses coépouses. Une différence d'âge importante entre les époux crée aussi souvent une dynamique de pouvoir complexe pour les adolescentes nouvellement

mariées. Même lorsqu'elles bénéficient d'une certaine autonomie dans leur prise de décision, une panoplie de normes sociales et le manque d'opportunités éducatives et économiques façonnent inévitablement les choix des jeunes femmes du nord du Nigéria. Certaines filles mariées vivant dans des ménages polygames craignent également que leur mari épouse une autre femme si elles n'ont pas d'enfants pendant la première ou la deuxième année de mariage. Quand la jeune fille donne naissance à son premier enfant, elle acquiert un statut et une position dans le ménage. Tous ensemble, ces facteurs et bien d'autres contribuent à un taux de fertilité élevé des adolescentes. Les adolescentes du nord-ouest ont cinq fois plus de chances d'avoir déjà été enceintes que les adolescentes du sud-est (29 % contre 6 %).¹

“

Je suis contente maintenant que je suis mère, maintenant que j'ai accouché, j'ai gagné en respect de moi-même et en dignité et j'ai montré que je suis fertile.

–Adolescente mariée (qui ne participe pas au programme MMA)

“

Si une femme sans enfant meurt aujourd'hui, elle est vite oubliée dans quelques jours. On se souviendra pour toujours d'une femme qui a six enfants.

–Femme d'âge mûr, mère de sept enfants

Les adolescentes mariées sont confrontées à des défis particuliers concernant l'accès et l'utilisation de la contraception, souvent en raison de restrictions dans la liberté de leurs déplacements, du coût, d'une autonomie reproductive limitée, de désinformation et d'un droit généralement limité à la prise de décision.¹⁷ Plusieurs hommes interrogés ont dit que puisque le mari était responsable de subvenir aux besoins de la famille, il doit avoir le dernier mot sur le moment et le nombre de grossesses. Les hommes ont également convenu que les femmes devraient demander leur

accord avant d'envisager d'espacer les naissances et qu'il serait inacceptable de faire autrement. Beaucoup ont estimé qu'aucune prise de décision proactive n'était nécessaire, et que la taille de leur foyer était décidée par Dieu.

“

Nous n'avons pas discuté de quand faire des enfants. Nous avons laissé la décision entre les mains de notre Créateur. Il a décidé de nous bénir avec nos enfants.

–Mari d'une participante au programme MMA

“

Une femme doit donner naissance à autant d'enfants que le Dieu tout-puissant lui accorde.

–Homme plus âgé et père de huit enfants

Dans la culture haoussa, les belles-mères influencent aussi souvent les prises de décision du ménage, elles interviennent parfois même dans les décisions liées à la fécondité de leur belle-fille. Certains maris étaient favorables à l'utilisation de la contraception, par exemple pour la santé de leur femme et de leur enfant ou en raison du coût d'une famille nombreuse, mais la plupart étaient réticents à exprimer ouvertement cette opinion, sauf avec leur famille et leurs amis proches. Si avoir des enfants engendre une véritable fierté et une profonde satisfaction, la désinformation et les normes sociales limitent l'utilisation des contraceptifs modernes pour ceux qui pourraient souhaiter espacer les naissances. En outre, certains prestataires de soins de santé exigent le consentement du mari avant de fournir un contraceptif à une adolescente mariée (certes, de moins en moins), même si cela n'est pas légalement requis.

“

Avant je prenais la pilule, mais les gens racontaient des ragots dans mon dos, ils disaient que je contrôlais mon mari pour pouvoir prendre la pilule. Alors, j'ai arrêté de la prendre pour sauver sa réputation.

–Une mère de six enfants d'une communauté objet de la recherche

“

De nos jours, certains hommes veulent prendre soin de leurs enfants et même les envoyer à l'école, mais ils manquent de moyens pour le faire s'ils ont une famille nombreuse. Ils préféreraient avoir moins d'enfants, mais ils ne le disent pas à leurs femmes, car ils ont honte.

–Femme de l'une des communautés objet de la recherche

TERMINOLOGIE - CONTRÔLE DES NAISSANCES VS. ESPACEMENT DES NAISSANCES

L'espacement des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant est une stratégie de reproduction reconnue chez les haoussas.¹⁸ L'abstinence post-partum, l'allaitement prolongé, les herbes médicinales et d'autres méthodes traditionnelles sont considérés comme des moyens acceptables d'espacer les naissances. Ces méthodes autochtones sont discutées plus ouvertement et jugées plus sûres que la contraception moderne, étant donné les mythes et les idées fausses répandus sur les méthodes modernes. Cependant, certaines personnes interrogées ont dit que ces méthodes traditionnelles étaient moins efficaces. Bien que l'espacement des naissances soit considéré comme une stratégie clé pour protéger la santé des mères et des enfants, l'utilisation de la contraception pour retarder la première naissance ou limiter les naissances n'était généralement pas acceptée.

