



**LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES ET DES FILLES AU
NIGER : UN EXAMEN DES GROUPES MMD AU
NIVEAU DES SYSTÈMES**

RAPPORT

MARS 2024

A close-up photograph of two hands, one from a person with a yellow garment and one from a person with a red and blue patterned garment, holding a small, dark coin between their fingers. The background is blurred.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Peu de programmes de développement ont une durée de vie et un impact de plusieurs décennies. Le modèle Mata Masu Dubara (MMD) de CARE est mis en œuvre depuis 1991 pour promouvoir le leadership et l'autonomisation économique des femmes au Niger. Conçu à l'origine comme des groupes d'épargne et de crédit, le modèle a évolué au fil des ans pour répondre aux demandes des groupes de femmes d'avoir un meilleur accès aux services de santé publique, d'améliorer la nutrition, de recevoir des formations techniques et de participer aux processus civiques et électoraux, entre autres.

De nombreuses études ont été menées pour documenter l'impact du modèle sur les femmes membres et non membres, leurs conjoints, les ménages et les communautés. En s'appuyant sur ces évaluations, CARE a financé l'étude actuelle, qui utilise un cadre systémique innovant conçu pour comprendre et mesurer les changements dans les normes de genre et explorer les moyens d'étendre le MMD au niveau national et mondial. L'étude illustre les impacts systémiques de MMD sur l'amélioration des conditions de vie des femmes et des filles, en particulier leur santé maternelle, leur éducation, leur nutrition et la prévention des mariages précoces et forcés d'enfants.

Quatre grandes questions de recherche sont au cœur de l'étude :

- Quel est l'impact du MMD sur les politiques, les programmes et les budgets régionaux et locaux ?
- Comment les activités et le plaidoyer du MMD ont-ils modifié les normes discriminatoires en matière de genre concernant la santé maternelle, le mariage des enfants, la nutrition et l'éducation ?
- Comment les participantes au programme MMD ont-elles encouragé et renforcé l'action collective tout au long du programme ?
- Comment le MMD a-t-il renforcé la capacité et la responsabilité des institutions et des services en matière de santé maternelle, de mariage des enfants, de nutrition et d'éducation ?

Cette évaluation a utilisé une méthodologie mixte - qualitative et quantitative - pour remédier aux lacunes identifiées dans les évaluations précédentes. Cette méthodologie repose tout d'abord sur un plan d'échantillonnage stratifié du niveau régional au niveau communal, compte tenu de la diversité des expériences de mise en œuvre du modèle depuis 1991. L'équipe d'évaluation a choisi stratégiquement les quatre régions de Dosso, Maradi, Tahoua et Zinder. Ensemble, ces quatre régions représentent 72% de la population du Niger. CARE y met en place des groupes MMD depuis 1991. Des outils de collecte de données quantitatives et qualitatives ont été développés en utilisant les voies de CARE pour un impact durable à grande échelle, notamment le plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes, changer les normes sociales, soutenir les mouvements

mouvements sociaux, et le renforcement des systèmes de services et la responsabilité sociale. Ces outils ont été administrés à différents groupes tels que les femmes membres MMD et non-MMD, les hommes adultes et jeunes (y compris les maris des femmes membres MMD), les jeunes filles, les agents de développement, les autorités administratives, religieuses, éducatives et coutumières, ainsi que le personnel de CARE.

Principaux résultats

Nous avons constaté que les groupes MMD au Niger ont contribué à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) 1 : Pas de pauvreté, 2 : Faim «zéro», 3 : Bonne santé et bien-être, et 5 : Égalité entre les sexes. Nous avons trouvé des preuves de changement au niveau des systèmes dans plusieurs domaines.

Changements systémiques dans la santé maternelle : les changements sont résumés par une citation d'un représentant de l'autorité locale à Zinder qui a remarqué "un abandon des mauvaises pratiques et des mauvais comportements de la part des hommes et des femmes en ce qui concerne la gestion de la famille et la santé maternelle". Parmi les changements, on note

- Utilisation "en masse" des centres de santé par les femmes : pour la vaccination des enfants, les soins pré- et post-nataux
- Faire pression avec succès sur les autorités locales pour obtenir de meilleurs services de soins de santé (embauche de sages-femmes/doulas), fournir un meilleur équipement dans la maternité (matelas).
- Soutenir l'imposition d'une amende de 5 000 FCFA aux femmes qui continuent d'accoucher à domicile
- Tirer parti des réseaux MMD pour partager leurs connaissances avec d'autres femmes
- Les femmes membres MMD ont un taux légèrement plus élevé de visites périnatales (98%) au cours de leur dernière grossesse, contre 92% pour les femmes non-membres MMD.

...mais l'utilisation de la contraception reste divisée entre les femmes sans que l'on puisse l'expliquer clairement.

Les femmes membres MMD ont davantage recours aux services de santé génésique et les hommes ont tendance à participer davantage aux soins prénataux qu'auparavant. Leur statut social a changé : elles sont reconnues comme des avocates efficaces pour maintenir les filles à l'école plus longtemps, pour faire pression et obtenir de meilleurs services de santé et pour changer les attitudes à l'égard des besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitant. Le flux constant de femmes MMD élues au parlement souligne à quel point les communautés apprécient leur représentation et le travail politique qu'elles accomplissent au nom de leurs électeurs.

Changements systémiques dans les mariages précoces et forcés : alors que le Niger continue d'avoir le taux le plus élevé au monde de mariages précoces de filles (77%), il existe des preuves encourageantes que les mentalités commencent à changer.

- Plus de 90 % des femmes interrogées reconnaissent qu'il n'est pas normal d'épouser une fille de moins de 15 ans.
- Les parents attendent plus longtemps pour marier leur fille.

- Toutes les personnes interrogées ont une connaissance et une compréhension approfondies du risque que les mariages précoces font peser sur la santé physique et mentale de leurs filles, ainsi que de l'impact sur leurs perspectives économiques.
- Il n'y a aucune trace des anciennes célébrations qui avaient lieu lorsque les parents retiraient une fille de l'école. En fait, la plupart des personnes interrogées partagent le sentiment que les "mentalités ont changé".

...mais les données quantitatives montrent encore qu'un grand nombre de filles de moins de 18 ans sont mariées, les familles nombreuses étant confrontées à des choix économiques difficiles.

Les filles continuent d'être stigmatisées : lorsqu'elles vont à l'école, les parents pensent qu'elles ne sont pas aussi attentives à leurs études que les garçons, et qu'elles peuvent avoir des relations sexuelles avant le mariage, ce qui reste tabou. Les mariages précoces pour les filles peuvent être perçus comme des stratégies visant à éviter les grossesses précoces ou hors mariage, qui pourraient à leur tour conduire à la délinquance juvénile (les filles enceintes sont mises à la porte ou quittent la maison d'elles-mêmes et finissent par devenir sans-abri). Les compromis faits par les parents sont clairs : il vaut mieux marier une fille tôt que d'avoir à la maison une fille enceinte non mariée avec peu de perspectives économiques maintenant qu'elle n'est plus scolarisée.

Cependant, le poids des institutions religieuses et des normes sociales ralentit les progrès que les groupes MMD ont pu réaliser en matière de réduction des mariages précoces d'enfants, malgré une compréhension claire des conséquences de ces unions sur la santé physique et mentale des filles, ainsi que sur leur éducation et leurs perspectives économiques. En effet, 86% des hommes et 84% des femmes citent le risque sanitaire comme la conséquence la plus importante du mariage précoce pour une fille.

Changements systémiques dans l'éducation des filles : "De nos jours, les garçons n'aiment que les filles éduquées". Si le taux d'alphabétisation des femmes reste inférieur à celui des hommes, les mentalités commencent également à évoluer en matière d'éducation :

- Les garçons et les filles bénéficient des mêmes possibilités d'éducation.
- Les filles et les garçons ont tendance à commencer l'école au même âge, à savoir 7 ans.
- Les filles devraient bénéficier d'un enseignement secondaire et au-delà

...mais les filles sont perçues comme étant moins attentives à leurs études et plus susceptibles d'être sexuellement actives si elles vont et restent à l'école.

En ce qui concerne l'éducation des filles, il semble que les changements de comportement et de mentalité soient irréversibles, les participants ayant laissé entendre qu'il ne serait plus acceptable de ne pas envoyer les filles à l'école.

Changements systémiques dans la nutrition: L'accès à la terre, en particulier à la terre fertile, reste difficile pour les femmes. Cependant, les femmes membres du MMD semblent avoir un meilleur accès à la propriété foncière que les autres.

- Les femmes et les jeunes comprennent mieux l'importance de fournir des aliments nutritifs aux femmes enceintes et à celles qui allaitent.
- Les femmes et les jeunes sont plus enclins à sacrifier une partie de leurs aliments nutritifs pour les donner aux femmes enceintes ou allaitant.

- La majorité des femmes connaissent les avantages de l'allaitement maternel exclusif, mais la plupart d'entre elles prennent la décision de l'adopter avec l'agent de santé.

La situation des filles et des femmes est-elle meilleure aujourd'hui qu'en 1991 ? Oui.

La majorité des membres du MMD (75 % à 97 % selon les cohortes) ont reçu une formation sur la génération de revenus. Cette formation est essentielle pour donner aux femmes une indépendance financière et accroître leur capacité à mener des changements sociaux sur les questions communautaires. 90 % des femmes membres MMD se sont rendues au centre de santé lors de leur dernière grossesse. En termes d'éducation, les hommes et les femmes s'attendent à ce que les filles et les garçons aient les mêmes possibilités d'aller à l'école et à ce que les communautés soutiennent l'éducation des filles. Dans l'ensemble, les progrès se traduisent par une augmentation du nombre de femmes utilisant des moyens de contraception, une diminution rapide de l'acceptation d'organiser des célébrations lorsqu'une fille est retirée de l'école et une attention accrue aux besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes. Il est encore difficile pour les jeunes de parler de sexualité avec leurs parents ou leurs chefs religieux. Grâce au MMD, les femmes membres ont amélioré leur statut économique et sont socialement perçues comme des leaders communautaires forts, aux côtés des enseignants et des directeurs d'école.

L'organisation sociale du Niger est centrée sur la commune ou le village. Au sein de ces communautés, il est clair que les systèmes, les traditions et la répartition de l'autorité ont été influencés par les femmes MMD. Cependant, nous n'avons pas pu établir de lien entre ces bulles de changement super locales et le niveau politique national, ou même régional. Les femmes MMD semblent faire un bond en avant dans leur statut de leader, du niveau administratif local (en tant que maires et vice-maires) jusqu'au Parlement.



La cause la plus fréquemment citée pour expliquer le renforcement du leadership des femmes est la formation que les membres MMD reçoivent en matière de génération de revenus. Plus d'une personne interrogée a fait le lien entre cette formation spécifique et la capacité des femmes à défendre des questions clés telles que le mariage précoce des enfants, l'utilisation de la contraception, l'amélioration des services et équipements de soins de santé, etc.

Cette étude fournit des éléments permettant de formuler des actions efficaces et des recommandations aux programmes de CARE, aux décideurs politiques et aux autres partenaires du développement afin d'étendre les bonnes pratiques pour améliorer les résultats en matière de santé/nutrition et d'éducation, ainsi que pour réduire les mariages forcés et précoces en tirant parti des voies de changement au niveau du système.

L'équipe

L'équipe de coordination de CARE :

Idriss Leko, directeur national adjoint, CARE International au Niger

Idi Moutari, responsable du suivi et de l'évaluation, CARE International au Niger

Dawalak Ahmet, point focal pour le suivi et l'évaluation, CARE USA

Dr. Brittany Dernberger, directrice principale de l'impact au niveau des systèmes, CARE USA

Dr. Bhumika Piya, conseillère technique Gender Justice MEAL, CARE USA

Hilawit Gebrehanna, conseillère technique principale - Normes sociales et de genre

Consultants et experts :

Sophie Romana, chef d'équipe, Althaë Strategy

Julia Arnold, conseillère en évaluation et conceptrice, Althaë Strategy

Vivienne Balicki, assistante de recherche, Althaë Strategy

Massaoudou Moussa, expert quantitatif

Mme Mariam Diakité, experte qualitative

Table des matières

L'équipe	2
Table des matières	3
Liste des tableaux	6
Liste des figures	9
Abréviations	10
Introduction	10
1. Approche méthodologique	10
But et objectifs de l'évaluation	10
Contexte et justification	12
1.1 Objectif général	12
1.2 Objectifs spécifiques	12
1.3 Questions de recherche	12
1.4 Résultats attendus	13
2. Données démographiques	14
2. Approche méthodologique	14
3. Adhésion au MMD, renforcement des capacités et plaidoyer	14
3.2 Les programmes de CARE au Niger	14
4. Les programmes de CARE et le contexte nigérien 3.1. Contexte et progrès au Niger	14
2.1 Commission de contrôle interne	14
2.2 Zones d'étude	15
2.3 Échantillonnage quantitatif	16
2.4 Échantillonnage qualitatif	17
2.5 Analyse des données	18
3.1.1. La participation des femmes a augmenté.	19
3.1.2. Nutrition et retard de croissance	20
3.1.3 Adhésion au MMD et éducation	20
3.1.4 Adhésion au MMD et santé sexuelle et reproductive	23
4.1 Données démographiques des répondants à l'enquête quantitative	23
4.2 Données démographiques des répondants à l'enquête qualitative	23
5.2 Formation à la défense des intérêts des membres	25
5.3 Le paysage des mouvements sociaux au Niger	26
6. Santé maternelle	27
7. Mariage précoce et forcé des enfants	28
7.1 Mariage précoce des enfants : Changements dans les normes sociales	30
7.2 Mariage précoce des enfants : Mouvements sociaux.	31
6.3 Santé maternelle : Mouvements sociaux	33
6.4 Santé maternelle : Renforcement du système de services et responsabilité sociale	
6.1 Santé maternelle : Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes 6.2 Santé maternelle : Changements dans les normes sociales	33
Conclusion sur la santé maternelle	36
Contexte du Niger	37
6.2.1 Consultations de grossesse	38
6.2.2 Contraception	39
6.2.3 Espacement des naissances et décision d'avoir un premier enfant	40
6.2.4 Participation des hommes aux soins prénatals	41
Conclusion sur les mariages précoces d'enfants	43
Contexte du Niger	49
8. Éducation des filles	50
8.1 L'éducation des filles : Changements dans les normes sociales	52
8.2 L'éducation des filles : Mouvements sociaux	57

9. Nutrition	57
10. La voie à suivre : comment tirer parti des résultats en matière de plaidoyer, de politique et de programmation ?	58
9.1 La nutrition : Changements dans les normes sociales	61
9.2 Nutrition : Plaidoyer et mouvements sociaux	61
9.3 Nutrition : Renforcer les systèmes et la responsabilité sociale	62
Liste des tableaux	
Table 1 - Échantillonnage de l'étude quantitative	13
Table 2 - Principaux programmes de CARE au Niger travaillant avec MMD	19
Table 3 - Changement des normes sociales en matière de contraception et de santé maternelle ..	30
Table 4 - Normes sociales concernant les discussions sur le sexe entre filles et garçons..	47
Table 5 - Approbation par la communauté du fait que les filles et les garçons discutent de la sexualité.	48
Table 6 - Pourcentage de filles de 15 à 19 ans sexuellement actives	49
Figure 1- Structure du MMD	13
Figure 2 - Évolution du nombre de membres du MMD et de femmes au Parlement.	15
Figure 3 - Évolution du retard de croissance et de l'appartenance au MMD.	16
Figure 4 - Évolution de l'insuffisance pondérale des femmes et de leur appartenance au MMD.	16
Figure 5 - Inscription à l'école et appartenance au MMD.	17
Figure 6 - Adhésion au MMD et taux de fécondité des adolescentes (données de la Banque mondiale)	18
Figure 7 - Adhésion au MMD et taux de mortalité maternelle (données de la Banque mondiale)	18
Figure 8 - Adhésion au MMD et taux de mortalité des moins de cinq ans (données de la Banque mondiale).	20
Figure 9 - Répartition par âge des répondants quantitatifs (n=1 378)	20
Figure 10 - Principal moyen de subsistance (n=1 378)	21
Figure 11 - Moyens de subsistance des jeunes filles (n=264)	22
Figure 12 - Moyens de subsistance des jeunes garçons (n=126)	22
Figure 13 - Femmes âgées de 15 à 64 ans et membres du MMD (1991-2023)	23
Liste des figures	
Figure 14 - Répartition des membres du MMD par sexe et par catégorie d'adultes.	24
Figure 15 - Composition et durée du mandat des MMD	24
Figure 16 - Cohortes MMD ayant reçu une formation	25
Figure 17 - Cohortes MMD ayant reçu une formation en plaidoyer depuis leur adhésion à MMD	26
Figure 18 - Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest et du Centre, estimations, Unicef, 2021	27
Figure 19 - Pourcentage de femmes MMD ayant visité un centre de santé lors de leur dernière grossesse	32

Figure 20 - Visites prénatales au cours de la dernière grossesse.	32
Figure 21 - Utilisation de la contraception par les femmes membres du MMD.	33
Figure 22 - Femmes adultes ayant déjà utilisé un moyen de contraception MMD v Non MMD	34
Figure 23 - Fenêtre de fécondité des femmes adultes (membres du MMD) ayant déjà utilisé un moyen de contraception	34
Figure 24 - Raisons de l'utilisation de la contraception (n=421)	35
Figure 25 - Utilisation de la contraception par les femmes et niveau d'éducation (n= 421) .	35
Figure 26 - Utilisation de la contraception par niveau d'éducation (femmes)	36
Figure 27 - Raisons s'opposant à l'utilisation de la contraception.	37
Figure 28 - Utilisation de la contraception par les hommes *n=184, 17 sans réponse)	37
Figure 29 - Utilisation de la contraception par les hommes en fonction du niveau d'éducation (*n=187, 18 sans réponse)	38
Figure 30 - Connaissances des femmes en matière de contraception (n = 780)	
Figure 31 - Délai de consultation médicale, femmes.	40
Figure 32 - Tendances des mariages d'enfants (Source : UNFPA)	42
Figure 33 - Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans (2012, source de données UNFPA)	42
Figure 34 - Pourcentage de filles âgées de 20 à 24 ans ayant accouché alors qu'elles étaient mineures, source UNFPA	44
Figure 35 - Filles mariées par âge et par sexe du parent	44
Figure 36 - Taux de mariage des filles en fonction de l'appartenance au MMD, femmes adultes interrogées	46
Figure 37 - Compréhension par les femmes et les hommes des risques de mariage précoce pour les filles	51
Figure 38 - Raisons invoquées par les femmes pour justifier le mariage précoce	52
Figure 39 - Taux d'alphabétisation, par sexe, pour les adultes de 15 ans et plus (Source : Banque mondiale)	52
Figure 40 - Attentes des femmes en matière d'éducation des filles	53
Figure 41 - Attentes des hommes en matière d'éducation des filles	53
Figure 42-Perception par les femmes des croyances de la communauté (éducation des filles)	54
Figure 43 - Perception par les hommes des croyances de la communauté (éducation des filles)	54
Figure 44 - Perception par les femmes des croyances de la communauté (égalité d'accès à l'éducation)	55
Figure 45 - Perception par les hommes des croyances de la communauté (égalité d'accès à l'éducation)	55
Figure 46 - Perception par les femmes des attentes de la communauté à l'égard des parents (égalité d'accès à l'éducation)	56
Figure 47 - Perception par les hommes des attentes de la communauté à l'égard des parents (égalité d'accès à l'éducation)	59
Figure 48 - Âge du premier enfant scolarisé chez les femmes MMD et non MMD	59
Figure 49 - Propriété foncière des femmes	
Figure 50 - Attitudes à l'égard de la fourniture d'aliments nutritifs aux femmes enceintes ou allaitantes	
Figure 51 - La communauté sacrifiera de la nourriture pour les femmes enceintes	60
Figure 52 - Connaissance de l'allaitement maternel exclusif	60
Figure 53 - Décision des femmes concernant l'allaitement (classement)	61

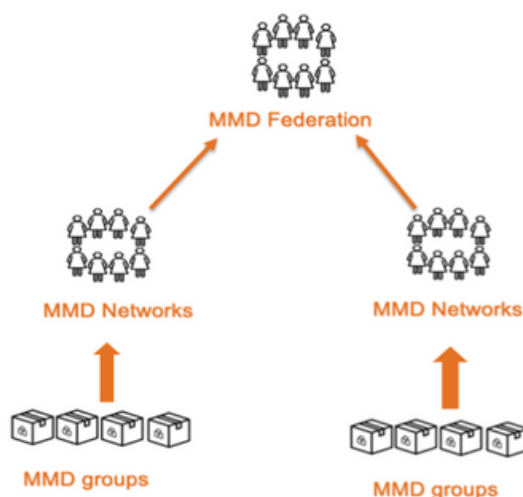
Abréviations

IGA Income Generating Activity
INGO International Non-Governmental
MMD Organization Mata Masu Dubara
RCT Randomized Controlled Trial
VSLA Village Savings and Loans Association
(Groupe Villageois d'Épargne et de Crédit)

Introduction

Contexte et justification

En 1991, CARE International a restructuré ses programmes au Niger afin d'accroître le niveau d'autonomisation des femmes en créant des associations villageoises d'épargne et de crédit (VSLA), basées sur la pratique connue des tontines. Les groupes VSLA constituaient le premier la structure Mata Masu Dubara (MMD : "Femmes Ingénieuses" en Hausa, qui se traduit par "femmes en mouvement"), voir figure 1. Le projet pilote de 1991 a été conçu pour aider les femmes de la région de Maradi à faire face à leurs nombreuses responsabilités en leur facilitant l'accès aux ressources financières et techniques par le biais de l'épargne et du microcrédit. L'approche MMD, née de cette expérience particulièrement réussie, a été modifiée au fil des années en fonction de l'évolution des programmes de CARE Niger et, plus important encore, de l'évolution de l'approche systémique de la pauvreté de CARE International et de CARE Niger.



Plusieurs études et évaluations menées sur l'approche MMD montrent que le modèle a contribué au renforcement de l'autonomisation économique, sociale et politique des femmes nigériennes, ainsi qu'à la réduction de leur pauvreté. En plus des groupes MMD encadrés et utilisés par CARE Niger dans divers domaines comme point d'entrée, beaucoup d'autres ont vu le jour, soit par effet d'entraînement, soit suite à l'adoption de l'approche MMD par des organisations partenaires dans leur programmation. Dès lors, le " label MMD " est devenu un signe distinctif que CARE, les partenaires et même les groupes associés ou combinés à d'autres activités ou actions tirent des dividendes liés au potentiel de visibilité ou d'impact intrinsèque aux groupes MMD.

De cette manière, le MMD est devenu une base programmatique sur laquelle CARE peut s'appuyer et se développer en combinant le MMD avec d'autres activités telles que l'autonomisation économique, la nutrition, l'inclusion financière, l'éducation et l'accès à la santé sexuelle et reproductive, l'éducation des filles, la participation politique des femmes, l'entrepreneuriat et l'aide humanitaire. En d'autres termes, le modèle MMD agit sur tous les systèmes (social, économique et politique) et à tous les niveaux (village, commune, département, région et national).

1. But et objectifs de l'évaluation

Cette évaluation d'impact au niveau des systèmes a été conçue pour illustrer les impacts systémiques du modèle MMD de CARE sur l'amélioration des conditions de vie des femmes et des filles en matière de santé maternelle, d'éducation, de nutrition et de mariage d'enfants, afin qu'ils puissent avoir un impact durable à l'échelle. En juin 2022, CARE Niger a réalisé une [méta-évaluation](#) démontrant comment le modèle MMD a amélioré les conditions de vie des femmes, des filles et des ménages en général. Quatre thèmes majeurs ont été explorés dans cette étude : 1) la voix et le leadership des femmes ; 2) l'engagement des hommes ; 3) la justice sociale et économique ; et 4) la justice climatique pour les femmes. Les résultats montrent clairement que l'approche MMD a produit de nombreux impacts dans plusieurs domaines de la vie des femmes au Niger, avec une extension aux communautés. Certains de ces impacts sont clairs et quantifiables. Toutefois, l'étude a permis d'identifier des domaines nécessitant des recherches plus approfondies, afin de mieux comprendre les changements au niveau du système et l'impact ultérieur de la voix et du leadership des femmes MMD,

la portée des mouvements sociaux et les changements dans les pratiques de santé maternelle, le mariage précoce et forcé des enfants et l'éducation des filles.

1.1 Objectif général

L'objectif global est de documenter les changements dans la qualité de vie des femmes et des filles en raison de l'interaction entre le modèle MMD et les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre des politiques et des programmes au niveau régional, du district et de la commune dans les domaines de la santé maternelle, de l'éducation des filles, du mariage des enfants et de la nutrition. Cette étude permettra de comprendre comment les acteurs, les facteurs relationnels et les structures sociales influencent les normes sociales et de genre dans le contexte du modèle MMD au Niger.

1.2 Objectifs spécifiques

- Comprendre et documenter l'influence du MMD aux niveaux local/communautaire et régional et sur la santé maternelle, le mariage précoce des enfants, l'éducation des filles et la nutrition.
- Identifier les acteurs et les facteurs clés qui favorisent (et entravent) l'évolution positive des normes et cartographier les voies (et les obstacles) au changement au niveau du système.
- Proposer des actions et des recommandations efficaces au gouvernement et aux partenaires afin d'étendre les bonnes pratiques pour améliorer les résultats en matière de santé/nutrition, d'éducation et de mariage en s'appuyant sur les agents et les voies de changement au niveau du système.

1.3 Questions de recherche

Les questions de recherche suivantes ont été posées et déployées sur les quatre domaines de la santé maternelle, de l'éducation des filles, du mariage des enfants et de la nutrition dans un cadre logique combinant les voies du changement identifiées par CARE et les domaines dans lesquels des résultats étaient attendus (voir les tableaux ci-dessous).

- Quel est l'impact du MMD sur les politiques, les programmes et les budgets régionaux et locaux?
- Comment les activités et le plaidoyer du MMD ont-ils modifié les normes discriminatoires en matière de genre concernant la santé maternelle, le mariage des enfants, la nutrition et l'éducation?
- Comment les participants au programme MMD ont-ils encouragé et renforcé l'action collective tout au long du programme?
- Comment le MMD a-t-il renforcé la capacité et la responsabilité des institutions et des services en matière de santé maternelle, de mariage des enfants, de nutrition et d'éducation?

1.4 Résultats attendus

Les résultats suivants sont attendus de cette étude :

- Le fonctionnement du MMD aux niveaux local/communautaire, régional et national pour avoir un impact direct sur les résultats en matière d'éducation, de santé/nutrition et de mariage d'enfants est compris et documenté.
- Les acteurs et facteurs clés qui favorisent (et entravent) l'évolution positive des normes sont identifiés, et les voies (et les obstacles) au changement au niveau du système sont cartographiés.
- Des actions et des recommandations à partager avec le gouvernement et les partenaires pour étendre les bonnes pratiques afin d'améliorer les résultats en matière de santé/nutrition, d'éducation et de mariage en s'appuyant sur des agents de changement au niveau du système et sur des voies d'accès sont proposées.

2. Approche méthodologique

2.1 Commission de contrôle interne

L'étude a été approuvée par le ministère de la Condition féminine du gouvernement du Niger, qui a examiné la méthodologie proposée en juillet 2023.

Le cadre original de l'étude permet de comprendre comment les acteurs, les facteurs relationnels et les structures sociales influencent les normes de genre, les mouvements sociaux, le plaidoyer et le renforcement des systèmes dans le contexte du modèle MMD au Niger, grâce à des données quantitatives et qualitatives collectées dans un échantillon de zones MMD et non-MMD. L'étude n'est pas conçue pour examiner l'impact au niveau des ménages ou des individus. La méthodologie complète, le modèle d'échantillonnage, les données démographiques des personnes interrogées, les critères de sélection des villages, pour les études qualitatives et quantitatives, se trouvent dans les annexes de ce rapport.

Le cadre adopté utilise les voies de CARE pour un impact durable à grande échelle : 1) Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes ; 2) Changement des normes sociales ; 3) Mouvements sociaux ; et 4) Renforcement des systèmes de services et responsabilité sociale. Les voies sont appliquées aux quatre domaines de l'examen pour documenter les changements qui se sont produits dans a) la santé maternelle ; b) le mariage précoce et forcé des enfants ; c) l'éducation des filles et d) la nutrition. En appliquant ce cadre, l'équipe a identifié les résultats attendus et conçu des indicateurs qualitatifs et quantitatifs utilisés pour élaborer les questionnaires quantitatifs, les discussions de groupe et les guides d'entretien pour l'étude qualitative.

Les détails des résultats attendus sont présentés dans les tableaux de résultats pour chacun des quatre domaines (santé maternelle, éducation des filles, nutrition et mariage précoce des enfants), avec des analyses supplémentaires disponibles dans [l'annexe méthodologique](#). Ces tableaux sont basés sur des indicateurs associés aux voies de changement pertinentes au niveau du système, comme indiqué dans la théorie du changement de CARE. Pour chaque domaine, les indicateurs doivent être atteints de la manière suivante : plaidoyer et influence des politiques et des programmes, changement des normes sociales, mouvements sociaux entrepris pour provoquer le changement, renforcement des systèmes de services et responsabilité sociale.

2.2 Zones d'étude

Les zones d'étude ont été sélectionnées en fonction des critères suivants : longévité de la pratique du MMD, accessibilité des zones MMD et non-MMD, et pénétration du modèle. Sur la base des [résultats de la méta-évaluation](#), quatre des huit régions où CARE est actif au Niger ont été sélectionnées. Il s'agit de Dosso, Maradi, Tahoua et Zinder (figure 2). En utilisant la base de données de CARE Niger, une liste restreinte de villages ayant fait l'objet d'interventions du programme MMD au cours de différentes années a été sélectionnée (voir l'annexe Méthodes).

