



Healthy Timing and Spacing of Pregnancy

Case Study: SBCC Implementation Kit Helps Communities in Niger Communicate about High-Risk Pregnancies

April 2017

“The [Healthy Timing and Spacing of Pregnancy] pilot project brought to light new ways we can help women choose to protect themselves and their children from the known risks of AMA and HP pregnancy.”

– Sylvie Ramandrosoa, MSI-Niger Country Director

HC3 and the HTSP I-Kit

The [Health Communication Capacity Collaborative](#) (HC3) is a five-year, global project funded by USAID to strengthen developing country capacity to implement state-of-the-art health communication programs. Among other health areas, HC3 works in family planning on topics such as healthy timing and spacing of pregnancy (HTSP).

Global HTSP activities have focused largely on preventing closely spaced and early (i.e., before age 18) pregnancies. Much less attention has been given to the dangers of having too many pregnancies, or having children later in life. In 2014, HC3 completed a [desk review](#) on knowledge and attitudes around advanced maternal age (AMA) and high parity (HP) pregnancy in low- and middle-income countries and an [evidence review and secondary analyses of Demographic and Health Survey \(DHS\) AMA and HP Niger and Benin data](#). In 2015, HC3 conducted [qualitative research and quantitative secondary analyses](#) to understand the factors driving such risky pregnancies in Niger and Togo.

Based on this research, HC3 developed the [HTSP AMA/HP Implementation Kit](#) (I-Kit) to help program managers implement social and behavior change communication (SBCC) activities that address the neglected topic of AMA/HP pregnancy. The I-Kit, available in [French](#) and [English](#), also includes a series of adaptable tools, including:

- a client brochure (one [for less conservative audiences](#) and one [for more conservative audiences](#));
- a [counseling and assessment guide for providers](#);
- a [counseling and assessment guide for community health workers](#);
- a [reminder poster for facility-based providers](#);
- a [guide for journalists](#);
- a [guide for researchers](#);
- [AMA and HP infographics for policy and decision-makers](#); and
- a [guide for working with community-based groups](#).

Introduction

Marie Stopes International (MSI) helps women to have children by choice, not chance. Invited into Niger by the Ministry of Health (MOH) in 2013, MSI-Niger offers high-quality reproductive health information and services in the regions of Niamey, Tillaberi and Maradi. MSI-Niger works primarily through a static clinic in Niamey, four mobile teams (i.e., a midwife, assistant and driver) in Tillaberi and Maradi, Marie Stopes Ladies (MS Ladies, i.e., mobile midwives sent to health posts and youth centers), social mobilization agents (Agents de Mobilization Sociale – AMS) and community-based promoters (Relais Communautaires – RECOs). Mobile teams provide services in MOH-operated health centers that would not otherwise provide birth spacing services. By expanding the method mix and increasing demand for and improving access to birth spacing services, MSI-Niger is helping the government achieve its goal of increasing the contraceptive prevalence rate (CPR) from 12.2 percent in 2012 to 50 percent by 2020.



MSI-Niger provides quality reproductive health information and services in and around Niamey, Tillaberi and Maradi.

Fertility, AMA and HP in Niger

Niger has one of the highest maternal mortality rates in the world, at 553 maternal deaths per 100,000 childbirths (WHO et al., 2015), and the highest fertility rate, at 7.6 children per woman (Niger DHS, 2012; World Bank, 2017). Forty-three percent of women have given birth at least five times, and 60 percent have given birth at or after age 35 (HC3, 2014). AMA and HP pregnancies are common in both rural and urban areas and mostly perceived as normal, though AMA pregnancies in high-parity women and women with married daughters are somewhat less acceptable (HC3, 2016).

According to Niger’s 2012 Demographic and Health Survey (DHS), over 50 percent of married women of reproductive age (WRA, ages 15 to 49) wish to delay their next pregnancy, despite the low CPR, which includes about four percent using the lactational amenorrhea method (LAM). Barriers to modern contraception and otherwise improved maternal health include religious beliefs tied to Islam and a culture that values large families. Niger is among the few countries where the desired family size is more than nine children. The notion of limiting births is widely rejected on religious grounds, and only nine percent of married WRA say they want no more children.

Using the HTSP I-Kit in Niger

In 2016, HC3 awarded MSI-Niger \$5,000 to pilot the HTSP I-Kit over a four-month period (July to October 2016). MSI-Niger used this funding to help mobile providers, AMS, RECOs and journalists to communicate clear, simple AMA and HP messages as a way to increase adoption of modern contraceptive methods by at-risk women and couples. The core project team consisted of the Director of Operations and Programs in a supervisory role, the Social Mobilization Officer (SMO) responsible for day-to-day project management and an



An MSI-Niger Mobile Team. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

intern providing logistical support. The Communications and Marketing Manager supported training, and the Monitoring and Evaluation Coordinator supported data collection and reporting.

An HC3 consultant provided targeted virtual and on-site technical assistance (TA) consisting of Skype™ calls every two weeks, covering topics such as tool selection and printing, training plans, data collection tools, participant feedback, and overall progress. Because the team had social mobilization expertise but lacked SBCC experience, the consultant directed the SMO to relevant sections in the I-Kit and to training materials developed for an SBCC workshop in Haiti, [NPI: Documents pour la formation en CCSC](#). The consultant spent one week in Niger toward the end of the project to observe, advise and document.

Based on what they thought would be most useful for their staff and audiences—and could test with the time and funding available—they chose to pilot the following tools:

HTSP I-Kit Tool	Used by	Used for
1. Implementation manual for program managers	Leadership team and SMO	Staff orientation
2. Client brochure for more conservative audiences	Mobile Teams, AMS, MOH Maternal and Child Health (MCH) providers	Client education, assessment and reminder
3. Counseling and assessment guide for providers	Mobile Team Family Planning (FP) Providers, MOH	Counseling, assessment and education
4. Counseling and assessment guide for community health workers	AMS	Community sensitization and individual pre-counseling
5. Reminder poster for facility-based providers	Mobile Team FP Providers, MOH	Client counseling and assessment
6. Journalist guide	<ul style="list-style-type: none"> • SMO • Journalists 	<ul style="list-style-type: none"> • Orienting radio, TV, print and online journalists • Reporting



An AMA and HP woman in Niger. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

MSI-Niger held a one-day workshop with eight journalists to gather their feedback on the journalist guide. This also served to orient journalists to AMA and HP pregnancy risks and to encourage them to report on it. Participants said the guide responded well to their needs and would be very helpful if they obtained funding to do the needed reporting. One TV and one print journalist reported on the August workshop, thereby calling attention to the topic. The pieces ran on Radio-Télévision Sarraounia and in the Enqueteur newspaper, respectively.

The project team used the I-Kit to orient managers and train five mobile providers and five AMS. AMS then trained RECOs. Mobile teams integrated AMA/HP counseling into their normal service provision. AMS discussed AMA and HP risks during their regular pre-counseling and group education sessions and with a limited number of community leaders. RECOs included discussion of AMA and HP during home visits. The 12 sites selected averaged 14 to 47 birth spacing clients older than 25, and nine to 34 birth spacing clients with at least four children. MSI-Niger staff hung the posters at the 12 intervention sites and other MSI-visited sites, and gave most of the brochures to the managers of health centers/posts to use and distribute as they saw fit. Activities took place in Niamey and the Kollo, Flingué and Say districts of Tillabery.

MSI-Niger held a one-day workshop with eight journalists to gather their feedback on the journalist guide. This also served to orient journalists to the topic and to encourage them to report on it. Participants said the guide responded well to their needs and would be very helpful if they obtained funding to do the needed reporting. One TV and one print journalist reported on the August workshop, thereby calling attention to the topic. The pieces ran on Radio-Télévision Sarraounia and

in the Enqueteur newspaper, respectively.

The project team used the I-Kit to orient managers and train five mobile providers and five AMS. AMS then trained RECOs. Mobile teams integrated AMA/HP counseling into their normal service provision. AMS discussed AMA and HP risks during their regular pre-counseling and group education sessions and with a limited number of community leaders. RECOs included discussion of AMA and HP during home visits. The 12 sites selected averaged 14 to 47 birth spacing clients older than 25, and nine to 34 birth spacing clients with at least four children. MSI-Niger staff hung the posters at the 12 intervention sites and other MSI-visited sites, and gave most of the brochures to the managers of health centers/posts to use and distribute as they saw fit. Activities took place in Niamey and the Kollo, Flingué and Say districts of Tillabery.

“*Family planning is a national preoccupation, but we don't know how to approach it. It is not in hiding things that one finds solutions.*”

– TV Journalist

Successes and What Worked Well

Of all the I-Kit components, the journalist guide and workshop provided project managers with the most immediate result and the most satisfaction. Radio, television and print journalists attended, participated actively and expressed interest in reporting on this important topic. They said AMA and HP presented a new avenue for inquiry and mass sensitization and that it would be key to engage religious leaders. As an outcome, they developed a list of types of interviewees and messages to develop for different audiences and media. At the end of the workshop, one television



MSI-Niger AMS discusses AMA/HP with local imam. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.



Healthcare provider in Niger, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

journalist interviewed MSI-Niger’s SMO and reported on the workshop and topic that same day.

Using the I-Kit helped MSI-Niger focus more on older and HP women and their needs. Prior to the I-Kit pilot, MSI-Niger providers rarely if ever spoke to clients about the risks of AMA and HP pregnancies. After using the I-Kit, MSI says they have integrated AMA and HP into day-to-day client outreach and they better tailor their counseling for at-risk women. AMS and RECOs also now inform communities about AMA and HP risks and ways to avoid or mitigate them. MSI-Niger shared I-Kit tools with MOH MCH providers to use and distribute and has incorporated AMA and HP information into its provider and outreach worker training and activities.

In all, MSI-Niger reported reaching more than 12,700 people with AMA/HP information or counseling during September and October 2016, with nearly 10,000

of those reached through large group education sessions, often held on market day in implementation communities. The table below shows the number of people in each audience segment reached by each cadre during the two month period.

Lessons Learned

Due to time and funding constraints, MSI-Niger was unable to redesign or adapt the materials before integrating them into their activities. In using the I-Kit and tools as-is, however, MSI-Niger identified several ways to adapt the I-Kit for the Niger context:

- **Adapt materials for low-literacy clients.** Seventy percent of Niger’s population is not literate, and the proportion in rural areas is even higher. AMS and mobile team providers reported anecdotally that audiences found the content interesting but were not able to perform the self-assessment included in the client brochure as it is very text-based. Including more pictures – especially of AMA and HP complications – in the client brochure would make it easier to educate and motivate non-literate audiences.
- **Develop materials for delivering messages to large groups.** The MSI-Niger AMS hold many more large group discussions than one-to-one counseling sessions. The counseling guides and client brochures, for example, were designed with a one-to-one, provider-client or -couple approach in mind, but MSI saw they could adapt this content to flip chart pages showing images of the complications, and a guide for holding discussions on AMA/HP with large groups of

Number of People Reached in Each Audience Segment (Sept 2016 – Oct 2016)						
	Cadre	Women < 25 ¹	Women > 25	Men < 25	Men > 25	Total
September 2016	AMS	1,686	2,202	643	545	5,076
	Provider, Mobile Team 1	137	196	0	0	333
	Provider, Mobile Team 2	79	166	0	0	245
	Community Relays	134	327	59	87	607
	Total Reached	2,036	2,891	702	632	6,261
October 2016	AMS	1,889	1,606	559	236	4,290
	Provider, Mobile Team 1	150	278	0	2	430
	Provider, Mobile Team 2	146	301	0	0	447
	Community Relays	521	623	70	115	1,329
	Total Reached	2,706	2,808	629	353	6,496
	TOTAL	4,742	5,699	1,331	985	12,757

¹ Because MSI-Niger’s portfolio includes a youth focus, individuals reached are routinely categorized as being older or younger than age 25, their age limit for who is considered “youth.”

women. The pages could also be added to existing resources, such as MSI's FP flip chart.

- **Revise the terminology.** To better align with Niger's cultural and religious norms, "birth spacing" should be used instead of "family planning."
- **Develop materials for men and religious leaders.** Given Niger's strong adherence to cultural and religious traditions, men and religious leaders need a special focus in birth spacing discussions. For example, additional modules on reaching men and religious leaders could be added to the journalist guide, and MSI could create a relevant discussion guide for AMS and RECOs. Also, the client brochure could be adapted (or a new brochure created) to reach men and religious leaders.
- **Plan for more training and practice sessions to cover new material.** Since topics such as antenatal care and nutrition were new to AMS in particular, training sessions on these topics and time to build skills in practice sessions using the materials (e.g., guides and client brochure) would be helpful.
- **Help providers develop skills to tailor messages to individual clients.** MSI providers and AMS would benefit from skills-building sessions to learn how to tailor the information to individual clients instead of trying to follow the "script" provided in the counseling guide. Providers found it impractical to follow the counseling guide verbatim with clients, but with practice were able to pull key points into their client sessions. Streamlining the provider counseling guide, providing examples of how to integrate AMA/HP into a typical counseling session and adding a one-page summary or counseling algorithm could make the content easier to integrate into what MSI's providers already do.

Conclusion

MSI-Niger used the I-Kit to stimulate discussion and reflection about two known but under-appreciated contributors to maternal and infant morbidity and

mortality – AMA and HP pregnancies. In doing so, MSI-Niger expanded its outreach to women over age 25 and found an appropriate entrée for engaging men and religious leaders. The content and structure of the I-Kit helped MSI-Niger enhance communication with communities – including through mass media – and with women and couples at risk. Adapting I-Kit tools and SBCC approaches based on this experience could further improve MSI-Niger's ability to help to satisfy Niger's unmet need for birth spacing.

References

[Bongaarts, J. \(2016\). WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: World Health Organization, 2015. *Population and Development Review*, 42\(4\), 726-726.](#)

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2014\). *Engaging Families for Healthy Pregnancies – A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2016\). *Qualitative Research on Advanced Maternal Age and High Parity Pregnancies in West Africa*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

[Hooks, Carol. \(2017\). *HTSP I-Kit Localization Summary Report*. Unpublished manuscript.](#)

[Institut National de la Statistique \(INS\) & ICF International. \(2013\). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland, USA: INS and ICF International.](#)

[Marie Stopes International \(MSI\). \(2017\). *What We Do*. Retrieved from <https://mariestopes.org/what-we-do/>](#)

[Marie Stopes International-Niger. \(2016\). *Rapport Final du Projet Pilote du Kit PEIGS*. Unpublished manuscript.](#)

[The World Bank. \(2017\). *Fertility rate, total \(births per woman\)*. Retrieve from \[http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?year_high_desc=true\]\(http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?year_high_desc=true\)](#)

www.healthcommcapacity.org





Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Étude de cas : Le kit de mise en œuvre de la CCSC aide les communautés au Niger à communiquer sur les grossesses à risque

Avril 2017

« Le projet pilote [Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé] a révélé de nouveaux moyens permettant d'aider les femmes à se protéger, ainsi que leurs enfants, contre les risques connus liés aux grossesses à un AMA et à HP. »

– Sylvie Ramandrosoa, Directrice nationale MSI-Niger

HC3 et l'I-Kit PEIGS

Le [Health Communication Capacity Collaborative](#) (HC3, Collectif de ressources en communication sur la santé) est un projet international sur cinq ans financé par l'USAID pour renforcer la capacité des pays en développement à mettre en œuvre des programmes de communication sanitaire de premier plan. L'HC3 travaille notamment dans le domaine de la planification familiale sur des thèmes tels que la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS).

Les activités internationales en matière de PEIGS se concentraient essentiellement sur la prévention des grossesses précoces (c'est-à-dire avant 18 ans) et très rapprochées. Une attention beaucoup plus marginale a été accordée aux dangers liés à un trop grand nombre de grossesses ou aux grossesses à un âge tardif. En 2014, l'HC3 a réalisé une [étude documentaire](#) sur les connaissances et les attitudes face aux grossesses à un âge maternel avancé (AMA) et à haute parité (HP) dans les pays à revenu faible ou moyen, ainsi qu'un [examen des données probantes et des analyses secondaires des données de l'AMA et de l'HP recueillies dans le cadre de l'enquête démographique et sanitaire \(EDS\) menée au Niger et au Bénin](#). En 2015, l'HC3 a effectué une [recherche qualitative et des analyses secondaires quantitatives](#) pour comprendre les facteurs motivant les grossesses à risque au Niger et au Togo.