Certains participants ont déclaré qu'ils considéraient la « planification familiale » comme une intervention externe (occidentale) conçue comme un moyen de contrôler la population. Ce sentiment est reflété dans la controverse sur la campagne d'éradication de la polio en 2003, lorsqu'un certain nombre de chefs religieux nigériens et d'enseignants d'écoles religieuses ont conseillé aux parents de ne pas vacciner leurs enfants de peur que le vaccin contre la polio contienne secrètement des contraceptifs.^{19,20,21} Les chefs religieux et politiques ont fait valoir que le président nigérien de l'époque, un chrétien, collaborait avec l'Occident pour utiliser la campagne contre la polio afin de limiter le nombre de musulmans. La terminologie de l'espacement des naissances est

donc bien plus acceptable pour les communautés du nord que d'autres termes ou concepts tels que la planification familiale, la limitation ou le report des premières naissances. De nombreux médecins et infirmières nigériens exerçant dans le nord comprennent ces préférences culturelles liées à la contraception moderne et insistent sur l'utilisation de la contraception pour espacer les naissances et assurer la santé de la mère et de l'enfant.

“
Espacer les naissances n'est rien
d'autre que de créer un espace entre
vos enfants pour qu'eux et vous
soyez en bonne santé... Cela ne vous
empêchera pas d'avoir un enfant quand
vous serez prête...
–Infirmière

OBJECTIF 2 ÉVALUATION DES GROUPES DE MENTORAT DE MMA

Les adolescentes et leurs maris ont généralement fait l'éloge de leur expérience avec le MMA et de leurs interactions avec les femmes mentores. Les jeunes femmes ont apprécié la façon dont leur mentor a créé un environnement sûr et favorisé la discussion au sein des groupes de MMA. Beaucoup se sentaient proches de leurs pairs au sein de leur cohorte de mentorat, en particulier avec celles du même âge, et se sentaient à l'aise pour partager des histoires personnelles. Les jeunes femmes ont particulièrement apprécié les méthodes interactives utilisées pendant les séances. Fait important, les participantes ont souvent dit qu'elles se sentaient à l'aise pour poser à leur mentor des questions qu'elles auraient du mal à poser auparavant (en particulier concernant les maladies sexuellement transmissibles, la contraception et l'hygiène menstruelle).

“
« Lors de notre première rencontre, notre
mentor a créé une relation chaleureuse et
respectueuse avec nous. C'était comme si
on était ensemble depuis longtemps, et nous
avons toujours hâte de venir aux réunions.
–Participante au groupe MMA

Bien que les séances de mentorat MMA aient été largement satisfaisantes, les chercheurs ont relevé certains domaines à améliorer. Dans certains cas, les chercheurs ont observé que les mentors étaient en retard ou n'étaient pas bien préparés pour les séances de groupe et qu'un soutien continu faisait défaut.

“
Le mentor n'avait pas compris la leçon et devait
tout le temps regarder le programme. Du coup, les
filles ne comprenaient pas ce qu'elle disait. Quand
elle lisait l'histoire pour la séance, c'était comme
si elle la découvrait pour la première fois.
–Chercheur CGE, notes d'observations
du groupe de mentorat MMA

Le choix des salles à Zaria était problématique et a entraîné des plaintes, car les salles étaient trop petites et bondées. Les espaces manquaient de confidentialité et le personnel de santé et les patients pouvaient entendre les conversations. Certaines jeunes femmes ont indiqué qu'elles avaient quitté la séance ou avaient arrêté de venir à cause de cela, bien que ce ne soit pas la norme parmi les personnes interrogées. La plupart des difficultés concernaient les sites utilisés à Zaria, qui étaient plus récents. L'équipe de recherche n'a pas relevé de tels problèmes concernant les sites des groupes de mentorat à Jaji, bien qu'elle n'ait pas eu l'occasion d'y observer les séances, car les groupes ont été temporairement suspendus en raison de la pandémie de COVID-19. Malgré ces obstacles logistiques, les groupes de mentorat LFH étaient populaires et bien fréquentés.

ENCADRÉ DE RÉFÉRENCES : DÉMOGRAPHIE DES JEUNES FEMMES ET DES INFLUENCEURS INTERROGÉS

Des recherches ont été menées dans les communautés urbaines des zones de gouvernement local (LGA) de Sabon Gari et Zaria et dans 6 communautés rurales MMA près de la ville de Jaji dans la LGA d'Igabi. Les jeunes femmes de MMA qui ont participé aux entretiens se sont mariées entre 13 et 17 ans. La plupart avaient donné naissance pendant les deux premières années de leur mariage et avaient déjà plusieurs enfants quand elles ont commencé avec MMA. Les maris des participantes

étaient âgés de 22 à 55 ans. La plupart des jeunes femmes étaient des premières et seules épouses. Quelques-unes avaient une éducation supérieure. À Zaria, beaucoup d'entre elles avaient terminé leurs études secondaires. À Jaji, plusieurs jeunes femmes avaient fréquenté l'école primaire sans terminer le cycle. La plupart des participantes n'avaient pas de revenu et étaient de statut socio-économique bas à moyen.