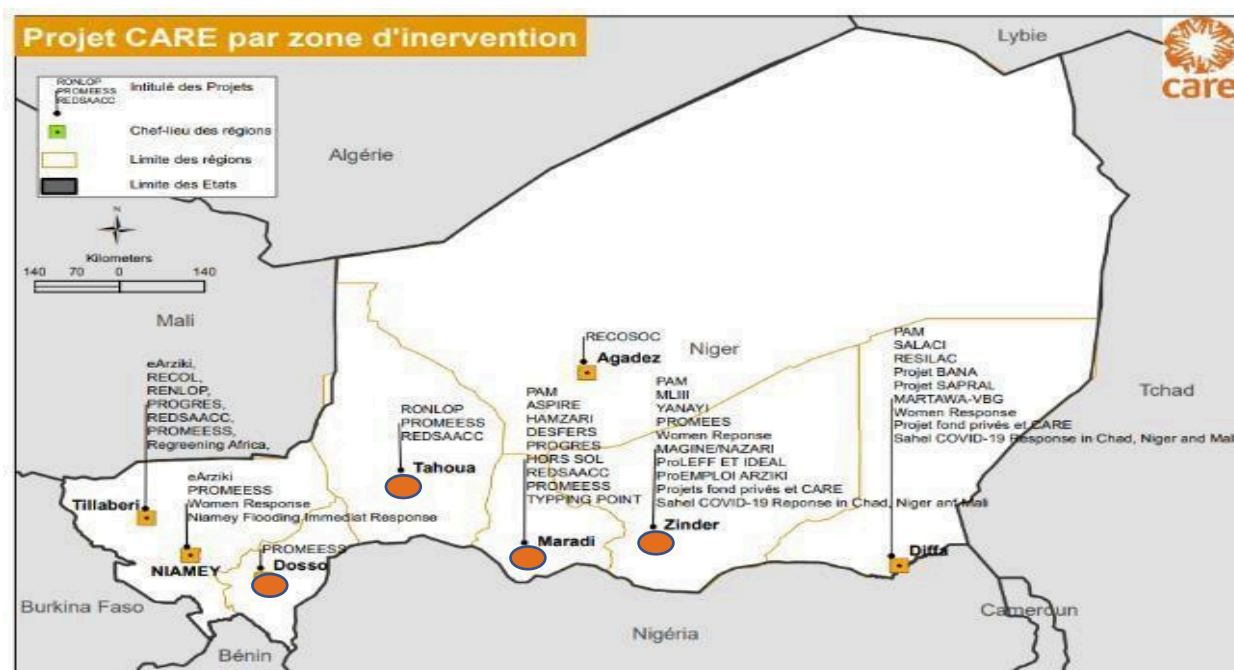


Figure 2 Localisation des projets d'intervention par zone d'étude

2.3 Échantillonnage quantitatif

Cette étude n'est pas une évaluation d'impact - il n'existe aucune base de référence depuis le début de la MMD au Niger pour une étude comparative. Pour évaluer les changements survenus au cours des 30 dernières années au sein des communautés ayant des groupes MMD, la partie quantitative de l'étude examine les attitudes et les pratiques actuelles et demande ensuite aux personnes interrogées de les comparer à leur expérience passée. Cette approche a été complétée par une analyse de l'impact sur les systèmes, qui a demandé aux personnes interrogées de s'exprimer du point de vue de la communauté plutôt que de celui de l'individu. Dans le cadre de l'étude, le terme " impact " fait référence à l'impact cumulatif des programmes de MMD, du curriculum, de la formation et du renforcement des capacités techniques sur les membres, leurs familles et leurs communautés. En l'absence de données de référence, nous avons utilisé des méthodes mixtes pour comprendre les points de vue des membres et des non-membres MMD, ainsi que des principaux membres de la communauté, sur les changements survenus dans leur vie, en nous concentrant sur quatre domaines.

L'échantillonnage quantitatif était aléatoire et utilisait une méthodologie statistique reconnue pour atteindre un nombre significatif de répondants. Au total, 1 378 femmes et hommes ont été interrogés par un enquêteur formé à l'aide de tablettes et de Kobo (voir annexe méthodologique).

2.4 Échantillonnage qualitatif

314 hommes et femmes ont participé soit à des entretiens qualitatifs, soit à des discussions de groupes de discussion, et ont été sélectionnés de manière à constituer un échantillon représentatif dans chacune des régions :

Étude Qualitative - Groupes d'Information		
Audience	Membre MMD	Non-membre MMD
Femmes de 15 à 24 ans	✓	
Femmes de 25 à 39 ans	✓	

Femmes de 40 ans et plus	✓*	
Femmes, non-membres		✓*
Maris de femmes MMD		✓*
Maris de femmes non-MMD		✓*
Enseignants & Directeurs d'École	Adhésion non pertinente	
Agents de santé maternelle et de nutrition		
	Étude Qualitative - Entretiens Approfondis	
	Membre MMD	Non-membre MMD
Femme cheffe de groupe MMD	✓*	
Leaders traditionnels masculin	Adhésion non pertinente	
Femmes cheffes coutumières		
Chefs religieux masculins		
Dirigeants communautaires masculins		
Autorité locale (fonctionnaires de la mairie et agents d'exécution)		

Les personnes interrogées ont participé soit à l'étude qualitative, soit à l'étude quantitative, mais aucune n'a participé aux deux. Les données démographiques sur les participants se trouvent dans la note méthodologique.

2.5 Analyse des données

2.5.1 Analyse quantitative

Les données quantitatives ont été collectées sur des tablettes à l'aide de l'outil Kobo et stockées sur le serveur CARE. Elles ont été analysées étape par étape à l'aide des feuilles de calcul Excel, des logiciels SPSS et Minitab 16 pour générer des statistiques descriptives (par exemple, fréquence, moyenne, écart-type, etc). Une analyse multivariée a également été réalisée à l'aide de Stata.

2.5.2 Analyse qualitative

Toutes les réponses recueillies au cours des entretiens individuels et des discussions dans les groupes de discussion ont été analysées afin d'identifier les thèmes, les termes et expressions couramment utilisés, ainsi que les principales similitudes et différences entre les sexes et les groupes d'âge. Le cadre d'analyse comprenait l'identification de thèmes autour des quatre domaines de recherche et des changements individuels, des changements dans la communauté liés à la MMD, et des changements dans les rôles et les normes de genre découlant des activités de MMD. Toutes les réponses des entretiens individuels et des discussions de groupe ont été analysées à l'aide de méthodes qualitatives thématiques. Le traitement des données a été effectué manuellement, à l'aide d'une feuille de calcul Excel.

3. Les programmes de CARE et le contexte nigérien

3.1. Contexte et progrès au Niger

Bien que l'absence de données de référence rende difficile l'évaluation directe de l'impact de MMD depuis sa création, le fait que 14% des femmes nigériennes âgées de 15 à 64 ans soient membres d'un groupe MMD1 est une indication claire non seulement de la valeur que les groupes apportent aux femmes elles-mêmes, en tant que ressource, mais aussi de la contribution que les groupes soutenus par CARE et d'autres ONGI ont apportée au progrès, mesuré par les enquêtes démographiques et sanitaires régulières et les données collectées par la Banque mondiale. Cette section a pour but de présenter le contexte dans lequel les groupes MMD opèrent au Niger et leur contribution potentielle à l'élimination de certains des problèmes sociaux les plus urgents auxquels les femmes et les filles sont confrontées en matière de santé, d'éducation et de participation civique. Aujourd'hui, près de 14% des femmes adultes sont membres d'un groupe MMD au Niger (15 à 64 ans). Elles ont accumulé plus de 265 millions de dollars d'épargne.

Les femmes nigériennes sont confrontées à des obstacles structurels qui les empêchent de s'engager dans le secteur privé. Le Niger obtient un score de 53,8 sur 100 dans l'indice "Women, Business, and the Law 2024" qui couvre 190 données économiques nationales. Le Niger se situe en dessous de la moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne (74,0) et obtient des résultats particulièrement faibles en ce qui concerne les différences entre les sexes en matière de propriété et d'héritage

Niger - Scores for Women, Business and the Law 2024



3.1.1. La participation des femmes a augmenté.

Le nombre de femmes membres du MMD a énormément augmenté entre 1991 et 2023 pour atteindre un total de 865 000 membres inscrits. Les femmes représentent désormais 25 % des députés au Parlement national à la fin de l'année 2022. Au niveau local, grâce aux réseaux MMD, les femmes sont aujourd'hui plus impliquées dans les activités politiques et se présentent aux élections qu'elles ne l'étaient il y a dix ans. Les femmes membres sont mieux informées sur la vie de la communauté ; elles plaident au sein des conseils communautaires et revendiquent des droits pour les femmes et les filles. À Zinder, le conseiller municipal est une femme. À Dosso, l'influence des femmes se manifeste également par des actions de sensibilisation et de formation.

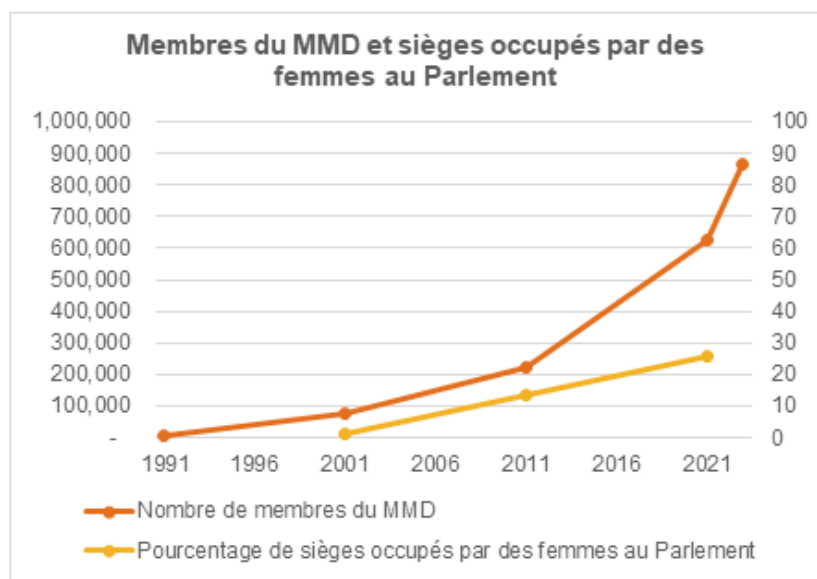


Figure 2 - Évolution du nombre de membres du MMD et de femmes au Parlement.

En 2016, 25 femmes ont été élues au Parlement sur 171 sièges. En 2021, elles représenteront plus de 30 % des sièges. Les femmes MMD ont plus de succès dans leurs candidatures aux élections grâce à leur participation aux groupes MMD, où elles apprennent notamment à parler en public. Les femmes membres du MMD ont accru leur participation aux élections locales : en 2011, 279 d'entre elles se sont présentées aux élections municipales et 140 d'entre elles ont été élues.



Pleins feux sur les programmes de CARE : les groupes MMD

3.1.2. Nutrition et retard de croissance

Nous ne disposons pas de données suffisantes pour attribuer directement la baisse des taux de retard de croissance chez les enfants au MMD. Cependant, nous savons que CARE a investi des ressources dans la conception de programmes qui ont sensibilisé à la malnutrition des enfants et suscité la participation du gouvernement du Niger qui a adopté la plateforme nutritionnelle de CARE comme politique de lutte contre la malnutrition dans le pays. Les multiples programmes conçus pour accroître l'autonomisation économique et l'indépendance financière des femmes peuvent être liés à ces améliorations. Dans le cadre d'essais contrôlés randomisés menés au Mali, les membres de groupes d'épargne étaient 10 % moins susceptibles de souffrir d'insécurité alimentaire que dans les villages témoins. L'étude (et d'autres évaluations du MMD par CARE) montre également que ces groupes ont tendance à mieux résister aux chocs.

Toutefois, le rapport mondial sur la nutrition 2022 montre que les progrès sont lents en ce qui concerne l'émaciation chez l'enfant et l'allaitement maternel exclusif. Les retards de croissance diminuent lentement, tout comme la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les femmes.

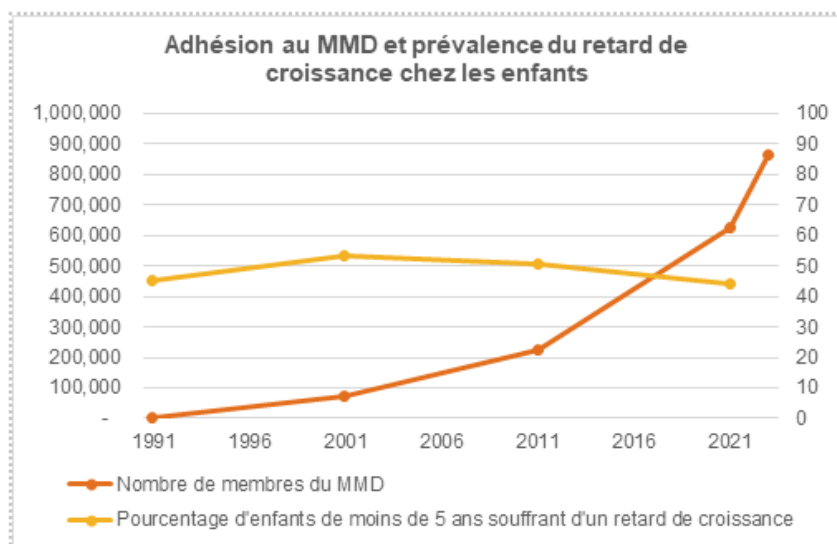


Figure 3 - Évolution du retard de croissance et de l'appartenance au MMD.

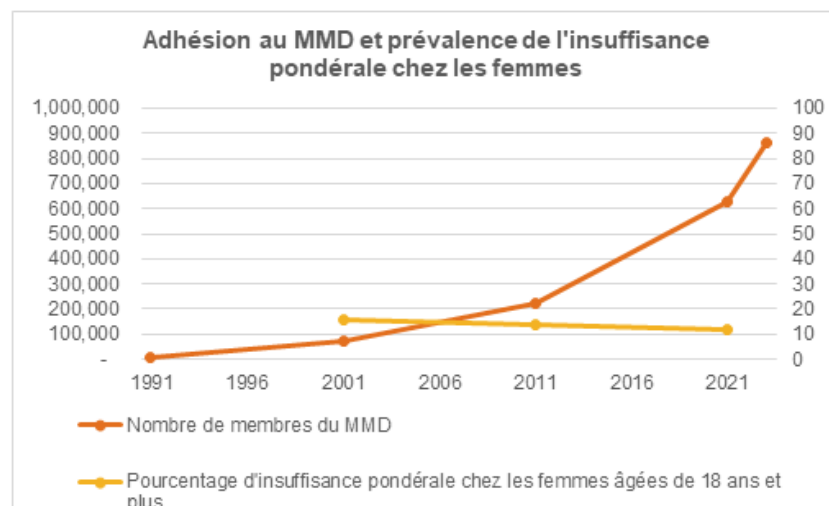


Figure 4 - Évolution de l'insuffisance pondérale des femmes et de leur appartenance au MMD.

Bien que le MMD ne comporte pas de volet nutrition et sécurité alimentaire, les conclusions du rapport d'évaluation à mi-parcours pour les régions de Zinder et Diffa en mai 2006 montrent que ce projet améliore indirectement le bien-être des ménages. La nutrition des femmes et des enfants évolue donc positivement.

Selon le rapport annuel 2014 de CARE Niger, des plaidoyers des femmes membres du MMD auprès des autorités et des élus ont été enregistrés sur le thème de la nutrition, par exemple concernant le droit à une parcelle, l'accès aux titres fonciers, la mise à disposition de produits phytosanitaires pour les femmes. Parmi les initiatives du Conseil régional de Dosso, 43% des 521 projets agricoles lancés en 2021-2022 sont des projets portés par des femmes.

Avec le projet Mainstreaming Nutrition MMD, plusieurs groupes ont intégré la nutrition. Malheureusement, nous ne disposons pas de statistiques sur la prévalence de la sous-nutrition et d'autres indicateurs de santé pour les groupes déjà autonomes, les groupes encore encadrés et les groupes ayant intégré la nutrition (MMD plus).

Selon le rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, à Maradi, un programme intensif de sensibilisation et d'information de la population en général, et des jeunes femmes en particulier, reste nécessaire pour renforcer les changements de comportement en matière de nutrition.



Pleins feux sur les programmes de CARE : RECOLG, HAMZARI, MAMAN LUMIÈRE, REDSAACC, PRO-ARIDES, RECOSOC

3.1.3 Adhésion au MMD et éducation

Parallèlement à l'augmentation du nombre de femmes membres des réseaux MMD, les indices de parité pour la scolarisation dans l'enseignement primaire et secondaire ont augmenté régulièrement au cours de la période

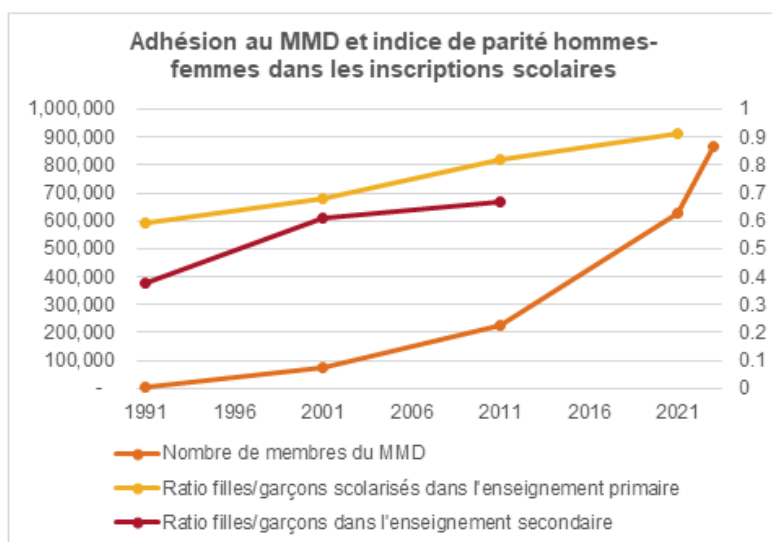


Figure 5 - Inscription à l'école et appartenance au MMD.

Les réseaux MMD contribuent indirectement à faire de l'éducation des filles une question prioritaire. Selon le rapport annuel 2014 de CARE Niger, des plaidoyers menés par les femmes membres MMD auprès des autorités et des élus ont été enregistrés sur le thème de l'éducation des filles : durée de scolarisation, prise de décision sur l'éducation des enfants au sein du ménage.

Les différentes initiatives féminines locales dans la région de Tahoua ont ainsi permis de faire baisser le taux d'exclusion scolaire des filles dans plusieurs communes dont Tama de 86,46% en 2012 à 33% en 2014, ou Guidan Idder de 49% en 2012 à 30% en 2014.

Selon les statistiques nationales sur la participation des Comités de Gestion Décentralisée des Établissements Scolaires (CGDES) à l'effort de scolarisation primaire en 2011-2012, 84,9% des CGDES ont construit ou amélioré des salles de classe sous pailloles à Dosso, 80,8% à Tahoua, 72,3% à Zinder et 47,2% à Maradi. Des actions ont également été menées au niveau régional, comme la construction de salles de classe et d'internats pour jeunes filles par le Conseil régional de Maradi.



Pleins feux sur les programmes de CARE : MMD

3.1.4 Adhésion au MMD et santé sexuelle et reproductive

Le taux de fécondité des adolescentes, mesuré par le nombre de filles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans qui donnent naissance à un enfant, est en baisse depuis 2010, atteignant 170 en 2021, alors que le taux pour l'Afrique subsaharienne était de 100 pour la même année. Les efforts récents du gouvernement nigérien, soutenus par les bailleurs de fonds internationaux, ont également permis une nette réduction de la mortalité maternelle sur la période, ainsi que de la mortalité infantile.

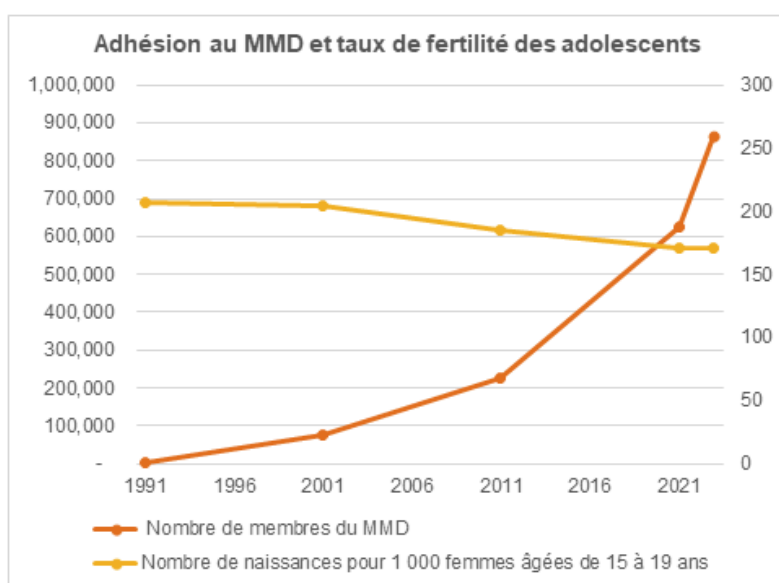


Figure 6 - Adhésion au MMD et taux de fécondité des adolescentes (données de la Banque mondiale)

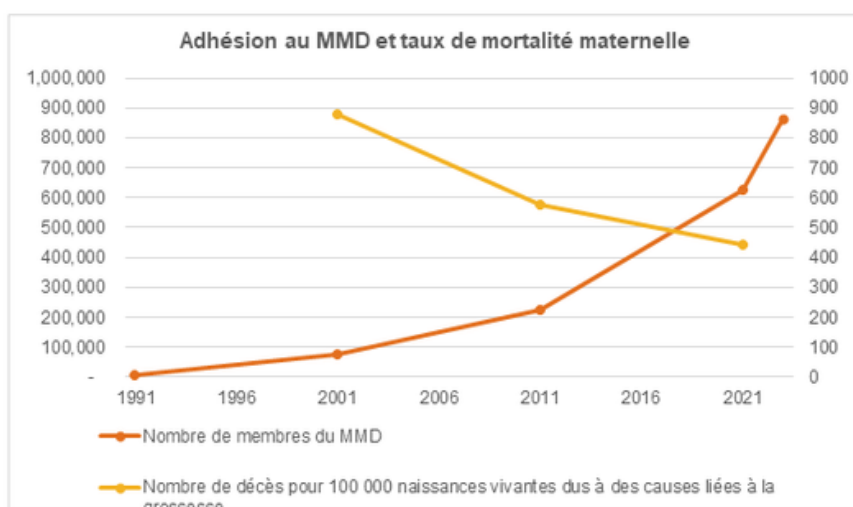


Figure 7 - Adhésion au MMD et taux de mortalité maternelle (données de la Banque mondiale)

La réduction des taux de malnutrition maternelle et infantile dans certaines régions (Zinder et Maradi) a été rendue possible par l'introduction de stratégies innovantes, participatives et intégrées de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans les communautés de la zone Maman Lumière.

Dans les discussions de groupe, les groupes MMD indiquent qu'ils ont également réussi à faire pression sur les autorités locales à Tahoua, ce qui a permis de construire de nouvelles salles de travail et d'accouchement. Les maris des femmes membres du MMD rapportent que leurs épouses ont réussi à faire pression sur des ONGI telles que CARE et CRS pour obtenir des matelas et des nattes pour les centres de santé à Dosso, et les leaders communautaires rapportent que les femmes ont également demandé un soutien similaire au bureau du maire (Dosso). À Zinder, les femmes membres du MMD notent que les groupes MMD jouent un rôle essentiel dans l'éducation des femmes. Une fois que les membres ont été formés par CARE, elles continuent à sensibiliser la population par l'intermédiaire de leurs groupes. À Maradi, les groupes MMD sont allés plus loin en faisant pression sur le chef du village pour qu'il engage des matrones (Douglas) afin de soutenir le centre de santé local et de fournir des soins prénatals durables. En outre, les femmes ont observé que les campagnes de sensibilisation et le renforcement des capacités ont fait évoluer les perceptions de la communauté vers une attitude plus positive à l'égard de la santé maternelle. À Dosso, les femmes leaders du MMD ont réussi à faire pression sur les autorités locales en faveur de la santé maternelle et infantile.



Pleins feux sur les programmes de CARE : IMAGINE, MAMAN LUMIERE II

3.2 Les programmes de CARE au Niger

CARE travaille au Niger depuis 1974. En 1991, le premier groupe VSLA a été piloté, jetant les bases du MMD. Projets clés à long terme mis en œuvre par CARE (et ses partenaires) qui ont influencé les VSLA et les MMD en fournissant aux membres une formation technique en agriculture, en gestion d'entreprise, en éducation financière, en alphabétisation, en genre, en autonomisation économique des femmes, en accès aux services financiers, en adaptation au changement climatique.

Table 2 - Principaux programmes de CARE au Niger travaillant avec MMD

Programme	Objectif	Membres du MMD inscrits
Imaginez	Retarder le moment de la première naissance chez les adolescentes mariées (15-19 ans)	1,573
Martawa	Soutenir l'action législative visant à prévenir la violence fondée sur le sexe	8,750
Bana		21,152
RecolG	Résilience et adaptation au changement climatique	5,384
Progres II	Gestion équitable des ressources naturelles et renforcement de la société civile	1,025
Hamzari	Insécurité alimentaire	30,654
Resilac	Redressement économique et social inclusif autour du lac Tchad	4,975
Maman Lumière II	Prévenir la malnutrition	6,988

Pro Arides	Résilience, sécurité alimentaire et génération de revenus pour les agriculteurs	4,602
REDSAACC	Recherche et développement pour la sécurité alimentaire et l'adaptation au changement climatique des systèmes de production au Niger.	11,853
Projet d'appui au renforcement de la résilience des communautés aux chocs climatiques dans la région de Maradi (en surface)		3,879
RECOSOC	Sécurité alimentaire	3,320
GEWEP I et II	Égalité des sexes et autonomisation des femmes	

4. Données démographiques

Les données utilisées pour les graphiques et les tableaux sont extraits des enquêtes quantitatives, sauf indication contraire. Les réponses des entretiens qualitatifs sont identifiables par la région où elles ont été recueillies, citée entre parenthèses. Une analyse supplémentaire des données a été incluse dans la note méthodologique.

4.1 Données démographiques des répondants à l'enquête quantitative

La méthode d'échantillonnage quantitatif a permis d'obtenir 1 378 répondants (187 hommes, 803 femmes et 393 jeunes) âgés de 14 à plus de 80 ans. Dans l'étude, nous avons stratifié l'âge et l'état civil. Les jeunes femmes sont des filles célibataires âgées de 14 à 18 ans. Les jeunes hommes sont des garçons de moins de 18 ans.

La grande majorité (81%) des femmes interrogées étaient mariées et seulement 15% étaient veuves. Presque tous les hommes (98%) sont mariés et un seul est veuf.

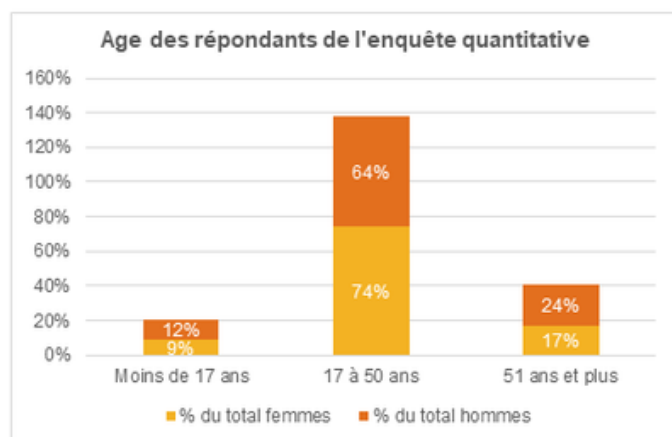


Figure 9 - Répartition par âge des répondants quantitatifs (n=1 378)

Les moyens de subsistance des hommes et des femmes interrogés varient entre l'agriculture, le commerce, l'élevage et l'entretien ménager. Beaucoup ont déclaré plus d'une activité de subsistance, comme c'est souvent le cas en Afrique subsaharienne. On demande également aux femmes si elles cultivent des légumes, ce qui peut être leur activité secondaire. L'enquête a demandé si les personnes interrogées avaient dû migrer vers d'autres régions pour trouver du travail, mais seul un homme vivant à Tahoua l'a fait. Il est assez rare au Niger de trouver des femmes qui doivent migrer pour travailler.

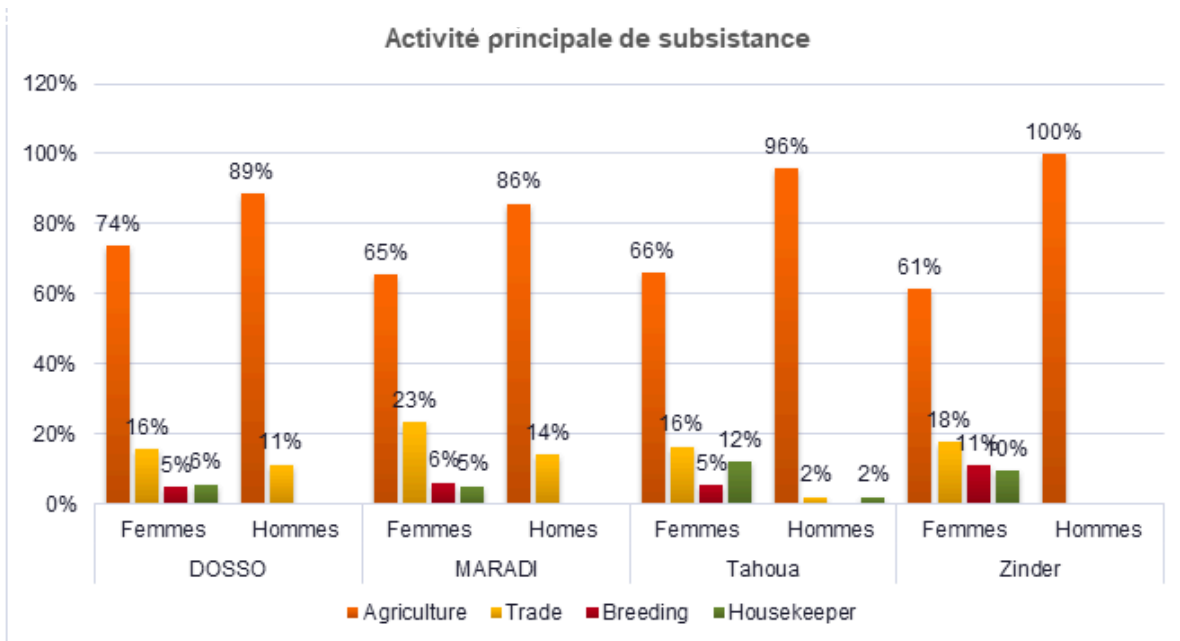


Figure 10 - Principal moyen de subsistance (n=1 378)

La figure 10 montre l'éventail des activités de subsistance des hommes et des femmes adultes. Presque toutes les personnes interrogées étaient impliquées dans l'agriculture, les hommes étant plus nombreux que les femmes à déclarer que l'agriculture était leur principal moyen de subsistance. Près d'un quart des femmes de Maradi ont déclaré le commerce comme activité génératrice de revenus, suivies de près par les femmes de Zinder (18%), Tahoua (16%) et Dosso (16%). Il est intéressant de noter que 12% des femmes de Tahoua déclarent être femmes de ménage, ce qui est le taux le plus élevé des quatre régions. Le questionnaire comprenait une option pour citer la "migration" comme activité de subsistance - soit la migration interne d'un village à l'autre, soit la migration internationale. Seul un homme adulte a répondu qu'il avait migré pour trouver du travail.