Sur la base de cette recherche, l'HC3 a élaboré le [kit de mise en œuvre \(I-Kit\) PEIGS AMA/HP](#) pour aider les gestionnaires de programmes à implémenter des activités de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) qui abordent le thème des grossesses AMA/HP jusqu'alors négligé. L'I-Kit, disponible en [français](#) et en [anglais](#), contient également un ensemble d'outils adaptables, notamment :

- une brochure destinée aux patients (une version pour les [publics progressistes](#) et une autre [pour les publics conservateurs](#)) ;
- un [guide de conseil et d'évaluation destiné aux prestataires](#) ;
- un [guide de conseil et d'évaluation destiné aux agents de santé communautaires](#) ;
- une [affiche de rappel pour les prestataires travaillant en structures sanitaires](#) ;
- un [guide destiné aux journalistes](#) ;
- un [guide destiné aux chercheurs](#) ;
- [des infographies destinées aux décideurs et aux personnes chargées de définir les politiques](#) ; et un [guide de travail avec des groupes à base communautaire](#).

Introduction

Marie Stopes International (MSI) aide les femmes à avoir des enfants par choix personnel, et non par hasard. Invitée au Niger par le Ministère de la Santé en 2013, l'organisation MSI-Niger fournit des services et des informations de qualité sur la santé reproductive dans les régions de Niamey, Tillabéri et Maradi. MSI-Niger travaille essentiellement par l'intermédiaire d'une clinique statique à Niamey, quatre équipes mobiles (composées d'une sage-femme, d'un assistant et d'un chauffeur) à Tillabéri et Maradi, les Marie Stopes Ladies (MS Ladies, c'est-à-dire des sages-femmes mobiles dépêchées dans les postes sanitaires et les centres pour jeunes), des agents de mobilisation sociale (AMS) et des promoteurs à base communautaire (Relais communautaires – RECO). Les équipes mobiles sont présentes dans les centres de santé gérés par le Ministère de la Santé qui ne fourniraient pas sinon de services pour l'espacement des naissances. En étendant les méthodes d'espacement des naissances et en augmentant la demande pour les services d'espacement des naissances et en améliorant l'accès à ces services, MSI-Niger aide les autorités publiques à atteindre leur objectif, à savoir faire passer la prévalence de la contraception de 12,2 pour cent en 2012 à 50 pour cent en 2020.



MSI-Niger fournit des services et des informations de qualité sur la santé reproductive dans les régions de Niamey, Tillabéri et Maradi, et aux alentours.

Fécondité, AMA et HP au Niger

Le Niger a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, soit 553 morts maternelles pour 100 000 naissances (OMS et al., 2015), ainsi que le taux de fécondité le plus élevé, avec 7,6 enfants par femme (EDS au Niger, 2012 ; Banque mondiale, 2017). Quarante-trois pour cent des femmes ont accouché au moins cinq fois et 60 pour cent ont eu un enfant à 35 ans ou après (HC3, 2014). Les grossesses à un AMA et à HP sont courantes aussi bien en zone rurale qu'en milieu urbain et elles sont perçues comme un phénomène ordinaire, bien que les grossesses à un AMA chez les femmes à haute parité et les femmes qui ont des filles mariées soient quelque peu moins bien acceptées (HC3, 2016).

L'enquête démographique et sanitaire (EDS) menée au Niger en 2012 a révélé que plus de 50 pour cent des femmes mariées en âge de procréer (FAP âgées de 15 à 49 ans) souhaitent retarder leur grossesse suivante, en dépit de la faible prévalence de la contraception, qui inclut près de quatre pour cent de femmes utilisant la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (MAMA). Les obstacles à l'adoption de la contraception moderne, et donc à l'amélioration de la santé maternelle, comprennent les croyances religieuses liées à l'islam et une culture qui privilégie les familles nombreuses. Le Niger compte parmi les rares pays où les couples souhaitent avoir plus de neuf enfants. La notion de limitation des naissances est largement rejetée sur la base de fondements religieux et neuf pour cent seulement des FAP mariées affirment qu'elles ne veulent pas plus d'enfants.

Utilisation de l'I-Kit PEIGS au Niger

En 2016, l'HC3 a versé à MSI-Niger une subvention de 5000 \$ pour développer l'I-Kit PEIGS pendant une période de quatre mois (juillet à octobre 2016). MSI-Niger a utilisé cet argent pour aider les prestataires mobiles, les AMS, les RECO et les journalistes à communiquer des messages claires et simples sur les grossesses à un AMA et à HP afin d'inciter davantage de femmes et de couples à risque à adopter les méthodes de contraception modernes. Le noyau dur de l'équipe du projet comprenait le Directeur des opérations et des programmes, qui assumait un rôle de supervision, le responsable des agents de mobilisation sociale (AMS) en charge de la



Une équipe mobile de MSI-Niger. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

gestion du projet au quotidien et un stagiaire assurant l'assistance logistique. Le responsable des communications et du marketing participait aux formations, tandis que le coordinateur des contrôles et des évaluations aidait à la collecte des données et à l'élaboration des rapports.

Un consultant d'HC3 a fourni une assistance technique sur site et virtuelle ciblée consistant en des appels via Skype™ toutes les deux semaines sur des sujets tels que le choix et l'impression des outils, les plans de formation, les outils de collecte de données, le feedback des participants et la progression générale du projet. Dans la mesure où l'équipe avait de l'expérience en matière de mobilisation sociale mais pas en CCSC, le consultant a orienté l'AMS vers les sections pertinentes de l'I-Kit et les documents de formation développés pour un atelier sur la CCSC en Haïti, [NPI : Documents pour la formation en CCSC](#). Vers le fin du projet, le consultant a passé une semaine au Niger à des fins d'observation, de conseil et de documentation.

Sur la base des outils définis par l'équipe comme étant les plus utiles pour son personnel et son public, et qui ont pu être testés en fonction du temps et des fonds disponibles, l'équipe a décidé de développer les outils suivants :

Outil de l'I-Kit PEIGS	Utilisé par	Utilisé pour
1. Manuel de mise en œuvre destiné aux gestionnaires de programmes	Équipe de leadership et AMS	Orientation du personnel
2. Brochure destinée aux publics conservateurs	Équipes mobiles, AMS, prestataires de services de santé maternelle et infantile (SMI) du Ministère de la Santé	Éducation, évaluation et rappel des patients
3. Guide de conseil et d'évaluation destiné aux prestataires	Équipe mobile, prestataires de services de planification familiale, Ministère de la Santé	Conseil, évaluation et éducation
4. Guide de conseil et d'évaluation destiné aux agents de santé communautaires	AMS	Sensibilisation des communautés et préconseil individuel
5. Affiche de rappel pour les prestataires travaillant en structures sanitaires	Équipe mobile, prestataires de services de PF, Ministère de la Santé	Conseil et évaluation des patients
6. Guide destiné aux journalistes	<ul style="list-style-type: none"> AMS Journalistes 	<ul style="list-style-type: none"> Orientation des journalistes de télévision, de la radio et de la presse écrite Reportages



Une femme à un AMA et à HP au Niger. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

MSI-Niger a organisé un atelier d'une journée auquel l'organisation a convié huit journalistes pour recueillir leurs commentaires sur le guide destiné aux journalistes. Cet atelier a également permis d'intéresser les journalistes aux risques liés aux grossesses à un AMA et à HP et de les inciter à en traiter dans leurs articles et reportages. Les participants ont reconnu que le guide satisfaisait bien leurs besoins et qu'il serait très utile s'ils obtenaient les financements nécessaires pour en traiter comme requis. Un journaliste de la télévision et un journaliste de la presse écrite ont parlé de l'atelier qui s'est déroulé en août, attirant l'attention du public sur le sujet. Les reportages ont été diffusés sur la Radio-Télévision Sarraounia et dans le journal Enquêteur, respectivement.

L'équipe du projet a utilisé l'I-Kit pour orienter les responsables et former cinq prestataires mobiles et cinq AMS. Les AMS ont, à leur tour, formé les RECO. Les équipes mobiles ont intégré les conseils sur l'AMA/HP dans leur offre de services habituelle. Les AMS ont discuté des risques liés à l'AMA et l'HP dans le cadre de leurs séances habituelles de préconseil et d'éducation et avec un nombre limité de leaders communautaires. Les RECO ont intégré l'AMA et l'HP dans leurs visites à domicile. Les 12 sites ont choisi 14 à 47 patientes âgées de plus de 25 ans ayant espacé les naissances et neuf à 34 patientes ayant au moins quatre enfants qui ont espacé les naissances. Le personnel de MSI-Niger a exposé les affiches sur les 12 sites d'intervention et d'autres sites visités par MSI, et a remis la plupart des brochures aux responsables des centres/postes de santé en vue de leur utilisation et de leur distribution à leur convenance. Des activités ont été organisées à Niamey et dans les districts de Kollo, Flingué et Say de Tillabery.

MSI-Niger a organisé un atelier d'une journée auquel l'organisation a convié huit journalistes pour recueillir leurs commentaires sur le guide destiné aux journalistes. Cet atelier a également permis d'intéresser les journalistes au sujet et de les inciter à en traiter dans leurs articles et reportages. Les participants ont reconnu que le guide satisfaisait bien leurs besoins et qu'il serait très utile s'ils obtenaient les financements nécessaires pour en traiter comme requis. Un journaliste de la télévision et un journaliste de la presse écrite ont parlé de l'atelier qui s'est déroulé en août, attirant l'attention du public sur le sujet.

Les reportages ont été diffusés sur la Radio-Télévision Sarraounia et dans le journal Enquêteur, respectivement.

L'équipe du projet a utilisé l'I-Kit pour orienter les responsables et former cinq prestataires mobiles et cinq AMS. Les AMS ont, à leur tour, formé les RECO. Les équipes mobiles ont intégré les conseils sur l'AMA/HP dans leur offre de services habituelle. Les AMS ont discuté des risques liés à l'AMA et l'HP dans le cadre de leurs séances habituelles de préconseil et d'éducation et avec un nombre limité de leaders communautaires. Les RECO ont intégré l'AMA et l'HP dans leurs visites à domicile. Les 12 sites ont choisi 14 à 47 patientes âgées de plus de 25 ans ayant espacé les naissances et neuf à 34 patientes ayant au moins quatre enfants qui ont espacé les naissances. Le personnel de MSI-Niger a exposé les affiches sur les 12 sites d'intervention et d'autres sites visités par MSI, et a remis la plupart des brochures aux responsables des centres/postes de santé en vue de leur utilisation et de leur distribution à leur convenance. Des activités ont été organisées à Niamey et dans les districts de Kollo, Flingué et Say de Tillabery.

« La planification familiale est une préoccupation nationale, mais nous ne savons pas comment l'aborder. Ce n'est pas en dissimulant les faits que nous allons trouver des solutions. »

– Journaliste de télévision

Succès et ce qui a bien fonctionné

De tous les éléments de l'I-Kit, le guide destiné aux journalistes et l'atelier sont ceux qui ont donné aux chefs de projet les résultats les plus immédiats et la plus grande satisfaction. Des journalistes de radio, de télévision et de la presse écrite ont assisté et participé activement à l'atelier et ont exprimé leur souhait de s'exprimer sur ce sujet primordial. Ils ont affirmé que l'AMA et l'HP représentaient un nouveau domaine d'investigation et de sensibilisation de masse et ont souligné l'importance d'engager les leaders religieux dans cette initiative. En conséquence, ils ont dressé la liste des types de personnes à interroger et des messages à développer pour les différents publics et médias. À la fin de l'atelier, un journaliste de télévision a interviewé un AMS de MSI-Niger et a diffusé un reportage sur l'atelier et le sujet le même jour.



MSI-Niger AMS discute de l'AMA/HP avec un imam local. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.



Prestataire de soins au Niger, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

L'utilisation de l'I-Kit a permis à MSI-Niger à mettre davantage l'accent sur les femmes âgées et HP et sur leurs besoins. Avant de disposer de la version pilote de l'I-Kit, les prestataires de MSI-Niger parlaient rarement, voire jamais, des risques liés aux grossesses à un AMA et à HP avec les patients. Après l'utilisation de l'I-Kit, MSI souligne avoir intégré les thèmes de l'AMA et de l'HP dans ses activités quotidiennes de sensibilisation des patients et l'organisation adapte mieux ses conseils aux femmes exposées à des risques. En outre, les AMS et les RECO informent désormais les communautés au sujet des risques associés à l'AMA et à l'HP, et des moyens permettant de les éviter ou de les atténuer. MSI-Niger a fourni des outils de l'I-Kit aux prestataires SMI du Ministère de la Santé en vue de leur utilisation et de leur distribution, et a inclus des informations sur l'AMA et l'HP dans les activités et les formations de ses prestataires et agents de sensibilisation.

Dans l'ensemble, MSI-Niger a signalé avoir sensibilisé plus

de 12 700 en leur fournissant des informations ou des conseils sur l'AMA/HP en septembre et octobre 2016, dont près de 10 000 ont été sensibilisées par l'intermédiaire de séances d'éducation en grand groupe, souvent organisées le jour du marché au sein des communautés concernées. Le tableau ci-dessous indique le nombre de personnes sensibilisées par chaque cadre au sein de chaque segment du public pendant les deux mois.

Leçons apprises

En raison des contraintes de temps et de financement, MSI-Niger n'a pas pu reconcevoir ni adapter les documents avant de les intégrer dans ses activités. Or, lors de l'utilisation de l'I-Kit et des outils en l'état, MSI-Niger a identifié plusieurs façons d'adapter l'I-Kit au contexte nigérien :

- **Adaptation des supports d'information aux patients à faible niveau d'alphabétisation.** Soixante-dix pour cent de la population du Niger est analphabète et ce pourcentage est encore plus élevé en zone rurale. Les AMS et les équipes mobiles rapportent une anecdote selon laquelle certains publics ont jugé le contenu intéressant mais n'ont pas pu effectuer l'auto-évaluation incluse dans la brochure destinée aux patients car elle contenait énormément de texte. Inclure davantage d'images, en particulier sur les complications liées à l'AMA et l'HP, dans la brochure destinée aux patients faciliterait la sensibilisation et la motivation des publics analphabètes.
- **Élaboration de supports d'informations pour la diffusion de messages auprès de larges groupes.** Les AMS de MSI-Niger organisent davantage de discussions en grande groupe que de séances de conseil à deux. Les guides de conseil et les brochures destinées aux patients, par exemple, ont été conçus dans l'optique de discussions à deux, entre le patient (ou le couple) et le prestataire, mais MSI a déterminé que ces contenus pouvaient être adaptés sur des feuilles de tableau à feuilles mobiles présentant les complications en images, et un guide pour

Nombre de personnes sensibilisées au sein de chaque segment du public (Sept 2016 – Oct 2016)						
	Cadre	Femmes < 25 ¹	Femmes > 25	Hommes < 25	Hommes > 25	Total
Septembre 2016	AMS	1,686	2,202	643	545	5 076
	Prestataire, équipe mobile 1	137	196	0	0	333
	Prestataire, équipe mobile 2	79	166	0	0	245
	Relais communautaires	134	327	59	87	607
	Total sensibilisé	2,036	2,891	702	632	6 261
Octobre 2016	AMS	1,889	1,606	559	236	4 290
	Prestataire, équipe mobile 1	150	278	0	2	430
	Prestataire, équipe mobile 2	146	301	0	0	447
	Relais communautaires	521	623	70	115	1 329
	Total sensibilisé	2,706	2,808	629	353	6 496
	TOTAL	4,742	5,699	1,331	985	12 757

¹ Dans la mesure où MSI-Niger s'intéresse également aux jeunes, les personnes sensibilisées sont généralement classées dans des catégories âgées de plus ou moins 25 ans, âge limite en dessous duquel ces populations sont considérées comme étant « jeunes ».

l'organisation de discussions sur l'AMA/HP devant de vastes groupes de femmes. Il était également possible d'ajouter les feuilles aux ressources existantes, par exemple le tableau à feuilles mobiles dédié à la PF de MSI.