OBJECTIF 3

EXPLORATION ET DOCUMENTATION DU PARCOURS UTILISATEUR MMA

Ce troisième volet de recherche a exploré l'expérience des jeunes femmes avec le parcours utilisateur MMA, ou l'expérience que MMA visait à créer pour les jeunes femmes. Ce parcours utilisateur ciblé par rapport auquel la recherche sera comparée et mise en contraste est présenté au Tableau 2.

TABLEAU 2: PARCOURS DE L'UTILISATEUR DU PROGRAMME MMA

MOBILISATION	Une adolescente mariée découvre le MMA par l'intermédiaire d'une femme mentore ou de son mari. Elle accepte d'assister à une formation avec un mentor de LFH ou à une séance de conseil avec le soutien de son partenaire pour y assister.
ENGAGEMENT AMBITIEUX	Elle assiste à quatre séances LFH au maximum ou se rend directement au centre de santé pour des services sur place. Au cours des séances LFH, elle découvre la nutrition, l'espacement des naissances, la communication interpersonnelle et la gestion financière. Elle acquiert des compétences pratiques et professionnelles qu'elle peut utiliser dans sa vie au quotidien, peut-être pour générer des revenus.
CONSEILS ET PRESTATION DE SERVICES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION	Elle se sent à l'aise avec les prestataires de services et a confiance que ce qu'elle dit restera confidentiel (y compris lors des séances privées sans rendez-vous). Les séances LFH lui donnent l'occasion de rencontrer un prestataire de services dans un cadre confidentiel sauf si elle en décide autrement. La contraception est considérée comme un outil capable d'aider à réaliser ses projets. Elle peut recevoir une méthode contraceptive de son choix, gratuitement et sur place.
SUIVI	Elle peut retourner au centre de santé chaque fois qu'elle a des questions, des effets secondaires ou a besoin d'un renouvellement de son contraceptif. Le suivi par un prestataire de service peut également être effectué par téléphone.

MOBILISATION

SENSIBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ ET ENGAGEMENT DES PARTICIPANTES ET DES ÉPOUX

Les participantes MMA interrogées pour cette recherche ont eu connaissance du programme directement par le biais d'une femme mentore lors d'une visite à domicile ou par le biais de leur mari après qu'il a eu à échanger avec un homme IPCA. Les décisions concernant la participation au programme étaient prises entre la jeune fille et son mari, bien que les personnes interrogées disaient presque toujours que le mari avait le dernier mot. Les hommes qui refusaient que leurs épouses assistent aux réunions ont souvent cité le manque de supervision de leur femme au moment de quitter la maison et les coûts potentiels liés à la participation (par exemple pour le transport vers et depuis les lieux de l'événement) comme principales raisons de leur refus. Quand les maris étaient réticents à soutenir la participation de leurs épouses, l'engagement de chefs coutumiers ou religieux influents s'est avéré essentiel pour obtenir leur soutien, en particulier lorsque des expériences décevantes avec des programmes d'ONG ou du gouvernement ont créé le scepticisme. Certains chefs communautaires à Jaji ont inscrit leurs épouses pour donner l'exemple et montrer qu'ils soutiennent MMA et ses objectifs. Quelques jeunes femmes ont décidé de rejoindre le programme sans le consentement de leur mari, ou sans divulguer toute la portée du programme (sans parler de l'espacement des naissances), elles risquaient des répercussions si la supercherie était découverte. Les belles-mères jouaient des rôles variés dans le processus de prise de décision concernant l'inscription des jeunes femmes au programme et étaient généralement plus réticentes à l'égard de la contraception et de l'espacement des naissances, en particulier pendant les premières années du mariage.

“

Mon mari rechignait à me laisser m'inscrire au programme, car il n'avait pas assez d'informations, mais avec un peu plus de persuasion, il a fini par accepter.

–Participante MMA

“

Mon mari n'était pas intéressé par l'espacement des naissances, mais il a changé d'avis après avoir rencontré l'IPCA...Il m'aurait été difficile de le convaincre, mais il écoute les autres hommes.

–Participante à MMA

Le contenu sur les compétences professionnelles dans les séances de groupe de mentorat MMA a contribué à susciter la curiosité et l'intérêt des filles à propos du programme. Cet élément était également attrayant pour les personnes avec de l'influence sur les jeunes femmes. Lorsque la femme contribue aux dépenses quotidiennes, elle peut soulager son mari et s'acquitter de ses obligations sociales, servant de filet de sécurité important. Pour les adolescentes, MMA a également suscité un intérêt en raison de la variété des sujets abordés, notamment l'hygiène, la nutrition, la prise de décision, la négociation et l'espacement des naissances, en plus de la formation professionnelle. Cependant, il y avait une certaine confusion sur l'objectif de MMA, probablement en raison de l'attention accordée aux composantes de renforcement des compétences MMA dans le message de mobilisation. La plupart des participantes et maris interrogés à Zaria, où le programme était en place depuis un peu moins d'un an, estimaient que le programme était axé sur la formation professionnelle plutôt que sur l'espacement des naissances. À Jaji, les participants ont déclaré que les mentors avaient donné une explication plus approfondie du contenu du programme pendant la mobilisation.