L'équipe de CARE a présenté le contexte de la propriété foncière des femmes au Niger. D'un point de vue religieux, les femmes ont le droit de posséder des terres, mais d'un point de vue culturel, ce droit a été ignoré pendant des décennies. Elles n'ont qu'un accès à la terre, pas de contrôle sur celle-ci. En cas de besoin, les hommes leur offrent des parcelles de terre sur lesquelles elles peuvent travailler pendant la saison des pluies. Avec l'avènement du MMD dans les zones d'intervention du Programme GEWEP de CARE, le renforcement des capacités en droit et en leadership a permis aux femmes de retrouver leur droit à la propriété foncière à travers leurs structures (plateforme genre), mises en place par le programme MMD dans sa zone d'intervention et composées de responsables tels que les chefs de village et les maires de commune pour influencer les hommes qui refusent de reconnaître le droit des femmes à la propriété foncière.

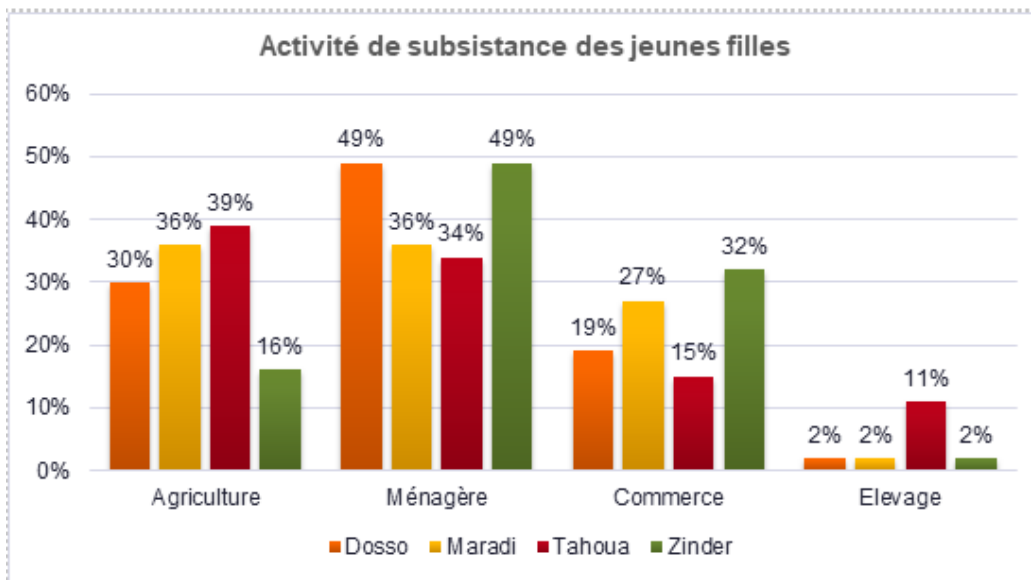


Figure 11 - Moyens de subsistance des jeunes filles (n=264)

Parmi les jeunes, les filles et les garçons ont déclaré des activités de subsistance très différentes - ce qui peut refléter les attentes sexospécifiques au sein de leurs ménages et de leurs communautés. Les jeunes filles déclarent principalement des activités ménagères, avec près de la moitié des filles à Dosso et Zinder. Pour les filles de Tahoua, 39% déclarent que l'agriculture est leur principal moyen de subsistance et seulement 34% déclarent des activités ménagères. Une particularité est que 11% des filles de Tahoua déclarent l'élevage comme moyen de subsistance alors que seulement 2% des filles de toutes les autres régions déclarent la même chose. De même, 32% des filles de Zinder déclarent le commerce comme activité principale et seulement 16% déclarent l'agriculture. Ces différences reflètent probablement les variations dans les régions et les moyens de subsistance urbains/ruraux.

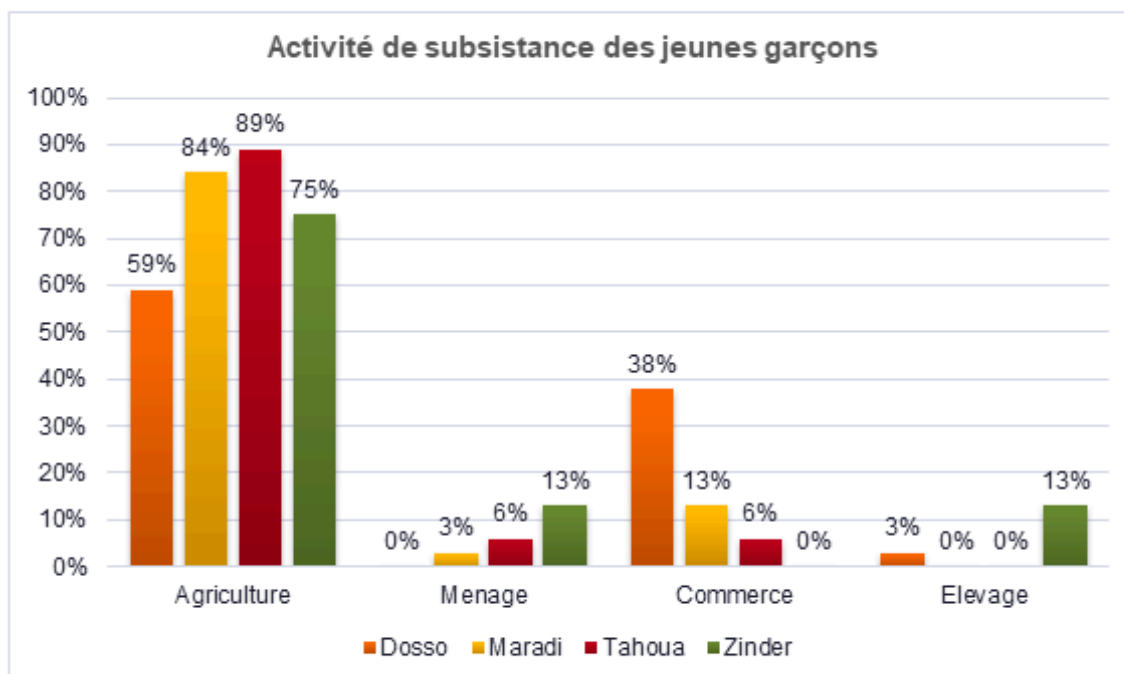


Figure 12 - Moyens de subsistance des jeunes garçons (n=126)

La figure 12 montre que presque tous les jeunes hommes travaillent dans l'agriculture et le commerce. Une différence régionale intéressante est que les garçons de Dosso déclarent le commerce (38%) ou l'agriculture (59%) comme moyen de subsistance, alors que la plupart des garçons des autres régions ne déclarent que l'agriculture.

4.2 Données démographiques des répondants à l'enquête qualitative

314 hommes et femmes ont participé soit à un groupe de discussion, soit à un entretien individuel. Aucune donnée démographique n'a été recueillie sur cet échantillon.

Les graphiques et les statistiques sont extraits de l'enquête quantitative, sauf indication contraire. Les données qualitatives sont identifiables par la région à laquelle elles sont liées entre parenthèses.

5. Adhésion au MMD, renforcement des capacités et plaidoyer

Le nombre de membres des groupes MMD a augmenté avec la population et, depuis 1991, CARE et ses partenaires ont étendu leur action à l'ensemble du pays, sans exception. Selon les données de SAVIX et de la Banque mondiale, on estime que 14% des femmes nigériennes âgées de 14 à 64 ans sont membres d'un groupe MMD. L'expansion de MMD dans tout le Niger est remarquablement rapide.

Au fur et à mesure que les groupes MMD se sont développés, la capacité des femmes membres du MMD à accroître leur représentation dans les plus hautes institutions s'est accrue.

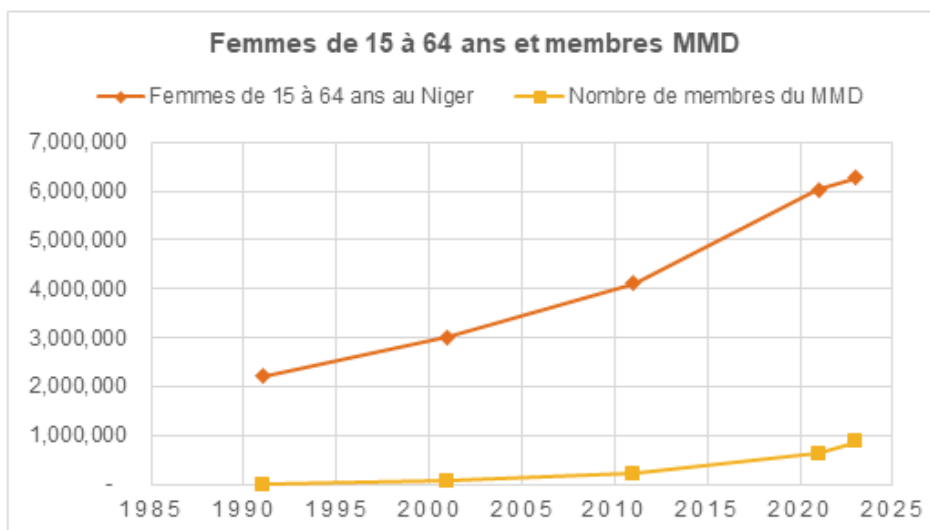


Figure 13 - Femmes âgées de 15 à 64 ans et membres du MMD (1991-2023)

5.1 Durée du mandat des membres

Si la plupart des groupes MMD ont été facilités par CARE, d'autres organisations de développement ont encouragé et créé de nouveaux groupes MMD. Toutes les femmes adultes interrogées appartiennent à une structure MMD, religieuse, politique ou " autre " (voir figure 14 ci-dessous). Parmi les femmes mariées interrogées, environ 77% sont membres d'un groupe MMD. Selon l'enquête quantitative, 47 hommes étaient membres du MMD (15% de l'échantillon). Le taux d'adhésion est relativement élevé parmi l'échantillon de 799 femmes adultes, 68% d'entre elles étant membres d'un groupe MMD à Tahoua et jusqu'à 100% à Zinder.

Nous avons interrogé 393 jeunes dans les quatre régions. Dans notre échantillon, les jeunes femmes sont moins susceptibles d'être affiliées à une organisation ou à un groupe communautaire formel que leurs homologues plus âgées et mariées. Sur les 209 jeunes femmes qui ont répondu qu'elles étaient affiliées à une association locale, 30% sont affiliées au MMD et 50% disent qu'elles n'ont pas d'affiliation, avec des différences régionales significatives allant de 6% à Dosso à un maximum de 33% à Maradi. Seuls 15% des jeunes hommes appartiennent à une structure MMD, et 39% ne sont pas affiliés.

Selon l'équipe de CARE, à Maradi, où les activités commerciales des jeunes sont culturellement ancrées,

le taux d'adhésion est élevé, car le cadre de la MMD constitue une grande opportunité économique pour ces jeunes de s'impliquer. Par ailleurs, à ses débuts, l'espace MMD était davantage fréquenté par des femmes adultes, peu sollicitées pour les travaux ménagers quotidiens. Vers 2018, le programme GEWEP Niger a perçu ce faible niveau de participation des jeunes dans les instances de prise de décision au niveau communautaire et communal et a commandité une étude sur les MMD intergénérationnelles afin d'ouvrir plus d'espace à la participation des jeunes dans les VSLA.

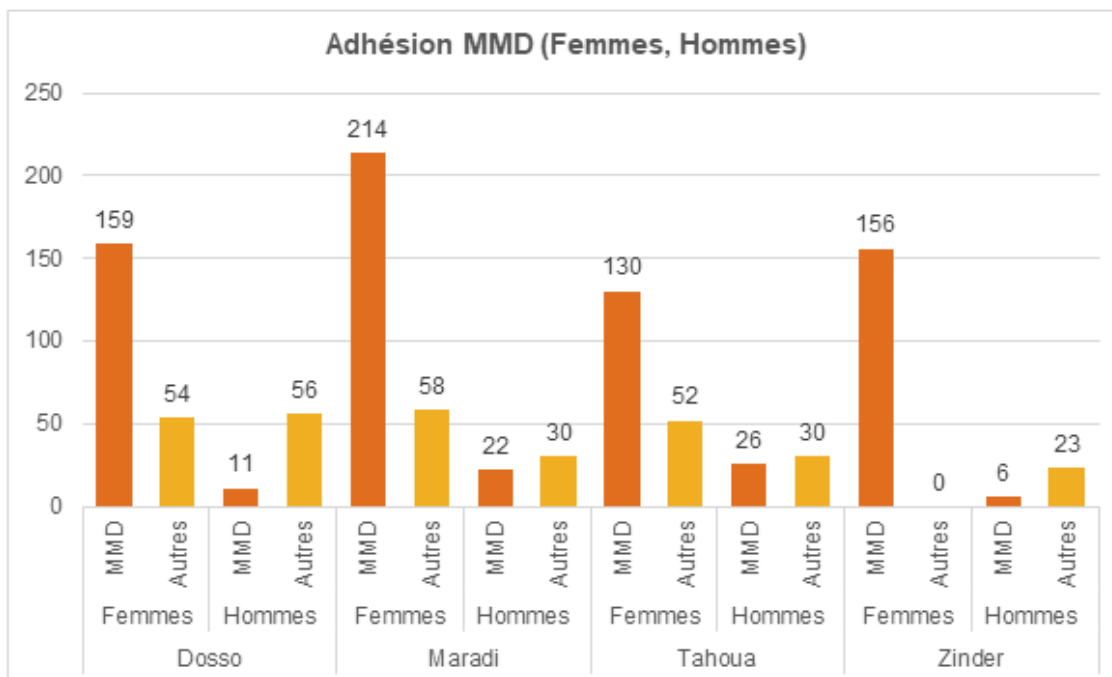


Figure 14 - Répartition des membres du MMD par sexe et par catégorie d'adultes.

Les femmes ont été interrogées sur la durée de leur adhésion au MMD. Le calendrier de l'étude et les ressources limitées n'ont pas permis de procéder à une vérification indépendante dans les registres de la DGM. Étant donné que nous nous appuyons sur des informations de rappel, il n'est pas surprenant que la plus grande partie de la cohorte se souvienne d'avoir adhéré au cours des cinq dernières années (voir figure 15).

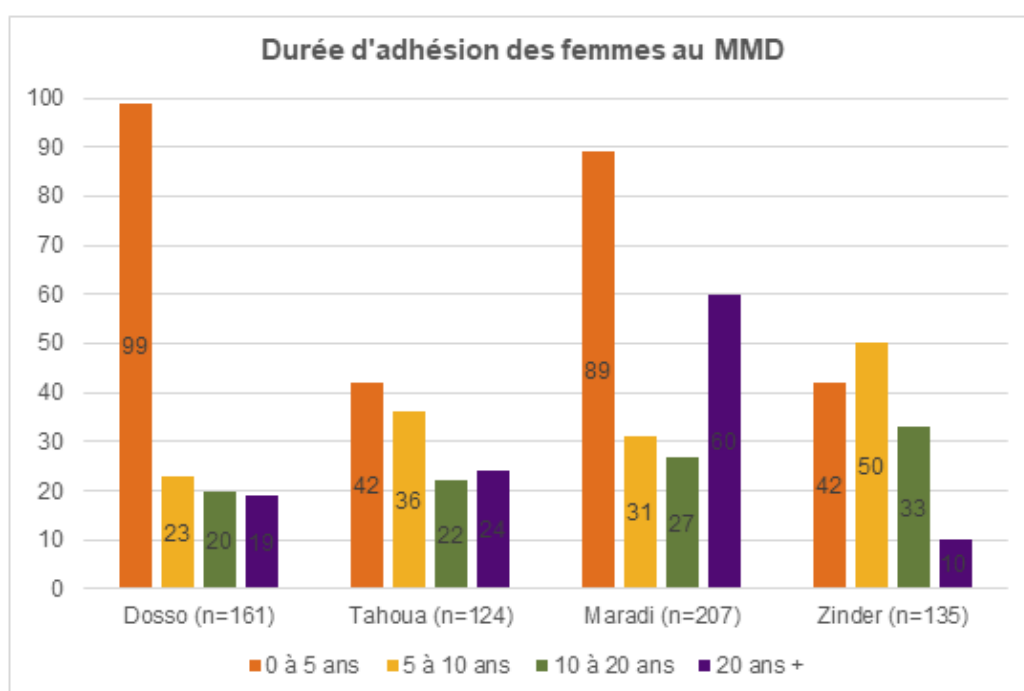


Figure 15 - Composition et durée du mandat des MMD

5.2 Formation à la défense des intérêts des membres

Depuis la création du MMD, CARE a fourni aux groupes de multiples programmes et opportunités de renforcement des capacités, offrant des formations sur un éventail de sujets allant de l'autonomisation à l'activité politique, en passant par l'alphabétisation et les activités génératrices de revenus.

ASur l'ensemble des périodes d'adhésion au MMD, une grande majorité de femmes ont reçu une formation sur la création de revenus. En fait, les activités génératrices de revenus ont été l'une des raisons les plus citées par les hommes et les femmes pour illustrer la valeur que le MMD a apportée à leur vie. Ce résultat est conforme à l'approche originale de CARE, à savoir la création d'associations villageoises d'épargne et de crédit (VSLA) conçues pour accroître l'inclusion financière informelle des femmes en encourageant l'épargne régulière. En mettant leurs ressources en commun, les femmes accumulent un petit fonds qu'elles peuvent emprunter pour financer leurs activités génératrices de revenus et d'importantes activités sociales. Le développement des VSLA s'est poursuivi par des formations spécifiques sur la génération de revenus, les affaires et les liens avec les institutions financières.



Ces opportunités se sont traduit, par exemple, par une augmentation constante de la représentation des femmes au Parlement : en 2001, les femmes ne représentaient que 1 % des députés. En 2022, elles avaient conquis plus de 25 % des sièges.¹ Les femmes se présentent à tous les niveaux de participation : en 2014, 67% des femmes élues à des mandats locaux sont membres du MME. Dans les conseils régionaux, les femmes du MMD sont estimées à 20 % de l'ensemble des élus¹. Au niveau national, en 2021, une femme a

Dans les discussions de groupe, les hommes attribuent également le leadership accru des femmes à la formation génératrice de revenus. En fait, le leadership des femmes est reconnu lorsqu'elles partagent les dépenses du ménage avec leur mari, qu'elles deviennent financièrement indépendantes et qu'elles participent aux activités du village. Leur adhésion au MMD a entraîné un changement positif dans leur relation de pouvoir avec leur mari et a accru leur rôle dans la prise de décision au sein du ménage et de la communauté. Les activités génératrices de revenus sont fortement associées à une augmentation de la participation des femmes aux décisions du ménage. En 2011, sept essais contrôlés randomisés (ECR) sur l'expansion des groupes d'épargne ont été menés par CARE, Oxfam et CRS en Afrique subsaharienne. Ces essais montrent que le pouvoir de décision des femmes augmente avec l'adhésion, d'abord à la maison, puis dans la communauté, à mesure qu'elles acquièrent la confiance nécessaire pour s'exprimer en public.

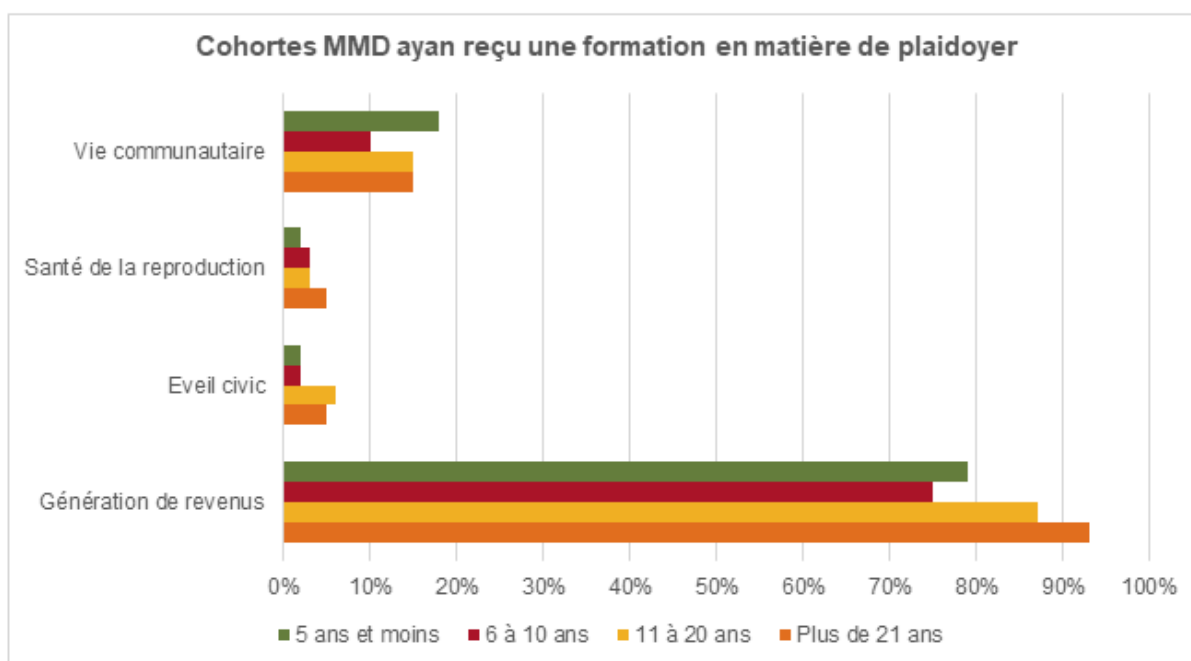


Figure 16 - Cohortes MMD ayant reçu une formation

es femmes ont été interrogées sur le type de formation qu'elles ont reçu de leurs groupes MMD : formation à la vie communautaire, à la santé reproductive, à la sensibilisation civique et aux activités génératrices de revenus. La figure 16 montre que la grande majorité des personnes interrogées ont reçu une formation sur les activités génératrices de revenus, suivie par la vie communautaire. Les autres types de formation mentionnés portaient sur le fonctionnement des VSLA, l'utilisation d'engrais et la fabrication de savon.

Ces dernières années, CARE et d'autres partenaires se sont intéressés à la capacité des groupes d'épargne et des MMD à défendre et à influencer les décideurs, des autorités locales (maires) aux autorités régionales et nationales. Les formations se concentrent sur l'identification d'une question importante pour les membres, l'élaboration d'une stratégie visant à provoquer un changement (création d'une coalition, organisation de sessions d'information pour construire une base populaire, engagement d'un dialogue et de négociations avec les décideurs, et compte-rendu à leurs circonscriptions). Il existe des dizaines d'exemples de réussite : des membres de groupes d'épargne qui convainquent les maris de signer le certificat de naissance de leur fille, confirmant sa date de naissance et empêchant ainsi les mariages de mineurs (Mali) et des cohortes de femmes qui se présentent aux élections locales et nationales et les remportent, notamment au Niger.

Outre la formation des femmes et des hommes au sein de leurs groupes VSLA, les ONG ont utilisé la radio pour promouvoir leurs campagnes de sensibilisation. En effet, les entretiens qualitatifs ont révélé qu'il s'agit d'un moyen essentiel pour les membres de la communauté d'entendre des messages sur une série de sujets, y compris des informations sur la santé maternelle diffusées sur les stations de radio communautaires encourageant les femmes à se rendre dans les centres de santé.

Plus généralement, les groupes MMD sont devenus une force d'influence dans la vie politique du pays : les candidats recherchent l'appui des groupes MMD qui, à leur tour, ont produit un grand nombre de femmes élues au Parlement et dans les institutions locales.

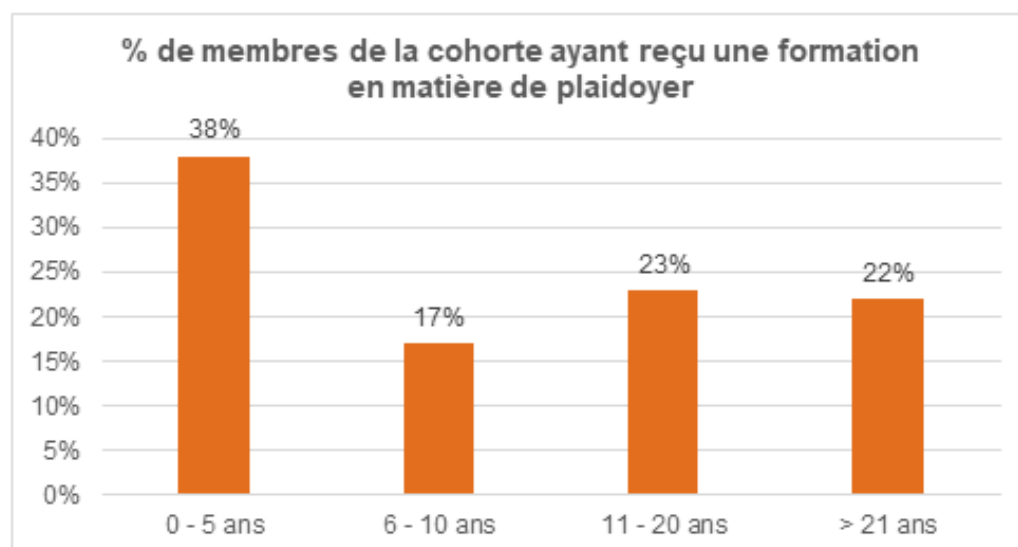


Figure 17 - Cohortes MMD ayant reçu une formation en plaidoyer depuis leur adhésion à MMD

5.3 Le paysage des mouvements sociaux au Niger

L'étude n'est pas en mesure de fournir des informations significatives sur la capacité des groupes et des fédérations de MMD à influencer les politiques et les programmes au-delà du niveau communal. Une étude de 2017 donne un aperçu des organisations nationales de femmes qui ont été créées après l'accession du Niger à l'indépendance : L'Union des Femmes du Niger créée en 1959 (Union des Femmes du Niger) par un parti politique et dissoute lors du coup d'État de 1974. Association des Femmes du Niger en 1975 (Association des Femmes du Niger). Il semble que les groupes MMD soient les plus puissants au niveau de la base communautaire, où elles peuvent influencer l'orientation de certains investissements dans l'éducation ou la santé. Nous n'avons pas pu obtenir d'informations sur l'implication des groupes MMD au niveau des districts et des régions. Une enquête de 2014 montre que 67% des femmes élues dans les zones rurales sont membres du MMD, en tant que maires et vice-maires.

Il n'existe pas de modèles ou d'organisations "de base" au Niger qui permettraient de créer des modèles de plaidoyer et d'influence reliant les défenseurs locaux aux mouvements nationaux. Cela étant dit, le MMD est peut-être le seul système avec des groupes locaux, des associations et des fédérations qui a été capable dans le passé d'offrir aux femmes membres une voie pour être élues au Parlement.

6. Santé maternelle

Contexte du Niger

Les taux de mortalité maternelle et infantile au Niger sont supérieurs aux moyennes de l'Afrique subsaharienne (figure 18). Le taux de mortalité maternelle au Niger est passé de 867 pour 100 000 en 2000 à 441 pour 100 000 en 2020.²⁷ Les efforts récents mis en œuvre par le gouvernement nigérien avec le soutien de donateurs internationaux ont permis de réduire les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 326 pour 1 000 en 1990 à 85 pour 1 000 en 2017²⁸. L'UNICEF estime en outre que moins de la moitié des mères et des enfants du Niger vivent à proximité d'un établissement de soins de santé, ce qui fait que la plupart des femmes n'ont qu'un accès limité à l'information ou au soutien médical pendant l'accouchement. Seuls 44 % des accouchements sont assistés par un prestataire médical qualifié et un peu plus d'un tiers des femmes reçoivent des soins postnatals.²⁹ Un quart des enfants sont nourris au sein entre 0 et 5 mois après la naissance.