- **Révision de la terminologie.** Pour mieux respecter les normes culturelles et religieuses du Niger, l'expression « espacement des naissances » doit être employée au lieu du terme « planification familiale ».
- **Élaboration de documents destinés aux hommes et aux leaders religieux.** Compte tenu du strict respect des traditions culturelles et religieuses au Niger, une attention particulière doit être accordée aux hommes et aux leaders religieux dans les discussions sur l'espacement des naissances. Par exemple, des modules supplémentaires sur la sensibilisation des hommes et des leaders religieux peuvent être adjoints au guide destiné aux journalistes et MSI peut créer un guide de discussion pertinent pour les AMS et les RECO. La brochure destinée aux patients peut, elle aussi, être adaptée (ou une nouvelle brochure créée) pour sensibiliser les hommes et les leaders religieux.
- **Planification d'un plus grand nombre de formations et de séances pratiques pour couvrir les nouvelles informations.** Dans la mesure où des thèmes tels que les soins prénataux et la nutrition étaient nouveaux pour les AMS en particulier, il serait utile de prévoir des séances de formation sur ces sujets et du temps pour le développement des compétences dans le cadre de séances pratiques sur la base des supports d'information (p. ex., guides et brochures destinées aux patients).
- **Aider les prestataires à développer leurs compétences de manière à adapter les messages à chaque patient.** Les prestataires et les AMS de MSI peuvent profiter des séances visant à développer leurs compétences pour apprendre à personnaliser les informations en fonction de chaque patient au lieu de s'efforcer de suivre le « script » fourni dans le guide de conseil. Les prestataires n'apprécient pas de suivre à la lettre le guide de conseil face aux patients et, à force de pratique, ils ont pu mettre en avant les points majeurs à aborder pendant leurs sessions avec les patients. En simplifiant le guide de conseil destiné aux prestataires, en fournissant des exemples illustrant comment intégrer l'AMA/HP dans une séance de conseil typique et en ajoutant un résumé d'une page ou un algorithme de conseil, il est possible de simplifier l'intégration du contenu aux activités actuelles des prestataires de MSI.

Conclusion

MSI-Niger a utilisé l'I-Kit pour stimuler la discussion et la réflexion sur deux facteurs connus, mais sous-estimés, de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles, à

savoir les grossesses à un AMA et à HP. MSI-Niger a ainsi sensibilisé davantage de femmes âgées de plus de 25 ans et a trouvé une excellente entrée en matière pour inciter les hommes et les leaders religieux à participer au débat. Le contenu et la structure de l'I-Kit ont aidé MSI-Niger à améliorer la communication avec les communautés, notamment par l'intermédiaire des mass médias, ainsi qu'avec les femmes et les couples à risque. L'adaptation des outils de l'I-Kit et des approches de la CCSC sur la base de cette expérience peut renforcer la capacité de MSI-Niger à satisfaire les besoins encore non comblés du Niger en matière d'espacement des naissances.

Références

[Bongaarts, J. \(2016\). WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: Organisation mondiale de la Santé, 2015. Population and Development Review, 42\(4\), 726-726.](#)

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2014\). Engaging Families for Healthy Pregnancies – A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2016\). Qualitative Research on Advanced Maternal Age and High Parity Pregnancies in West Africa. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

[Hooks, Carol. \(2017\). HTSP I-Kit Localization Summary Report. Manuscrit non publié.](#)

[Institut National de la Statistique \(INS\) & ICF International. \(2013\). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012. Calverton, Maryland, USA: INS and ICF International.](#)

[Marie Stopes International \(MSI\). \(2017\). What We Do. Extrait de <https://mariestopes.org/what-we-do/>](#)

[Marie Stopes International-Niger. \(2016\). Rapport Final du Projet Pilote du Kit PEIGS. Manuscrit non publié.](#)

[Banque mondiale. \(2017\). Taux de fécondité, total \(naissances par femme\). Extrait de \[http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?year_high_desc=true\]\(http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?year_high_desc=true\)](#)

www.healthcommcapacity.org





Healthy Timing and Spacing of Pregnancy

Case Study: SBCC Implementation Kit Helps Providers Address High-Risk Pregnancy in Togo

April 2017

“We used to say, ‘the number you want, when you want.’ Now we realize we have to nuance that message and make couples aware of risks they might face if they have too many [pregnancies] or too late.”

– Anita Kouvahey-Eklu, ATBEF HTSP Project Coordinator

HC3 and the HTSP I-Kit

The [Health Communication Capacity Collaborative](#) (HC3) is a five-year, global project funded by USAID to strengthen developing country capacity to implement state-of-the-art health communication programs. Among other health areas, HC3 works in family planning on topics such as healthy timing and spacing of pregnancy (HTSP).

Global HTSP activities have focused largely on preventing closely spaced and early (i.e., before age 18) pregnancies. Much less attention has been given to the dangers of having too many pregnancies, or having children later in life. In 2014, HC3 completed a [desk review](#) on knowledge and attitudes around advanced maternal age (AMA) and high parity (HP) pregnancy in low- and middle-income countries and an [evidence review and secondary analyses of Demographic and Health Survey \(DHS\) AMA and HP Niger and Benin data](#). In 2015, HC3 conducted [qualitative research and quantitative secondary analyses](#) to understand the factors driving such risky pregnancies in Niger and Togo.

Based on this research, HC3 developed the [HTSP AMA/HP Implementation Kit](#) (I-Kit) to help program managers implement social and behavior change communication (SBCC) activities that address the neglected topic of AMA/HP pregnancy. The I-Kit, available in [French](#) and [English](#), also includes a series of adaptable tools, including:

- a client brochure (one [for less conservative audiences](#) and one [for more conservative audiences](#));
- a [counseling and assessment guide for providers](#);
- a [counseling and assessment guide for community health workers](#);
- a [reminder poster for facility-based providers](#);
- a [guide for journalists](#);
- a [guide for researchers](#);
- [AMA and HP infographics for policy and decision-makers](#); and
- a [guide for working with community-based groups](#).

Introduction

The Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF), an International Planned Parenthood Federation member, has been improving sexual and reproductive health in Togo since 1975. Operating through five clinics, two mobile teams and community health workers (CHWs) (a subset of whom provide injectable contraceptives), ATBEF provides comprehensive women’s health services. ATBEF delivers family planning, maternal health and gynecological services, as well as HIV prevention, testing and management for all ages and genders.



ATBEF provides high quality sexual and reproductive health information and services throughout Togo, with clinics in the Maritime, Plateaux, Centrale and Kara regions.

Fertility, AMA and HP in Togo

According to its most recent Demographic and Health Survey (DHS) (Togo DHS 2013 - 2014), Togo's maternal mortality rate is 401 maternal deaths per 100,000 childbirths. Women in Togo have an average of 4.8 children, with fertility lower in Lomé (3.5) and highest in the north (6.0). Forty-six percent of women have given birth at or after the age of 35, and 22 percent have given birth to five or more children.

Thirty-two percent of married women of reproductive age (WRA, ages 15 to 49) want no more children, and 37 percent want to delay their next pregnancy by at least two years. Seventeen percent use modern contraception. Respondents during qualitative research conducted in Togo in 2015 cited low knowledge levels, illiteracy, poverty and religious beliefs as reasons for resistance to modern contraceptive method use.

Using the HTSP I-Kit in Togo

HC3 awarded ATBEF \$5,000 to pilot the HTSP I-Kit. From September 2016 to March 2017, ATBEF assessed the use of selected tools from the I-Kit in its main clinic, located in Togo's capital, Lomé, and in four communities in Avé District (about 40 kilometers northwest of Lomé). ATBEF used the I-Kit to strengthen the SBCC capacity of providers and CHWs to prevent and address AMA and HP pregnancy and to organize monthly group education sessions for clinic- and community-based clients and audiences.



AMA/HP community discussion participants, Avé District, Togo. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

ATBEF's Community Outreach/Learning Center/HIV Program Manager led the organization's I-Kit pilot team, supported by its Medical Officer and Communications Officer. The Monitoring, Evaluation and Research Officer and the Program Director validated project



ATBEF's Avé District CHWs, AMA/HP pilot project management team, and Maritime Regional Coordinator, following the project wrap-up meeting, March 2017. © 2017, ATBEF.

To support ATBEF's need for more grounding in SBCC, HC3 supplied the following links to French-language SBCC resources alongside the I-Kit:

- [Acces des Communautés aux Contraceptifs Injectables: Un Guide Pour le Plaidoyer](#)
- [Un Film de Plaidoyer: «l'Accès à base communautaire à la contraception injectable: du simple bon sens»](#)
- [Les Ressources Pour l'Action](#)
- [NPI: Documents pour la formation en CCSC](#)
- [Jhpiego: cours en français](#)

monitoring tools. While ATBEF had extensive experience with information, education and communication (IEC) as well as behavior change communication, SBCC—which incorporates social norms and environmental factors into the health communication design and implementation process—was new to them.

An HC3 consultant provided additional SBCC resources and targeted virtual and on-site technical assistance (TA) consisting of telephone calls every two to three weeks. These calls covered topics such as tool selection and printing, training plans, data collection tools, participant feedback and overall progress. The consultant spent one week in Togo halfway through the project to observe, assist and document.

Based on what ATBEF thought would be most useful for their staff and audiences—and could test with the time and funding available—they chose to pilot the following tools:

HTSP I-Kit Tool	Used by	Used for
1. Implementation manual for program managers	Project Coordination	Managers and Ministry of Health
2. Client brochure for less conservative audiences	Providers and CHWs	Client reminder (post-visit)
3. Counseling and assessment guide for providers	Facility-based providers	Client counseling, assessment and education
4. Counseling and assessment guide for community health workers	CHWs	Community education / sensitization
5. Reminder poster for facility-based providers	Facility-based providers	Client counseling and assessment
6. Infographics for policy and decision-makers	Project Coordinator and CHWs	Community education sessions

ATBEF used the I-Kit to train 15 providers and 10 CHWs, and to orient the management team and a Ministry of Health (MOH)/Maternal and Child Health Department representative on AMA and HP pregnancy. Including the MOH in the HTSP orientation facilitated community-level work and resulted in buy-in for expanding the message to MOH service providers.

Provider and CHW training lasted three days each and included presentation, discussion, role-play and practice with the I-Kit brochure and counseling guides. Provider training included a full day of practice in ATBEF's central clinic.

CHW training took place at the Health Directorate in Avé. Participants included ATBEF's regional coordinator, 10 CHWs from four Avé villages (Djégbakondji, Attitoui, Yoto and Tiviepi) and a CHW coordinator. The District Health Director opened the workshop, stressing the importance of both the topic and the role of CHWs. As practice, CHWs led one group session with community members and one with community leaders.

Providers of family planning (FP), antenatal care (ANC), post-natal care (PNC) and HIV services integrated AMA and HP assessment and counseling into their day-to-day client interactions. They held 19 AMA- and HP-focused group education sessions with waiting clients, and counseled 542 clients on the risks of AMA and HP pregnancy. CHWs discussed AMA and HP during 139 home visits and 39 community discussions. These sessions defined AMA and HP, highlighted the increased risk of complications, promoted the use of modern FP methods to prevent risky pregnancies and addressed concerns about FP method side effects.

ATBEF also held three focus group discussions (FGDs): one each with male and female members of a family well-being group called Mognongnon (happy family), and one with five couples. Mognongnon group members are parents and community leaders and take



Counseling session, ATBEF Clinic, Lomé. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

ATBEF Provider Training Topics

- HTSP
- Definition of AMA and HP pregnancy
- Importance of integrating AMA and HP concepts into daily clinic activities
- Risks associated with AMA and HP pregnancy
- SBCC
- Presentation of the HTSP tools and data collection forms
- Practice in the clinic conducting AMA and HP education sessions and integrating AMA and HP into FP, antenatal/post-natal care and HIV counseling sessions



Focus group with male Mognongnon members, Lomé, Togo. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

what they learn from Mognongnon to their homes, workplaces and communities. They include, among others, journalists, peer educators, business owners, and religious leaders. The couples group observed that in most situations the man decides how many children they will have – without considering the woman’s age or parity. The participants in all three groups had been unaware of increased risks due to age and parity, and some reported having experienced the complications highlighted. Participants appreciated the information and materials and vowed to inform their communities.

During the question and answer portion of many group sessions, participants focused on women who delay childbirth to pursue education or careers, or because their husbands work elsewhere, and questioned the idea of 35 being too old for giving birth.

Successes and What Worked Well

ATBEF staff and partners appreciated highlighting AMA and HP women as key audiences and the new perspective about the role of community norms in behavior change. ATBEF liked the HTSP I-Kit content and structure and found it comprehensive and useful for learning about HTSP, AMA/ HP and SBCC. Staff expressed appreciation of SBCC concepts such as engaging influencing audiences, since they had not included them in their work before. ATBEF providers found the poster to be a useful reminder and the infographics an easy-to-access outline, list of risks and interesting statistics that made it very useful even for community group discussions. ATBEF staff used the I-Kit effectively to improve outreach and counseling with women and couples at risk.

The ATBEF training built on what participants did in their day-to-day work, rather than adding to it, and

included practice sessions with feedback. For example, ATBEF CHWs regularly rotate community group discussion topics. Because of the I-Kit and their training, CHWs were able to include AMA and HP pregnancy into their rotation, and dedicate 30 to 60 minutes on just that topic (rather than featuring it as one topic among many). This made it more likely that community members understood the information. Clients and communities received the messages well, so ATBEF has incorporated AMA and HP pregnancy avoidance in all of its provider and CHW training.

The group and community discussion also elicited testimonials of having experienced complications and not realizing that age or parity might have contributed to them. The sessions inspired questions on the ideal age for men and women to have children, contraceptive methods, how to engage men in this conversation and how to help AMA women who want to conceive. Pilot participants found the topics so valuable that they suggested sharing AMA and HP messages in all communities and health facilities. In all, ATBEF reached more than 3,000 individuals with their I-Kit activities (detailed in the table at the top of page 5).



ATBEF CHW answers community members’ questions, Avé District. © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

Lessons Learned

At the end of the project, ATBEF held a feedback session with partners, providers and CHWs. Many found the project to be a wake-up call. They said they learned that they needed to better tailor their approaches based on, for example, age, parity, community norms and behavior change theory. Among their key observations was that it will be difficult to limit births after age 35, but that they will insist on rigorous follow-up in those cases to improve health outcomes for mother and child.

Based on the pilot experience, ATBEF identified several “lessons learned” and ways to adapt the I-Kit:

Persons Reached through ATBEF CHW Community Discussions and Home Visits (Nov 2016 – Mar 2017)

Audience	Women (age 24+)					Men		Youth		Total
	AMA	HP	AMA + HP	Not AMA or HP	Unknown	Married	Single	Female	Male	
Number of participants	158	117	167	723	75	307	145	190	108	1,990

Persons Reached by ATBEF Clinic-Based Providers (Nov 2016 – Mar 2017)

Audience	Women (age 24+)					Men		Youth		Total
	AMA	HP	AMA + HP	Not AMA or HP	Unknown	Married	Single	Female	Male	
Number of participants	339	203	185	305	52	144	45	51	23	1,347
TOTAL										3,337

- Adapt the materials for low-literacy clients.** While 66.5 percent of adults in Togo are literate, literacy is higher in cities and lower in some villages. Replacing text with pictures of AMA- and HP-associated complications would help low- and non-literate clients better understand and remember necessary information about these high-risk pregnancies.
- Develop materials for delivering messages to large groups.** Because much of ATBEF CHWs' work involves community discussions, the CHWs repurposed the infographic – designed for use with health decision-makers at the national, district or clinic level – as a group education tool. Replacing the calls to action in the “What Can You Do” section of the tool with a list of FP methods could help remind CHWs what to cover in their talks.
- Further simplify the counseling guides.** While both the provider and CHW guides include AMA and HP health risk definitions, sometimes this was too much information to serve as a quick-reference. Once health workers are familiar with the definitions themselves, adding a new table showing AMA risks, HP risks, and risks common to both could

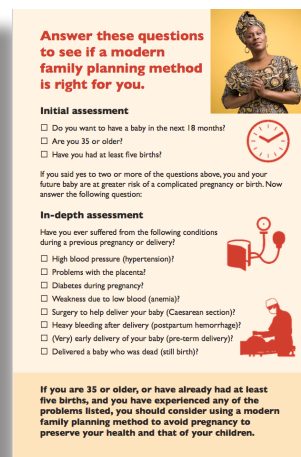
give the health workers the reminders they need at a glance.