“

J'ai décidé que j'allais participer au programme avec ou sans l'accord de mon mari. Je savais que mon mari ne serait pas d'accord avec l'espacement des naissances, donc je ne lui ai pas dit que les sujets portaient sur l'espacement des naissances.

–Participante à MMA

ENGAGEMENT AMBITIEUX

COMPÉTENCES PRATIQUES ET PROFESSIONNELLES

Le programme MMA est conçu pour aider une participante à identifier des objectifs pour elle-même et sa famille, commencer à élaborer un plan pour atteindre ces objectifs et comprendre comment la contraception peut être un outil pertinent pour l'aider à réaliser ses aspirations. Bien que la variété des compétences et du contenu du programme MMA était attrayante pour les jeunes femmes, leur intérêt était centré sur l'opportunité d'acquérir une compétence commercialisable qui pourrait leur offrir des opportunités supplémentaires de générer des revenus. Alors que quelques participantes ont déclaré être en mesure de vendre des produits qu'elles avaient appris à fabriquer, le contenu professionnel dans la plupart des cas ne répondait pas à leurs attentes. Le manque de temps pour apprendre et pratiquer une nouvelle compétence et une inadéquation entre les compétences acquises et le marché disponible ont souvent empêché les filles d'appliquer les compétences apprises avec le programme MMA afin de générer des revenus. Les maris dont les épouses ont pu générer des revenus supplémentaires sont ceux qui ont parlé le plus positivement du programme. Certains maris étaient satisfaits même lorsque leurs femmes étaient incapables de générer un revenu supplémentaire si elles avaient appris à fabriquer des articles ménagers qu'elles auraient autrement dû acheter, réduisant ainsi les dépenses du ménage.

“

Je ne pouvais pas vendre ce que je fabriquais. Ce n'était pas ce que je voulais apprendre. Je savais que les produits ne pouvaient pas être commercialisés dans le secteur où j'habite.

–Participante MMA

“

Beaucoup d'épouses dépendent entièrement de leur mari pour subvenir à leurs moindres besoins financiers. Cela peut engendrer des abus. Quand une femme apprend un métier, elle gagne un peu de liberté et peut résoudre des petits problèmes sans devoir compter sur son mari.

–Un commerçant de la communauté

Le temps disponible dans les groupes de mentorat pour apprendre et pratiquer les compétences de communication était apparemment suffisant pour aider les jeunes femmes à engager des conversations avec leur mari à propos de l'espacement des naissances, bien que le pouvoir accru des filles à engager des conversations avec leur mari sur des sujets autres que l'utilisation de la contraception était beaucoup moins prononcé. Pourtant, certaines filles ont signalé une amélioration de leur confiance en elles, de leur efficacité personnelle et une meilleure communication. Plusieurs maris, en particulier les plus instruits, ont dit apprécier la meilleure communication globale avec leurs épouses, car celles-ci étaient plus à même de « parler clairement ».

“

Par-dessus tout, j'ai appris à engager la discussion sur l'espacement des naissances et à défendre mes opinions.

–Participante MMA

“

Mon mari a respecté mon opinion et m'a accompagné à l'hôpital pour que nous puissions commencer à espacer nos enfants.

–Participante MMA

Quasiment toutes les filles, mêmes celles déçues par la formation professionnelle sont restées dans le programme. Les jeunes femmes ont vu une valeur intrinsèque dans la variété des sujets présentés, y compris les MST, les infections de l'appareil reproducteur, la communication interpersonnelle, en plus de l'amélioration de leurs connaissances sur les méthodes contraceptives.

“

Mon mari et moi-même ont été dépistés pour les MST puisque c'était gratuit. Ils nous ont donné des médicaments et nous ont dit comment les prendre. Mon mari a dit qu'il était content de MMA à cause de cela.

–Participante MMA

“

Je voulais apprendre toutes ces choses même avant d'avoir entendu parler du programme. Quand mon mentor est venu me parler de MMA, j'ai considéré cela comme une opportunité.