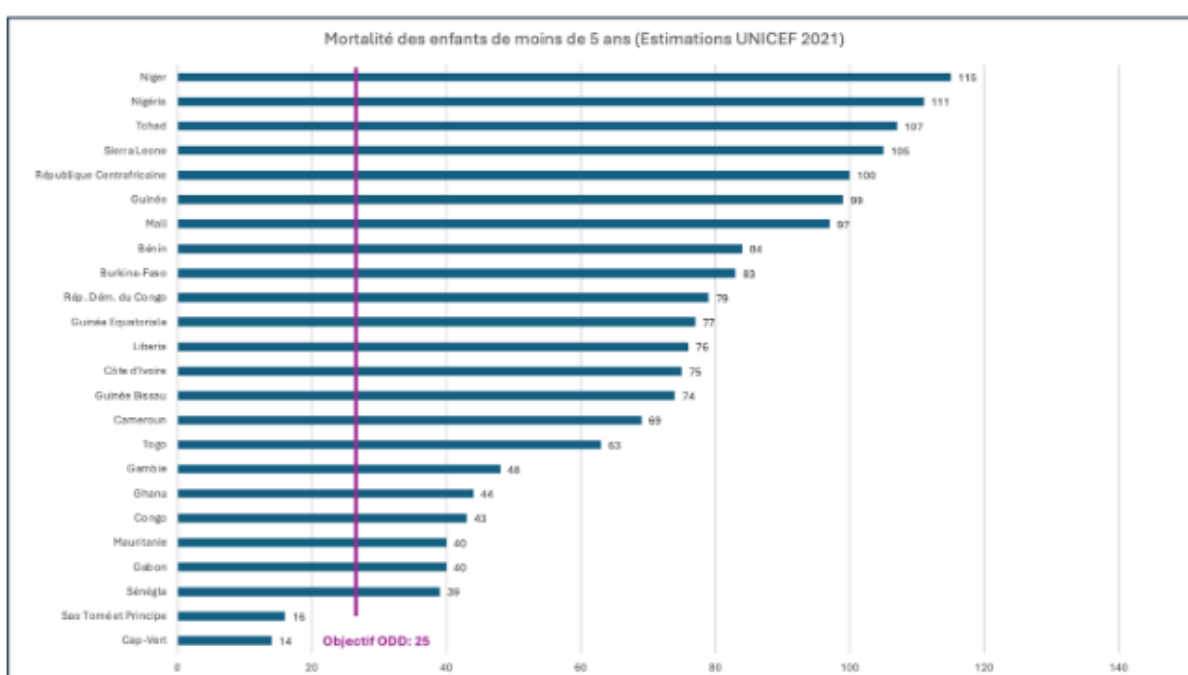


Figure 18 - Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest et du Centre, estimations, Unicef, 2021

En utilisant le cadre d'impact de CARE, le tableau des résultats attendus suivant a été conçu et a servi de base au développement des questionnaires qualitatifs et quantitatifs sur la santé maternelle. Les changements les plus significatifs sont documentés dans le domaine du plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes et pour changer les normes sociales. Il y a quelques indications de changements au niveau des systèmes dans les résultats liés aux mouvements sociaux, au renforcement des systèmes de services et à la responsabilité sociale.

Voie d'accès	Résultats attendus	Synthèse quantitative et qualitative

Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes	Politiques de soutien à la santé maternelle mises en œuvre au niveau des régions et des districts	Mixte ³¹
	Augmentation et renforcement des budgets pour favoriser les changements de politique au niveau municipal afin de soutenir la santé maternelle des femmes.	Oui
	Des femmes élues pour créer et promouvoir la formulation de politiques publiques locales sur la santé maternelle des femmes.	Oui
	Postes élus/non élus qui supervisent et favorisent la formulation de politiques publiques locales axées sur la santé des femmes	Oui
Changements dans les normes sociales	Les femmes se rendent à la clinique/au centre de santé pour des soins prénatals (examens/visites de santé maternelle) au moins 8 fois au cours de leur grossesse.	Oui
	Les femmes recherchent et reçoivent des moyens de contraception	Oui
	Les femmes déterminent le moment et l'espacement des naissances	Oui
	Les hommes sont censés participer activement et sur un pied d'égalité à tous les soins prénatals et postnatals.	Oui
	Les agents de santé fournissent aux filles et aux femmes non mariées des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, confidentiels et dignes.	Oui
	Les jeunes couples prennent leur propre décision concernant la première grossesse après le mariage	Non
Mouvements sociaux	Des coalitions sont formées ou renforcées pour soutenir la santé maternelle des femmes.	Oui
	Amélioration de la capacité des parties prenantes à servir la santé maternelle des femmes	Oui
	Amélioration des réponses aux besoins des communautés en matière de santé maternelle	Oui
Renforcement du système de services et responsabilité sociale	Les communautés ont un meilleur accès à l'information, aux ressources et aux services en matière de santé maternelle.	Oui
	Changement culturel des structures de santé en faveur de la santé maternelle des femmes	Certains
	Les femmes peuvent accéder à des centres de soins de santé proches de chez elles.	Certains

6.1 Santé maternelle : Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes

AParmi les femmes adultes, 614 (76%) ont déclaré être membres du MMD. Près de 50 % d'entre elles ont déclaré avoir reçu une formation sur les activités génératrices de revenus dans le cadre de leur groupe. D'autres types de formation ont été signalés, comme des cours sur l'assainissement (32%), la santé reproductive (26%), l'augmentation de l'engagement civique (26%), la vie communautaire (26%) et le plaidoyer (26%). D'après nos discussions avec eux, ce nombre relativement faible (moins de la moitié des membres MMD interrogés) peut être lié à la durée d'existence des groupes MMD. Plus le groupe est jeune, moins les femmes membres ont d'expérience dans les différents thèmes de formation. En outre, nous avons constaté que les projets proposaient principalement des formations sur les activités génératrices de revenus (AGR). Néanmoins, nous constatons que même si ces femmes ont été formées au plaidoyer, peu d'entre elles y sont favorables. Investir dans l'influence ou le plaidoyer est un choix individuel et opportuniste. Par exemple, les femmes leaders travaillent à influencer les politiques, mais les grands groupes de membres ont tendance à être moins intéressés par ce type de plaidoyer.

Les femmes membres et non membres du MMD et leurs maris ont tous discuté des nombreuses façons dont les activités de plaidoyer des groupes MMD ont influencé la santé maternelle des femmes. En fait, le plaidoyer des femmes s'est développé au cours de l'existence du MMD. Les femmes de Zinder ont indiqué qu'il y a plus de dix ans, il leur était " interdit " de se présenter aux élections en raison des préjugés à l'encontre des femmes et de la " coutume ". Avec les changements attribués au MMD, les femmes ont déclaré qu'elles étaient désormais impliquées dans les activités politiques et qu'elles se présentaient aux élections ; le conseiller municipal est une femme. Les chefs des communautés locales ont indiqué que les femmes du MMD "ont appris à parler en public et ont été intégrées dans les partis

³¹ Qualitative and quantitative do not provide sufficient evidence of successful influencing at the regional or district levels.

politiques, ce qui leur a permis d'occuper des postes de vice-maire et de conseillère". En plus d'occuper des postes politiques, les femmes de Dosso exercent une influence au sein des communautés par le biais de la sensibilisation et des formations. En raison de leur capacité de mobilisation, les membres non-MMD ont observé que les politiciens écoutent les leaders MMD.

Pour mieux comprendre les attitudes et les comportements relatifs aux pratiques des femmes en matière de santé maternelle, les participants aux discussions qualitatives des groupes de discussion ont été invités à réagir à une vignette racontant l'histoire d'un couple prenant des décisions sur des questions de santé maternelle (voir l'annexe méthodologique).

Les groupes MMD ont réussi à faire pression sur les autorités locales (à Tahoua) pour construire de nouvelles salles de travail et d'accouchement. Les maris MMD rapportent que leurs femmes ont réussi à faire pression sur des ONGI telles que CARE et Catholic Relief Services (CRS) pour obtenir des matelas et des nattes pour les centres de santé (à Dosso) et les leaders communautaires rapportent que les femmes ont également demandé un soutien similaire à la mairie (à Dosso). À Zinder, les femmes membres du MMD notent que les groupes MMD jouent un rôle essentiel dans l'éducation des femmes. Une fois que les membres ont été formés par CARE, elles continuent à sensibiliser la population par l'intermédiaire de leurs groupes. À Maradi, les groupes MMD sont allés plus loin en faisant pression sur le chef du village pour qu'il engage des matrones (Doulas) afin de soutenir le centre de santé local et de fournir des soins prénatals de manière durable.

À Tahoua, les femmes membres des groupes MMD ont noté que " de multiples actions communautaires ont eu lieu, telles que la construction de nouvelles salles de travail et d'accouchement, l'électrification du centre de santé local " avec le soutien d'INGOS comme CARE et Concern International. En outre, les femmes ont observé que les campagnes de sensibilisation et le renforcement des capacités ont fait évoluer les perceptions communautaires vers une attitude plus positive en faveur de la santé maternelle. La nouvelle perception est que les femmes utilisent massivement les centres de santé pour les consultations prénatales et postnatales, pour accoucher, pour vacciner les enfants et pour le planning familial. Elles s'engagent également à former et à sensibiliser les femmes enceintes et allaitantes à la préparation d'aliments nutritifs et aux soins à apporter aux enfants souffrant de malnutrition. Les femmes interrogées ont également remarqué que davantage de femmes ont tendance à allaiter exclusivement les nouveau-nés, ce qui, selon elles, "est une bonne pratique qui permet de soustraire les enfants à la menace de la malnutrition et d'autres maladies". Ces observations sont partagées par les non-membres du MMD³² qui ont donné l'exemple de la création d'un poste de santé dans le village (" case de santé ") et des campagnes de sensibilisation menées par les agents de santé pour augmenter l'utilisation des services de santé maternelle. Notamment, les femmes MMD formées sur ce sujet partagent leurs connaissances avec d'autres femmes, ce qui démontre la puissance du réseau des groupes MMD. Une autre initiative promue et appliquée par les groupes MMD est l'imposition d'une amende de 5 000 FCFA (8,30 USD) aux femmes qui accouchent à la maison plutôt qu'au centre de santé (Tahoua, Maradi).

À Dosso, les membres et les non-membres du MMD ont également observé que les femmes leaders du MMD ont réussi à faire pression sur les autorités locales pour la santé maternelle et infantile " pendant la saison des pluies pour obtenir des médicaments et des moustiquaires ". La contribution au changement d'attitude et de mentalité est attribuée à " tous les niveaux économiques ". À Zinder, ce changement se caractérise par "l'abandon des mauvaises pratiques et des mauvais comportements des hommes et des femmes en matière de planning familial et de santé maternelle". Le rôle des femmes membres du MMD continue d'être souligné non seulement en tant que communicatrices clés dans leur communauté, mais aussi en tant que ferventes partisans des centres de santé. Les personnes interrogées établissent un lien clair entre la sensibilisation, le renforcement des capacités et le changement d'attitude et de mentalité. À Maradi, les personnes interrogées ont également noté un plus grand respect des conseils en matière de santé maternelle et du calendrier des visites. Le lobbying local des femmes MMD a permis de construire des logements pour les agents de santé (les personnes interrogées disent que ce projet a duré cinq ans). Les non-membres du MMD ont observé que les autorités locales et les politiciens écoutent les femmes du MMD, car les femmes sont impliquées dans les décisions relatives à la vie de la communauté. (MARIAM)

6.2 Santé maternelle : Changements dans les normes sociales

Les répondants ont été interrogés sur les attitudes et les comportements dans leurs communautés concernant la santé maternelle - et le rôle des hommes - en matière de contraception et de planification familiale. Les réponses du tableau 3 montrent l'éventail des attitudes et des croyances des adultes et des jeunes dans les quatre zones d'étude. Ces questions ont été conçues pour saisir les changements systémiques dans les normes qui ont un impact disproportionné sur l'inclusion économique et sociale des femmes.

Table 3 - Changement des normes sociales en matière de contraception et de santé maternelle

		Les femmes	Les hommes	La jeunesse
La plupart des habitants de mon village/de ma communauté <u>attendent</u> des femmes qu'elles utilisent des moyens de contraception.	Accorder	60%	43%	32%
	Plutôt d'accord	32%	39%	37%
	Pas d'accord	3%	9%	6%
	Ne sait pas	5%	9%	25%
La plupart des habitants de mon village/de ma communauté <u>attendent</u> des femmes qu'elles décident elles-mêmes du moment et de la méthode de contraception à utiliser.	Accorder	46%	34%	25%
	Plutôt d'accord	38%	35%	35%
	Ne sont pas d'accord	11%	19%	14%
	Ne sait pas	5%	12%	26%
La plupart des femmes de mon village/de ma communauté se rendent dans les dispensaires au moins huit fois au cours de leur grossesse.	Accorder	59%	59%	46%
	Plutôt d'accord	23%	23%	14%
	Pas d'accord	13%	13%	17%
	Ne sait pas	5%	5%	22%
Lorsque les femmes se rendent aux consultations prénatales, la plupart des membres de ma communauté s'attendent à ce que leur mari les accompagne.	Accorder	37%	35%	18%
	Plutôt d'accord	38%	37%	45%
	Pas d'accord	25%	29%	37%
	Ne sait pas	0%	0%	0%
La plupart des maris de mon village respectent et soutiennent les décisions de leurs femmes concernant l'espacement des naissances.	Accorder	58%	50%	30%
	Plutôt d'accord	38%	41%	54%
	Pas d'accord	5%	9%	16%
	Ne sait pas	0%	0%	0%
La plupart des filles non mariées de mon village utilisent des moyens de contraception.	Accorder	20%	24%	16%
	Plutôt d'accord	25%	29%	28%
	Pas d'accord	55%	46%	56%
	Ne sait pas	0%	0%	0%
Les agents de santé de ma communauté garantissent la confidentialité et la qualité des informations et des services en matière de santé sexuelle et génésique.	Accorder	84%	88%	73%
	Plutôt d'accord	9%	10%	7%
	Pas d'accord	1%	2%	1%
	Ne sait pas	6%	0%	19%
Dans mon village, la plupart des gens approuvent la décision des jeunes couples mariés de retarder leur première grossesse.	Accorder	29%	25%	20%
	Plutôt d'accord	36%	28%	40%
	Pas d'accord	26%	47%	41%
	Ne sait pas	10%	0%	0%

La plupart des gens de mon village/communauté s'attendent à ce que les jeunes couples mariés prennent la décision de tomber enceinte pour la première fois de manière indépendante.	Accorder	32%	30%	28%
	Plutôt d'accord	38%	29%	39%
	Pas d'accord	19%	41%	34%
	Ne sait pas	10%	0%	0%

Des contrastes et des tendances intéressants apparaissent dans ces domaines. La plupart des femmes reconnaissent qu'on attend d'elles qu'elles utilisent des moyens de contraception, mais moins de la moitié reconnaissent qu'elles sont capables de prendre leurs propres décisions quant au moment et au type de contraception qu'elles peuvent utiliser, ce qui suggère que la moitié des femmes n'ont pas la pleine autonomie de leur corps en matière de planification familiale. Cependant, près de 60% des femmes reconnaissent que la plupart des maris soutiennent les décisions des femmes en matière d'espacement des naissances, ce qui montre que les femmes peuvent avoir plus à dire sur certains aspects de la planification familiale que sur d'autres. Les hommes, quant à eux, sont à peu près également partagés entre "d'accord" et "plutôt d'accord" sur la question de savoir si les femmes sont censées utiliser la contraception dans leur communauté et si la plupart des gens s'attendent à ce que les femmes prennent leurs propres décisions quant au moment et à la méthode contraceptive à utiliser. Cela contraste avec les réponses des femmes à la première question, ce qui peut indiquer que les hommes considèrent qu'ils jouent un rôle plus important dans les choix des femmes en matière de contraception ou qu'il y a des femmes dans leur communauté pour lesquelles le choix ne leur appartient pas.

Les réponses des jeunes reflètent un intéressant miroir générationnel. Une majorité de jeunes sont plutôt d'accord pour dire que les femmes sont censées utiliser des moyens de contraception. Près d'un quart des jeunes, toutes tranches d'âge confondues, disent ne pas savoir. La plupart des jeunes déclarent également être plutôt d'accord avec le fait que la plupart des gens s'attendent à ce que les femmes prennent leurs propres décisions en matière de contraception, avec, là encore, un quart des répondants qui disent ne pas savoir et un quart qui disent être d'accord.

Un autre contraste générationnel concerne la question de savoir si les hommes sont censés accompagner leur femme à leur rendez-vous prénatal. Les hommes et les femmes sont pour la plupart d'accord (F 37%, H 35%) et plutôt d'accord (F 38%, H 37%). Les jeunes, en revanche, sont pour la plupart plutôt d'accord (45%) ou pas d'accord (37%). Cela pourrait refléter un manque d'expérience ou une réflexion intéressante sur la dynamique qu'ils observent dans leur propre foyer.

6.2.1 Consultations de grossesse

Parmi tous les groupes d'âge et toutes les régions, 89% des femmes interrogées ont visité un centre de santé au cours de leur dernière grossesse. Les femmes membres du MMD arrivent en tête en termes de visites, dans les quatre régions avec Zinder (98%), suivi de Tahoua (93%), Dosso (89%) et Maradi (72%), en étroite adéquation avec les taux d'adhésion au MMD dans ces régions (Figure 15). 92% des femmes qui ne sont pas membres du MMD se sont rendues dans un centre de santé au cours de leur dernière grossesse.

Les femmes en pleine période de procréation - celles âgées de 20 à 30 ans (28%) et celles âgées de 31 à 40 ans (32%) - déclarent avoir visité un centre de santé lors de leur dernière grossesse. Les femmes de plus de 51 ans représentent une proportion plus faible (18 %), ce qui est logique.

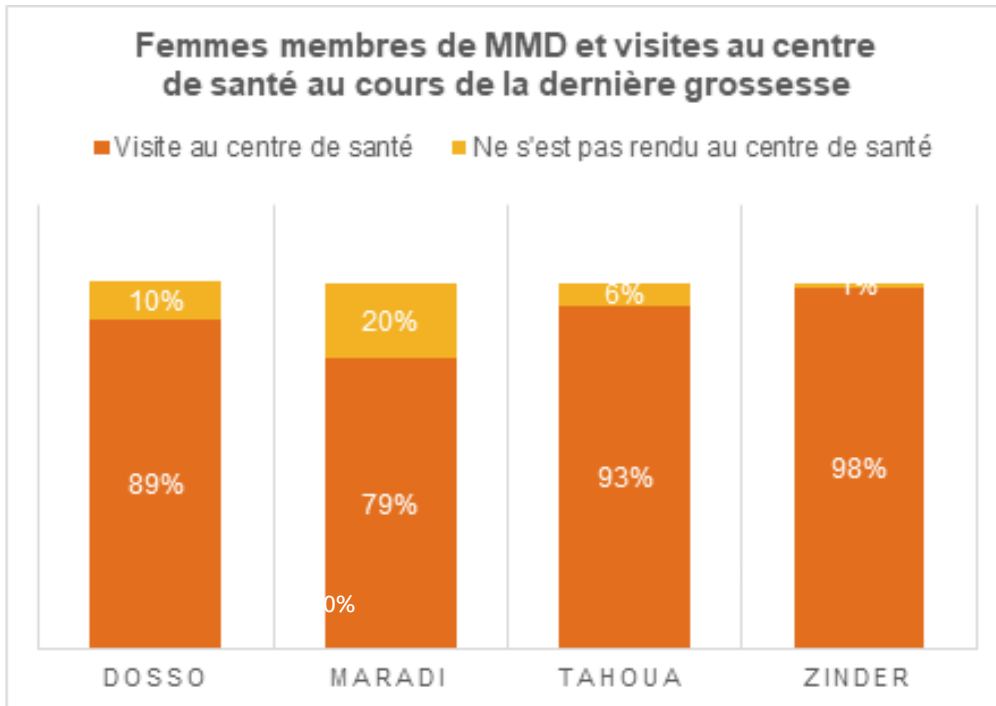


Figure 19 - Pourcentage de femmes MMD ayant visité un centre de santé lors de leur dernière grossesse

Étant donné que les femmes de plus de 50 ans ont probablement eu leur dernier enfant il y a une dizaine d'années, cela démontre un changement d'attitude positif à l'égard des visites dans les centres de santé au fil du temps. Une majorité de membres MMD (89%) et de non-membres de la MMD (91%) déclarent avoir visité un centre de santé au cours de leur dernière grossesse. Le niveau d'éducation ne semble pas avoir d'incidence sur la fréquentation d'un centre de santé par les femmes au cours de leur dernière grossesse. Parmi celles qui ont visité un centre de santé lors de leur dernière grossesse, 36% ont suivi des études coraniques, et parmi celles qui n'en ont pas suivi, 37% ont également suivi des études coraniques, ce qui indique que la fréquentation des centres de santé n'est peut-être pas influencée par le type d'éducation. D'après les entretiens, les agents de santé indiquent que les femmes se rendent dans les centres de santé et que celles qui le font ont une meilleure compréhension du nombre de visites nécessaires. En fait, dans tous les entretiens, les hommes et les femmes ont déclaré que les femmes sont censées se rendre dans un centre de santé pendant leur grossesse et qu'elles sont rejetées si elles ne le font pas.

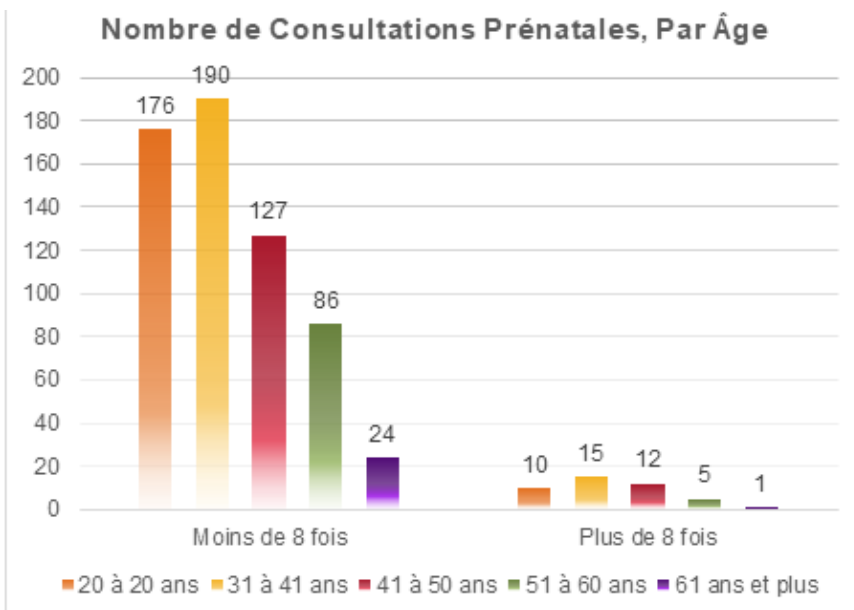


Figure 20 - Visites prénatales au cours de la dernière grossesse. (n=714)*

Lors des discussions de groupe à Tahoua, les agents de santé ont fait état d'une augmentation (jusqu'à 84 %) du nombre de visites de femmes dans les centres de santé. Les femmes ont changé leurs habitudes, venant pendant la grossesse et l'allaitement et ne se fiant plus à la médecine traditionnelle comme leurs aînées.

6.2.2 Contraception

6.2.2.1 Utilisation de la contraception par les femmes

La plupart des femmes adultes interrogées (56%) utilisent des moyens de contraception. Dans les régions étudiées, la majorité des femmes MMD de Tahoua (61%) et de Zinder (65%) ont déclaré avoir utilisé la contraception à un moment donné, tandis qu'environ la moitié des femmes de Maradi (50%) et de Dosso (59%) ont déclaré ne pas l'avoir fait (Figure 21). Les raisons de cette différence ne sont pas claires, car les femmes interrogées dans le cadre de cette étude ont des caractéristiques démographiques très similaires.

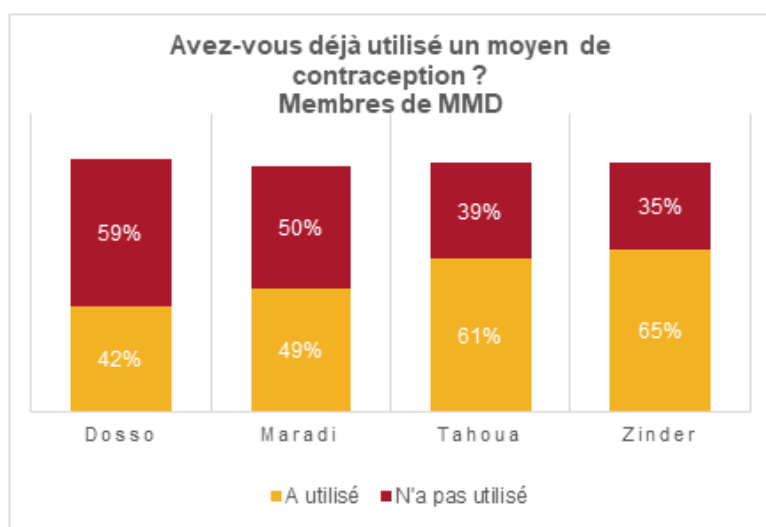


Figure 21 - Utilisation de la contraception par les femmes membres du MMD.

Si l'on considère l'appartenance aux MMD des femmes interrogées, on constate que les femmes MMD et non-MMD utilisent la contraception à peu près au même rythme, les femmes ne faisant pas partie de la structure MMD déclarant un taux légèrement plus élevé que les femmes MMD (Figure 22). La figure 23 montre un net changement dans l'utilisation de la contraception après l'âge de 40 ans, ce qui est logique puisque les femmes s'éloignent du pic de fécondité.

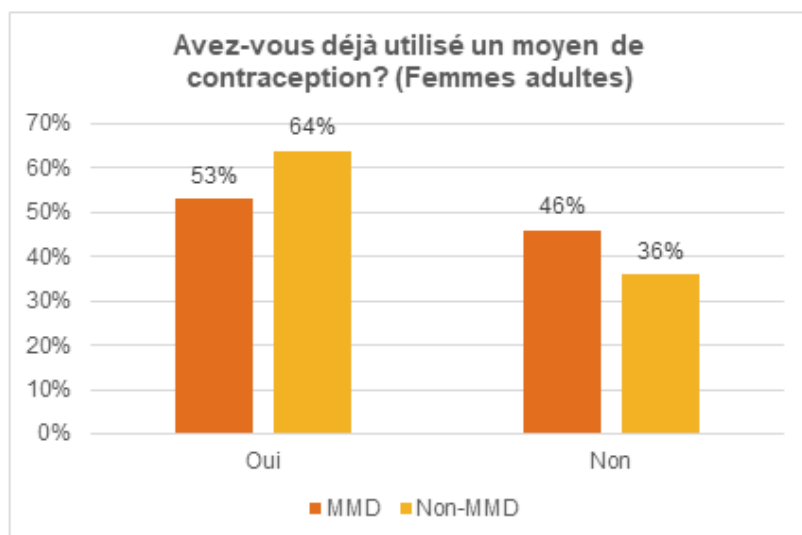


Figure 22 - Femmes adultes ayant déjà utilisé un moyen de contraception MMD v Non MMD

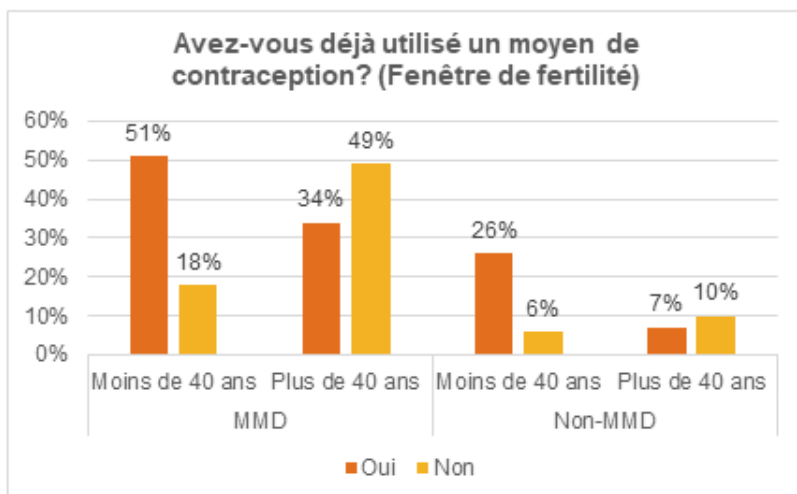


Figure 23 - Fenêtre de fécondité des femmes adultes (membres du MMD) ayant déjà utilisé un moyen de contraception.

Dans les quatre régions étudiées, les personnes interrogées ont déclaré que les centres de santé étaient un lieu où l'on pouvait chercher et recevoir des informations et accéder à la contraception. Parmi les variations mineures, certains membres de la communauté de Dosso ont déclaré que le centre de santé ne disposait pas toujours des informations sur la contraception dont elles avaient besoin. Dans l'ensemble, les femmes de la communauté s'accordent à dire que les centres de santé répondent à leurs besoins en matière de contraception. A Tahoua, les femmes font confiance au centre de santé local pour la fourniture d'informations sur la contraception, une observation partagée par les répondants non MMD : "Les femmes qui viennent au centre de santé sont les mieux accueillies, ce qui les encourage à utiliser la contraception. Dans certains villages, le centre de santé consacre une journée à l'apprentissage de la contraception : tous les mercredis, les femmes se réunissent et écoutent un cours audio. Cette ouverture semble également toucher les hommes qui "adoptent des comportements favorables à l'utilisation des services de santé reproductive". Les femmes membres du MMD de Zinder affirment que "les changements sont intervenus grâce aux campagnes de sensibilisation menées par les ONG de développement et celles que les femmes du MMD continuent à mener". (FGD, Tahoua). La connaissance des méthodes contraceptives est sans précédent pour une population qui ne connaît le centre de santé que depuis peu.

De même, dans les quatre régions, les personnes interrogées s'accordent à dire que les femmes qui ne se rendent pas au centre de santé pour obtenir des informations ou des soins prénataux ne sont "pas trop conscientes ou éveillées" et sont considérées comme "imprudentes".

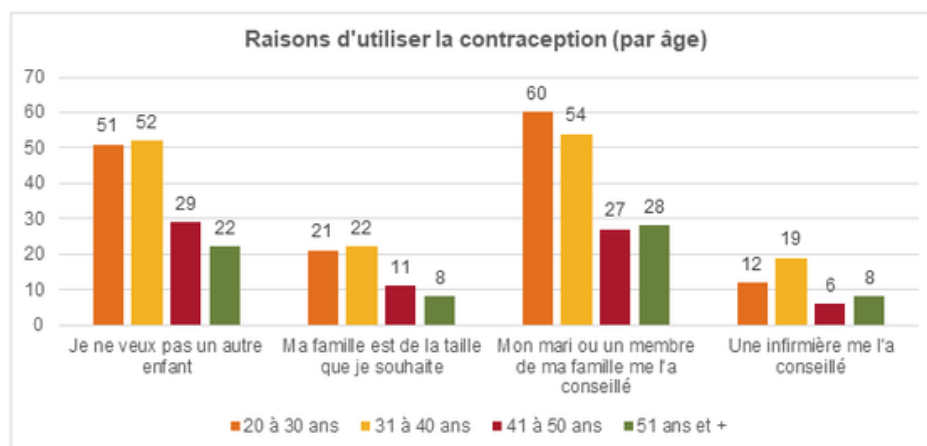


Figure 24 - Raisons de l'utilisation de la contraception (n=421)

Interrogées sur les raisons qui les poussent à utiliser la contraception, la plupart des femmes déclarent que c'est parce qu'elles ne veulent pas d'autre enfant (88%) ou que leur famille a la taille qu'elles souhaitent (89%). Dans 86 % des cas, leur mari les encourage et dans 67 % des cas, un membre de la famille les encourage. 69 % ont été encouragées par une infirmière à utiliser un moyen de contraception. Dans toutes les tranches d'âge, les femmes sont plus nombreuses à déclarer qu'elles ne veulent pas d'autre enfant pour le moment ou que leur mari ou un membre de leur famille les encourage à utiliser un moyen de contraception (figure 24). Seul un petit nombre de femmes ont déclaré que les infirmières les avaient encouragées à utiliser la contraception ; bien que les conversations qualitatives aient révélé un niveau élevé de confiance parmi le personnel des centres de santé, il est clair qu'il n'est pas le principal facteur influençant la prise de décision des femmes.