- Emphasize managing AMA and HP risks.** Although the I-Kit materials currently include information on the importance of seeking ANC and attended delivery during AMA and HP pregnancies, the I-Kit materials also encourage women and couples to plan their families to avoid these pregnancies. Participants in Togo were particularly troubled by the suggestion that age 35 was too old to have children, both because of social norms and the increasing number of women who wish to delay having children until after they have completed school or career goals. In such cases, adapted materials could more strongly emphasize the need for close follow-up and facility delivery for at-risk pregnancies.
- Rethink “interactive” components.** As designed,

the client brochure features an AMA and HP risk self-assessment, asking the woman questions such as, “Do you want to have a baby in the next two years? Are you 35 or older? Have you had at least five births?” Women in Togo had difficulty understanding this approach, making it less useful. This section could be replaced with a table listing AMA risks, HP risks and risks common to both.



I-Kit HP infographic with “What Can You Do” section at bottom



Client brochure page with the self-assessment

- **Allow time for practice using new materials.** ATBEF CHWs and providers initially found the counseling guides long, technical and time-consuming or difficult to integrate into their normal routines. However, once they fully assimilated the information and understood they were not expected to use the guide verbatim, both groups were able to adapt and individualize their approach for clients and group discussions. Scheduling practice sessions with volunteer couples, and practicing what to say to AMA and HP women already using contraception (e.g., stressing the importance of method continuation and recommending long-lasting methods), would help health workers feel more prepared for real-life scenarios.

Conclusion

Participation in the HTSP I-Kit Pilot project expanded how ATBEF thinks about its audiences and key messages. While managers and providers were generally aware that AMA and HP pregnancies were higher risk, they did not use these messages to motivate women and couples to adopt modern contraception to protect against these risks. ATBEF also had not been exposed to key SBCC concepts, such as the role of influencing audiences on women and their ability to adopt FP. The pilot provided a timely opportunity for ATBEF to reinvigorate its communication approach. Since the pilot, ATBEF has integrated HTSP and SBCC into all of its provider and CHW training—including training of MOH providers, thereby expanding the reach and influence

of this small project. Additionally, they will incorporate the topic in future projects, such as upcoming work with university students where they will now encourage them to plan to avoid AMA pregnancy.

References

- [Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2014\). *Engaging Families for Healthy Pregnancies – A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage.* Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)
- [Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2016\). *Qualitative Research on Advanced Maternal Age and High Parity Pregnancies in West Africa.* Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)
- Hooks, Carol. (2017). *HTSP I-Kit Localization Summary Report.* Unpublished manuscript.
- Kouvahey-Eklu, Anita. (2017). *Projet : Prévention des Grossesses Chez les Femmes en Age Avancé et à Haute Parité.* Unpublished manuscript.
- [Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire \(MPDAT\), Ministère de la Santé \(MS\) & ICF International. \(2015\). *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014.* Rockville, Maryland: MPDAT, MS and ICF International.](#)

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Étude de cas : Le kit de mise en œuvre de la CCSC aide les prestataires à gérer les grossesses à risque au Togo

Avril 2017

« Nous avons l'habitude de recommander aux couples d'avoir autant d'enfants qu'ils souhaitent, quand ils le désiraient. Mais nous nous sommes rendus compte que ce message doit être nuancé et que nous devons informer les couples des risques éventuels liés à des grossesses trop nombreuses ou trop tardives. »

– Anita Kouvahey-Eklu, Coordinatrice du projet PEIGS de l'ATBEF

HC3 et l'I-Kit PEIGS

Le [Health Communication Capacity Collaborative](#) (HC3, Collectif de ressources en communication sur la santé) est un projet international sur cinq ans financé par l'USAID pour renforcer la capacité des pays en développement à mettre en œuvre des programmes de communication sanitaire de premier plan. L'HC3 travaille notamment dans le domaine de la planification familiale sur des thèmes tels que la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS).

Les activités internationales en matière de PEIGS se concentraient essentiellement sur la prévention des grossesses précoces (c'est-à-dire avant 18 ans) et très rapprochées. Une attention beaucoup plus marginale a été accordée aux dangers liés à un trop grand nombre de grossesses ou aux grossesses à un âge tardif. En 2014, l'HC3 a réalisé une [étude documentaire](#) sur les connaissances et les attitudes face aux grossesses à un âge maternel avancé (AMA) et à haute parité (HP) dans les pays à revenu faible ou moyen, ainsi qu'un [examen des données probantes et des analyses secondaires des données de l'AMA et de l'HP recueillies dans le cadre de l'enquête démographique et sanitaire \(EDS\) menée au Niger et au Bénin](#). En 2015, l'HC3 a effectué une [recherche qualitative et des analyses secondaires quantitatives](#) pour comprendre les facteurs motivant les grossesses à risque au Niger et au Togo.

Sur la base de cette recherche, l'HC3 a élaboré le [kit de mise en œuvre \(I-Kit\) PEIGS AMA/HP](#) pour aider les gestionnaires de programmes à implémenter des activités de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) qui abordent le thème des grossesses AMA/HP jusqu'alors négligé. L'I-Kit, disponible en [français](#) et en [anglais](#), contient également un ensemble d'outils adaptables, notamment :

- une brochure destinée aux patients (une version pour les [publics progressistes](#) et une autre [pour les publics conservateurs](#)) ;
- un [guide de conseil et d'évaluation destiné aux prestataires](#) ;
- un [guide de conseil et d'évaluation destiné aux agents de santé communautaires](#) ;
- une [affiche de rappel pour les prestataires travaillant en structures sanitaires](#) ;
- un [guide destiné aux journalistes](#) ;
- un [guide destiné aux chercheurs](#) ;
- [des infographies destinées aux décideurs et aux personnes chargées de définir les politiques](#) ; et
- un [guide de travail avec des groupes à base communautaire](#).

Introduction

L'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF), membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale, œuvre en faveur de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive au Togo depuis 1975. Opérant par l'intermédiaire de cinq cliniques, deux équipes mobiles et des agents de santé communautaire (ASC) (dont un groupe fournit des contraceptifs injectables), l'ATBEF offre aux femmes des services de santé complets. L'ATBEF fournit des services de planification familiale, de santé maternelle et gynécologiques, et agit pour la prévention, le dépistage et la gestion du VIH auprès de personnes de tous âges et de tous sexes.



L'ATBEF, qui dispose de cliniques dans les régions Maritime, Plateaux, Centrale et Kara, fournit des services et des informations de grande qualité sur la santé sexuelle et reproductive dans tout le Togo.

Fécondité, AMA et HP au Togo

D'après les résultats de sa dernière enquête démographique et sanitaire (EDS) (EDS au Togo 2013 - 2014), le taux de mortalité maternelle au Togo est de 401 morts maternelles pour 100 000 accouchements. Les femmes togolaises ont en moyenne 4,8 enfants, le taux de fécondité le plus bas étant observé à (3,5) et le plus élevé au nord (6,0). Quarante-six pour cent des femmes ont accouché à 35 ans ou après, et 22 pour cent ont eu au moins cinq enfants.

Trente-deux pour cent des femmes mariées en âge de procréer (FAP âgées de 15 à 49 ans) ne veulent plus d'enfants et 37 pour cent souhaitent retarder leur grossesse suivante d'au moins deux ans. Dix-sept pour cent ont recours à une méthode de contraception moderne. Les personnes interrogées dans le cadre de la recherche qualitative menée au Togo en 2015 ont mentionné le manque de connaissances, l'analphabétisme, la pauvreté et les croyances religieuses comme des motifs de résistance à l'usage des méthodes contraceptives modernes.

Utilisation de l'I-Kit PEIGS au Togo

L'HC3 a versé à l'ATBEF une subvention de 5 000 \$ pour développer l'I-Kit PEIGS. Entre septembre 2016 et mars 2017, l'ATBEF a évalué l'utilisation des outils sélectionnés dans l'I-Kit au sein de sa clinique principale, qui se trouve à Lomé, la capitale du Togo, et dans quatre communautés du district d'Avé (à quelques 40 kilomètres au nord-ouest de Lomé). L'ATBEF a utilisé l'I-Kit pour renforcer la capacité de CCSC des prestataires et des ASC pour la prévention et la gestion des grossesses à un âge maternel avancé (AMA) et à haute parité (HP) et pour l'organisation de séances d'éducation collectives mensuelles destinées aux publics et aux patients à base communautaire.



Participants aux discussions communautaires sur l'AMA/HP, district d'Avé, Togo. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

Le responsable du programme sur le VIH/Centre de formation/Sensibilisation communautaire de l'ATBEF a dirigé l'équipe en charge de l'élaboration de l'I-Kit de l'organisation, avec le soutien de son responsable médical et de son responsable de la communication. Le responsable du contrôle, de l'évaluation et de la recherche, ainsi que le directeur du programme ont



ASC du district d'Avé de l'ATBEF, équipe de gestion du projet pilote AMA/HP et coordinateur régional de la région Maritime, après la réunion de synthèse du projet, mars 2017. © 2017, ATBEF.

Pour satisfaire le besoin d'informations supplémentaires de l'ATBEF en matière de CCSC, l'HC3 a adjoint à l'I-Kit les liens suivants vers des ressources sur la CCSC en langue française :

- [Accès des communautés aux contraceptifs injectables : Un guide pour le plaidoyer](#)
- [Un film de plaidoyer : « l'accès à base communautaire à la contraception injectable : du simple bon sens »](#)
- [Les ressources pour l'action](#)
- [NPI : Documents pour la formation en CCSC](#)
- [Jhpiego : cours en français](#)

validé les outils de contrôle du projet. En dépit de la vaste expérience de l'ATBEF en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC), ainsi qu'en matière de communication pour le changement de comportement, la CCSC, qui intègre les normes sociales et les facteurs environnementaux dans la conception et la mise en œuvre de la communication sur la santé, était une nouveauté pour l'organisation.

Un consultant d'HC3 a fourni des ressources supplémentaires pour la CCSC et une assistance technique sur site et virtuelle ciblée, consistant en des appels téléphoniques toutes les deux ou trois semaines. Ces appels traitaient, par exemple, du choix et de l'impression des outils, des plans de formation, des outils de collecte de données, du feedback des participants et de la progression générale du projet. À mi-parcours du projet, le consultant a passé une semaine au Togo à des fins d'observation, d'assistance et de documentation.

Sur la base des outils définis par l'ATBEF comme étant les plus utiles pour son personnel et son public, et qui ont pu être testés en fonction du temps et des fonds disponibles, l'organisation a décidé de développer les outils suivants :

Outil de l'I-Kit PEIGS	Utilisé par	Utilisé pour
1. Manuel de mise en œuvre destiné aux gestionnaires de programmes	Coordination du projet	Responsables et Ministère de la Santé
2. Brochure destinée aux publics progressistes	Prestataires et ASC	Rappel aux patients (après visite)
3. Guide de conseil et d'évaluation destiné aux prestataires	Prestataires en structures sanitaires	Guide de conseil, d'évaluation et d'éducation des patients
4. Guide de conseil et d'évaluation destiné aux agents de santé communautaires	ASC	Éducation/sensibilisation des communautés
5. Affiche de rappel pour les prestataires travaillant en structures sanitaires	Prestataires en structures sanitaires	Conseil et évaluation des patients
6. Infographies destinées aux décideurs et aux personnes chargées de définir les politiques	Coordinateur de projet et ASC	Séances d'éducation/de sensibilisation

LATBEF a utilisé l'I-Kit pour former 15 prestataires et 10 ASC et orienter l'équipe de gestion, ainsi qu'un représentant du Ministère de la Santé/Département de la Santé maternelle et infantile sur les grossesses à un AMA et à HP. La participation du Ministère de la Santé à l'orientation du PEIGS a facilité le travail au niveau communautaire et a permis de renforcer l'adhésion au message auprès des prestataires de services du Ministère de la Santé.

La formation des prestataires et des ASC a duré trois jours et a inclus des présentations, des discussions, des jeux de rôles et des exercices pratiques en s'appuyant sur la brochure et les guides de conseil disponibles dans l'I-Kit. La formation des prestataires a inclus une journée de pratique complète au sein de la clinique centrale de l'ATBEF.

La formation des ASC a eu lieu à la Direction de la Santé à Avé. Parmi les participants figuraient le coordinateur régional de l'ATBEF, 10 ASC originaires de quatre villages d'Avé (Djégbakondji, Atti-touwi, Yoto et Tiviepié) et un coordinateur d'ASC. Le directeur de santé du district a ouvert l'atelier, en soulignant l'importance du sujet et du rôle des ASC. Dans le cadre des exercices pratiques, les ASC ont organisé une séance de groupe avec les membres communautaires et une autre avec les leaders communautaires.

Les prestataires de services de planification familiale (PF), de soins prénataux, de soins postnataux et VIH ont intégré l'évaluation et les conseils sur l'AMA et l'HP dans leurs interactions quotidiennes avec les patients. Ils ont organisé 19 séances d'éducation collectives sur l'AMA et l'HP avec des patientes enceintes et ont conseillé 542 patients sur les risques des grossesses à un AMA et à HP. Les ASC ont discuté de l'AMA et l'HP à l'occasion de 139 visites à domicile et 39 discussions communautaires. Lors de ces séances, les instructeurs ont défini ce que sont l'AMA et l'HP, ont décrit le risque accru de complications, ont milité en faveur de l'usage de méthodes de PF modernes afin d'éviter les grossesses à risque et ont répondu aux préoccupations concernant les effets indésirables liés aux méthodes de PF.

LATBEF a également organisé trois groupes de discussion : deux avec les membres (hommes et femmes, respectivement) d'un groupe de promotion du bien-être familial appelé Mognongnon (famille heureuse) et un avec cinq couples. Les membres du groupe Mognongnon sont des parents et des leaders communautaires qui appliquent dans leur environnement familial, professionnel



Séance de conseil, Clinique de l'ATBEF, Lomé. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

Thèmes de formation des prestataires de l'ATBEF

- PEIGS
- Définition des grossesses à un AMA et à HP
- Importance de l'intégration des concepts AMA et HP dans les activités quotidiennes des cliniques
- Risques associés aux grossesses à un AMA et à HP
- CCSC
- Présentation des outils de la PEIGS et formulaires de collecte de données
- Pratique en clinique de l'organisation de séances d'éducation sur l'AMA et l'HP et de l'intégration de ces concepts dans les séances de conseil sur la PF, les soins prénataux/postnataux et le VIH



Groupe de discussion incluant des membres de Mognongnon, Lomé, Togo. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

et communautaire les leçons apprises dans le cadre du groupe Mognongnon. Les membres de ce groupe comprennent, notamment, des journalistes, des collègues éducateurs, des chefs d'entreprise et des chefs religieux. Dans le groupe des couples, on a observé, dans la plupart des cas, que c'est l'homme qui décide du nombre d'enfants qu'aura le couple, sans tenir compte de la parité ou de l'âge de l'épouse. Les participants des trois groupes ignoraient les risques accrus liés à l'âge et à la parité et certains ont reconnu avoir été confrontés aux complications décrites. Les participants ont apprécié la communication des informations et des documents et se sont engagés à les diffuser à leur tour auprès de leurs communautés.