–Ancienne participante MMA

CONSEILS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION ET DE SERVICES ADOPTION DES CONTRACEPTIFS

Soixante-deux pour cent (62 %) des participantes interrogées à Zaria et 77 % de celles de Jaji ont déclaré avoir adopté une méthode contraceptive après leur participation au projet MMA, bien qu'un nombre significatif ait abandonné par la suite.³ Cela reflète un besoin non satisfait pour des méthodes plus efficaces qui sont souvent rejetées en raison d'une série d'obstacles à l'accès et de mythes et de désinformations répandus chez les jeunes femmes et les communautés. Ces taux d'adoption peuvent être attribués à la compétence du conseil en contraception de MMA pour surmonter certains de ces obstacles. La confidentialité était une préoccupation essentielle des jeunes femmes interrogées pour cette recherche. Le personnel de santé fournissant des services par le biais de MMA (à la fois des prestataires publics formés par le programme et des prestataires privés employés par SFH) était considéré comme digne de confiance, plus discret et susceptible de préserver la confidentialité des jeunes femmes. La plupart des filles ont indiqué que MMA leur permettait de mieux connaître les avantages de l'espacement des naissances. Même les jeunes femmes qui n'ont pas adopté de méthode de contraception ont déclaré qu'elles estimaient qu'il était important de corriger les mythes et les idées fausses sur la contraception, en particulier ceux sur le lien entre l'utilisation de la contraception moderne et l'infertilité. Plusieurs personnes interrogées ont révélé qu'avant de participer au groupe de mentorat, elles évitaient

la contraception par peur des effets secondaires (en plus de la pression d'avoir des enfants et de la crainte des ragots). Les jeunes femmes ont indiqué que de nombreux professionnels de santé en dehors de MMA n'expliquaient pas bien les effets secondaires possibles et, par conséquent, certaines filles arrêtaient leur traitement lorsqu'elles présentaient des effets secondaires comme des changements lors de leurs règles. En revanche, les participants à MMA ont dit qu'elles étaient conscientes des effets secondaires possibles et savaient qu'elles pouvaient demander de l'aide au centre de santé pour les gérer, ce qui suggère que le conseil améliorerait les connaissances et apaisait certaines de leurs préoccupations.

Il est généralement admis que la contraception est une affaire privée et que les décisions concernant la fécondité doivent être prises entre un mari et une femme. Les jeunes femmes qui souhaitent réellement avoir accès à la contraception et à son utilisation ont déclaré que cela dépendait en grande partie du soutien des personnes qui ont une influence déterminante sur leur vie, principalement leurs maris, mais également dans certains cas, leurs belles-mères. Certaines jeunes femmes ont déclaré avoir réussi à convaincre leur mari que l'espacement des naissances était bénéfique, soit pour éviter les difficultés financières, soit pour la santé de leur famille. Sinon, les IPCA ont pu surmonter la réticence de certains maris envers l'espacement des naissances en soulignant les avantages pour la santé offerts par la contraception et en convainquant le mari d'accompagner sa femme au centre de santé où il peut participer à une discussion avec son épouse et un prestataire de santé. Certaines participantes au MMA ont dit transmettre leurs nouvelles connaissances et expériences à leurs amis les plus proches et aux membres de leur famille. Malgré des traditions religieuses bien ancrées, souvent conservatrices, les maris en général ne voyaient pas de conflit entre leurs croyances religieuses et l'espacement des naissances.

“

Mon mari est très croyant et a toujours un Coran dans les mains, et pourtant l'espacement des naissances de nos enfants ne lui pose aucun problème tant que cela ne me fait pas de mal.

–Participante à MMA

iii. Comme l'échantillonnage de l'étude a été réalisé à dessein, ces taux d'adoption de la contraception ne sont pas nécessairement représentatifs du taux global pour le programme MMA.



Quand j'ai dit à mon mari que je voulais attendre avant d'avoir notre prochain enfant, il a dit qu'il divorcerait si je le faisais, mais j'avais déjà pris ma décision. Je n'ai peut-être pas d'influence sur le nombre d'enfants que j'aurais, mais j'ai de l'influence sur ma santé.

–Participante à MMA

Craignant de ne pas recevoir d'aide pour utiliser la contraception, certaines jeunes femmes interrogées n'ont pas adopté de méthode contraceptive ou, dans quelques cas, y ont accédé secrètement, sélectionnant souvent un implant ou un produit injectable, qui étaient moins détectable et ne nécessitait pas de réapprovisionnement fréquent, comme la pilule. Quelques adolescentes mariées ont indiqué que, puisque leur santé était impactée par l'accouchement, elles pensaient qu'elles devraient avoir le dernier mot dans les décisions portant sur leur propre santé.

Les jeunes femmes se sentaient à l'aise au sein de leurs groupes de mentorat et avaient accès relativement facilement aux services de contraception par le biais de MMA par rapport aux voies traditionnelles d'obtention de ce service. Le fait d'avoir des mentors en qui la communauté faisait confiance pour donner des informations et ensuite référer les jeunes femmes à un prestataire MMA adapté était considéré comme un moyen efficace de diffuser les informations et d'accéder aux services de manière plus transparente. Cette recherche a conclu que grâce à des programmes et à des prestations de services adaptés à la culture de la population, MMA soutient le changement progressif des attitudes envers la contraception pour l'espace des naissances qui se produit dans ces communautés du nord du Nigéria.