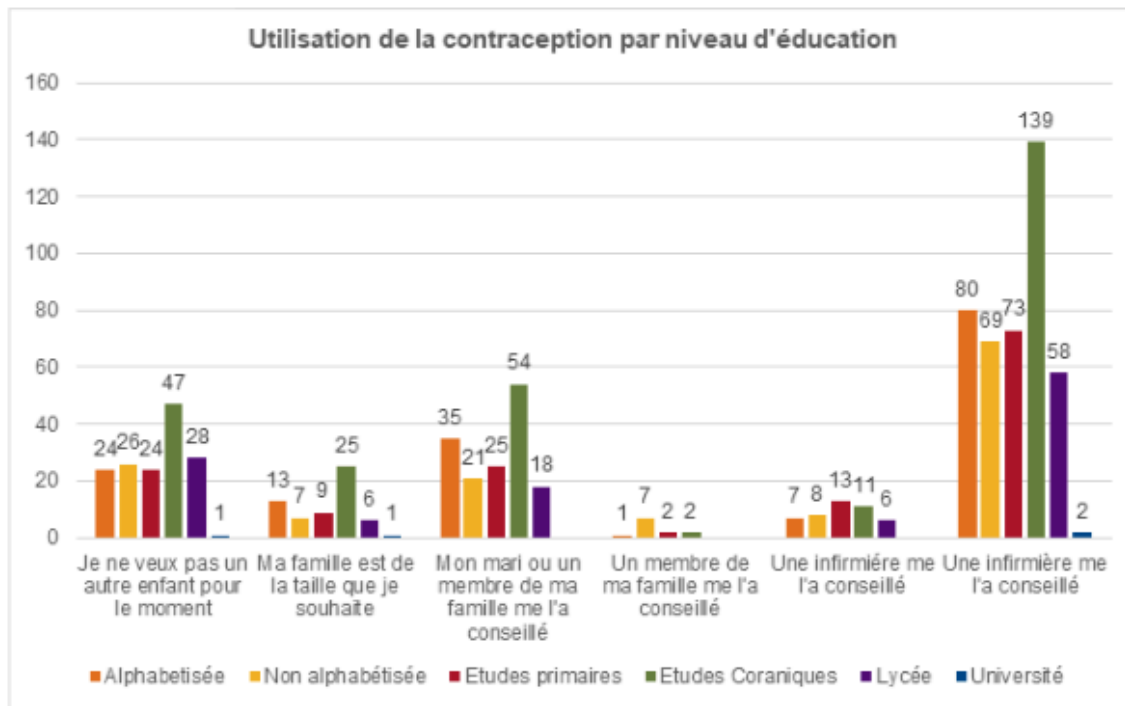


Figure 25 - Utilisation de la contraception par les femmes et niveau d'éducation (n= 421)

Les niveaux d'éducation donnent un aperçu intéressant du poids des différents types d'éducation que reçoivent les femmes. Les études coraniques sont ouvertes aux garçons et aux filles à partir de l'âge de 3 ans. Les élèves sont libres de fréquenter également des écoles publiques (laïques) pendant les vacances des écoles coraniques. L'enseignement se concentre uniquement sur les questions religieuses.

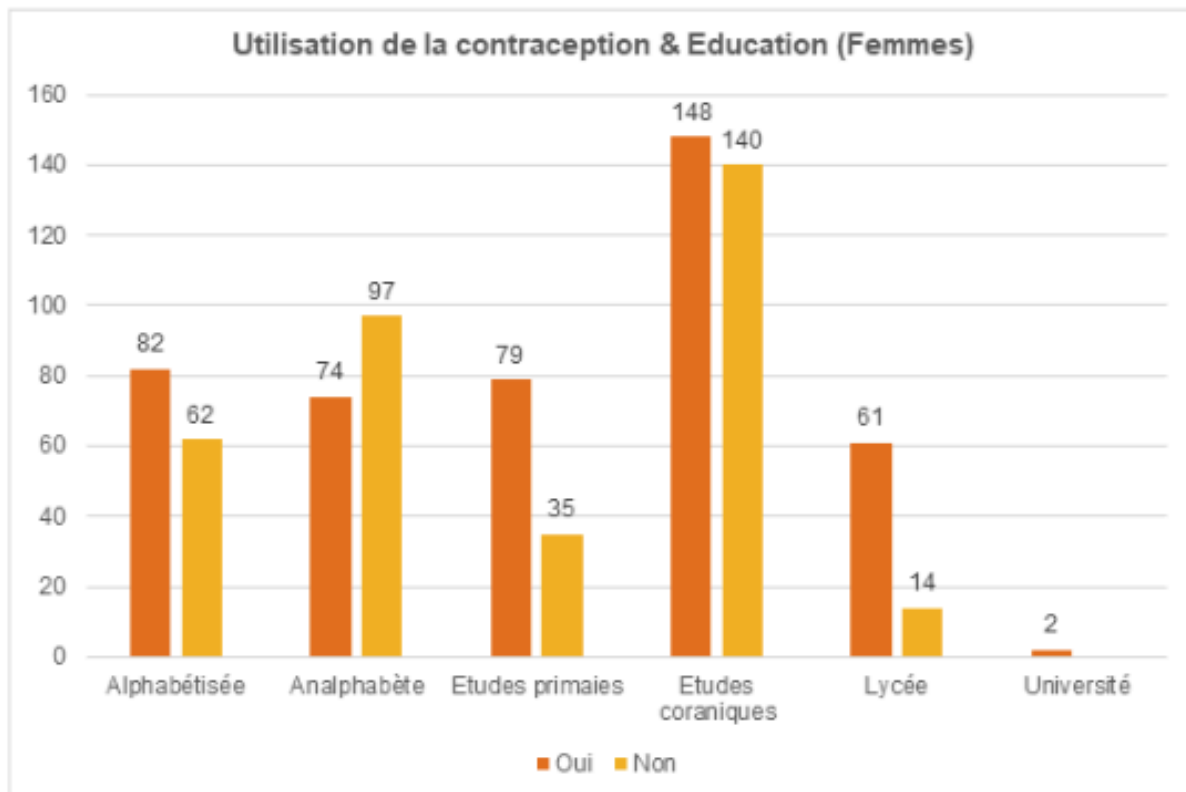


Figure 26 - Utilisation de la contraception par niveau d'éducation (femmes)

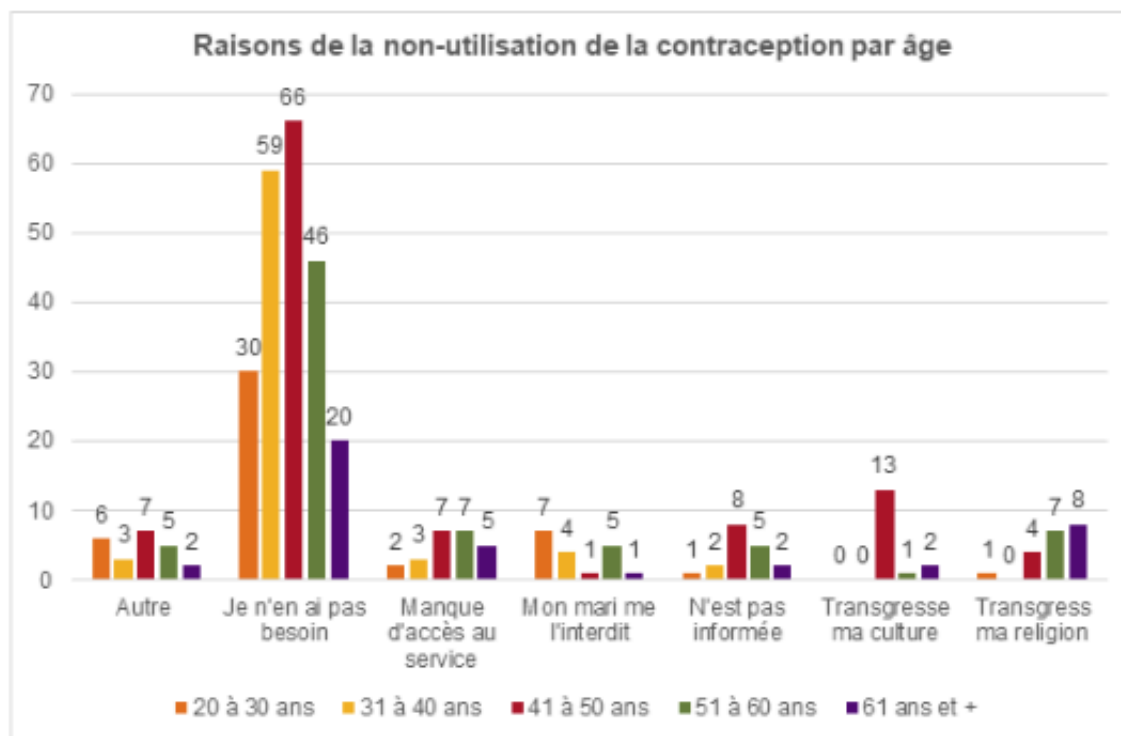


Figure 27 - Raisons s'opposant à l'utilisation de la contraception.

Si l'on examine de plus près les femmes qui ont répondu qu'elles n'avaient pas besoin de contraception, on constate qu'elles ont tendance à être plus âgées et à avoir plus d'enfants que les femmes qui utilisent des moyens de contraception. Elles sont également plus susceptibles d'être alphabétisées ou d'avoir au moins une éducation primaire. En fait, l'analphabétisme et les études coraniques sont corrélés négativement et de manière statistiquement significative à l'absence de contraception, tandis que les études primaires, secondaires et universitaires sont corrélées positivement à l'utilisation de la contraception. Il est intéressant de noter que l'appartenance au MMD n'est pas un indicateur de l'utilisation de la contraception (figure 20), ce qui pourrait nécessiter une étude plus approfondie. Il est probable que la pression sociale autour de la contraception soit plus importante que l'influence de l'éducation des MMD en matière de planification familiale.

L'équipe de CARE souligne le fait qu'il existe deux points de vue opposés sur l'utilisation de la contraception : les croyances et prescriptions religieuses qui interdisent l'utilisation de la contraception et la réalité économique à laquelle les familles sont confrontées et qui les empêche de supporter un taux de natalité élevé.

6.2.2.2 Utilisation de la contraception par les hommes

Soixante pour cent des hommes ont déclaré ne pas utiliser de contraception. Si l'on examine la situation par âge, on constate que la plupart des hommes de tous les groupes d'âge déclarent ne pas utiliser de contraception, ce qui indique que l'utilisation de contraceptifs n'est pas très répandue chez les hommes. Toutefois, on constate une augmentation de l'utilisation dans le groupe des 31-40 ans, ce qui indique que les couples ralentissent leur taux de fécondité ou augmentent l'espacement des naissances. Si l'on examine l'utilisation de la contraception par les hommes en fonction de leur niveau d'éducation, la figure 29 indique une relation entre l'éducation et l'utilisation de la contraception ; plus un homme est éduqué, plus il est susceptible d'utiliser la contraception. Les hommes ayant un niveau d'études secondaires ou universitaires sont presque aussi nombreux à répondre par la négative (n=18) que par l'affirmative (n=16).

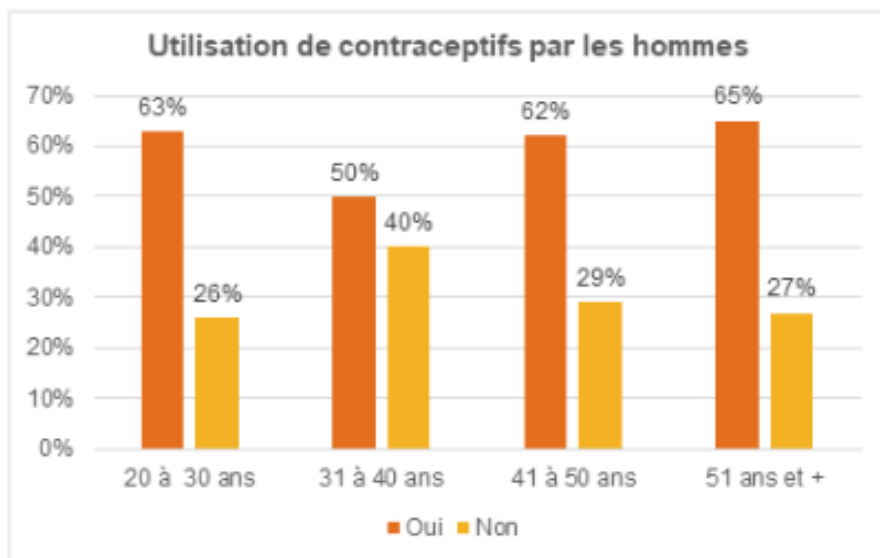


Figure 28 - Utilisation de la contraception par les hommes (*n=184, 17 sans réponse)

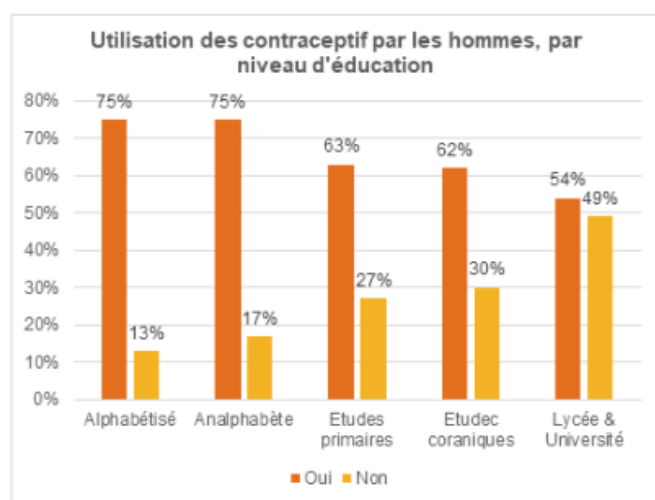


Figure 29 - Utilisation de la contraception par les hommes en fonction du niveau d'éducation (*n=187, 18 sans réponse)

Bien que nous n'ayons pas cherché à savoir pourquoi les hommes ont un taux d'utilisation de la contraception aussi faible, une méta-étude des National Institutes of Health (NIH) explorant les attitudes et les pratiques des hommes en matière de contraception à partir de recherches menées au Nigeria et en Éthiopie montre que 89 % des hommes au Nigeria "approuvent l'utilisation de la planification familiale par leur épouse", mais n'accompagnent pas leur épouse dans un centre de santé (65 % la désapprouvent).³³ Il se peut que la contraception soit perçue comme une question féminine, en particulier les solutions à long terme. L'attitude générale des hommes lors des discussions qualitatives était largement positive à l'égard de l'utilisation de la contraception par leurs épouses et de leur rôle actif en les accompagnant dans les centres de santé.

6.2.3 Espacement des naissances et décision d'avoir un premier enfant

L'un des domaines d'intérêt de cette étude était de voir si les groupes MMD avaient modifié une norme communautaire profondément ancrée concernant les jeunes mariés et la naissance de leur premier enfant. Dans l'ensemble, les jeunes mariés sont censés avoir leur premier enfant le plus tôt possible après leur mariage, en signe de fertilité et de santé de leur union. Les discussions qualitatives ont porté sur la réaction de la communauté face à un jeune couple fictif attendant d'avoir son premier enfant. Dans l'ensemble, les réponses ont été négatives - la plupart des gens ont dit que les jeunes couples devaient avoir un enfant tout de suite. Les agents de santé ont indiqué que les jeunes mariés et les jeunes couples subissaient encore des pressions pour avoir leur premier enfant peu après le mariage afin de "tester leur fertilité et d'éviter les préjugés de la société". L'espacement des naissances est reconnu comme une stratégie positive à Maradi, grâce à l'intervention des groupes MMD. Les réponses des membres des MMD ont montré une certaine

souplesse par rapport à cette norme : les femmes de Zinder ont indiqué que certains jeunes couples utilisaient la contraception et les femmes de Dosso ont déclaré : " Chaque couple fait son choix en fonction de ses besoins, mais la plupart d'entre eux ont d'abord un enfant avant de prendre des contraceptifs. " Cependant, de nombreux membres de la communauté ont indiqué que les jeunes couples devaient avoir un enfant immédiatement pour éviter d'être stigmatisés par la société. Il est plus probable qu'ils choisissent d'utiliser la contraception après la naissance de leur premier enfant.

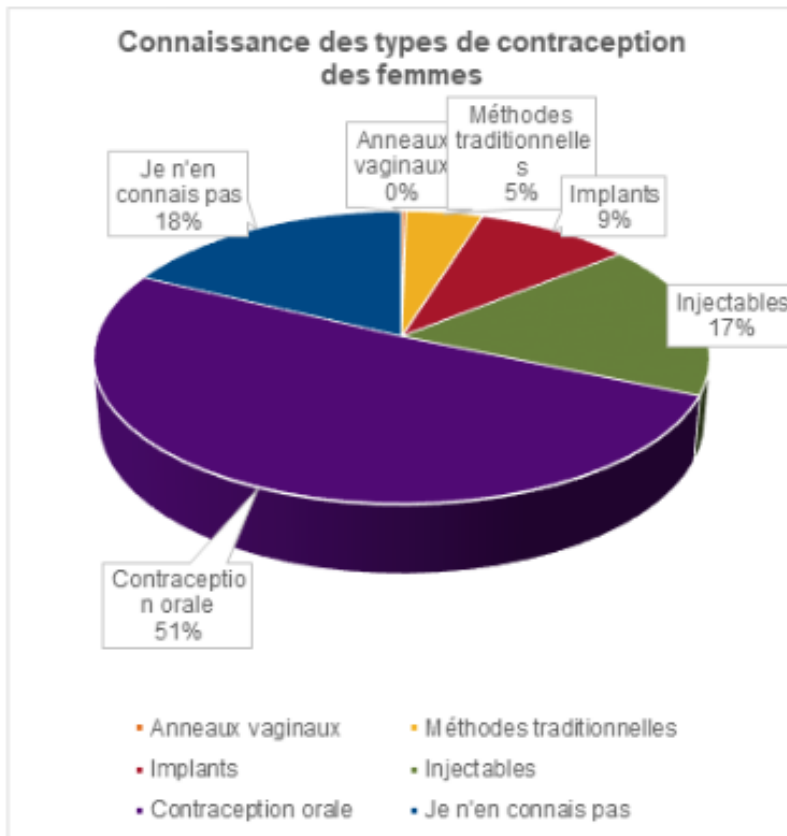


Figure 30 - Connaissances des femmes en matière de contraception (n = 780)

Les répondantes à l'enquête ont été interrogées sur l'étendue de leurs connaissances en matière de méthodes de contraception (figure 31). Un peu plus de la moitié des femmes ont déclaré avoir entendu parler des contraceptifs oraux, ce qui représente le plus grand nombre de réponses parmi tous les types de contraceptifs. Les autres méthodes telles que les injectables et les implants représentent une proportion plus faible, suivie par les femmes qui déclarent ne connaître aucun type de contraception. Seules 5 % des femmes ont déclaré connaître les méthodes traditionnelles, ce qui montre que la contraception moderne est largement connue et préférée par les femmes en âge de procréer.

6.2.4 Participation des hommes aux soins prénatals

Les membres et non-membres du MMD ainsi que les agents de santé observent une augmentation du nombre d'hommes accompagnant leurs femmes dans les centres de santé pour les consultations prénatales mais ne sont pas sûrs du nombre de fois où un homme accompagne sa femme et estiment qu'un homme qui se rend huit fois doit être rare. Avec la multiplication des centres de santé à proximité, le besoin d'être accompagné par un homme a diminué. "Avant, les hommes accompagnaient les femmes au centre de santé à cause de la distance, car il n'y avait pas de centre dans le village. Maintenant, il y a un centre à proximité... Depuis que le centre de santé est juste à côté du village, les hommes n'accompagnent plus les femmes..." Les femmes membres des groupes MMD estiment que peu d'hommes pratiquent les soins prénatals avec leurs femmes, alors que les non-membres pensent que le nombre d'hommes impliqués peut être plus important (Zinder). Un changement de génération peut avoir eu lieu avec la perception que ce sont surtout les jeunes hommes qui vont au centre de santé avec leurs femmes (à Maradi). Enfin, certains font la moitié du chemin : ils marchent jusqu'au centre avec leurs femmes mais les attendent à l'extérieur de la porte (à Maradi).

Le travail agricole peut constituer un obstacle à l'accompagnement des femmes par les hommes. Certains hommes sont encore réticents à l'idée qu'un obstétricien ou un infirmier aide leur femme dans la salle d'accouchement. Les femmes MMD et les agents de santé ont tous deux déclaré qu'une femme qui ne se rend pas au centre de santé pendant sa grossesse aura l'air irresponsable. On s'accorde à dire que les centres de santé ont beaucoup d'informations à offrir aux femmes (et aux hommes) sur la santé prénatale et maternelle et que les agents de santé et le personnel sont capables de répondre aux questions. À Maradi, renoncer aux soins prénataux et à l'accouchement au centre de santé est une erreur coûteuse, avec une amende de 5 000 francs, créée en 2018.

Les femmes âgées de Dosso sont légèrement différentes des femmes plus jeunes en ce qui concerne les hommes qui accompagnent leur femme dans un centre de santé. Les jeunes femmes (15-24 ans) ont déclaré qu'il était tout à fait probable qu'un homme accompagne sa femme au centre, tandis que les femmes plus âgées (40 ans et plus) ont déclaré que c'était moins probable. De même, à Tahoua, les hommes accompagnent de plus en plus leurs femmes au centre. Il s'agit d'un changement car les centres de santé étaient auparavant peu utilisés. Dans toutes les régions, la plupart des gens disent qu'il n'est pas rare de voir des hommes accompagner leurs femmes au centre de santé, bien que cela dépende de la saison agricole. À Maradi, de nombreux hommes accompagnent leurs femmes au centre de santé, car ils commencent à en comprendre l'importance. Cependant, le personnel médical a déclaré qu'il ne voyait pas d'hommes entrer dans le bâtiment. Les femmes indiquent que le personnel du centre de santé leur fournit des informations et un accès à la contraception.

6.3 Santé maternelle : Mouvements sociaux

Dans le contexte nigérien, les mouvements sociaux liés à la santé maternelle sont extrêmement localisés. Les femmes ont tendance à plaider pour l'amélioration des services de santé les plus proches d'elles, sachant que 49% de la population rurale a accès à un centre de santé dans un rayon de 5 km autour de son domicile. Il existe de nombreuses initiatives nationales émanant d'agences internationales, mais l'enquête n'a trouvé aucune preuve que les femmes interrogées sont liées aux efforts déployés au-delà de leur propre village. Il a été demandé aux personnes interrogées si elles connaissaient une organisation qui défend la santé maternelle. 57 % des femmes, 55 % des hommes et 40 % des jeunes ont répondu par l'affirmative. La plupart des actions entreprises par ces associations concernent la formation et la sensibilisation (51%) et une combinaison de formation, de sensibilisation et de dons de matériel (13%), l'accès aux soins (12%), le plaidoyer (10%) et le changement des normes dégradantes (7%). La moitié des femmes interrogées ont déclaré avoir participé à des réunions avec des groupes de plaidoyer sur des sujets liés à la santé maternelle. Seuls 39% des hommes ont répondu de la même manière. Parmi les hommes qui ont déclaré ne pas avoir rejoint ces groupes, la moitié (49%) a indiqué que le sujet ne les concernait pas et un quart (24%) qu'ils n'avaient pas été informés de la réunion ou de l'événement. Les femmes ne participent pas à ces réunions parce qu'elles ne se sentent pas concernées ou intéressées (49%), qu'elles ne sont pas au courant de la réunion (33%) et que certaines n'ont pas de réponse (18%).

Interrogées sur les plus grands changements que le MMD a apportés à leurs communautés en matière de santé maternelle, les femmes du MMD à Maradi ont déclaré : " Les femmes se rendent en masse dans les centres de santé - en particulier dans le contexte de la santé maternelle et infantile ". Les maris de ces femmes déclarent que le respect des règles de santé maternelle est l'un des changements les plus importants. Les maris des femmes non-MMD de Maradi ont également parlé des changements liés à la santé maternelle, déclarant que l'un des principaux changements était " la fréquentation élevée des centres de santé " et " l'accouchement au centre de santé et l'allaitement maternel exclusif ", ce qui suggère un effet d'entraînement systémique significatif sur ces sujets cruciaux. Les femmes non-MMD de Zinder déclarent que c'est grâce au MMD qu'elles constatent " la présence massive des femmes au dispensaire et la sensibilisation à l'allaitement maternel exclusif ". Les femmes MMD de Dosso déclarent notamment que "les femmes ont changé leur façon de traiter les maladies, car auparavant elles ne s'intéressaient qu'à la médecine traditionnelle - toutes les maladies étaient traitées par les praticiens traditionnels". Il s'agit d'un changement considérable qu'elles attribuent au travail des groupes MMD. D'autres femmes MMD des mêmes communautés ont déclaré qu'aujourd'hui, la majorité des femmes se rendent au centre de santé pour des consultations.

Les maris des femmes non MMD de Dosso sont d'accord pour dire que le plus grand changement qu'ils constatent est que les femmes fréquentent désormais les centres de santé.

6.4 Santé maternelle : Renforcement du système de services et responsabilité sociale

La grande majorité (91%) des femmes connaissent l'existence de leur centre de santé local. Celles qui s'y rendent sont informées par leurs voisins (35%), lors des réunions du MMD (19%) et 27% sont informées par une combinaison de radio, télévision et autres moyens. Une fois au centre de santé, la consultation du personnel médical est relativement rapide. Lorsqu'on leur demande combien de temps il leur faut pour être examinées dans leur centre de santé, la moitié des femmes déclarent qu'il leur faut moins d'une demi-heure et un quart qu'il leur faut entre 30 et 60 minutes (voir Figure 31). Ce point est important car plus le temps d'attente est court, plus il y a de chances qu'une femme revienne. Le temps des femmes est déjà limité en raison de toutes leurs responsabilités en matière de soins et de moyens de subsistance ; un long temps d'attente pourrait être décourageant et inciter les femmes à ne pas se présenter au contrôle. Ceci est d'autant plus important que peu de nouveaux centres de santé ont été construits au cours des 5 à 10 dernières années. Seules 36% des femmes se souviennent d'avoir vu un nouveau centre de santé construit au cours des cinq dernières années, et seulement 9% au cours des dix dernières années.

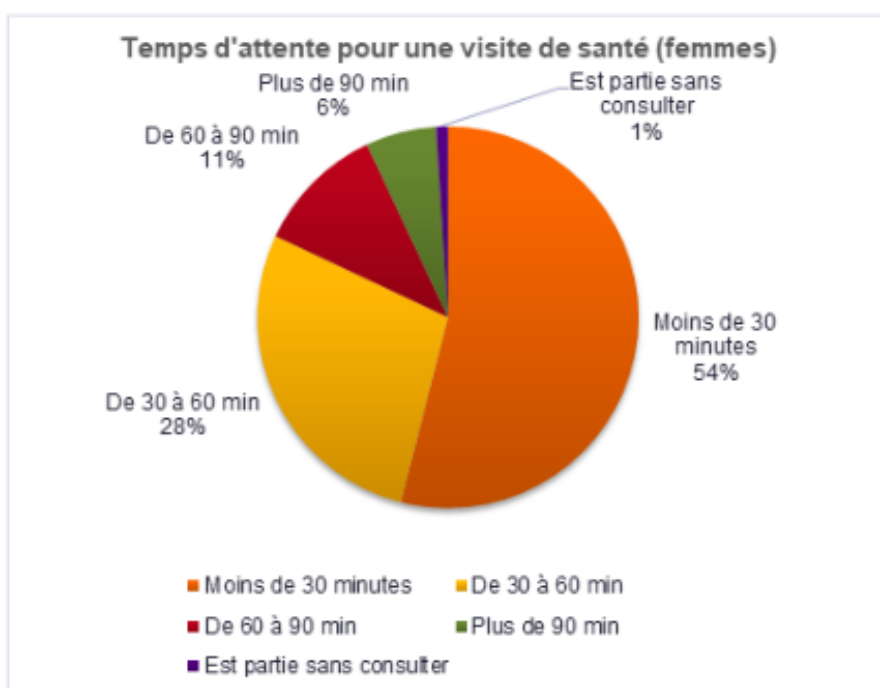


Figure 31 - Délai de consultation médicale, femmes.

Conclusion sur la santé maternelle

L'influence des groupes MMD sur la santé maternelle continue à produire des effets grâce à la formation à la sensibilisation et au partage d'informations par les groupes. Les femmes du MMD ont fait évoluer positivement les principales normes sociales : les maris participent aux soins prénataux en accompagnant leurs femmes dans les centres de santé et les femmes ont augmenté leur fréquentation des centres de santé. Dans certains cas, accoucher à la maison peut être sanctionné par une amende et, dans l'ensemble, les femmes ont réussi à faire pression sur les autorités locales pour qu'elles augmentent le personnel, l'équipement ou les bâtiments. Toutefois, il est difficile de faire évoluer la perception selon laquelle les jeunes couples doivent avoir leur premier enfant le plus tôt possible après leur mariage.