Pendant la séance de questions/réponses de nombreuses séances de groupe, les participants ont mis l'accent sur les femmes qui retardent leur projet d'enfant pour étudier ou assurer leur carrière professionnelle ou encore car leur mari travaille ailleurs, et ils ont remis en question l'idée que 35 ans est un âge trop avancé pour avoir un enfant.

Succès et ce qui a bien fonctionné

Le personnel et les partenaires de l'ATBEF ont apprécié que les femmes à un AMA et à HP soient définies comme le public clé et ont aussi apprécié la nouvelle perspective du rôle que jouent les normes communautaires dans le changement de comportement. L'ATBEF a approuvé le contenu et la structure de l'I-Kit PEIGS et l'a trouvé exhaustif et utile pour en savoir plus sur la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé, l'AMA et l'HP et la CCSC. Le personnel a exprimé son appréciation des concepts liés au CCSC, par exemple l'adhésion des publics d'influence, car il n'abordait pas ces thèmes auparavant. Les prestataires de l'ATBEF ont trouvé que l'affiche représentait un rappel utile et que les infographies donnaient un aperçu simple, détaillant les risques et donnant des statistiques intéressantes qui se sont avérées très utiles, y compris dans le cadre des discussions de groupe communautaires. Le personnel de l'ATBEF a utilisé l'I-Kit de manière efficace pour améliorer la sensibilisation des femmes et des couples aux risques, ainsi que les conseils qui leur sont dispensés à ce sujet.

Les formations de l'ATBEF reposaient sur les activités quotidiennes des participants, plutôt qu'elles ne venaient s'y ajouter, and incluaient des séances pratiques avec feedback.

Par exemple, les ASC de l'ATBEF font régulièrement tourner les thèmes des groupes de discussion communautaires. Grâce à l'I-Kit et à leurs formations, les ASC ont pu inclure les grossesses à un AMA et à HP dans leur rotation et consacrent 30 à 60 minutes à ce sujet seulement (plutôt que de le présenter comme un thème parmi d'autres). Cette approche permet aux membres de la communauté de mieux comprendre ces informations. Les patients et les communautés perçoivent bien les messages aussi, ce qui a conduit l'ATBEF à inclure l'évitement des grossesses à un AMA et à HP dans les formations de tous ses prestataires et ASC.

Les discussions de groupe et communautaires ont également suscité les témoignages de personnes qui s'étaient heurtées à des complications et ne savaient pas que l'âge ou la parité pouvaient en être responsables. Ces discussions ont entraîné des questions sur l'âge idéal pour enfanter pour les hommes et les femmes, les méthodes de contraception, comment amener les hommes à participer à cet échange et comment aider les femmes à un AMA qui souhaitent tomber enceintes. Les participants au projet pilote ont trouvé les sujets abordés si intéressants qu'ils ont proposé de communiquer les messages relatifs à l'AMA et à l'HP au sein de toutes les communautés et structures sanitaires. Dans l'ensemble, l'ATBEF a sensibilisé plus de 3000 personnes grâce aux activités de son I-Kit (décrites dans le tableau présenté en haut de la page 5).



Des ASC de l'ATBEF répondent aux questions des membres de la communauté, district d'Avé. © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

Leçons apprises

À la fin du projet, l'ATBEF a organisé une séance de feedback avec les partenaires, prestataires et ASC. Pour bon nombre d'entre eux, le projet a tiré la sonnette d'alarme. Il leur a permis de prendre conscience de la nécessité de mieux adapter leurs approches en fonction, par exemple, de l'âge, de la parité, des normes communautaires et de la théorie du changement de comportement. Parmi leurs principales observations figurait la difficulté de limiter les grossesses après l'âge de 35 ans, mais ils insisteront sur la nécessité d'effectuer un suivi rigoureux dans ces cas afin d'améliorer les résultats sanitaires, aussi bien pour les mamans que pour les enfants.

Sur la base de l'expérience pilote, l'ATBEF a identifié plusieurs « leçons apprises » et manières d'adapter l'I-Kit :

Personnes sensibilisées à travers les visites à domicile et les discussions communautaires des ASC de l'ATBEF (Nov 2016 – Mar 2017)

Public	Femmes (24 ans et +)					Hommes		Jeunes		Total
	AMA	HP	AMA + HP	Non AMA ou HP	Inconnu	Mariés	Célibataires	Femme	Homme	
Nombre de participants	158	117	167	723	75	307	145	190	108	1 990

Personnes sensibilisées par les prestataires en structures sanitaires de l'ATBEF (Nov 2016 – Mar 2017)

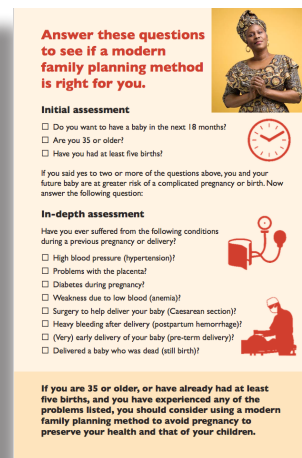
Public	Femmes (24 ans et +)					Hommes		Jeunes		Total
	AMA	HP	AMA + HP	Non AMA ou HP	Inconnu	Mariés	Célibataires	Femme	Homme	
Nombre de participants	339	203	185	305	52	144	45	51	23	1 347
TOTAL										3 337

- **Adaptation des supports d'information aux patients à faible niveau d'alphabétisation.** Bien que 66,5 pour cent des adultes au Togo sachent lire et écrire, le taux d'alphabétisation est supérieur dans les villes et inférieur dans certains villages. Remplacer le texte par des images représentant les complications associées à l'AMA et à l'HP aidera les patients analphabètes ou à faible niveau d'alphabétisation à mieux comprendre et à retenir les informations nécessaires liées à ces grossesses à risque.
- **Élaboration de supports d'informations pour la diffusion de messages auprès de larges groupes.** Dans la mesure où une grande partie des activités des ASC de l'ATBEF implique des discussions communautaires, les ASC ont adapté l'infographie, destinée initialement aux décideurs sanitaires aux niveaux national, des districts ou des cliniques, pour l'utiliser en tant qu'outil d'éducation de groupe. Remplacer les appels à action présentés dans la section « Ce que vous pouvez faire » de l'outil par une liste de méthodes de PF peut aider à rappeler aux ASC les thèmes à aborder pendant leurs discussions.
- **Simplification des guides de conseil.** Bien que les guides destinés aux prestataires et aux ASC contiennent tous les définitions des risques pour la santé de l'AMA et de l'HP, ces informations étaient parfois trop nombreuses pour pouvoir être dispensées à titre de référence rapide. Une fois que les agents de santé maîtrisent eux-mêmes ces définitions, l'ajout d'un nouveau tableau décrivant les risques respectivement liés à l'AMA et à l'HP, ainsi que les risques communs aux deux peut permettre



Infographie HP de l'I-Kit avec la section « Ce que vous pouvez faire » au bas

- aux agents de santé de voir en un coup d'œil les informations qui les intéressent.
- **Souligner la nécessité de gérer les risques liés à l'AMA et à l'HP.** Bien que les documents contenus dans l'I-Kit soulignent actuellement l'importance du suivi prénatal et de l'accouchement assisté en cas de grossesses à un AMA et à HP, les informations contenues dans l'I-Kit incitent également les femmes et les couples à planifier leurs familles de manière à éviter ce type de grossesse. Les participants au Togo ont été particulièrement troublés par le constat suggérant que 35 ans est un âge trop avancé pour avoir des enfants, tant en vertu des normes sociales que du fait qu'un nombre croissant de femmes reportent leurs projets d'enfants à plus tard, jusqu'à la fin de leurs études ou jusqu'à avoir réalisé leurs objectifs professionnels. Dans ces cas, des informations adaptées peuvent davantage mettre l'accent sur la nécessité d'un suivi strict et d'un accouchement dans une structure sanitaire pour les grossesses à risque.
- **Reconcevoir les éléments « interactifs ».** Dans sa



Page de la brochure destinée aux patients contenant l'auto-évaluation

conception initiale, la brochure destinée aux patientes contient une auto-évaluation des risques liés à l'AMA et à l'HP, qui pose aux femmes des questions telles que : « Voulez-vous avoir un enfant au cours des deux prochaines années ? Avez-vous 35 ans ou plus ? Avez-vous eu au moins cinq accouchements ? » Au Togo, les femmes ont du mal à comprendre cette approche, ce qui lui fait perdre de son efficacité. Cette section peut être remplacée par un tableau décrivant les risques liés à l'AMA et à l'HP, respectivement, ainsi que les risques communs aux deux.

- **Prévoir du temps pour la prise en main des nouveaux documents.** Les ASC et les prestataires de l'ATBEF avaient initialement trouvé les guides de conseil longs, techniques et fastidieux ou difficiles à intégrer dans leurs routines standard. Toutefois, une fois qu'ils avaient parfaitement assimilé et compris les informations, on ne s'attendait pas à ce qu'ils suivent les guides à la lettre ; les deux groupes ont pu adapter et personnaliser leur approche selon les patients et les groupes de discussion. L'organisation de séances pratiques en compagnie de couples volontaires et s'entraîner à dire ce qu'il faut aux femmes à un AMA et à HP qui utilisent déjà des moyens de contraception (p. ex., souligner l'importance de poursuivre cette contraception et recommander des méthodes à long terme), aide les agents de santé à mieux se préparer aux situations réelles.

Conclusion

La participation au projet pilote de l'I-Kit PEIGS a permis de diffuser le point de vue de l'ATBEF sur ses publics et ses messages clés. Bien que les responsables et les prestataires fussent généralement conscients des risques accrus liés aux grossesses à un AMA et à HP, ils n'utilisaient pas ces messages pour inciter les femmes et les couples à adopter des méthodes de contraception modernes afin de se protéger contre ces risques. L'ATBEF n'avait pas non plus été exposé aux principaux concepts du CCSC, p. ex. l'impact des publics d'influence sur les femmes et leur capacité à adopter la PF. Le projet pilote a été l'occasion pour l'ATBEF de donner un nouveau souffle à son approche de communication. Depuis le lancement du projet pilote, l'ATBEF a intégré la PEIGS et la CCSC dans toutes ses formations dispensées aux prestataires et aux ASC, y compris la formation des prestataires du Ministère de la Santé, ce qui lui a permis d'étendre la portée et l'impact de ce petit projet. En outre, l'organisation a intégré ce thème dans ses futurs projets, tels que ses prochaines activités auprès des étudiants universitaires visant à les encourager à éviter les grossesses à un AMA.

Références

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2014\). Engaging Families for Healthy Pregnancies – A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

[Health Communication Capacity Collaborative \(HC3\). \(2016\). Qualitative Research on Advanced Maternal Age and High Parity Pregnancies in West Africa. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.](#)

Hooks, Carol. (2017). *HTSPI-Kit Localization Summary Report*. Manuscrit non publié.

Kouvahey-Eklu, Anita. (2017). *Projet : Prévention des grossesses chez les femmes en âge avancé et à haute parité*. Manuscrit non publié.

[Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire \(MPDAT\), Ministère de la Santé \(MS\) & ICF International. \(2015\). Enquête démographique et de Santé au Togo 2013-2014. Rockville, Maryland: MPDAT, MS and ICF International.](#)

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Healthy Timing and Spacing of Pregnancy

Research Brief 2: Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy – The Role of Culture and Community Support in Family Planning in Togo and Niger

January 2017

About this Research Brief

In 2015, the Health Communication Capacity Collaborative (HC3) conducted research to better understand the knowledge, attitudes, practices and socio-cultural factors in Togo and Niger that lead women to continue having children later in life and after they have already had many births. Focusing solely on women age 35 and older and women having five or more births, HC3 analyzed Togo and Niger Demographic and Health Survey data, as well as data (n=760) from a larger [2014 Camber Collective family planning study](#), referred to here as the *AMA/HP Niger Women Insights Research*. HC3 also conducted qualitative research in Niger and Togo (n=285) with women, male partners, healthcare providers and community leaders. The research ultimately informed the HC3 Healthy Timing and Spacing of Pregnancy (HTSP) Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy Implementation Kit.

This brief is one of a series of three, and presents findings from this research. The full report is available here: <http://healthcommcapacity.org/hc3resources/qualitative-research-advanced-maternal-age-ama-high-parity-hp-pregnancies-west-africa/>



Discussing AMA and HP pregnancy in Togo, © 2016 Carol Hooks. All rights reserved.

Introduction

A woman is considered to be of advanced maternal age (AMA) when she is age 35 or older, and she is considered high parity (HP) when she has had five¹ or more pregnancies. Research shows that such pregnancies carry elevated risks for the mother and the baby. These risks can include maternal hypertensive disorders, pre-term delivery, abnormal infant birth weight and maternal and fetal mortality.

Having many children is a prevalent, if not expected, reproductive norm in Niger and Togo,² but socio-cultural

Summary of Key Findings

- A fatalistic attitude and a refusal to interfere with God's plans by limiting pregnancies was a prevalent theme. This default to religious beliefs was more common in Niger than Togo, and more tied to Islam than Christianity or other beliefs.
- Normative factors – such as gender roles around FP decision-making, polygamy and desired family size – facilitated or hindered the use of FP.
- Using FP methods to have smaller families was more accepted in urban Togo than any of the other sites, and was least common in Niger, where the concept of limiting remains “forbidden” or taboo.

¹ At the start of this activity, HC3 defined HP as five or more births; USAID has since revised the definition to include women having four or more births.

² Niger has the highest total fertility rate in the world at 7.6 children per woman, and Togo's, though declining in recent years, remains elevated at 4.8 children per woman (Niger DHS, 2012; Togo DHS, 2013).

norms around large families vary slightly according to context. In urban Togo, for example, a transition to lower fertility desires has begun.

This brief presents qualitative research findings around the role cultural and community norms play in women's and couple's family planning (FP) decisions.

Key Findings

In both Niger and Togo, the research showed that social norms, religion and other cultural values directly contribute to and perpetuate AMA and HP pregnancy in rural and urban communities by encouraging large families and constraining modern FP method use.

Unfavorable Norms toward Limiting Births

In both countries, male and female participants reported unfavorable social and cultural attitudes around limiting births. These beliefs were evident in rural Togo, but were most prominent in Niger. This opposition extended beyond individual preference, and was reinforced at the community level. Though participants feared maternal or child death in any pregnancy,³ limiting the number of children a woman had was rarely an accepted safeguard. Particularly in Niger and rural Togo, a woman's reproductive life often continued until menopause, regardless of her age, parity or desired family size. Interviews with couples in these areas showed women and male partners equally rejected the idea of limiting births, and this opinion was not influenced by female respondents' educational level.

Participants in Togo spoke specifically about the differing family size norms between urban and rural settings. In urban Togo, participants explained social norms were shifting to be more favorable toward limiting births, and

“*Really it is not good to limit births to three, four or five children; it is not our culture. So those of us who have four wives – and if we only want four children? So every woman will stop after a single child? (hum!) In any case, we would like every woman to have 16 children (Oh yes!). Really it is not normal, [and] not just in Niger.*”

– Man, partner of women not using FP, urban Niger

“*They [women who have more than five children] are poorly perceived by the community; they are sometimes made fun of. In general, they are dirty, even the kids as well because they lack the means to look after them. We often advise them to stop this because nowadays people are not having as many children.*”

– Woman, community leader, urban Togo



A woman in Niger, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

large families were decreasingly desirable or “à la mode.” Rural settings, where large families were more accepted and common, were sometimes seen as archaic and stigmatized by urban participants, who viewed the city as more modern and evolved.

Religion and the Fear of Interfering with “God’s Plan”

Perceived religious mandates to have many children were prominent among Muslim participants in both countries. Most participants – particularly in Niger – believed Islam forbade any interference with reproduction. Participants in both countries believed they must have and accept the number of children “God gave them,” regardless of their desired family size. This fatalistic perspective surpassed any personal views. Even in cases where women felt “embarrassed” to be pregnant as an older woman, they still chose to leave it up to God.