Je vois parfaitement ce que l'infirmière nous a dit. La méthode (moderne) que nous utilisons maintenant est plus fiable. Ma femme n'a eu aucun des effets secondaires graves qui m'inquiétaient auparavant.

–Mari d'une participante à MMA

SUIVI

CONTINUITÉ DE LA MÉTHODE

À la fin de chaque séance de conseil MMA, il est rappelé aux jeunes femmes qui ont adopté une méthode de contraception moderne de revenir pour leur suivi. Les prestataires de santé leur donnent une carte de rendez-vous sur laquelle figure leur numéro de téléphone. Le protocole stipule que les prestataires téléphonent aux femmes ayant adopté la contraception deux à trois jours après l'adoption de la méthode, à mi-chemin de l'utilisation de la méthode, puis 2 à 3 jours avant le moment où un renouvellement est nécessaire. Cependant, les entretiens suggèrent que tous les prestataires ne respectent pas ce protocole. Des entretiens avec des jeunes femmes qui avaient précédemment adopté la contraception par le biais de MMA ont révélé que 70 % des personnes interrogées à Jaji et 30 % à Sabon Gari et Zaria ont arrêté d'utiliser leur méthode contraceptive. Un facteur contribuant à la différence des taux d'abandon de la méthode contraceptive est que les filles interrogées à Jaji avaient tendance à avoir adopté la contraception depuis plus longtemps que celles interrogées à Zaria, puisque le programme MMA est plus récent à Zaria où de nombreuses femmes interrogées utilisaient une méthode contraceptive depuis seulement moins de six mois. Ces taux d'abandon révèlent cependant la nécessité d'intensifier le suivi des participantes MMA qui adoptent une contraception moderne. Bien que les participantes soient mieux informées sur les effets secondaires des méthodes contraceptives, ces facteurs sont toujours la principale raison de l'arrêt de la contraception. Les jeunes femmes savaient qu'elles pouvaient visiter le centre de santé et beaucoup d'entre elles sont venues une ou deux fois quand elles avaient des soucis ou des questions. Cependant, l'éloignement du centre, le besoin d'avoir la permission de se déplacer et les coûts du transport étaient toujours des obstacles. Malgré ces obstacles, le taux de visites de suivi est important par rapport aux données sur le recours aux services de santé chez les adolescentes mariées vivant en milieu rural et qui n'ont pas participé au programme MMA. Ces barrières logistiques étaient particulièrement pertinentes à Jaji

où les services de santé étaient plus éloignés des domiciles des jeunes femmes. Si un problème relatif à la méthode n'était pas résolu en une ou deux visites au centre de santé, beaucoup de jeunes femmes abandonnaient la méthode.



**Je suis allée avec mon mari à la clinique...
À chaque fois que nous y sommes allés,
ils nous disaient la même chose, revenez
un autre jour. Mon mari était agacé alors
il a arrêté de venir avec moi. Il m'a donné
l'argent pour prendre un taxi moto, mais
finalement, j'ai arrêté d'y aller.**
–Participante MMA

LIMITES

En raison du confinement mis en place pour endiguer la pandémie de COVID-19, et donc la suspension des groupes de mentorat, l'équipe de recherche n'a pas été en mesure d'observer les groupes de mentorat à Jaji comme prévu. Ceci a eu une incidence sur les conclusions qui pouvaient être tirées des observations de l'Objectif 2, Évaluation des groupes de mentorat MMA. L'équipe de CGE s'est appuyée sur des données qui avaient été collectées à Zaria avant les restrictions sanitaires et les a renforcées et complétées en augmentant considérablement le nombre d'entretiens individuels avec des jeunes filles et des influenceurs pour avoir une meilleure compréhension de la situation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les recherches de CGE au sein des communautés de l'État de Kaduna ont mis en évidence d'importants domaines de réflexion et d'opportunités pour adapter et renforcer le programme MMA.

Norme de genre et capacité d'agir des jeunes femmes. MMA a réussi à s'établir dans le contexte plus conservateur du nord du Nigéria en alignant les messages sur la contraception avec l'idée de prendre soin de sa famille et de stabilité financière. Grâce à ce programme, les jeunes femmes semblent avoir acquis

une meilleure capacité d'agir et une voix plus forte dans la prise de décision en matière de santé sexuelle et reproductive et de contraception. Beaucoup de participantes ont partagé ce qu'elles avaient appris avec leurs maris et étaient heureuses de l'écoute offerte par leurs maris. Cependant, la recherche n'a pas indiqué que cela contribuait à un contrôle accru des jeunes femmes sur la prise de décision dans d'autres domaines de leurs vies. Il est peu probable qu'une séance de deux heures sur la négociation ou la communication modifie les normes de genre profondément enracinées et les modèles de pouvoir établis dans les relations. Ces résultats donnent un point de réflexion alors que A360 envisage ce que cela pourrait signifier d'améliorer la capacité d'agir et d'être écoutées des jeunes filles dans sa prochaine phase et de s'engager dans des programmes plus transformateurs des normes de genre.