Cependant, certains stéréotypes persistent : l'utilisation de la contraception pourrait entraîner la stérilité des femmes (Tahoua) ; et "s'ils accompagnent leurs femmes au centre de santé, les hommes seront mal vus et jugés collants par la communauté" (Maradi). Le poids culturel exercé sur les jeunes couples mariés pour qu'ils aient un enfant le plus tôt possible après le mariage persiste.

7. Mariage précoce et forcé des enfants

Contexte du Niger

La Convention relative aux droits de l'enfant définit un enfant comme toute personne âgée de moins de 18 ans "sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable". Alors que l'âge légal du mariage au Niger est de 18 ans pour les garçons et de 15 ans pour les filles, le mariage coutumier est beaucoup plus informel mais a plus de valeur, surtout dans les zones rurales, qu'un mariage civil. Lorsqu'une fille de moins de 15 ans est mariée, il n'y a pas de recours légal ou de sanctions car la loi ne prévoit pas de sanctions.



Malgré l'engagement du gouvernement à atteindre l'objectif 5.3.1. des ODD d'éliminer le mariage des enfants d'ici 2030, et une tendance à la baisse des mariages d'enfants au Niger au cours des 30 dernières années, le Niger reste le pays où le taux de mariage précoce des enfants est le plus élevé au monde : 76% des filles sont mariées avant leur 18th anniversaire et 28% sont mariées avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans. Environ 6 % des garçons sont également mariés avant leur 18e anniversaire.

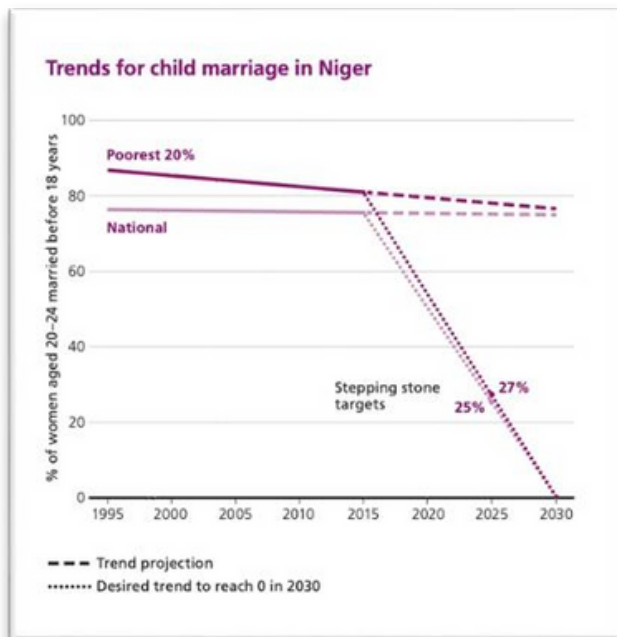


Figure 32 - Tendances des mariages d'enfants (Source : UNFPA)

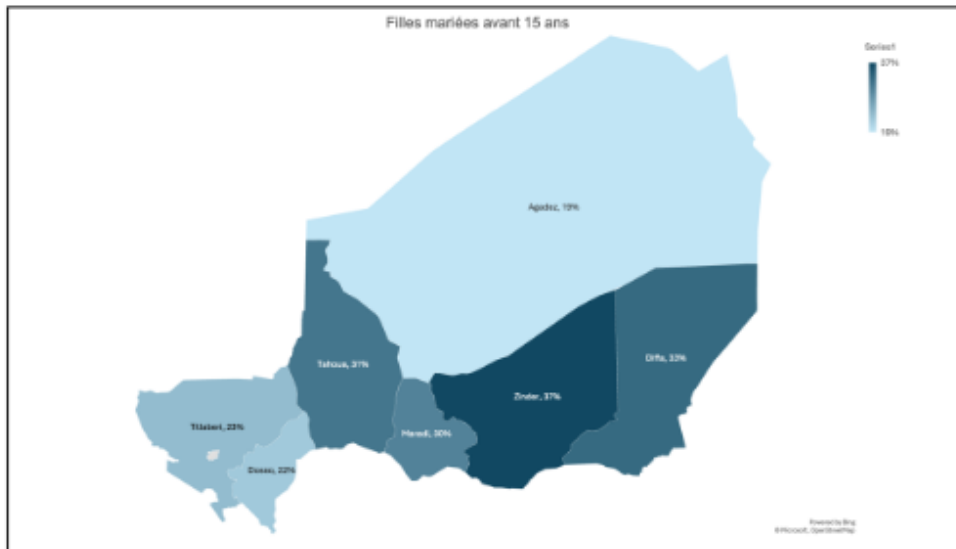


Figure 33 - Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans (2012, source de données UNFPA)

La figure 34 montre le taux de mariage avant 15 ans pour les femmes actuellement âgées de 20 à 24 ans dans chaque région du Niger. Il existe des différences notables entre Agadez, qui se trouve dans le Sahel, et Zinder ou Maradi, qui ont des populations urbaines importantes.

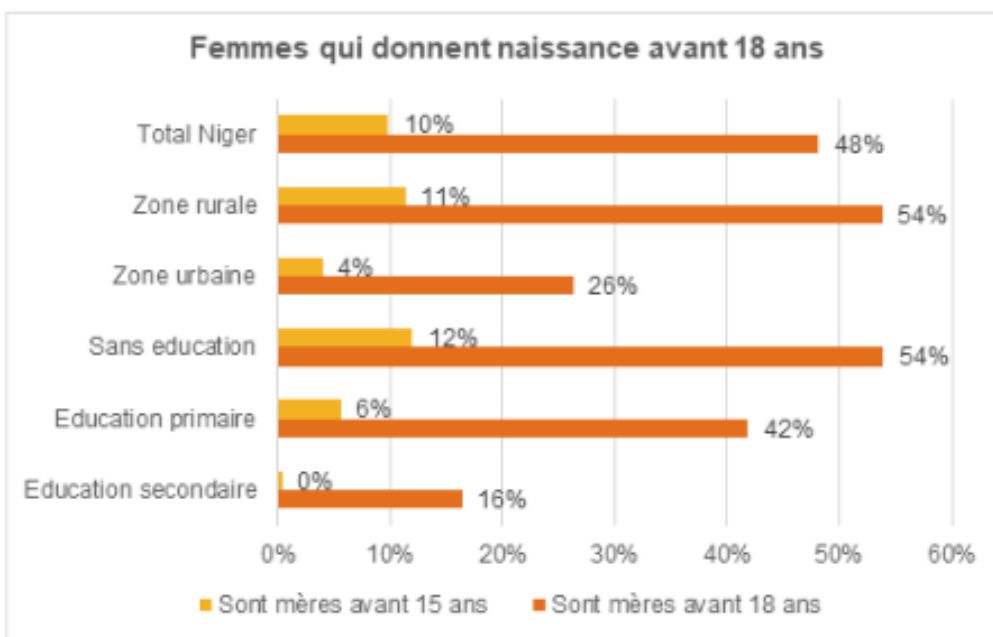


Figure 34 - Pourcentage de filles âgées de 20 à 24 ans ayant accouché alors qu'elles étaient mineures, source UNFPA³⁹

Le nombre de femmes ayant accouché avant 15 ou 18 ans est assez élevé : près de la moitié des femmes âgées de 20 à 24 ans ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans, tandis que 10 % d'entre elles n'avaient pas 15 ans. Au niveau mondial, la fécondité des adolescentes a tendance à diminuer : 100 filles sur 1 000 âgées de 15 à 19 ans ont donné naissance à un enfant en 2021 en Afrique subsaharienne, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale qui est de 42.

En utilisant le cadre de CARE, nous avons identifié les résultats suivants concernant le mariage précoce et forcé des enfants.

Voie d'accès	Résultats attendus	Synthèse quantitative et qualitative
Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes	Mise en œuvre de politiques visant à réduire les mariages précoces et forcés au niveau des régions et des districts	Oui
	Augmentation et renforcement des budgets pour favoriser les changements de politique au niveau municipal afin de réduire les mariages précoces et forcés d'enfants.	Aucune preuve
	Les élus utilisent les politiques publiques locales pour réduire les mariages d'enfants précoces et forcés	Aucune preuve
	Formation CARE dispensée aux acteurs locaux pour qu'ils poursuivent ou entament des actions de sensibilisation au niveau local afin de réduire les mariages précoces et forcés.	Oui
	Formation dispensée par CARE aux acteurs locaux pour exiger des changements dans le domaine du mariage précoce et forcé des enfants	Oui
Changements dans les normes sociales	Les filles de moins de 15 ans doivent rester célibataires.	Oui
	Les gens signalent les mariages d'enfants aux autorités	Oui
	Les jeunes filles enceintes non mariées doivent rester dans la maison de leurs parents.	Non
	Les jeunes filles enceintes non mariées doivent rester à l'école	Non
	Les jeunes sont censés discuter ouvertement de la santé sexuelle et reproductive (relations sexuelles avant le mariage, PF, protection).	Non
	Les chefs religieux défendent le mariage des filles à partir de 15 ans	Non
Mouvements sociaux	Un chef religieux conseille aux hommes et aux garçons d'épouser des filles âgées de 15 ans ou plus.	Oui
	Le retrait des filles de l'école pour les marier n'est plus célébré	Oui
Renforcer le système et la responsabilité sociale	Les femmes s'expriment contre le mariage précoce et forcé	Oui
	Les districts et les gouvernements régionaux offrent des services de soutien aux jeunes filles enceintes non mariées.	Non
	Les écoles intègrent le programme de planification familiale et de santé reproductive dans toutes les classes du secondaire.	Non
	Plus de personnel élu impliqué dans la création et la formulation de politiques publiques locales en faveur de l'éducation des filles	Non
	Mise en place de mécanismes de signalement des cas de mariages d'enfants précoces et forcés	Oui

7.1 Mariage précoce des enfants : Changements dans les normes sociales

Dans le cadre de cette étude, on a demandé aux hommes et aux femmes s'ils avaient des filles mariées dans leur ménage et quel était l'âge de ces filles au moment de leur mariage. Environ la moitié des hommes ont répondu qu'ils avaient des filles mariées dans leur ménage, dont plus de la moitié (51%) entre 15 et 18 ans. Environ 40% ont été mariées à 18 ans ou plus et seulement 7% l'ont été avant l'âge de 15 ans. Plus de la moitié des femmes ont répondu qu'elles avaient des filles mariées. Les réponses des femmes correspondent en grande partie à celles des hommes, car notre échantillon est composé de conjoints de membres du MMD, bien que nous n'ayons pas identifié les couples dans nos données. Les légères variations sont probablement dues à la variabilité de la mémoire humaine.

Les données qualitatives confirment en outre que les parents attendent plus longtemps avant de marier leurs filles, ce qui constitue une autre façon pour les groupes MMD d'influencer les comportements et les attitudes de la communauté.

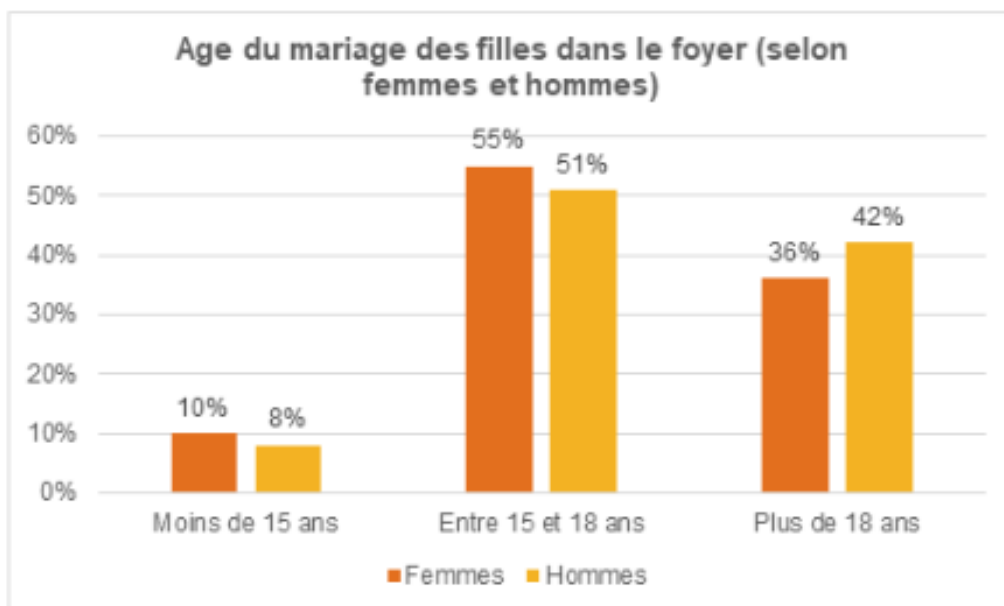


Figure 35 - Filles mariées par âge et par sexe du parent

Si l'on examine de plus près les différences entre les femmes membres des ménages MMD et non MMD, on constate une différence notable. Les filles des ménages MMD âgées de 15 à 18 ans sont plus susceptibles d'être mariées que celles des ménages non MMD. La figure 36 montre les taux de filles mariées dans les trois tranches d'âge par rapport au nombre total de filles dans les ménages MMD ou non MMD. On a demandé aux personnes interrogées le nombre de filles dans leur ménage ; nous supposons que ces filles ne sont pas mariées. Il est difficile d'expliquer la raison exacte de la différence de dix points de pourcentage pour les filles âgées de 15 à 18 ans ; une analyse plus approfondie est recommandée. Les personnes interrogées ont été interrogées sur leur attitude générale à l'égard du mariage précoce des enfants : seulement 7% des femmes du MMD ont déclaré qu'il était normal que les filles de moins de 15 ans soient mariées, tandis que 91% ont déclaré que ce n'était pas normal. Les femmes non membres du MMD ont montré une tendance similaire, avec moins de 2% déclarant que c'était normal et 97% déclarant que ce n'était pas normal.

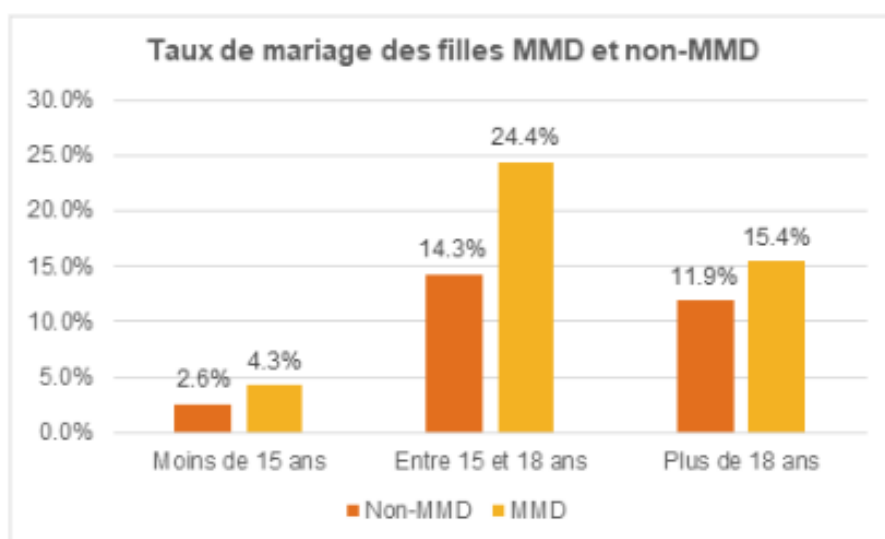


Figure 36 - Taux de mariage des filles en fonction de l'appartenance au MMD, femmes adultes interrogées

L'une des façons dont les groupes MMD ont sensibilisé leurs communautés au mariage précoce est de leur faire part des risques encourus par les filles. Les personnes interrogées ont été invitées à citer certaines conséquences du mariage précoce sans être invitées à le faire. Une grande majorité d'hommes et de femmes ont déclaré que le mariage précoce présentait des risques pour la santé des filles. La moitié d'entre eux ont indiqué qu'il présentait des risques pour leurs enfants, probablement en raison de l'accouchement à un si jeune âge. Environ un quart des hommes et des femmes ont mentionné le risque qu'elle tombe enceinte si elle est mariée. Seuls 19 % des hommes et 29 % des femmes ont déclaré que le mariage précoce entravait l'éducation des filles. Parmi les jeunes interrogés, 78% disent reconnaître que le mariage précoce peut avoir des conséquences négatives sur le bien-être des filles et plus de la moitié (57%) disent que le mariage précoce est un risque pour la santé des filles.

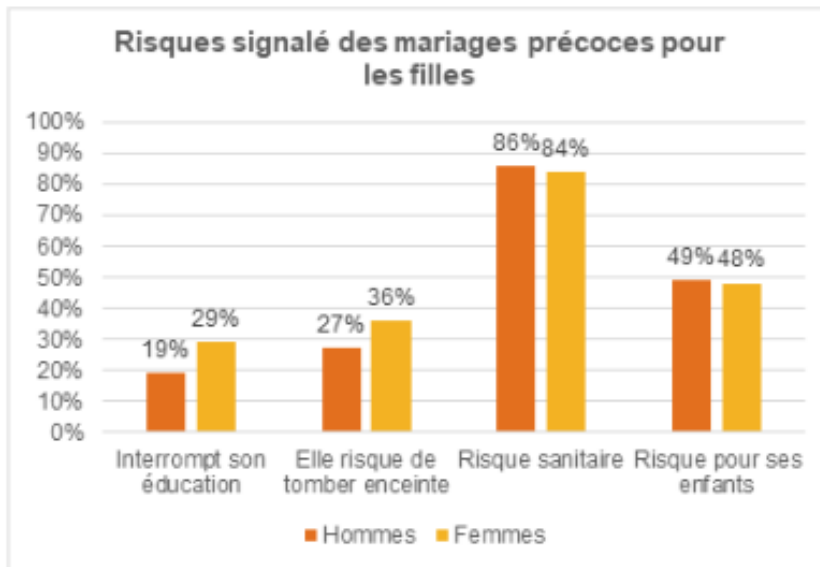


Figure 37 - Compréhension par les femmes et les hommes des risques de mariage précoce pour les filles

Les réponses des personnes interrogées sont conformes à la compréhension globale de l'impact du mariage et de la grossesse précoces sur la santé des filles. Les risques pour la santé sont connus et bien documentés et comprennent la grossesse et l'accouchement précoces avec un risque accru de complications comme principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans. L'augmentation des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, les mutilations génitales féminines et la violence domestique (les filles mariées avant l'âge de 15 ans sont 50 % plus susceptibles de subir des violences de la part de leur partenaire intime). En outre, les mineures ont moins de chances d'accoucher dans un établissement de santé. Il n'y a pas de résultats positifs documentés en termes de santé pour les filles mariées à un jeune âge. Pourtant, les normes sociales, la pression économique et d'autres facteurs externes l'emportent sur le souci de la santé et du bien-être des filles, malgré une compréhension claire des conséquences.

Au niveau national, le gouvernement du Niger "avec l'appui de la Banque mondiale, de la Facilité mondiale de financement pour les femmes, les enfants et les adolescents, de l'UNICEF, du FNUAP, de CARE International, de Plan International et de Save the Children, entre autres" a "réformé son cadre juridique pour permettre aux adolescentes mariées d'accéder aux services de planification familiale sans être accompagnées d'un parent adulte ou d'un mari". Localement, les femmes engagées dans des activités génératrices de revenus deviennent plus "indépendantes au sein de leur ménage, mais aussi de leur communauté, puisqu'elles prennent part aux décisions prises à la maison". En outre, elles sont respectées pour leurs opinions, en particulier "lorsqu'il s'agit de marier leur fille, puisqu'elles financent 80 % du mariage". Grâce à la formation qu'elles ont reçue, les femmes membres des groupes MMD peuvent convaincre d'autres femmes de renoncer au mariage précoce ou forcé de leurs filles " (Tahoua). Les enseignants jouent également un rôle essentiel lorsque les filles n'obtiennent pas de bons résultats à l'école, en les convainquant de rester à l'école et de ne pas se marier trop tôt (Tahoua).

Les réactions au mariage précoce soulignent massivement le fait qu'il n'est "pas normal" de voir des filles de moins de 15 ans mariées, bien que ce phénomène se poursuive à un faible rythme. On a demandé aux hommes et aux femmes s'ils avaient des filles mariées avant l'âge de 15 ans et pourquoi. Les hommes et les femmes qui ont déclaré avoir des filles de moins de 18 ans qui ont été mariées ont indiqué que les principales raisons étaient d'éviter les grossesses hors mariage et la délinquance

juvénile. Les observations de l'équipe CARE indiquent qu'une "grossesse hors mariage" entraînerait deux situations inconfortables pour la jeune fille et sa famille : la jeune fille pourrait être stigmatisée dans la communauté pour avoir porté un enfant hors mariage, sa famille aurait peu de crédibilité, et la jeune fille aurait moins de chances de se marier à cause de ce "passé accidentel". En d'autres termes, la stigmatisation sociale est plus forte que les conséquences pour la santé de la jeune fille.

Les discussions de groupe ont également confirmé que les mariages précoces ont diminué, les maris des femmes MMD à Dosso déclarant : " Avec l'avènement du MMD, les mariages précoces d'enfants ont diminué " et les jeunes femmes MMD à Dosso déclarant que les mariages précoces d'enfants appartenaient au passé. À Maradi, une femme leader communautaire a déclaré que " des changements de mentalité sont observés en ce qui concerne le mariage précoce grâce à la sensibilisation ". Les membres du MMD à Maradi affirment que l'un des plus grands changements dus au MMD a été les campagnes pour les droits des femmes et des enfants et la réduction des mariages précoces et forcés.

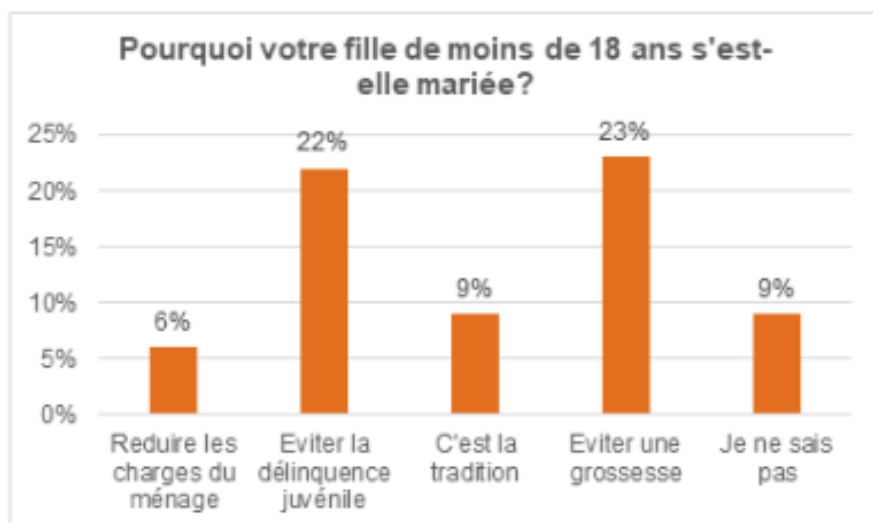


Figure 38 - Raisons invoquées par les femmes pour justifier le mariage précoce

Enfants en "conflit avec la loi" (anciennement appelé délinquance juvénile)

Le terme de "délinquance juvénile" ou de criminalité juvénile est peu à peu remplacé par celui d'enfants en conflit avec la loi", dans une tentative de décriminalisation des comportements, des sanctions et des perceptions. Ce terme recouvre des réalités très différentes : des jeunes villageois qui s'installent en ville sans comprendre les codes et les comportements urbains aux autres jeunes marginalisés. Dans le cas des jeunes femmes, la réalité peut couvrir la prostitution, la consommation de drogue et d'autres comportements jugés socialement inacceptables. Les mères adolescentes non scolarisées manquent souvent de possibilités d'emploi et peuvent avoir recours à des comportements dangereux pour survivre dans un environnement où elles n'ont que très peu d'aide à leur disposition. Pour les parents, le fait d'avoir des enfants en conflit avec la loi comporte un risque pour leur réputation. Les dernières statistiques disponibles montrent que plus de 500 enfants sont détenus,⁴⁴ principalement à Niamey, dans des lieux qui ne sont pas équipés pour répondre à leurs besoins, en particulier ceux des jeunes filles et des jeunes mères. Récemment, le gouvernement du Niger s'est associé à la coopération allemande et à d'autres institutions internationales pour mettre en œuvre des solutions alternatives à la détention des jeunes.

D'autre part, les attitudes à l'égard de l'investissement dans l'éducation des filles en tant que stratégie pour les empêcher de se marier tôt ne sont pas universelles. Environ 20% des femmes interrogées et 25% des hommes interrogés sont d'accord pour dire que c'est un gaspillage de ressources que de garder une fille à l'école jusqu'à ce qu'elle obtienne son diplôme. Parmi les jeunes interrogés, 25% des jeunes femmes et 27% des jeunes hommes sont d'accord avec cette affirmation. Ces attitudes se retrouvent dans les communautés MMD et non-MMD - environ 20 % des femmes interrogées dans les deux communautés sont d'accord avec cette affirmation. Ces réponses montrent qu'il est possible de poursuivre l'éducation sur la valeur de l'éducation des filles et sur les conséquences négatives d'un retrait précoce des filles de l'école.

Il a également été demandé aux personnes interrogées si elles assistaient à une célébration communautaire commémorant le moment où une jeune fille est retirée de l'école pour être mariée. Parmi les personnes interrogées, 31 femmes (3%) et quatre hommes (2%) ont déclaré avoir assisté à une célébration dans la communauté lorsqu'une fille est retirée de l'école. Le retrait des filles de l'école peut être perçu comme une réduction du risque de grossesse hors mariage. Bien qu'il s'agisse de petits nombres, il est intéressant de les comparer aux entretiens qualitatifs au cours desquels chaque personne a déclaré que ce type de célébration n'avait pas lieu dans leur communauté - beaucoup ont même déclaré n'avoir jamais entendu parler d'une telle pratique. Il est possible que les personnes interrogées dans les groupes de discussion aient subi la pression de leurs pairs pour nier l'existence d'une telle pratique. Quoi qu'il en soit, ces chiffres indiquent que ce type d'événement communautaire est très rare.

Attitudes à l'égard des garçons et des filles qui parlent de sexualité

Pour comprendre les attitudes et les attentes de la communauté concernant les discussions sur le sexe, les personnes interrogées ont dû répondre à une série de questions pour savoir si les garçons et les filles discutaient de sexe et avec qui. Dans l'ensemble, les hommes et les femmes déclarent qu'il est peu probable ou inapproprié que les filles et les garçons discutent de sexualité avec leurs amis, leurs parents, les chefs religieux ou les chefs de la communauté. Les réponses des hommes et des femmes deviennent de plus en plus négatives lorsqu'on les interroge sur les différents adultes de leur communauté, par rapport à leurs réponses sur les filles et les garçons qui discutent de sexualité avec leurs amis. La même série de questions a été posée aux jeunes. Leurs réponses confirment largement celles des adultes de leur communauté, ce qui indique que la tendance à discuter ouvertement de la sexualité n'en est qu'à ses débuts

Table 4 - Normes sociales concernant les discussions sur le sexe entre filles et garçons.

		Quelle est la probabilité qu'une fille ou un garçon de votre communauté parle de sexe avec ses amis ?	Quelle est la probabilité qu'une fille ou un garçon de votre communauté discute de sexualité avec ses parents ?	Quelle est la probabilité qu'une fille ou un garçon de votre communauté discute de sexualité avec un chef religieux ?	Quelle est la probabilité qu'une fille ou un garçon de votre communauté discute de sexualité avec un responsable de la communauté ?
Femmes	Très probable	9%	5%	5%	8%
	Assez probable	20%	11%	7%	3%
	Peu probable	71%	84%	88%	89%
Hommes	Très probable	11%	7%	10%	13%
	Assez probable	30%	16%	13%	3%
	Peu probable	59%	76%	76%	83%
Jeunes	Très probable	16%	7%	8%	11%
	Assez probable	30%	14%	11%	3%
	Peu probable	54%	78%	80%	85%

Le tableau 4 ci-dessus montre clairement que peu de garçons et de filles discutent de sexualité avec la plupart des membres de leur communauté, bien qu'ils soient plus susceptibles d'en parler entre amis que tout autre groupe.

Table 5 - Approbation par la communauté du fait que les filles et les garçons discutent de la sexualité.

		La plupart des gens approuvent le fait que les filles parlent de sexe avec leurs amis.	La plupart des gens approuvent le fait que les garçons parlent de sexe avec leurs amis.	La plupart des gens approuvent le fait que les filles parlent de sexe avec leurs parents.	La plupart des gens approuvent le fait que les garçons parlent de sexualité avec leurs parents.
Femmes	Très probable	11%	11%	5%	2%
	Assez probable	21%	22%	16%	14%
	Peu probable	67%	66%	78%	83%
Hommes	Très probable	18%	17%	5%	4%
	Assez probable	33%	33%	21%	20%
	Peu probable	51%	50%	73%	75%
Jeunes	Très probable	24%	21%	6%	2%
	Assez probable	28%	32%	25%	21%
	Peu probable	47%	46%	69%	76%

Le tableau 5 montre que les attitudes à l'égard des filles et des garçons qui parlent de sexe ne sont pas non plus socialement acceptables. Bien que similaires, les réponses indiquent ici l'approbation d'une conversation par la communauté, ce qui est différent de la question de savoir si la personne interrogée pensait que cette conversation était susceptible d'avoir lieu. En posant la question de l'approbation, nous avons essayé de comprendre les attitudes normatives qui peuvent être partagées par d'autres personnes que le répondant individuel.

Impact du mariage et de la grossesse précoces sur l'éducation

En 2019, le gouvernement du Niger a publié un décret exigeant que les étudiantes et les adolescentes mariées et/ou enceintes restent à l'école.⁴⁵ Nos répondants confirment qu'une fille enceinte continuera à vivre à la maison avec ses parents (93% de femmes, 97% d'hommes et 90% de jeunes). À Zinder, les personnes interrogées ont noté que le fait de vivre avec ses parents constitue un changement important par rapport aux années précédentes, lorsque les filles enceintes devaient quitter leur domicile et devenir sans abri la plupart du temps. Dans toutes les régions, il est extrêmement rare qu'une jeune fille enceinte soit accueillie dans la maison du père de son enfant, sans être mariée avec lui. Là encore, la stigmatisation sociale est forte à l'encontre des adolescentes enceintes non mariées.