“*Personally, five children is good. But if God arranged for us to have more, that would not be a problem.*”

– Man, partner of high-parity woman, urban Niger

Regardless of education levels, perceived religious constraints prevented FP use among Niger participants. One college-educated woman said she did not use modern FP methods because they were considered illicit by Islam. Many participants in Niger, including some religious leaders, explained that while Islam forbids birth limiting, it has for centuries encouraged birth spacing. These participants did not say Islam condoned modern FP method use, though spacing through exclusively breastfeeding was largely accepted. Similar religious constraints, while not as prevalent, existed in Togo and were linked almost exclusively to Islam.

³ See series HTSP Research Brief 1: Perceived Risks and Associated Provider Communication Barriers at <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.

“
Yes, I have heard about these methods, only I don't know whether these methods will be good for me or create problems for me. The midwives have explained [them] to me but because of my religion (Islam), I cannot take them. In our house, if people are against the fact that you do FP and you persist, you could even die by doing it, that is why I did not do it.”

– Woman, AMA and HP woman, rural Togo

Favorable Norms towards Large Family and Strategic Interest

Some participants valued large families because of their perceived benefits. These beliefs were more pronounced in Niger, but some participants in urban and rural Togo also felt children enhanced social status in several ways, including 1) being positively perceived in their community, 2) being seen as blessed by God, 3) adding to the family's monetary wealth and 4) ensuring parents would be cared for in their old age.

The desire to have a large family was also linked to infant mortality fears. The perceived frequency of infant deaths⁴ led couples to develop a prevention strategy: have many children in the hope of always having some should others succumb to illness and death.

Polygamy

Polygamy was more common in Niger than in Togo, and interviews showed being in a polygamous relationship impacted when and how many children a woman had.



Woman in the market, © 2006, Richard Nyberg, courtesy of Photoshare.

Participants explained that having children was often a strategy to 1) prevent the husband from taking another wife or 2) compete with co-wives for her husband's attention, resources or inheritance. In this way, polygamy resulted in a race to have more children, regardless of the risks⁵ each pregnancy carried.

“
If the woman has a co-wife, she always wants to have children. She doesn't want to stop because the other one will give birth and reach the number she has. We, as healthcare providers, we cannot manage this aspect. In a situation of polygamy, women are no longer prepared to listen to us regarding limiting births.”

– Midwife, urban Niger

Established Community Norms on Family Planning

In Niger, participants generally supported FP, so long as it was used for spacing instead of limiting. In Togo, FP use was somewhat less taboo for both spacing and limiting births. However, these positive attitudes did not necessarily translate into FP use. Participants in both countries reported they would be more likely to accept contraceptive use if they believed it had become a norm in their community and was accepted by other women. A provider in rural Niger explained that women often needed to see others close to them using a FP method, and then they were more likely to mimic that behavior and accept FP for themselves.

Conclusions and Recommendations

Participants identified many socially and culturally significant factors contributing to AMA and HP pregnancy in Niger and Togo, but the fatalistic attitude and a refusal to interfere with God's plans by spacing and limiting births was a key theme. This default to religious beliefs was more common in Niger than Togo, and more tied to Islam than Christianity or other faiths. Normative factors – such as polygamy, religion, desired family size and community acceptance of FP – facilitated or hindered FP use. These factors were slightly less influential in urban areas, particularly in urban Togo, where norms have begun to move toward smaller families and acceptance of limiting births. A lack of understanding that AMA and HP pregnancies are higher risk also contributes to these pregnancies' prevalence.

In both countries, a strong strategic communication strategy that aligns closely held cultural values, FP use and preventing AMA and HP pregnancies is needed at the national, district and community levels. Under this strategy, the following actions should be considered:

⁴ DHS reports show the infant mortality rate decreased from 123 deaths per 1,000 live births in 1998 to 81 deaths in 2006 and 51 in 2012 in Niger, and from 80 infant deaths per 1,000 live births in 1998 to 49 deaths in 2014-2014 in Togo.

⁵ Perceptions of AMA and HP pregnancy risks are discussed in Brief 1 at <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.



AMA and HP discussion group in Togo, © 2016 Carol Hooks. All rights reserved.

- **Use evidence-based communication strategies to shift harmful maternal health and FP norms.** It is important to work with local organizations and structures to develop holistic, community-centered programs that address harmful norms – specifically those encouraging large families, mistrust of FP methods and services, competition between co-wives in polygamous relationships and male-dominated decision making – to reduce AMA and HP pregnancy prevalence. Advocating for national attention to age- and parity-related pregnancy risks, corresponding communication strategies and supportive policies (e.g., those facilitating FP use by couples and a woman’s right to adopt her chosen FP method without the permission of her husband) would further strengthen this effort.
- **Capitalize on community leaders’ willingness to support initiatives.** Prevention efforts should take advantage of community and religious leaders’ insights in designing and disseminating AMA and HP pregnancy prevention and management messages. These leaders can be key sources of information and encourage community members to use FP, accept or plan smaller family sizes, communicate with their partner about FP and promote women’s agency in making FP decisions.

References

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

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

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

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Synthèse de l'étude 1 : Grossesses à un âge maternel avancé et à haute parité – Risques perçus et obstacles à la communication avec les prestataires associés au Togo et au Niger

Janvier 2017

À propos de cette synthèse d'étude

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

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



Femme à haute parité ayant eu six enfants en Afrique de l'Ouest, © 2014, Dieneba Ouedraogo. Tous droits réservés.

Introduction

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

Résumé des principaux résultats

- Les grossesses à un AMA et à HP sont fréquentes au Niger et au Togo et elles ne sont souvent pas perçues comme induisant des risques accrus.
- Les risques pour la grossesse qui sont associés à l'âge et à la parité étaient mieux appréhendés au Togo qu'au Niger, en particulier dans les milieux urbains togolais.
- Les prestataires en structure clinique et à base communautaire dans les deux pays n'ont pas les compétences, la formation et les outils nécessaires pour communiquer correctement sur les risques liés aux grossesses à un AMA et à HP.

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

Au Niger et au Togo, ces grossesses sont courantes², mais elles ne sont pas perçues comme présentant des risques supérieurs aux autres grossesses. Les croyances religieuses et culturelles, ainsi que les normes sociales restreignent souvent l'usage de méthodes de planification familiale (PF) modernes et promeuvent les familles nombreuses. Par ailleurs, les carences dont souffre la formation des prestataires et les ressources insuffisantes empêchent les prestataires de discuter avec leurs patients des risques pertinents liés aux grossesses.

Cette synthèse présente les résultats de l'étude sur les risques liés aux grossesses à un AMA et à HP tels qu'ils sont perçus, ainsi que la façon dont les prestataires de soins abordent ces risques auprès de leurs patients.

Principaux résultats

Perception des risques

Dans le cadre des groupes de discussion et des entretiens, les hommes et les femmes interrogés au Niger ont décrit la grossesse comme un événement dangereux pour les femmes. Les risques liés à la grossesse les plus redoutés sont le décès de la mère et du bébé. Les personnes interrogées ont également exprimé leurs craintes concernant la naissance proprement dite, en particulier la nécessité de recourir à une césarienne. Toutefois, les participants n'ont pas associé l'âge avancé ou l'HP à un danger accru pour la mère ou le nourrisson.

« Quand on tombe enceinte, on n'est jamais sûre d'aller jusqu'au bout... Chaque jour, on prie Dieu pour que la journée se passe bien... Seul Dieu sait ce que nous réserve chaque jour... On vit chaque jour en sursis et on ne retrouvera une vie normale qu'après l'accouchement. »

– Femme n'utilisant pas la planification familiale et vivant en zone rurale au Niger

Les risques liés à la grossesse qui sont associés à l'âge et à la parité étaient plus ou moins mieux appréhendés au Togo, en particulier en milieu urbain. Les participants ont reconnu que les organes d'une femme âgée « ne pouvaient pas remplir correctement leurs fonctions », ce qui pouvait entraîner des complications pendant la grossesse ; ils ont également exprimé leurs craintes concernant les malformations génétiques ainsi que la mortalité infantile et maternelle. Les hommes interrogés vivant en milieu urbain au Togo se sont également inquiétés que les enfants nés d'une grossesse à un AMA et à HP, ou orphelins à l'issue de telles grossesses, aient des difficultés pour étudier ou des troubles « intellectuels » et autres problèmes comportementaux.

La mortalité maternelle était une préoccupation majeure aussi bien au Niger qu'au Togo. Les participants craignaient aussi bien le décès en soi que son impact social sur l'enfant et la famille. Cela laisse penser que les femmes n'ont une valeur qu'à travers leurs enfants, leur mort étant perçue principalement comme la perte du soignant de l'enfant.



Prestataire de soins au Niger, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

« Oui, cette grossesse implique des risques par rapport aux autres, car la patiente a atteint un âge avancé et ses organes sont déjà fatigués, et certaines de leurs cordes coupées, ce qui ne leur permet pas de remplir correctement leurs fonctions. C'est comme le moteur d'une voiture ou d'une moto, lorsque le véhicule est vieux, il ne peut plus fonctionner correctement et vous devez le vendre. Si cette femme tombe encore enceinte, elle aura beaucoup de problèmes. »

– Homme en milieu urbain au Togo

Obstacles à la communication avec les prestataires de soins

Connaissances limitées des prestataires

Les prestataires présentent des connaissances limitées et superficielles concernant les dangers liés aux grossesses à HP et à un AMA. Les risques courants mentionnés font référence aux directives générales de l'Organisation mondiale de la Santé sur la gestion des grossesses et des naissances, notamment les ruptures utérines, les hémorragies pendant l'accouchement et la mort de la mère ou du nourrisson.

Le niveau de connaissances varie selon les différentes catégories de prestataires de soins. Par exemple, les connaissances des sages-femmes concernant les risques liés à la grossesse chez les femmes âgées de 35 ans ou plus ou chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs accouchements étaient générales, mais exactes. En revanche, les ASC ne connaissaient pas bien du tout ces risques.

Communication sur les risques limitée, voire inexistante

Les entretiens avec les professionnels de la santé maternelle et infantile ont révélé que la communication sur les dangers liés aux naissances trop nombreuses ou à l'enfantement après un âge donné était limitée, voire inexistante. Dans la plupart des cas, les prestataires

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

discutaient avec leurs patients des risques liés à la grossesse lors des examens prénataux et postnatals, ainsi qu'à l'occasion des séances de conseil sur les services de PF. Dans la mesure où les directives officielles relatives à ces consultations n'incluaient pas des messages de prévention ou de gestion des grossesses à un AMA ou à HP, les prestataires n'abordaient pas régulièrement ces thèmes dans les conseils qu'ils dispensaient. Par ailleurs, aborder ces risques lors des examens prénataux n'avait aucun impact en termes de prévention, puisque les patientes étaient déjà enceintes, et suscitait plutôt la défiance des patients à l'égard des prestataires.

Dans l'ensemble, la communication des prestataires sur la grossesse auprès des femmes à un AMA ou à HP restait limitée et ne suivait aucune orientation particulière, et variait même en fonction de l'initiative personnelle et du niveau des connaissances de chaque prestataire.

Difficultés qu'implique la discussion des risques avec les patients

Dans la plupart des cas, les prestataires n'avaient pas les compétences nécessaires pour discuter des risques liés aux grossesses à un AMA et à HP de manière acceptable pour les patients. Ces lacunes ont conduit les patients à interpréter, à tort, les intentions des prestataires comme étant malveillantes à leur égard ; des prestataires ont précisé que leurs collègues étaient parfois stigmatisés ou soupçonnés de sorcellerie pour le simple fait d'expliquer les risques liés à la grossesse à leurs patientes à un AMA ou à HP, en particulier si le « malheur » prédit venait à se réaliser.

Ces résultats suggèrent aussi que les prestataires peuvent, sans le vouloir, blâmer ou accabler les patientes en ignorant les circonstances qui ont conduit aux grossesses à un AMA et à HP. Des facteurs tels que la pression de la famille ou de l'époux poussant à avoir plusieurs enfants et la concurrence entre les coépouses³ favorisent les familles nombreuses et peuvent restreindre la liberté de décision des femmes. Il est important que les prestataires soient capables de conseiller les patientes de manière productive et positive, en tenant compte de ces facteurs, et qu'ils incitent les conjoints à participer, car ce sont eux qui détiennent généralement le pouvoir de décision finale.

« À l'heure actuelle, nous avons certainement besoin d'outils qui nous permettent de rendre nos présentations plus attractives afin de susciter la confiance des patients. »

– Sage-femme en zone rurale au Niger

Absence de matériel de communication sur les risques

Les prestataires de soins ont également observé l'absence de matériel de communication sur les grossesses à un AMA et à HP et ont reconnu qu'il s'agissait d'un problème majeur. Pour les aider dans leur travail de conseil, les prestataires ont souvent adapté d'autres documents de PF en leur possession.

Conclusions et recommandations

L'étude qualitative réalisée par l'HC3 et l'*Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger* ont révélé une incompréhension générale des risques liés aux grossesses à un AMA et à HP, en particulier au Niger. Ce facteur, associé aux normes sociales et culturelles favorables aux familles nombreuses, pousse les femmes à avoir toujours plus d'enfants, sans se préoccuper de leur âge ni des enfants qu'elles ont déjà. En dépit des connaissances solides des sages-femmes sur les risques associés à l'âge et à la parité pour les femmes enceintes, la communication de ces dangers aux patients restait difficile et suscitait la défiance des patients à l'égard des prestataires. Les prestataires ne disposaient pas non plus des formations et de la documentation nécessaires pour conseiller de manière adéquate les patients au sujet de ces grossesses.

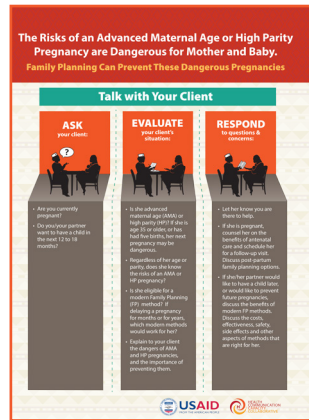
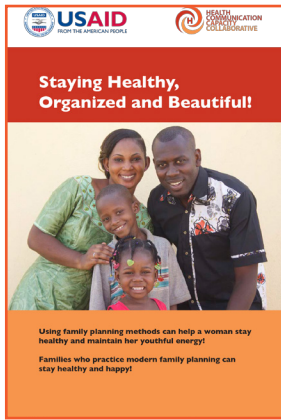


Discussion sur les grossesses à un AMA et à HP au Togo, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

L'HC3 recommande que le Togo et le Niger, de même que d'autres pays confrontés à la même situation, de développer une stratégie de communication intégrée sur les grossesses à un AMA et à HP aux niveaux national, des districts et communautaire. Cette stratégie doit inclure des messages spécifiques concernant l'âge maternel et la parité dans les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de PF existants, et aligner l'utilisation de la PF et la prévention de ces grossesses à risque sur les valeurs culturelles profondément enracinées dans ces sociétés. Lors de l'élaboration d'une stratégie, les actions suivantes doivent être envisagées :

- **Plaidoyer en faveur de l'inscription des grossesses à un AMA et à HP parmi les causes nationales prioritaires.** Les programmes SMNI et FP, y compris notamment la vaccination des enfants et les programmes de PF post-partum, sont souvent définis comme des priorités dans les politiques nationales relatives à la santé et à la population. En revanche,

³ Les normes culturelles qui contribuent aux grossesses à un AMA/à HP sont abordées dans la synthèse de l'étude sur la PEIGS 2, <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.



Exemples de matériel de communication sur l'AMA et l'HP destinés aux patients et aux prestataires de l'HCS

les risques liés à la grossesse qu'impliquent l'âge et la parité suscitent rarement l'attention des décideurs, en dépit de la prévalence des grossesses à un AMA et à HP et des risques associés pour la santé. Un plaidoyer est nécessaire pour identifier les domaines d'intervention et mettre en place les ressources requises pour gérer systématiquement et prévenir ces grossesses à risque.