Implication de la communauté et des influenceurs clés. Les chefs coutumiers et religieux qui sont respectés par la communauté peuvent être des défenseurs extrêmement efficaces de l'espacement des naissances. Dans les zones où MMA a activement engagé ces gardiens de l'accès à la communauté, les membres de la communauté connaissaient mieux le programme et étaient plus susceptibles de participer. Les attitudes à l'égard de la contraception évoluent progressivement dans le nord, comme le montrent certains efforts récents.^{22,23,24} Il est important que MMA soutienne ces efforts et capitalise dessus. Compte tenu de la controverse passée sur les efforts de planification familiale, l'absence de réaction de la communauté concernant la programmation contraceptive du programme MMA reflète ce changement progressif des attitudes et est un crédit pour la conception et à la mise en œuvre culturellement sensibles du programme MMA. Alors que les jeunes femmes et leurs maris partagent leurs expériences d'utilisation de la contraception avec des amis proches et des parents, d'autres pourraient voir les avantages de l'espacement des naissances et rechercher des informations et des services pour eux-mêmes.

Compétences professionnelles. Les aspects de développement des compétences du programme MMA ont été essentiels pour susciter la curiosité des jeunes femmes à propos du programme et le soutien de leurs influenceurs. Pourtant, la plupart des participantes et leurs maris ont estimé que la formation était beaucoup trop courte et que les compétences n'étaient pas aussi pertinentes qu'elles pourraient l'être. Presque tous ont demandé que MMA augmente l'intensité, la profondeur et la durée de cette composante du programme. Les participantes ont partagé un intérêt à apprendre ce qu'elles jugeaient être des métiers plus utiles et plus pertinents comme la couture, la fabrication de chaussures et de sacs ou l'élevage d'animaux. Le dilemme du programme MMA serait de trouver la façon de fournir une telle formation dans le cadre de sa mission et de son budget.

Supervision et soutien du mentor. Bien que les jeunes femmes aient décrit leurs interactions avec les mentors comme extrêmement positives et respectueuses, la qualité de l'animation des séances MMA par le mentor s'est avérée encore préoccupante dans certains lieux objets de la recherche. La recherche suggère le besoin d'aider et de superviser systématiquement les mentors. À partir de l'expérience antérieure de CGE en matière de supervision, l'équipe de recherche a recommandé que le mentorat soit mis en œuvre de manière prudente, solidaire et collaborative afin d'éviter que la supervision soit hiérarchique ou punitive.

Suivi. A360 est confronté aux mêmes problèmes que le secteur plus large, où il est clairement prouvé que les jeunes (15-24 ans) arrêtent l'utilisation de la contraception à des taux bien plus élevés que toutes les femmes en âge de procréer.²⁵ C'est une réussite que MMA mette les jeunes femmes en relation avec les services de santé locaux, et que certaines d'entre elles retournent dans un établissement de santé une ou plusieurs fois lorsqu'elles ont des problèmes avec la méthode contraceptive choisie. Néanmoins, les protocoles de suivi doivent être renforcés pour s'assurer que les jeunes femmes continuent d'être soutenues après l'utilisation initiale de la contraception.

Lieux de mentorat MMA. Il est essentiel que les groupes se réunissent dans un espace privé où les participantes se sentent à l'aise pour discuter de leur

vie et réfléchir à certains des sujets les plus sensibles du programme.

Le bon moment. L'expérience MMA jusqu'à présent suggère qu'il est possible de répondre aux besoins contraceptifs des adolescentes mariées d'une manière culturellement sensible, même dans un contexte social, culturel et religieux difficile. L'absence générale de controverse rencontrée par MMA suggère également que les perceptions de l'espacement des naissances grâce à la contraception moderne pourraient être à un point de basculement dans certaines communautés du nord du Nigéria. Avec des améliorations concrètes dans la mise en œuvre (une approche revue de la formation professionnelle, un meilleur suivi des participantes, une supervision accrue des mentors, un meilleur choix des lieux et une implication plus étroite des décideurs clés et des chefs traditionnels et religieux), les chercheurs ont conclu que le moment peut être opportun pour commencer l'expansion du programme MMA et potentiellement pour l'intégrer dans d'autres programmes de soutien aux adolescentes mariées.

AUTEURS COLLABORATEURS

Les textes en italique indiquent l'auteur.

Citation recommandée : Perlman D, et al. « Comprendre l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes mariées dans le contexte conservateur du nord du Nigéria : Recherche ethnographique et évaluation du genre de Matasa Matan Arewa (MMA) » (2021) Washington, D.C : Center for Girls Education and Population Services International.