Le taux de natalité chez les adolescentes est en hausse : de 146 pour 1 000 en 2015, il est passé à 154 en 2016 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.⁴⁶ L'impact d'une grossesse précoce sur l'éducation est assez important puisque seulement 26% des jeunes, 31% des hommes et 33% des femmes affirment qu'une fille enceinte continuera d'aller à l'école. Dans les discussions de groupe, les raisons pour lesquelles les filles enceintes abandonnent l'école sont qu'elles sont confrontées à "des insultes, des moqueries, même de la part de leurs amis. La société ne la jugera pas bien, mais il y a peu de bonnes pratiques dans notre village qui aideraient à prévenir les grossesses précoces, à l'exception de l'abstinence". "Toute la famille sera affectée par la honte de cette grossesse précoce. (Tahoua, Maradi). Le langage utilisé par les personnes interrogées au cours de la discussion était assez fort et normatif : "Toute fille qui tombe enceinte doit abandonner l'école ; les filles qui tombent enceintes ne retournent jamais à l'école" (Dosso). Le poids des préjugés, des normes sociales et autres partis pris pèse lourdement sur les jeunes femmes enceintes qui reçoivent peu de soutien ou d'empathie ou sont carrément exclues de la société : "Cette situation a peu de chance de se produire dans notre communauté car la jeune fille enceinte n'est plus acceptée par ses pairs et par la société en général. (Maradi)

Une fois qu'elle devient mère, ses chances de retourner à l'école sont encore plus minces : 23 % des jeunes, 24 % des femmes et 28 % des hommes déclarent qu'elles peuvent retourner à l'école après l'accouchement. Les enseignants sont reconnus comme faisant partie d'un minuscule système de soutien pour les filles enceintes. Ils ont tendance à plaider en faveur du maintien des filles à l'école, mais ont plus de difficultés à le faire lorsqu'il s'agit de filles enceintes. Malgré l'engagement ferme du gouvernement et la sensibilisation à la nouvelle loi, dans la pratique, les filles enceintes sont toujours refusées à l'école.

Comment les jeunes abordent-ils l'information sur la santé sexuelle et reproductive ?

Pour les filles comme pour les garçons, il est difficile de trouver des informations et des partenaires pour parler de sexualité et de santé génésique. Pourtant, cette question est cruciale car dans les régions étudiées, les filles ont des relations sexuelles à un jeune âge : voir le tableau 6 ci-dessous avec les données de l'UNPFA car nous n'avons pas posé la question. Comme le montre le tableau 4, environ 30 % des jeunes interrogés estiment qu'il est approprié pour eux de parler de sexualité avec leurs amis. Les parents, la communauté et les chefs religieux sont beaucoup moins enclins à engager ces conversations avec les jeunes. Certains jeunes (39%) et certaines femmes (47%) sont d'accord pour dire que le centre de santé communautaire offre des informations sur la contraception aux jeunes.

Table 6 - - Pourcentage de filles de 15 à 19 ans sexuellement actives

Zinder	Maradi	Tahoua	Dosso
71.7%	71.3%	68.2%	65.6%

7.2 Mariage précoce des enfants : Mouvements sociaux.

Selon les discussions, les groupes MMD ont eu une influence significative sur la réduction des mariages d'enfants précoces et forcés dans leurs communautés. Les femmes de Zinder ont déclaré que les mentalités étaient en train de changer. Les filles restent à l'école aussi longtemps que possible et ne sont pas mariées à un âge précoce. Les maris des femmes de Zinder qui ne sont pas membres du MMD ont également constaté ce changement en déclarant : "[Les groupes MMD] ont sensibilisé les gens aux mariages précoces et forcés. Ils s'efforcent de scolariser les filles et de les maintenir à l'école ". À Dosso, les maris des membres du MMD affirment que les mariages précoces n'existent tout simplement pas dans leur village ; ils attendent que les filles soient "majeures". Et un employé de CARE à Maradi a noté que "nous constatons un changement remarquable maintenant. Pour se marier, il faut travailler ! Le chômage empêche même les garçons de se marier très tôt et de s'occuper de la famille, ce qui n'était pas le cas auparavant. Avec la solidarité, la personne peut laisser sa femme dans une famille nombreuse et [migrer], bien que certaines communautés aient commencé à contrecarrer cette pratique".

Comités de protection

Financés entre autres par l'UNICEF et le FNUAP, les comités locaux de protection des villages travaillent à l'éducation des populations et à l'élimination des mariages d'enfants dans leurs communautés. Les membres des comités sont formés aux risques du mariage des enfants, au suivi de la mise en œuvre du plan d'action sur le changement social et à la gestion des cas d'enfants victimes d'abus, de violences et d'exploitation, y compris le mariage des enfants. Les comités de protection comptent parmi leurs membres des jeunes filles appelées "Correspondantes pour la protection" (C4P). Elles ont reçu une formation sur les aptitudes à la vie quotidienne, les droits de l'homme et la communication efficace, ce qui a renforcé leur capacité à se protéger et à protéger d'autres filles menacées de mariage d'enfants.⁴⁷ Le projet SWEDD48 de la Banque mondiale finance actuellement 50 comités de protection de l'enfance, notamment dans les quatre régions étudiées.

Parmi les femmes interrogées, 61% connaissaient l'existence d'un comité de protection dans leur communauté, contre seulement 55% des hommes, soit la même proportion que les jeunes. Lors de discussions entre les membres du MMD à Zinder, une femme a déclaré : "parmi nous, il y a des femmes qui sont membres de comités de protection. Une minorité de répondants - 41% des femmes, 35% des hommes et seulement 27% des jeunes - savaient combien de fois le comité de protection était intervenu pour empêcher le mariage d'une fille mineure. Les maris des femmes non-MMD de Maradi affirment que les membres des comités de protection sont perçus par la communauté comme des agents du changement des mentalités."

Pour les hommes, ils incarnent la bravoure. Pour les filles, ils sont des agents de protection parce qu'ils sensibilisent la population à des questions telles que les maladies sexuellement transmissibles". A Tahoua, les personnes interrogées notent que les femmes sont plus actives que les hommes dans le respect des rôles et des responsabilités. Ceci est démontré par la compétition pour les postes de responsabilité entre les hommes et les femmes au sein des COGES (santé et éducation) et des comités villageois de protection de l'enfant. Le statut des femmes qui travaillent dans les comités de protection est reconnu par la communauté qui précise : " les femmes travaillent pour le respect des droits des femmes, en particulier ceux des jeunes filles. Certaines femmes sont membres du comité de protection et apportent leur propre contribution". La contribution des femmes à la protection des droits des enfants est connue et reconnue.

Conclusion sur les mariages précoces d'enfants

Malgré les mesures législatives importantes prises par le gouvernement nigérien pour maintenir les filles à l'école le plus longtemps possible, les filles sont toujours mariées à un jeune âge pour de multiples raisons. Elles reçoivent très peu de soutien de la part de leur famille, de leurs amis, des chefs religieux et communautaires ou des enseignants lorsqu'elles tombent enceintes, en particulier en dehors du mariage. Elles subissent de plein fouet la stigmatisation sociale qui peut conduire à l'exclusion et ont très peu de chances de retourner à l'école une fois qu'elles sont devenues mères. Les grossesses précoces entrent dans la catégorie de la "délinquance juvénile", ce qui marginalise encore plus les jeunes filles qui n'ont pratiquement aucun réseau de soutien en dehors d'une famille qui juge et condamne leur comportement.

La différence entre les ménages MMD et non MMD est difficile à expliquer car les deux groupes de personnes interrogées sont soumis à la même réalité économique. Elles notent toutes, presque à l'unanimité, que les mariages précoces ne sont pas normaux, et elles reconnaissent toutes les risques économiques et sanitaires que ces mariages précoces font courir aux jeunes filles, qui sont pourtant mariées à un rythme alarmant. Les femmes qui participent aux comités de protection de l'enfance sont considérées comme des championnes des droits de la femme et de l'enfant. Pourtant, les mariages précoces et forcés d'enfants persistent.

L'équipe de CARE a partagé son point de vue selon lequel les MMD ont eu un impact positif sur la réduction des mariages précoces dans de nombreux endroits, en créant des systèmes de tutorat (Maradi, Zinder) pour soutenir la scolarisation des filles des communautés sans écoles secondaires (elles sont dirigées vers des centres de concentration avec des collèges d'enseignement général). Ce système a permis à de nombreuses filles de terminer leur scolarité et d'échapper ainsi au mariage imposé par la communauté.

8. Éducation des filles

Contexte du Niger

Le taux d'alphabétisation actuel du Niger pour les adultes de 15 ans et plus est de 37,34 % et de 29,7 % pour les femmes de 15 ans et plus. L'éducation des filles au Niger n'est pas seulement une question de droit de chaque enfant à recevoir une éducation, c'est aussi un outil puissant de réduction de la pauvreté avec de multiples résultats positifs, y compris "l'amélioration de l'économie, la création de sociétés plus sûres, l'augmentation des taux d'alphabétisation des femmes, la réduction des mariages d'enfants et la minimisation des conflits". L'ancien président Bazoum a fait de l'éducation des filles une action clé de son mandat en s'engageant à augmenter le budget alloué à l'éducation pour atteindre 22 % d'ici 2024.⁵² En 2023, le Niger a reçu 230 millions de dollars pour son projet d'éducation LIRE (Learning Improvement for Results in Education). Les écoles nigériennes souffrent d'un manque d'investissement : parfois les murs et les toits ne sont pas terminés, les élèves n'ont pas les moyens d'acheter des fournitures, etc.

L'ambassadeur britannique au Niger a souligné la situation actuelle de l'éducation au Niger, où les perspectives d'éducation restent plus faibles pour les filles, qui reçoivent 2,4 années d'éducation de qualité au cours de leur vie, contre 2,9 années pour les garçons.

Seulement 42 % des filles sont inscrites dans l'enseignement de base, contre 58 % des garçons. Les données de la Banque mondiale illustrent encore cet écart, puisque seulement 15 % des filles et 17,3 % des garçons achèveront le premier cycle de l'enseignement secondaire en 2021, ce qui place le Niger bien en deçà de la moyenne de l'Afrique subsaharienne et des pays à faible revenu.

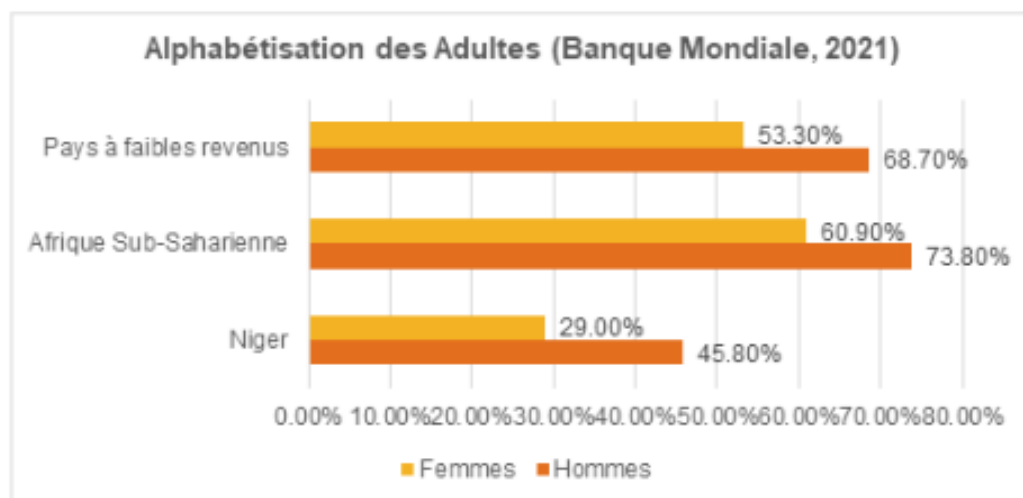


Figure 39 - Taux d'alphabétisation, par sexe, pour les adultes de 15 ans et plus (Source : Banque mondiale)

Voie d'accès	Résultats attendus	Synthèse quantitative et qualitative
Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes	Politiques de soutien à l'éducation des filles mises en œuvre au niveau des régions et des districts	Mixte
	Augmentation et renforcement des budgets pour favoriser les changements de politique au niveau municipal afin de soutenir l'éducation des filles	Aucune preuve
	Plus de personnel élu impliqué dans la création et la formulation de politiques publiques locales en faveur de l'éducation des filles	Aucune preuve
Changements dans les normes sociales	On attend des parents qu'ils soutiennent l'éducation de leurs filles et qu'ils lui accordent la même priorité qu'à celle de leurs fils	Oui
	Les filles vont et restent à l'école	Oui
	Les enseignants attendent des garçons et des filles qu'ils participent et excellent sur un pied d'égalité.	Oui
	Moins de grossesses non planifiées chez les jeunes filles d'âge scolaire	Manque de clarté
	Davantage d'hommes épousent des femmes instruites	Oui
	Des ressources sont disponibles pour soutenir les familles pendant que les filles sont à l'école.	Certains
	Les enseignants traitent les garçons et les filles sur un pied d'égalité/les enseignants ne perpétuent pas les stéréotypes de genre à l'école (en particulier dans les domaines des STIM).	Oui
Mouvements sociaux	Les OSC, les organisations de femmes et les politiciens locaux parlent d'une seule voix en faveur de l'éducation des filles	Oui
	Les enseignants/syndicats d'enseignants ont amélioré les budgets nécessaires pour servir les filles	Aucune preuve
	Les écoles et les prestataires de soins de santé partagent des informations/services contraceptifs à l'école	Non
Renforcer le système et la responsabilité sociale	Les écoles sont en mesure d'accueillir la population de jeunes qu'elles desservent	Manque de clarté
	Les parents comprennent que les filles et les garçons doivent rester à l'école pendant la même durée/jusqu'à l'année ## (jusqu'à l'obtention du diplôme ?)	Oui
	Les dirigeants locaux, les chefs religieux, les groupes de femmes comprennent les conséquences de la non-scolarisation des filles.	Oui
	Réserve d'équipements de formation professionnelle et qualifiante % de places pour les filles avec nombre d'années de scolarisation	Non

8.1 Girls Education: Changes in Social Norms

Les hommes et les femmes ont été interrogés sur les attitudes et les attentes de la communauté à l'égard de la scolarisation des filles. Les hommes et les femmes sont largement d'accord sur le fait que les filles et les garçons ont les mêmes possibilités d'éducation, que la communauté approuve le fait que les filles reçoivent une éducation de niveau secondaire ou plus, et que les garçons et les filles sont encouragés à épouser quelqu'un qui a terminé son cycle d'éducation (école secondaire ou plus). Les hommes et les femmes sont d'accord sur le fait que les garçons et les filles n'effectuent pas les mêmes tâches ménagères, ils ne sont pas d'accord sur le fait que la durée de la scolarité d'une fille a un impact sur sa capacité à se marier, et ils sont tous deux d'accord sur le fait que les filles ne sont pas autorisées à avoir des relations sexuelles avant le mariage.

Cependant, il y a plusieurs endroits où les réponses des hommes et des femmes ne s'alignent pas. Par exemple, plus de femmes étaient plutôt d'accord avec l'affirmation selon laquelle les filles sont censées quitter l'école une fois mariées, alors que plus d'hommes n'étaient pas d'accord avec cette affirmation. Cette différence s'explique probablement par les expériences vécues - les filles sont celles qui sont retirées de l'école pour se marier dans des proportions plus élevées que les garçons. De même, les femmes sont plus nombreuses à être plutôt d'accord avec l'affirmation selon laquelle les parents pensent que les adolescentes sont moins attentives à leurs études que les garçons, alors que les hommes sont plus nombreux à ne pas être d'accord. Il n'est pas clair si cette différence est due à l'attitude honnête des femmes concernant leur propre attention aux études ou au fait que les femmes sont plus conscientes de la façon dont leurs enfants abordent leur travail scolaire.

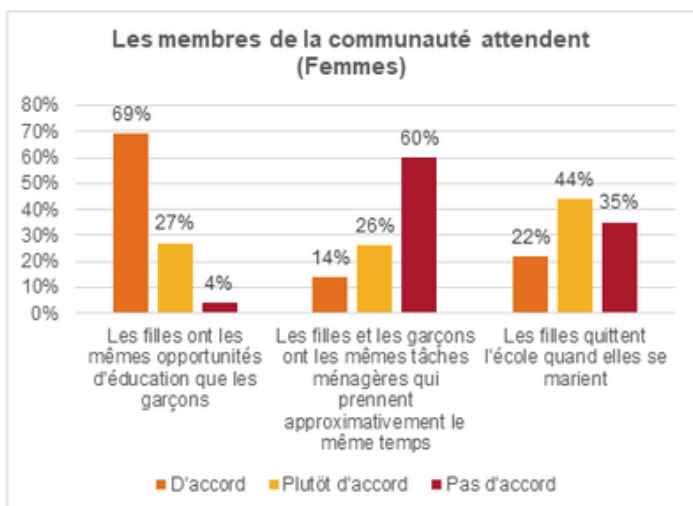


Figure 40 - Attentes des femmes en matière d'éducation des filles

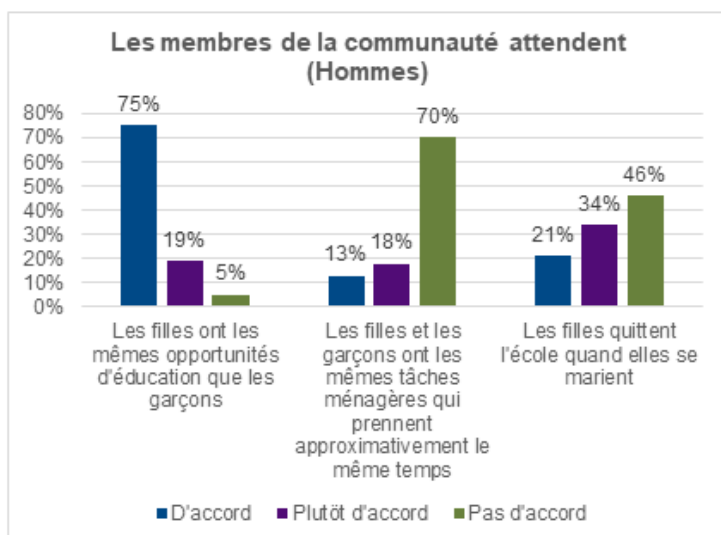


Figure 41 - Attentes des hommes en matière d'éducation des filles

Les figures 40 et 41 montrent que les hommes et les femmes diffèrent légèrement quant au moment où les filles nouvellement mariées sont censées cesser d'aller à l'école. Les femmes sont d'accord (22%) et plutôt d'accord (44%), mais près de la moitié des hommes ne sont pas d'accord.

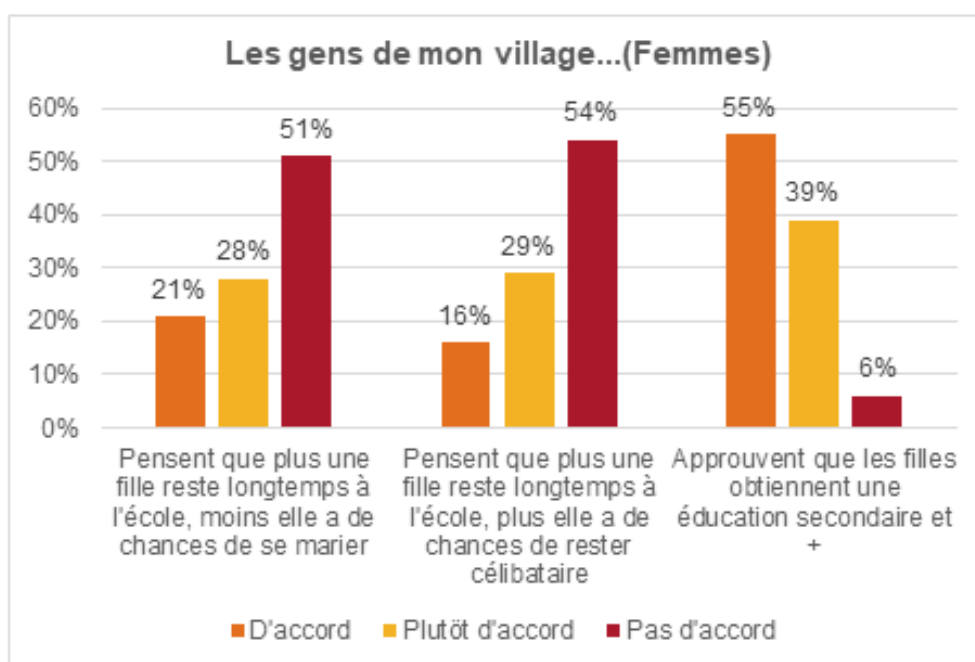


Figure 42 - Perception par les femmes des croyances de la communauté (éducation des filles)

La figure 42 montre la perception qu'ont les femmes interrogées des normes communautaires. La moitié des femmes disent que leur communauté n'est pas d'accord avec le fait que les filles ont moins de chances de se marier ou de rester célibataires si elles restent à l'école, ce qui est un bon signe. Et seulement 21% disent que la communauté est d'accord pour dire qu'une fille qui reste à l'école a moins de chances de se marier, ce qui indique que les attitudes ont tendance à s'éloigner mais n'ont pas complètement disparu. Enfin, plus de la moitié (55 %) des femmes déclarent que leur communauté approuve le fait que les filles accèdent à l'enseignement secondaire ou supérieur, et seulement 6 % déclarent que leur communauté n'est pas d'accord.

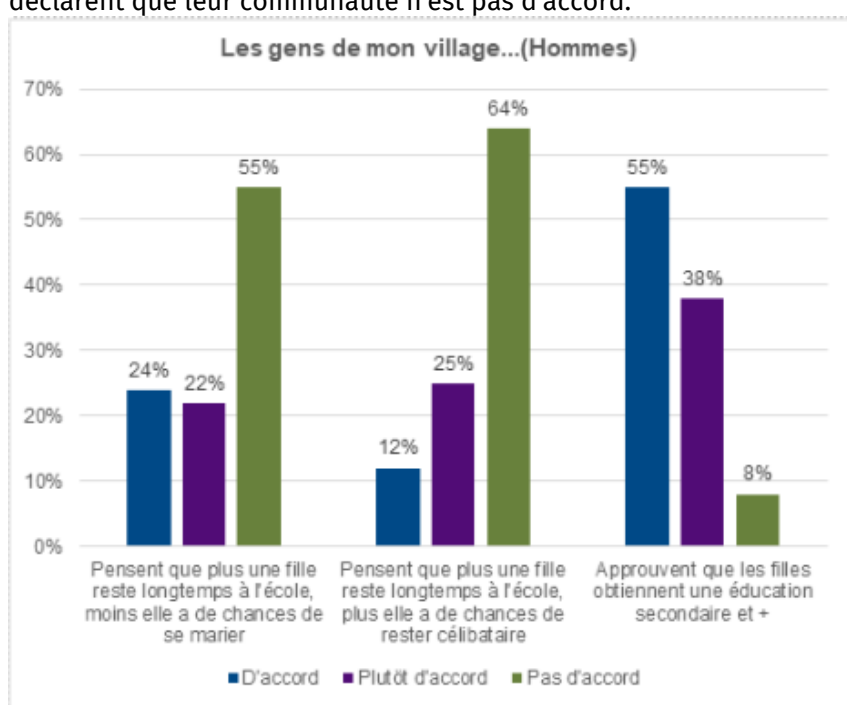


Figure 43 - Perception par les hommes des croyances de la communauté (éducation des filles)

La figure 43 montre les réponses des hommes, qui s'alignent largement sur celles des femmes. Un nombre impressionnant d'hommes (64%) déclarent que leur communauté n'est pas d'accord avec le fait que plus une fille reste à l'école, plus elle a de chances de rester célibataire.

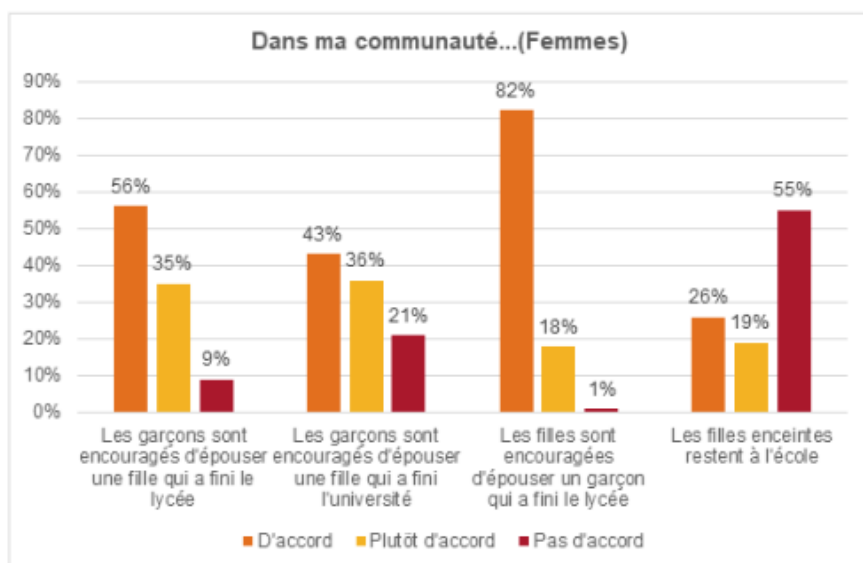


Figure 44 - Perception par les femmes des croyances de la communauté (égalité d'accès à l'éducation)

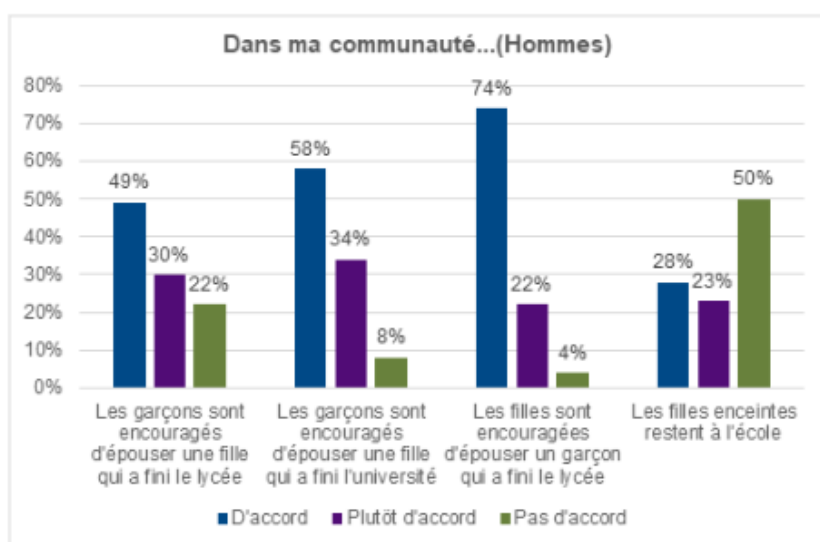


Figure 45 - Perception par les hommes des croyances de la communauté (égalité d'accès à l'éducation)

Il est intéressant de noter la légère différence entre les réponses des hommes et des femmes sur les croyances de leur communauté concernant les garçons. Dans la figure 44, 43% des femmes disent que leur communauté est d'accord avec le fait que les garçons sont encouragés à épouser une fille qui a terminé des études supérieures, mais 58% des hommes disent la même chose. 21% des femmes ne sont pas d'accord, contre seulement 8% des hommes. Cette différence peut à nouveau être attribuée à des expériences vécues différentes, où l'on dit une chose aux garçons et une autre aux filles.

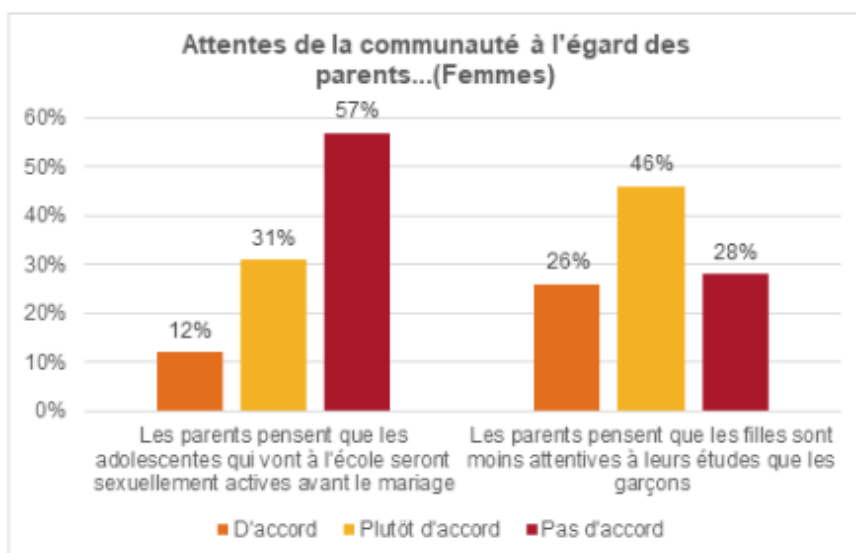


Figure 46 - Perception par les femmes des attentes de la communauté à l'égard des parents (égalité d'accès à l'éducation)

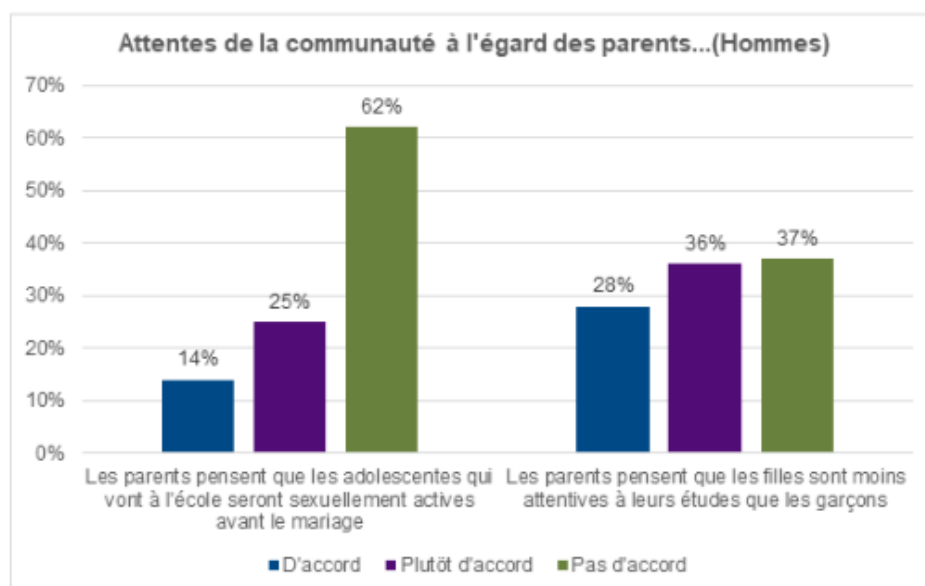


Figure 47 - Perception par les hommes des attentes de la communauté à l'égard des parents (égalité d'accès à l'éducation)

Enfin, si l'on compare les réponses des hommes et des femmes aux croyances de leur communauté concernant les parents, on constate à nouveau de légères différences. Les hommes et les femmes s'accordent sur le tabou selon lequel les adolescentes ne devraient pas avoir de relations sexuelles avant le mariage. En ce qui concerne l'assiduité aux études, bien que le nombre total d'hommes et de femmes qui sont plutôt d'accord ou pas d'accord avec le fait que leur communauté pense que les adolescentes sont moins attentives à leurs études que les garçons soit à peu près le même, les femmes accordent plus d'importance à la réponse "plutôt d'accord" et les hommes ont le plus grand nombre de réponses "pas d'accord". Néanmoins, environ un quart des hommes et des femmes sont d'accord pour dire que leur communauté pense que les filles sont moins studieuses que les garçons.