- **Inclusion d'informations sur les grossesses à un AMA et à HP dans les programmes SMNI et PF.** La sensibilisation aux risques liés à l'âge et à la parité encourus par les femmes enceintes est faible. Les personnes en charge de la mise en œuvre des activités et des programmes SMNI and PF existants peuvent inclure dans ces derniers des messages clés concernant l'AMA et l'HP. Identifiez les opportunités de sensibilisation des femmes lorsqu'elles réfléchissent déjà à la santé de leur enfant ou à une prochaine grossesse, par exemple à l'occasion de visites post-partum ou pour la vaccination de leur enfant.
- **Renforcement de la capacité des prestataires de soins à discuter avec les patients des risques liés aux grossesses à un AMA et à HP.** Pour pouvoir discuter des dangers associés à une grossesse auxquels s'expose une femme âgée de 35 ans ou plus ou qui a déjà accouché plusieurs fois, les prestataires doivent avoir des connaissances cliniques adéquates et de

solides compétences en matière de communication. Les prestataires doivent comprendre les pressions que peuvent subir les patientes pour avoir plus d'enfants et l'importance de faire participer également les conjoints aux conversations. Les conseils doivent inclure la réassurance des patients afin d'établir une relation de confiance et doivent être axés sur des priorités et des préoccupations qui parlent aux patients, par exemple la protection de la santé de la mère. Ces compétences peuvent être introduites, puis réexaminées, dans le cadre des formations dispensées avant et pendant la prestation du service.

- **Développement d'outils efficaces facilitant la communication sur l'AMA et l'HP lors de la prestation de service.** Des documents culturellement acceptables décrivant les risques pour la grossesse associés à l'âge et à la parité sont requis. Il est essentiel de disposer d'outils verbaux et visuels sur les sites d'intervention où les niveaux d'alphabétisation sont faibles, et les documents doivent contenir des images, des messages et un langage que le public principalement ciblé est capable de comprendre et d'apprécier. Les documents doivent également inclure des guides de conseil et des affiches à mettre au mur destinés aux prestataires, ainsi que des brochures que les patients pourront emporter chez eux.

Références

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

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

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

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Healthy Timing and Spacing of Pregnancy

Research Brief 1: Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy – Perceived Risks and Associated Provider Communication Barriers in Togo and Niger

January 2017

About this Research Brief

In 2015, the Health Communication Capacity Collaborative (HC3) conducted research to better understand the knowledge, attitudes, practices and socio-cultural factors in Togo and Niger that lead women to continue having children later in life and after they have already had many births. Focusing solely on women age 35 and older and women having five or more births, HC3 analyzed Togo and Niger Demographic and Health Survey data, as well as data (n=760) from a larger [2014 Camber Collective family planning study](#), referred to here as the *AMA/HP Niger Women Insights Research*. HC3 also conducted qualitative research in Niger and Togo (n=285) with women, male partners, healthcare providers and community leaders. The research ultimately informed the HC3 [Healthy Timing and Spacing of Pregnancy \(HTSP\) Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy Implementation Kit](#).

This brief is one of a series of three, and presents findings from this research. The full report is available here: <http://healthcommcapacity.org/hc3resources/qualitative-research-advanced-maternal-age-ama-high-parity-hp-pregnancies-west-africa/>



A high-parity woman in West Africa with her six children, © 2014, Dieneba Ouedraogo. All rights reserved.

Introduction

A woman is considered to be of advanced maternal age (AMA) when she is age 35 or older, and she is considered high parity (HP) when she has had five¹ or more pregnancies. Research shows that such pregnancies carry elevated risks for the mother and the baby. These risks can include maternal hypertensive disorders, pre-term delivery, abnormal infant birth weight and maternal and fetal mortality.

Summary of Key Findings

- AMA and HP pregnancies are frequent in Niger and Togo, and are often not perceived to be high risk.
- Age- and parity-related pregnancy risks were better understood in Togo than Niger, and were most understood in urban Togo.
- Clinic- and community-based providers in both countries lack the skills, training and tools needed to adequately and appropriately communicate AMA and HP pregnancy risks.

¹ At the start of this activity, HC3 defined HP as five or more births; USAID has since revised the definition to include women having four or more births.

In Niger and Togo, these pregnancies are common,² but are not perceived as any more dangerous than pregnancy in general. Religious and cultural beliefs and social norms often constrain modern family planning (FP) method use and encourage large families, and inadequate provider training and a lack of resources prevent providers from discussing relevant pregnancy risks with their clients.

This brief presents research findings around perceived AMA and HP pregnancy risks, and how healthcare providers discuss these risks with their clients.

Key Findings

Risk Perception

During focus group discussions (FGDs) and interviews, men and women in Niger described pregnancy itself as dangerous for women. The most commonly feared pregnancy risks were the death of the mother and of the baby. Additional concern was expressed around childbirth itself, particularly the need for a Caesarean section. However, participants did not associate older age or HP with any increased danger to the mother or baby.

“
When you get pregnant, you are never sure to pull through. . . each day, you pray that God will show you the next day and when the sun rises expect to live until the evening. . . only God knows. You are a dead person with a suspended sentence and it is after giving birth that you will feel better.”

– Woman, not using family planning, rural Niger

Pregnancy risks associated with age and parity were somewhat better understood in Togo, especially in urban areas. Participants said when a woman was older, her organs “cannot properly fulfill their roles,” which would lead to problems during pregnancy, and also cited concerns around genetic defects, infant mortality and maternal mortality. Male participants in urban Togo also worried that children resulting from AMA or HP pregnancies, or orphaned by such pregnancies, would not do well in school or could have “intellectual” and other behavioral problems.

Maternal mortality was a main concern in both Niger and Togo. Participants feared both the loss of life and its social impact on the child and family. This suggests women are valued through their children first, as their death was seen primarily as the loss of a child’s caregiver.



Healthcare provider in Niger, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

“
Yes, there are risks for this pregnancy compared to the others because she is already old and her organs are already tired and some of their cords/strings are cut so they cannot properly fulfill their roles. It’s just like the engine of a car or motorcycle, once the car or motorcycle is old, it can’t function properly and you have to sell it. If such a woman gets pregnant, she will have a lot of problems.”

– Man, urban Togo

Healthcare Provider Communication Barriers

Limited Provider Knowledge

Providers demonstrated limited and superficial knowledge about HP and AMA pregnancy dangers. Common risks mentioned referred to the World Health Organization’s general guidelines on managing pregnancies and childbirth, including uterine rupture, hemorrhaging during delivery and the death of the mother or baby.

Knowledge levels differed between categories of healthcare providers. For example, midwives’ knowledge of pregnancy risks for women age 35 or older or for women who had already had many births was general but accurate. CHWs, however, demonstrated poor understanding of the risks related to such pregnancies.

Little or No Risk Communication

Interviews with maternal and infant health professionals revealed that communication about the dangers of having too many births or having children after a certain age was limited or nonexistent. Providers most frequently discussed pregnancy risks with their clients during prenatal and postnatal exams and in FP services counseling. As official guidelines for these

² Niger has the highest total fertility rate in the world at 7.6 children per woman, and Togo’s, though declining in recent years, remains elevated at 4.8 children per woman (Niger DHS, 2012; Togo DHS, 2013).

consultations did not include AMA or HP pregnancy prevention or management messages, providers did not regularly include these themes in their counseling. Also, addressing these risks during prenatal exams did not allow for proactive, preventive behaviors (as the client was already pregnant), and instead contributed to clients' mistrust of providers.

Overall, providers' communication about pregnancy with AMA or HP women remained limited and unguided, and varied according to a provider's personal initiative and level of knowledge.

Challenges Discussing Risk with Clients

Providers often lacked the skills needed to discuss AMA and HP pregnancy risks in ways that were acceptable to their clients. This led clients to misinterpret providers' intentions as malicious; providers said their colleagues were sometimes stigmatized or suspected of witchcraft for explaining pregnancy risks to their AMA or HP clients, particularly if "the misfortune" came true.

These results also suggest that providers may unintentionally blame or shame female clients and overlook the circumstances fueling AMA and HP pregnancies. Factors such as family or spousal pressure to have many children and competition between co-wives³ encourage large families and can limit a woman's independent decision making. It is important for providers to be able to counsel patients in a productive and positive manner, taking such factors into account, and to engage male partners in particular, as men often have final decision-making power.

No Specific Risk Communication Materials

Healthcare providers also noted the lack of AMA- and HP-specific communication materials, and acknowledged this was a major challenge. To support their counseling, providers often adapted other FP materials they already had.

“

Right now we certainly need tools to make the demonstrations more attractive in order for clients to have more confidence in them.”

– Midwife, rural Niger

Conclusion and Recommendations

HC3's qualitative research and the *AMA/HP Niger Women Insights Research* revealed an overall lack of understanding of AMA and HP pregnancy risks,

particularly in Niger. This, combined with social and cultural norms that encourage large families, pressures women to continue having children, regardless of age and previous births. Though midwives had higher knowledge levels about pregnancy risks associated with age and parity, communicating these dangers to clients remained difficult and fostered mistrust between clients and providers. Providers also lack the training and materials to properly counsel clients about these pregnancies.

HC3 recommends that Togo and Niger – and other contextually similar countries – develop an integrated AMA and HP pregnancy communication strategy at



Discussing AMA and HP pregnancy in Togo, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

national, district and community levels. The strategy must integrate specific messages about maternal age and parity into existing maternal, newborn and child health (MNCH) and FP programs, and align FP use and preventing these risky pregnancies with closely held cultural values. In developing a strategy, the following actions should be considered:

- **Advocate prioritizing AMA and HP pregnancy on national agendas.** MNCH and FP programs – including child immunization and post-partum FP programs – are often priorities on health and population agendas. However, age- and parity-related pregnancy risks scarcely gain decision makers' attention, despite AMA and HP pregnancy prevalence and the associated health risks. Advocacy is needed to identify intervention opportunities, make resources available to systematically address and prevent such high-risk pregnancies.

³ Cultural norms that contribute to AMA/HP pregnancy are discussed in HTSP Research Brief 2, <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.



Healthy Timing and Spacing of Pregnancy

Research Brief 3: The Impact of Gender on Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy in Niger and Togo

January 2017

About this Research Brief

In 2015, the Health Communication Capacity Collaborative (HC3) conducted research to better understand the knowledge, attitudes, practices and socio-cultural factors in Togo and Niger that lead women to continue having children later in life and after they have already had many births. Focusing solely on women age 35 and older and women having five or more births, HC3 analyzed Togo and Niger Demographic and Health Survey data, as well as data (n=760) from a larger [2014 Camber Collective family planning study](#), referred to here as the *AMA/HP Niger Women Insights Research*. HC3 also conducted qualitative research in Niger and Togo (n=285) with women, male partners, healthcare providers and community leaders. The research ultimately informed the HC3 Healthy Timing and Spacing of Pregnancy (HTSP) Advanced Maternal Age and High-Parity Pregnancy Implementation Kit.

This brief is one of a series of three, and presents findings from this research. The full report is available here: <http://healthcommcapacity.org/hc3resources/qualitative-research-advanced-maternal-age-ama-high-parity-hp-pregnancies-west-africa/>



Men in Togo, © 2016 Carol Hooks. All rights reserved.

Introduction

In Niger and Togo, traditional gender roles directly impact women's reproductive health. While women are charged nearly exclusively with caring for children, men generally make the decisions about contraceptive use and family size. These circumstances strongly contribute to the prevalence of advanced maternal age (AMA) and high parity (HP) pregnancies.

A woman is considered to be AMA when she is age 35 or older, and she is considered HP when she has had five¹ or more pregnancies. Research shows that such pregnancies carry

Summary of Key Findings

- Factors like polygamy, early marriage, remarriage and religion – particularly Islamic beliefs – contribute to AMA and HP pregnancies.
- Male partners' refusal of family planning or limiting pregnancies is a primary barrier to women accessing, using and continuing family planning methods.
- While men made final decisions on family planning use, women were often blamed when they had too many children or their pregnancies were too closely spaced.

¹ At the start of this activity, HC3 defined HP as five or more births; USAID has since revised the definition to include women having four or more births.

elevated risks for the mother and baby. These risks can include maternal hypertensive disorders, pre-term delivery, abnormal infant birth weight and maternal and fetal mortality.

This brief presents research findings on how gender norms specifically drive women to continue having children, even when her age and parity makes pregnancy and delivery dangerous.

Key Findings

The *AMA/HP Niger Women Insights Research* results showed that women in Niger supported family planning (FP) use for birth spacing and supported government initiatives to help families in this way. Over two-thirds (70.5 percent) of surveyed women said they agree a woman should not get pregnant “if she still has a child on her back” (i.e., has a child under two years old). Furthermore, more than half (57 percent) of the women thought a husband would be displeased if his wife became pregnant again while their last child was still under two years old. This finding underscores the social consequences and disapproval of births that are too close together.

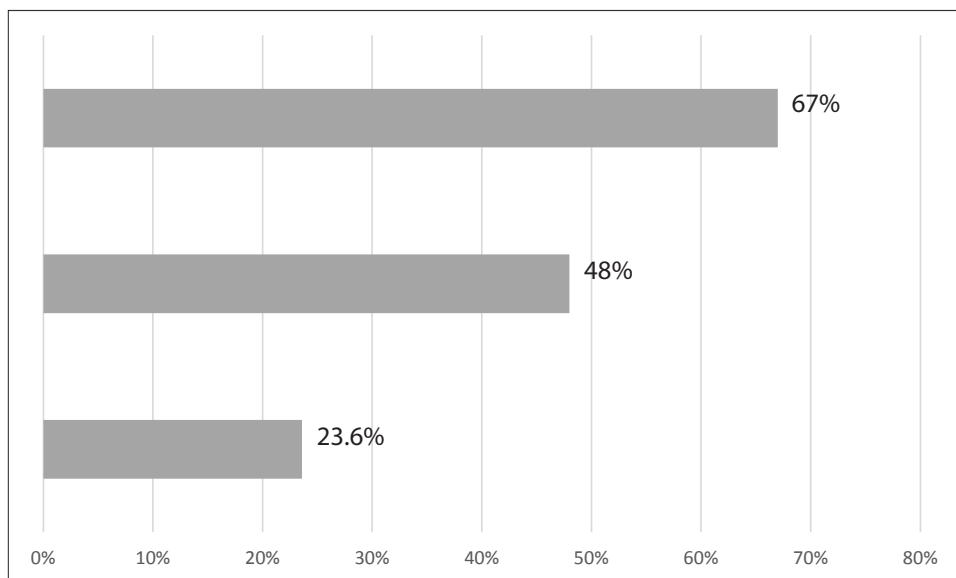
HC3’s qualitative research also showed favorable attitudes toward FP in Niger and Togo. In Niger, Muslim religious beliefs² condoned FP use exclusively for spacing births, while participants in Togo were more open to using FP to space or limit births, particularly in urban areas. Favorable attitudes, however, did not always lead to systematic FP use or agreement about use between partners in either country. Both the quantitative and qualitative data showed that, while FP use and method choice decisions were primarily made by men, the woman was often blamed if she had too many children or if children were too closely spaced. Some of the more salient gender and relationship dynamics impacting FP use in each country are detailed in the following sections.

AMA and HP Womens’ Views in Niger

Women who thought a woman should not use contraception without her husband’s knowledge

Women who reported they could make decisions about their health

Women who reported their husband’s refusal prevented them from considering a modern FP method



Lack of Decision-Making Power

The *AMA/HP Niger Women Insights Research* revealed that less than half (48 percent) of women reported they could make decisions about their health. A majority (67 percent) of AMA and HP women thought a woman should not use contraception without her husband’s knowledge, and most women said they sought their husband’s approval before using contraception. The Niger qualitative research validated these findings, and little difference in gender dynamics was noted between urban and rural locations.

In Togo, however, the qualitative results suggested women had more agency than in Niger, and were less dependent on their male partners, particularly if they were engaged in income-generating activities. This is explained more under this brief’s Women’s Agency section. Gender norms seemed slightly more fluid in urban Togo, where rates of early marriage have declined over the years, and some participants described making FP decisions themselves or with their husband.