- *Daniel Perlman*
- *Mardhiyyah Abbas Mashi*
- *Tessa Fujisaki*
- *Meghan Cutherell*
- *Sara Malakoff*
- *Abednego Musau*
- Made David
- Aisha Abubakar
- Hajara Abubakar
- Aminu Bello Gurin
- Daisy Valdivieso
- Joy Otsanya Ede
- Fifi Ogbondeminu

REFERENCES CITED

1. National Population Commission (NPC) [Nigéria] and ICF. 2019. Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 2018.
2. Abuja, Nigéria, et Rockville, Maryland, USA : NPC et ICF.
3. Qui sont les Haoussas ? World Atlas. Informations consultées le 8 mars 2021. <https://www.worldatlas.com/articles/who-are-the-hausa-people.html>
4. Sinai I, Anyanti J, Khan M, Daroda R, Oguntunde O. Demand for women's health services in northern Nigeria: a review of the literature. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(2):96-108. doi:10.29063/ajrh2017/v21i2.11
5. Sada, I, Adamu F, Ahmad A. Promoting women's rights through Sharia in northern Nigeria. Zaria, Nigéria : Université Ahmadu Bello, Centre d'études juridiques islamiques/British Council, Département pour le développement international (DFID) ; 2006.
6. Wado YD. Women's autonomy and reproductive healthcare-seeking behavior in Ethiopia. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP91/WP91.pdf>. Document de travail DHS n°91. Publié en février 2013. Consulté le 1er décembre 2020.
7. Das M, Angeli F, Krumeich AJSM, van Schayck OCP. The gendered experience with respect to health-seeking behaviour in an urban slum of Kolkata, India. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):24. doi:10.1186/s12939-018-0738-8 Nwogwugwu N. Women's empowerment and women's health in Africa. In: Yacob-Haliso O., Falola T. (eds) *The Palgrave Handbook of African Women's Studies*. Palgrave Macmillan, Cham;2020. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77030-7_160-1
8. Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2471-8>
9. Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2471-8>
10. Sinai I, Anyanti J, Khan M, Daroda R, Oguntunde O. Demand for women's health services in northern Nigeria: a review of the literature. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(2):96-108. doi:10.29063/ajrh2017/v21i2.11
11. Lane C, Joof YM, Hassan AA, Pryor S. Promoting healthy timing and spacing of pregnancy with young married women in northern Nigeria: a short report. *Afr J Reprod Health*. 2012;16(2) : 263-269.
12. Bell SO, Omoluabi E, Olaolorun F, Shankar M, Moreau C. Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(1). doi:10.1136/bmjgh-2019-001814
13. Tukur BM, Bawa U, Odogwu K, Adaji S, Suleiman I, Passano P. Praying for divine intervention: the reality of the three delays in Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2010;14(3) :113-120.
14. Sinai I, Anyanti J, Khan M, Daroda R, Oguntunde O. Demand for women's health services in northern Nigeria: a review of the literature. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(2):96-108. doi:10.29063/ajrh2017/v21i2.11
15. Perlman D, Adamu F, Wodon Q. Understanding child marriage: insights from Hausa communities. *Girls' Education and Child Marriage in West and Central Africa Notes Series*. Education Global Practice. Washington, DC : La Banque Mondiale, 2017.
16. Sada, I, Adamu F, Ahmad A. Promoting women's rights through Sharia in northern Nigeria. Zaria, Nigéria : Université Ahmadu Bello, Centre d'études juridiques islamiques/British Council, Département pour le développement international (DFID) ; 2006.
17. Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Ministère fédéral de la santé du Nigéria. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Nigeria. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324926>. Document publié en 2019. Consulté le 10 décembre 2020.
18. Renne, EP. Changing Patterns of Child-spacing and Abortion in a Northern Nigerian Town. Office of Population Research Document de travail n°97-1. 1997.
19. Jegede AS. What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign? *PLoS Med*. 2007;4(3):e73. doi:10.1371/journal.pmed.0040073
20. Renne E. *The politics of polio in Northern Nigeria*. Bloomington: Indiana University Press; 2010.
21. Renne E. Perspectives on polio and immunization in Northern Nigeria. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1857-69. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.025
22. Measurement, Learning and Evaluation Project Nigeria Team. Evaluation of the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative (NURHI) program. *Stud Fam Plann*. 2017;48(3) : 253-268. doi:10.1111/sifp.12027
23. Speizer IS, Calhoun LM, McGuire C, Lance PM, Heller C, Guilkey DK. Assessing the sustainability of the Nigerian urban reproductive health initiative facility-level programming: longitudinal analysis of service quality. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(559). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4388-3>
24. Hardee K, Jurczynska K, Sinai I, Boydell V, Muhwezi DK, Gray K, Wright K. Improving voluntary, rights-based family planning: experience from Nigeria and Uganda. *Open Access J Contracept*. 2019;10:55-67. doi:10.2147/OAJC.S215945
25. Streifel C. Policy brief: best practices for sustaining youth contraceptive use. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/01/best-practices-for-sustaining-youth-contraceptive-policy-brief.pdf>. Population Reference Bureau. Publié en janvier 2021. Consulté le 27 janvier 2021.