A quel âge les filles vont-elles à l'école ?

La plupart des filles et des garçons qui vont à l'école commencent à 7 ans. Certains enfants commencent à l'âge de 6 ans, mais ils sont moins de 16%. On a demandé aux personnes interrogées l'âge d'entrée à l'école de leurs trois premiers enfants des deux sexes : la fille la plus âgée a tendance à commencer l'école à 7 ans, mais le deuxième a tendance à ne pas être envoyé à l'école par sa mère et son père. Le troisième a encore moins de chances d'aller à l'école.

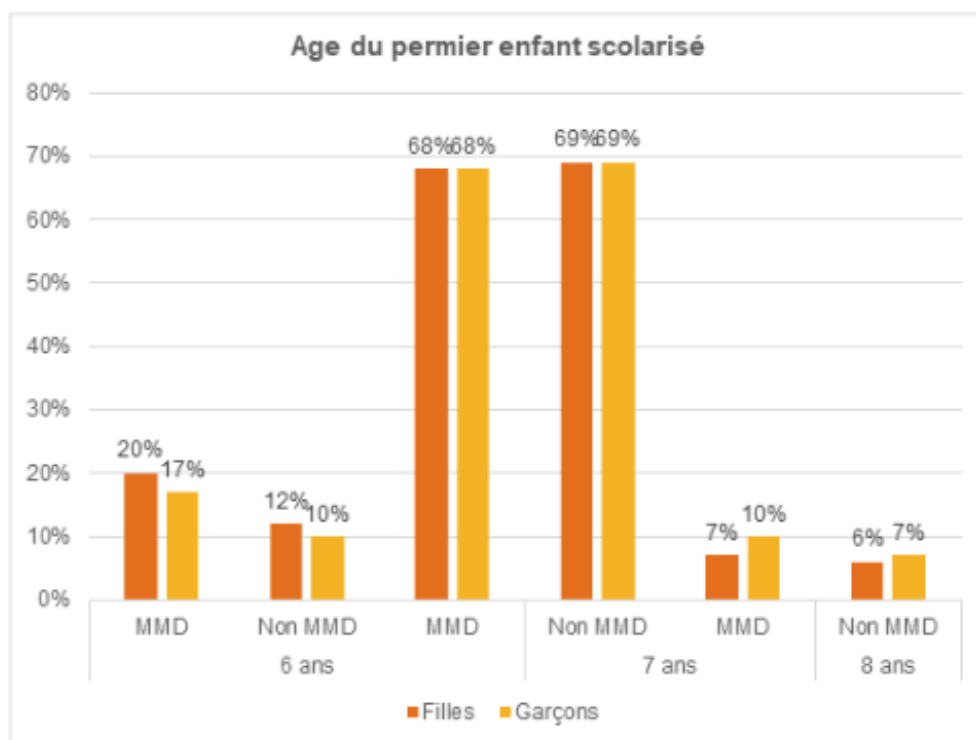


Figure 48 - Âge du premier enfant scolarisé chez les femmes MMD et non MMD

La figure 48 montre clairement que la plupart des enfants commencent à aller à l'école à l'âge de 7 ans, quelle que soit l'appartenance de leur mère au MMD. Le moment où un enfant va à l'école est clairement influencé par des facteurs extérieurs au MMD.

Les femmes membres des MMDs notent que " de nos jours, les filles étudient comme les garçons, en fait nous avons même des enseignantes de nos villages " et " les parents ne s'opposent plus à l'éducation des filles, au contraire ils les encouragent ". (Maradi). La plupart des personnes interrogées partagent l'idée qu'un changement s'est produit et que de plus en plus de parents encouragent les filles à étudier et même à aller à l'université, ce qui est directement lié à MMD. "Nous sommes nous-mêmes un exemple, car nos filles restaient à la maison pour faire le ménage et d'autres tâches ménagères. Mais avec l'avènement du MMD, nous avons pris conscience du fait que la vie d'une femme ne se limite pas au foyer ; elle a le même droit à l'éducation que les garçons. Depuis, toutes nos filles vont à l'école". (Zinder). Ils notent également que les internats publics restent hors de portée des filles parce qu'ils sont trop peu nombreux, mais que "les garçons n'ont aucun problème à fréquenter un internat public en dehors du village, s'ils peuvent obtenir une bourse d'études". Lorsqu'ils peuvent obtenir des bourses pour leurs filles, les parents les encouragent à fréquenter les internats et les écoles privées, même s'ils sont éloignés. Les directeurs d'école et les enseignants notent en outre que "si l'on peut dire, il n'est plus possible pour les parents d'empêcher leurs filles de poursuivre eurs études, car les gens sont maintenant conscients de l'importance de l'enseignement secondaire et universitaire" (Zinder). (Zinder). Ils ont également observé que " grâce au MMD, la communauté a compris que la scolarisation est d'une importance capitale et qu'il faut donner à toutes les filles la possibilité d'aller à l'école ". (Dosso).

Malgré certaines normes sociales parmi les parents qui pensent que plus une fille reste à l'école, plus ses chances de se marier diminuent, "de nos jours, les garçons n'aiment que les filles éduquées". (Zinder).

Pourquoi les filles abandonnent-elles l'école ? Si elles n'abandonnent pas, combien d'entre elles vont au-delà de l'école primaire ?

Lorsque les filles abandonnent l'école, la première raison invoquée par le père et la mère est le manque de résultats scolaires. Le rôle du MMD est clair dans le soutien à l'éducation des filles, puisque 478 femmes membres du MMD ont déclaré avoir une fille inscrite au-delà de l'école primaire.

8.2 L'éducation des filles : Mouvements sociaux

Environ 45% des femmes déclarent qu'il existe un type d'organisation communautaire faisant campagne pour l'éducation des filles. Ces organisations inscrivent les filles à l'école, mènent des actions de sensibilisation et créent des fonds de bourses. Plus de la moitié des femmes déclarent qu'il existe des organisations de femmes qui font campagne pour l'éducation des filles et qui mènent essentiellement les mêmes activités ; 80 % de ces femmes déclarent que les bourses d'études destinées à couvrir les frais de scolarité constituent leur principale activité.

En termes de plaidoyer, la société civile, les organisations de femmes et les organisations politiques s'engagent à soutenir l'éducation des filles en menant principalement des campagnes de sensibilisation axées sur le maintien des filles à l'école et la fourniture de matériel scolaire. Les mères reconnaissent que les écoles fournissent différents services et dons en nature, comme les fournitures scolaires. Cependant, 57 % d'entre elles ne sont pas satisfaites de ces services et de ces dons en nature.

Soixante pour cent (60 %) des femmes interrogées sont d'accord pour dire que les filles et les garçons devraient rester à l'école pendant la même durée, reconnaissant que l'éducation apporte un avantage à la famille (78 %), qu'elle favorise l'égalité des sexes (16 %) et qu'elle permet aux filles de devenir enseignantes (5 %).

De nombreuses organisations plaident en faveur de l'éducation et entreprennent des projets et des actions visant à maintenir les filles à l'école. Les organisations de la société civile se concentrent principalement sur la sensibilisation à la scolarisation des filles et sur la fourniture de matériel scolaire.

9. Nutrition

Contexte du Niger

La malnutrition est une "menace majeure pour la santé et le développement des enfants" au Niger, selon l'Unicef. Avec un chiffre inchangé entre 2006 et 2018, l'agence onusienne note en outre que "15% des enfants souffrent de malnutrition aiguë". Près de 48% des enfants souffrent d'un retard de croissance (plus élevé que la moyenne de l'Afrique) et 70% des enfants de moins de 5 ans sont anémiques.

Avec 83 % de la population vivant dans les zones rurales (environ 20 millions de personnes), la plupart des Nigériens dépendent de l'agriculture pour leur subsistance, qui est de plus en plus affectée par le changement climatique (par exemple, les inondations, les sécheresses prolongées, les régimes pluviométriques imprévisibles). L'USAID note qu'en 2022, 4,3 millions de Nigériens (près de 16 % de la population) avaient besoin d'une aide humanitaire.

La moitié des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) souffrent d'anémie.⁵⁹ Toutefois, des progrès ont été réalisés en matière d'allaitement maternel exclusif, avec 21,6 % des nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein.

Voie d'accès	Résultats attendus	Synthèse quantitative et qualitative
Plaidoyer pour influencer les politiques et les programmes	Plus de personnel élu <u>impliqué</u> dans la création et la formulation de politiques publiques locales en faveur de l'éducation des filles	Aucune preuve
	Augmentation et renforcement des budgets pour favoriser les changements de politique au niveau municipal en faveur de la nutrition	Aucune preuve
	Davantage de personnel élu pour créer et favoriser la formulation de politiques publiques locales en faveur de la nutrition	Aucune preuve
	Plus de femmes aux postes de direction (postes techniques, secrétariat de la mairie)	Aucune preuve
Changements dans les normes sociales	Les agriculteurs cultivent et/ou diversifient et consomment des aliments nutritifs.	Non
	Les femmes accèdent à des terres de qualité et les cultivent	Non
	Les membres adultes de la famille (maris, belles-mères et autres adultes) sont censés donner la priorité à une alimentation correcte pour les femmes enceintes ou allaitantes de leur famille et les soutenir.	Oui
	Ce sont les mères qui décident en dernier ressort du moment où elles cessent d'alimenter leur enfant exclusivement au lait maternel et introduisent des aliments complémentaires.	Oui
Mouvements sociaux	Ce sont les mères qui décident en dernier ressort du moment où elles cessent d'alimenter leur enfant exclusivement au lait maternel et introduisent des aliments complémentaires.	Quelques éléments de preuve
	Formation d'une alliance d'agriculteurs ?	Non
Renforcer le système et la responsabilité sociale	Les communautés ont un meilleur accès aux intrants agricoles, aux compétences, au stockage, etc.	Aucune preuve
	Les membres du MMD demandent des comptes aux détenteurs du pouvoir (organisation sporadique autour de l'accès à l'eau, de l'approvisionnement en nourriture, de la sécurité ou de l'éducation)	Aucune preuve

9.1 La nutrition : Changements dans les normes sociales

Les femmes ne possèdent pas de terres, sauf lorsqu'elles appartiennent à des groupes MMD, où l'on observe une proportion plus élevée de femmes qui achètent des terres par rapport aux femmes qui font partie d'autres groupes ou qui n'appartiennent à aucun groupe. De même, les femmes membres des groupes MMD estiment que leurs terres sont plus fertiles que les femmes appartenant à d'autres groupes ou n'appartenant à aucun groupe. L'accès à la formation par le biais des groupes MMD peut expliquer cette différence : le renforcement des capacités peut les avoir amenées à être de meilleures acheteuses, ayant une meilleure connaissance de ce qu'est une bonne terre par rapport à une mauvaise ; l'accès à la formation agricole peut également expliquer la plus grande fertilité de leurs terres.

Dans les groupes MMD, les femmes indiquent que certaines d'entre elles possèdent des terres fertiles, mais qu'elles sont moins nombreuses que les hommes. Les femmes plus âgées remarquent que " certaines femmes possèdent des terres très fertiles car elles utilisent du compost et des engrais organiques ". (Maradi). Les femmes non-membres remarquent que très peu de femmes utilisent du compost sur leurs terres. Il est clair que la notion de fertilité du sol est liée à la capacité d'ajouter/utiliser du compost et de l'engrais : "Les femmes peuvent aussi avoir [des terres fertiles] lorsqu'elles investissent dans la fertilité du sol" (Maradi). L'équipe de CARE a remarqué que la formation avait changé les comportements : "Avant, on refusait la terre aux femmes, mais avec la sensibilisation et les formations qu'elles reçoivent, les femmes revendiquent leurs droits, et cela varie d'une localité à l'autre. La perspective traditionnelle est que "l'homme est le mieux placé [pour avoir accès aux terres fertiles] parce que la société le considère comme le père de famille et que c'est sur lui que repose tout le fardeau du ménage" (Maradi).

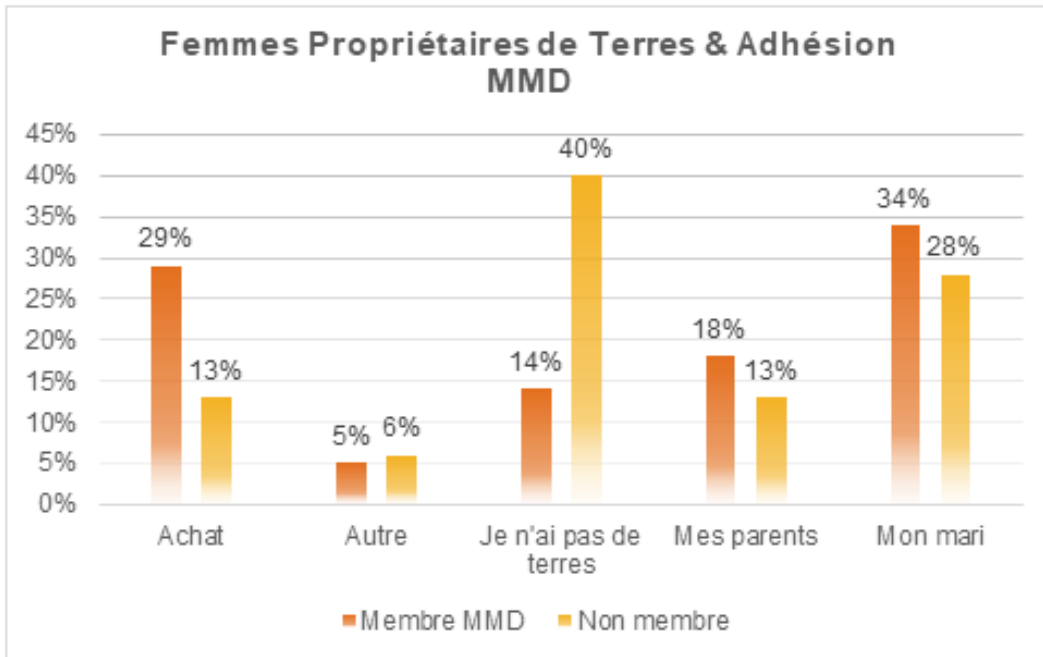


Figure 49 - Propriété foncière des femmes

Les femmes membres de MMD sont bien investies dans l'agriculture : par exemple, sur les 487 femmes qui cultivent des céréales, 97% sont membres d'un groupe MMD. Elles élèvent également des petits ruminants (des chèvres par exemple). Les animaux de plus grande taille sont élevés par les hommes (vaches principalement). Les cultures sont destinées à l'autoconsommation (céréales et légumineuses) tandis que les récoltes maraîchères sont vendues.

Les femmes et les jeunes ont tendance à mieux connaître et comprendre la relation entre l'alimentation, la nutrition et la grossesse que les hommes. Les femmes et les jeunes semblent plus disposés à sacrifier des aliments nutritifs pour le bien-être des futures mères et des mères. À Maradi, presque toutes les personnes interrogées reconnaissent que la communauté donne la priorité à la fourniture d'aliments hautement nutritifs aux futures mères et aux mères. Des réponses similaires sont observées dans les quatre régions. À Dosso, les femmes membres du MMD établissent un lien entre la fourniture d'aliments nutritifs et la richesse : " Ceux qui peuvent se le permettre s'occupent des femmes enceintes et allaitantes ", et d'autres notent que la charge de travail est également allégée jusqu'à ce que les enfants soient sevrés.

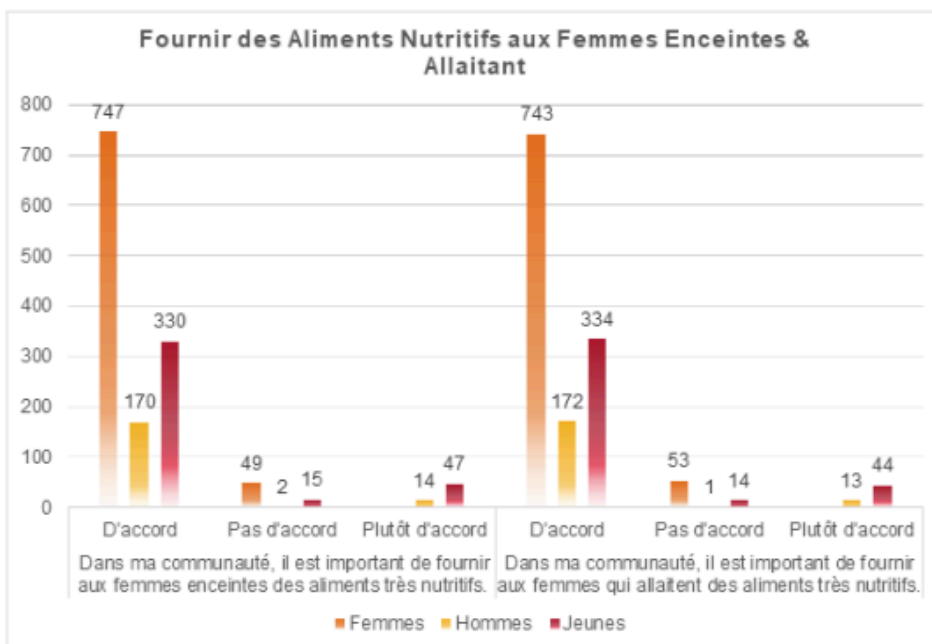


Figure 50 - Attitudes à l'égard de la fourniture d'aliments nutritifs aux femmes enceintes ou allaitantes

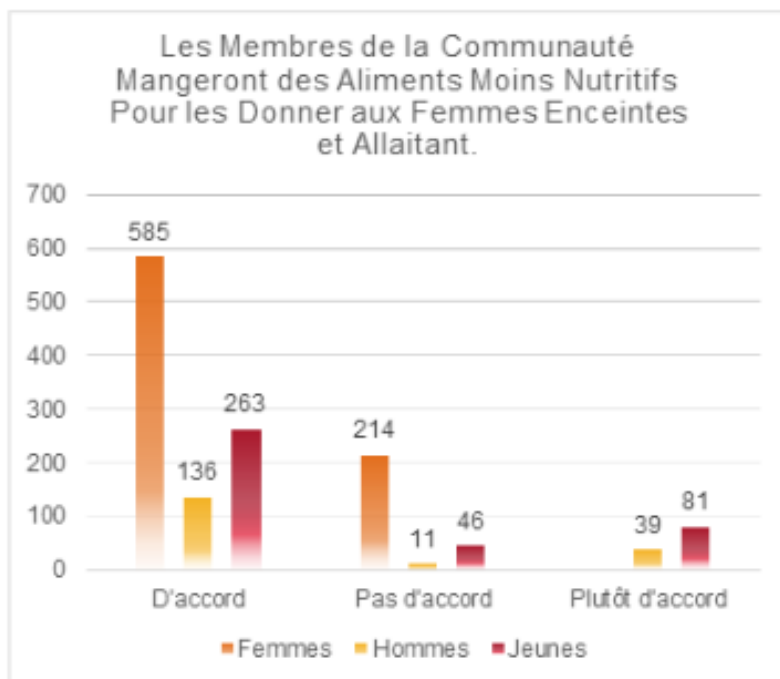


Figure 51 - La communauté sacrifiera de la nourriture pour les femmes enceintes

Si 97% des femmes connaissent l'existence de l'allaitement maternel exclusif, la décision d'allaiter exclusivement n'est pas entièrement la leur. Dans 42 % des cas, cette décision émane de l'agent de santé (ou d'une combinaison femme-agent de santé ; mari-agent de santé) ; elle est prise avec le mari dans 26 % des cas, ou seule dans seulement 23 % des cas.

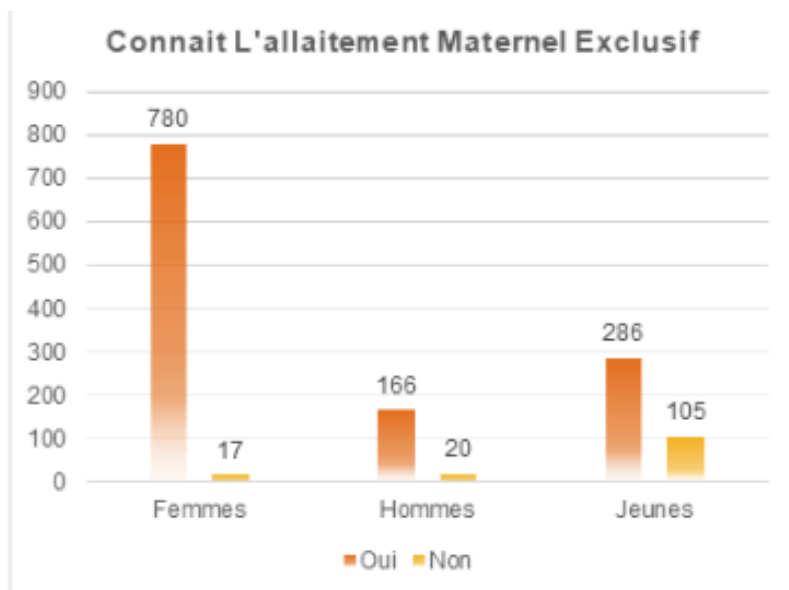


Figure 52 - Connaissance de l'allaitement maternel exclusif

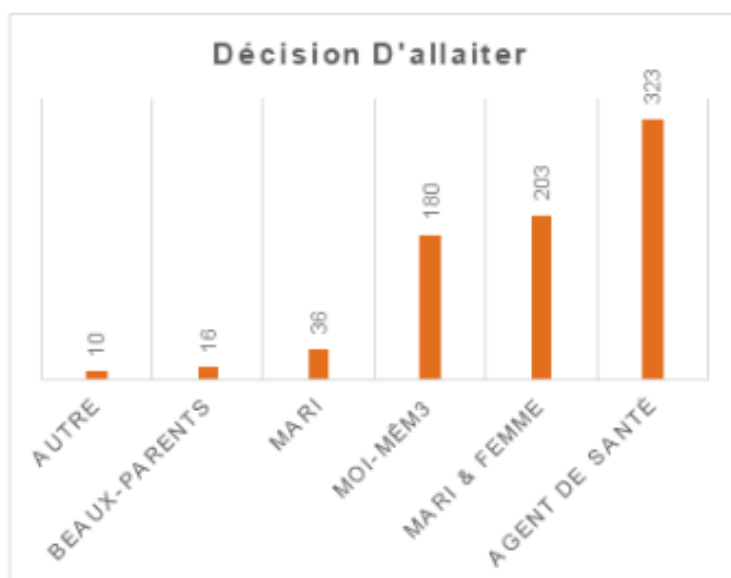


Figure 53 - Décision des femmes concernant l'allaitement (classement)

9.2 Nutrition : Plaidoyer et mouvements sociaux

CARE a mis en œuvre le programme "Hamzari" ("Avancer rapidement et régulièrement vers l'objectif" en Hausa) entre 2018 et 2023 pour aborder la question de la sécurité alimentaire. Dans le cadre d'un partenariat avec le gouvernement du Niger, CARE a également étendu sa plateforme nutritionnelle au niveau national, par le biais des groupes MMD et de leurs associations.

À Maradi, les personnes interrogées ont déclaré : " Une jeune femme a refusé l'allaitement maternel exclusif malgré les conseils des agents de santé, mais grâce à l'approche MMD et au soutien de certains membres de la communauté, elle a finalement été convaincue. "

9.3 Nutrition : Renforcer les systèmes et la responsabilité sociale

Selon 68% des femmes interrogées, il existe des associations qui proposent des formations agricoles. Les dirigeants politiques sont moins actifs dans ce domaine, puisque seules 13% des femmes ont fait part d'une action d'un dirigeant politique visant à améliorer l'accès des femmes à la formation agricole, aux intrants et à l'équipement. Lorsque les politiciens ou les partis politiques interviennent, ils distribuent des semences améliorées ou les vendent à prix réduit, aident à obtenir des espaces de vente au détail et fournissent certains équipements et engrais.

10. La voie à suivre : comment tirer parti des résultats en matière de plaidoyer, de politique et de programmation ?

Bien que les impacts du changement climatique n'aient pas été pris en compte dans le cadre, nous partageons un commentaire important de l'équipe de CARE : "...Les gens sont de plus en plus conscients de la situation économique et du changement climatique, qui a un effet sans précédent sur la productivité des ressources agricoles. Cette situation n'est pas propice à une famille élargie dont les ressources s'amenuisent".

Pour l'avenir, CARE recommande de se concentrer sur la prévention des mariages précoces et forcés des filles, dont les ramifications touchent presque tous les domaines de notre étude : permettre aux filles de rester plus longtemps à l'école augmentera leurs opportunités économiques plus tard dans la vie ; repousser leur première grossesse plus tard dans la vie réduira les risques pour leur santé et améliorera également leurs résultats économiques. Le mariage précoce a des répercussions sur la fécondité et la croissance démographique, la santé, la nutrition et la violence, le niveau d'éducation et l'apprentissage, la participation à la main-d'œuvre et le type de travail, la participation à la prise de décision et les investissements. Dans l'ensemble, le mariage précoce réduit les revenus escomptés d'une femme de 9 % . Mais le gain serait considérable pour le Niger car "l'élimination du mariage des enfants et des grossesses précoces réduirait la population de 5 % entre 2015 et 2030, avec des impacts significatifs sur les budgets nationaux et le bien-être" ; les économies s'élèveraient à 1,7 milliard de dollars en 2030.

Lors de la conception de la prochaine phase du travail de CARE en faveur des filles et des femmes au Niger, l'implication des parties prenantes suivantes permettrait d'approfondir l'implantation et la portée de CARE au sein de la communauté :

- Les écoles coraniques sont souvent le seul lieu d'éducation auquel les filles ont accès dans les zones rurales. Alors que les études se concentrent sur des sujets religieux, la promotion d'une éducation laïque en complément des études coraniques pourrait permettre aux filles de mieux comprendre d'autres questions essentielles à leur bien-être (santé, indépendance économique, nutrition, mariage, procréation, etc.)
- Les imams et les chefs religieux jouissent de la confiance des communautés, tout comme les enseignants, les directeurs d'école et les femmes leaders MMD. Tous ont un rôle important à jouer pour améliorer la compréhension et la connaissance qu'ont les communautés des conséquences du mariage précoce des filles et peuvent être impliqués dans la conception de solutions qui seront acceptées et mises en œuvre conjointement.
- Les processus de prise de décision des femmes et l'évolution des comportements. Le poids des normes sociales semble empêcher les femmes de prendre des décisions basées sur leurs connaissances. Seule une femme sur quatre décide d'elle-même d'allaiter exclusivement ; elles connaissent les conséquences des mariages précoces sur la santé de leurs filles, mais le taux élevé
- de mariages d'enfants persiste. Les groupes MMD peuvent être des nœuds communautaires essentiels pour soutenir ces changements de comportements et d'attitudes en engageant une diversité de leaders (leaders MMD, leaders communautaires et religieux, autorités scolaires et gouvernements locaux, infirmières, etc.
- Tirer parti des résultats de l'initiative "Husbands Schools" qui a entraîné des changements de comportement à Zinder (avec Save the Children).

Avec l'avènement d'un nouveau gouvernement au Niger à l'été 2023, on ne sait pas encore à quoi les filles et les femmes du Niger peuvent s'attendre. Les femmes MMD sont puissantes, qu'elles agissent individuellement ou collectivement. Elles ont été élues à tous les niveaux, des conseillers municipaux aux députés nationaux, créant ainsi un réseau solide qui peut être activé pour influencer les politiques à tous les niveaux de la hiérarchie administrative au Niger, fournissant à CARE et à ses partenaires une base pour continuer à influencer les changements dans les politiques et les programmes afin de promouvoir le bien-être des femmes et des filles à l'avenir.



Remerciements :

Merci à Brittany Dernberger d'avoir été le fer de lance de cette nouvelle approche et de cet effort pour documenter l'influence des groupes MMD au Niger. Nous apprécions le soutien et les conseils de l'équipe de CARE au Niger : Idriss Leko, Idi Moutari, Dawalak Ahmet, et Mahamadou Mamane. Nous apprécions l'implication des membres de l'équipe Justice de genre de CARE, Bhumika Piya, Hilawit Gebrehanna et Anne Sprinkel. Nous remercions Vivienne Balicki pour la recherche de données statistiques au niveau national.

Citation suggérée : Sophie Romana et Julia Arnold (2024). Le bien-être des femmes et des filles au Niger : Un examen au niveau des systèmes des groupes MMD. Atlanta, GA : CARE USA.

Auteurs contributeurs

MMariam Diakité et Massaoudou Moussa ont assuré la collecte et l'analyse des données, le contexte social, le développement narratif et l'histoire institutionnelle.



care®

Matériel d'étude MMD au Niger