Husband’s Refusal

While women had favorable attitudes toward FP, gender roles dictated FP use. The *AMA/HP Niger Women Insights Research* showed that 23.6 percent of participants reported their husband’s refusal prevented them from considering a modern FP method. The qualitative research confirmed this barrier throughout Togo and Niger; women in both countries reported not using FP because their husband/partner refused to allow it.

Women and providers gave examples of how difficult it was to engage men in discussions about FP methods. One provider in rural Niger described a client’s husband, who rejected her request to come in to discuss FP, and then “categorically refused” to let his wife use modern FP methods. Women and providers explained that men rejected FP use because

Source: *AMA/HP Niger Women Insights Research*; n=760

² The role of culture and religion in FP is discussed in Brief 2 of this series, available at <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.



Community members in Togo, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

Early Marriages and Marital Instability

The quantitative data indicated early marriage was prevalent in Niger: 70 percent of the women in a relationship surveyed were married before age 18. In Togo, however, early marriages have declined, and their impact on HP pregnancies was not often cited in urban areas. Interviews in rural Togo, however, showed that girls still married young. This early entry into a relationship positively influenced the number of children a woman had in a context where limiting births was taboo or not allowed. Once married, women lacked acceptable grounds to further delay having children, and many found themselves having more children than they expected. Participants also explained that divorces and remarriages put women in circumstances where, regardless of age or parity, they were obligated to give children to their new spouse.

Woman's Agency

“ I think some women do not expect to get pregnant. That happened to me seeing as I was in the village and I did not know anything about FP. It is because I came to Lomé and I was informed by the radio that I changed my behavior. So if . . . women follow the news on the radio, then they will change.”

– Woman, mixed FGD, urban Togo

Although not as commonly discussed by participants, women who 1) had access to FP information, 2) held FP decision-making power and 3) were employed were more motivated to use FP.

According to the *AMA/HP Niger Women Insights Research*, access to information positively influenced contraceptive use by AMA and HP women. Among women FP users, almost all (95 percent) sought information on different methods' use, cost and associated adverse effects. Three-fourths (76 percent) visited a healthcare center at least once for an FP consultation. The qualitative interviews also showed access to quality information was an essential condition for contraceptive use by AMA and/or HP women in both Niger and Togo. Finally, employment and income generation motivated women to use FP, although participants in Togo spoke more about this than women in Niger.

“ I would say we can no longer find women like Esse [female character in video shown during FGD] in Lomé because it is trade that women of Lomé are concerned with nowadays so you can only find women like Esse in the villages.”

– Woman, Mixed FGD, urban Togo

they feared their wife being unfaithful, they did not trust the methods' safety, or they simply wanted their female partner to have many children.

“ When we go to a prenatal or pediatric exam, they advise us about FP methods for spacing the births . . . at home, when we tell our husbands, they refuse under the pretext that these methods create illnesses that will still be their responsibility, when you return to inform the midwives they will tell you to bring your husband in, but he always refuses. There is no other way, you are condemned not to do it because he threatened you at home, because you are afraid to disobey him you will do nothing but spawn children.”

– Woman, not using FP, urban Togo

Polygamy

As discussed in Research Brief 2³ in this series, polygamy was more common among participants in Niger than in Togo. The interviews suggested women in polygamous unions often chose to have more children as a strategy to 1) prevent the husband from seeking a second wife or 2) compete with co-wives. Polygamy resulted in a race to have more children, regardless of the risks⁴ each pregnancy carried.

“ If the woman has a co-wife, she always wants to have children. She does not want to stop because the other one will give birth and reach the number she has. We, as healthcare providers, we cannot manage this aspect. In a situation of polygamy, women are no longer prepared to listen to us regarding limiting births.”

– Midwife, FGD, urban Niger

³ Cultural norms that contribute to AMA/HP pregnancy are discussed in HTSP Research Brief 2 at <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.

⁴ Perceptions of AMA and HP pregnancy risks are discussed in Brief 1 at <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.



Discussion group in Togo, © 2016, Carol Hooks. All rights reserved.

Conclusions and Recommendations

While women's attitudes are generally positive toward FP in both Togo and Niger, male partners are often a barrier to women spacing births and/or using modern FP methods. Gender roles in both countries disempower women in matters of their own reproductive lives and health. Early marriage, remarriage, polygamy and strong religious beliefs all contribute to AMA and HP pregnancy prevalence in Togo and Niger. To address these harmful norms, it is recommended that countries with similar barriers to FP use consider the following recommendations:

- **Use evidence-based communication strategies to shift harmful maternal health and FP norms.** It is important to work with local organizations and structures to develop holistic, gender-transformative (e.g., those that facilitate gender equity and address imbalanced gender norms) and community-centered programs that address harmful norms – specifically those encouraging large families, male-dominated decision-making, competition between co-wives in polygamous relationships and mistrust of FP methods and services – head on to reduce AMA and HP pregnancy prevalence.
- **Engage male partners in efforts to prevent AMA/HP pregnancies.** Programs should involve men, inform them about pregnancy risks associated with AMA and HP and engage them to make changes in their own families.

- **Capitalize on community leaders' willingness to support AMA/HP prevention initiatives.** Religious and community leaders are important sources of information and influence. These gatekeepers can model and promote more equitable gender norms, encourage community members to use and accept FP, accept or plan smaller family sizes, communicate with their partners about FP use and promote women's agency in making FP decisions. Work with these groups should also highlight the harmful effects of early marriage and polygamy, particularly as it relates to reproductive health decision making and the health of women and children.
- **Develop effective tools to support AMA and HP communication at the service delivery level.** FP healthcare providers play a frontline role in educating women and couples about age- and parity-related pregnancy risks, and in facilitating behavior change for pregnancy risk management and prevention. Culturally appropriate materials that include guidance on structured couples counseling is key to ensure men understand the benefits of birth spacing and FP and are supportive of their partner's use of these approaches.

References

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

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

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

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Synthèse de l'étude 3 : Impact du genre sur les grossesses à un âge maternel avancé et à haute parité au Niger et au Togo

Janvier 2017

À propos de cette synthèse d'étude

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

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



Hommes au Togo, © 2016 Carol Hooks. Tous droits réservés.

Introduction

Au Niger et au Togo, les rôles traditionnels liés au genre ont une incidence directe sur la santé reproductive des femmes. Alors que les femmes ont la charge presque exclusive de s'occuper des enfants, ce sont les hommes qui décident généralement de l'utilisation de contraceptifs et du nombre d'enfants à avoir. Cette situation contribue largement à la prévalence des grossesses à un âge maternel avancé (AMA) et à haute parité (HP).

On considère qu'une femme a atteint un AMA à partir de 35 ans et qu'elle présente une HP lorsqu'elle a eu au moins cinq¹ grossesses. L'étude révèle que ces grossesses impliquent

Résumé des principaux résultats

- Des facteurs tels que la polygamie, les mariages précoces, les remariages et la religion, en particulier l'islam, contribuent à la prévalence des grossesses à un AMA et à HP.
- L'opposition du conjoint à la planification familiale ou à la limitation des grossesses est un obstacle majeur empêchant l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale et les dissuadant de les utiliser à long terme.
- Bien que la décision finale concernant l'utilisation de la planification familiale revienne aux hommes, c'est souvent aux femmes qu'on reproche d'avoir trop d'enfants ou des grossesses trop rapprochées.

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

des risques importants, aussi bien pour la mère que pour le bébé. Ces risques peuvent notamment inclure des troubles hypertensifs maternels, un accouchement prématuré, un poids anormal du nourrisson à la naissance et la mortalité maternelle et fœtale.

Cette synthèse présente les résultats de l'étude sur la façon dont les normes de genre incitent en particulier les femmes à continuer d'enfanter, y compris lorsque leur âge et leur parité induisent des risques aussi bien pendant la grossesse que lors de l'accouchement.

Principaux résultats

Les résultats de l'Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger ont révélé que les femmes au Niger étaient favorables à l'utilisation de la planification familiale (PF) pour l'espacement des naissances et soutenaient les initiatives publiques visant à aider les familles dans ce sens. Plus des deux-tiers (70,5 pour cent) des femmes interrogées ont reconnu qu'une femme ne devrait pas retomber enceinte « alors qu'elle porte encore un bébé sur son dos » (c'est-à-dire si elle a un enfant âgé de moins de deux ans). En outre, plus de la moitié (57 pour cent) de ces femmes pensaient que l'époux n'apprécierait pas une nouvelle grossesse alors que le dernier enfant n'a pas encore atteint deux ans. Ce constat souligne les conséquences sociales et la désapprobation des naissances trop rapprochées.

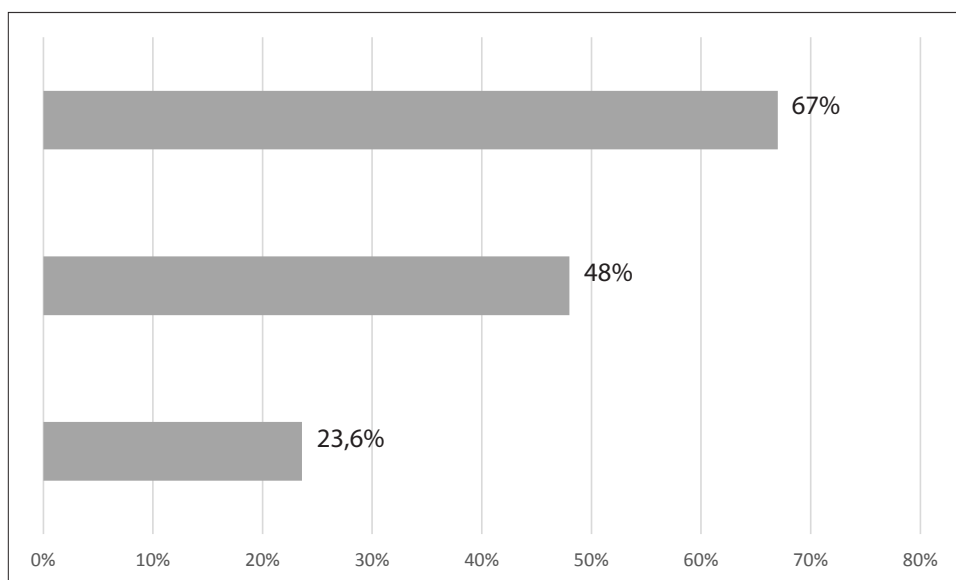
L'étude qualitative réalisée par l'HC3 a également révélé des attitudes favorables à la PF au Niger et au Togo. Au Niger, les convictions religieuses musulmanes² tolèrent l'usage de la PF exclusivement pour l'espacement des naissances, tandis que les participants au Togo étaient davantage ouverts à la PF pour espacer ou limiter les naissances, en particulier en milieu urbain. Toutefois, ces attitudes favorables ne débouchaient pas forcément sur l'utilisation systématique de la PF ou le consentement concernant son utilisation au sein des couples dans les deux pays. Les données quantitatives, de même que les données qualitatives, ont démontré qu'en dépit du fait que ce soit les hommes qui décident de l'utilisation de la PF et de la méthode employée, c'est souvent aux femmes qu'on reproche d'avoir trop d'enfants ou des accouchements trop rapprochés. Certaines des dynamiques liées au genre et aux relations les plus prédominantes qui ont un impact sur la PF sont décrites dans les sections suivantes.

Points de vue de femmes à un AMA et à HP au Niger

Femmes qui pensaient qu'une épouse ne doit pas utiliser de contraception à l'insu de son mari

Femmes qui ont reconnu pouvoir prendre des décisions au sujet de leur santé

Femmes qui ont affirmé avoir renoncé à utiliser une méthode de PF moderne car leur époux s'y est opposé



Source : Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger ; n=760

² Le rôle de la culture et de la religion dans la PF est abordé dans la synthèse 2 de cette série, disponible à l'adresse <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.

Aucun pouvoir de décision

L'Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger a révélé que moins de la moitié (48 pour cent) des femmes ont déclaré pouvoir prendre les décisions concernant leur santé. La majorité (67 pour cent) des femmes à un AMA/à HP considéraient qu'une femme ne doit pas utiliser de contraception à l'insu de son mari et la plupart des femmes ont affirmé demander l'accord de leur époux avant d'avoir recours à un contraceptif. L'étude qualitative menée au Niger a validé ces résultats et peu de différences dans la dynamique des genres a été observée entre les milieux urbains et ruraux.

En revanche, au Togo, les résultats qualitatifs suggèrent que les femmes ont davantage leur mot à dire qu'au Niger et qu'elles sont moins dépendantes de leur conjoint, en particulier si elles exercent une activité rémunérée. Ces résultats sont expliqués plus en détail dans la section Pouvoir des femmes de la présente synthèse. Les normes de genre semblaient légèrement moins strictes en milieu urbain au Togo, où le nombre de mariages précoces a baissé au fil des ans, et certaines participantes ont reconnu prendre elles-mêmes les décisions concernant la PF ou en concertation avec leur époux.

Opposition de l'époux

Alors que les femmes sont favorables à la PF, les rôles liés au genre dictent l'utilisation de la PF. L'Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger a montré que 23,6 pour cent des participantes ont reconnu avoir renoncé à utiliser une méthode de PF moderne en raison du refus de leur mari. L'étude qualitative a confirmé cet obstacle sur l'ensemble des territoires togolais et nigérien ; les femmes dans ces deux pays ont déclaré ne pas utiliser de méthodes de PF car leur mari/partenaire s'y oppose.

Les femmes et les prestataires ont illustré par des exemples la difficulté d'engager les hommes dans les discussions sur les méthodes de PF. Un prestataire en zone rurale au Niger a expliqué comment l'époux d'une patiente a refusé de l'accompagner pour discuter de la PF, puis a « refusé catégoriquement » de la laisser utiliser une méthode de PF moderne. Les femmes et les prestataires ont expliqué que les hommes rejettent la PF car ils craignent l'infidélité de leur épouse, car ils doutent de la sécurité de ces méthodes ou tout simplement car ils veulent que leur femme ait beaucoup d'enfants.



Membres de la communauté au Togo, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

« Quand on se rend à des examens prénataux ou pédiatriques, on nous conseille sur les méthodes de PF pour espacer les naissances... Mais à la maison, quand on en parle à nos maris, ils s'y opposent sous prétexte que ces méthodes provoquent des maladies, qu'ils devront aussi prendre en charge. Quand on en parle aux sages-femmes, elles nous demandent d'amener notre époux, mais celui-ci refuse toujours d'aller les voir. Il n'y a pas d'issue. Nous sommes condamnées à ne pas prendre de contraception car nous sommes menacées à la maison ou parce qu'on a peur de désobéir à notre mari. On n'a d'autre choix que d'enfanter encore et toujours. »

– Femme n'utilisant pas la PF en milieu urbain au Togo

Polygamie

Comme indiqué dans la synthèse de l'étude² de cette série, la polygamie était plus courante au Niger qu'au Togo. Il ressort des entretiens que les femmes participant à des unions polygames choisissent souvent d'avoir plus d'enfants comme une stratégie visant à 1) empêcher l'époux de prendre une autre femme ou 2) concurrencer les coépouses. La polygamie entraîne ainsi une course à celle qui aura le plus d'enfants, sans se préoccuper des risques⁴ qu'implique chaque grossesse.

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

– Sage-femme, groupe de discussion, milieu urbain au Niger

Mariages précoces et instabilité matrimoniale

Les données quantitatives indiquaient la prévalence des mariages précoces au Niger : 70 pour cent des femmes dans une relation qui ont été interrogées ont été mariées avant l'âge de 18 ans. Toutefois, au Togo, les mariages précoces sont en recul et leur impact sur les grossesses à HP n'était pas souvent mentionné en milieu urbain. En revanche, les entretiens ont révélé que les filles sont encore mariées à un jeune âge dans les régions rurales du Togo. Ces mariages précoces ont un impact certain sur le nombre d'enfants qu'une femme a dans un contexte où la limitation des naissances est un sujet tabou ou interdit. Une fois mariées, les femmes n'ont plus de motifs acceptables pour retarder davantage l'enfantement et bon nombre d'entre elles finissent par avoir plus d'enfants qu'elles ne l'espéraient. Les participantes ont également expliqué que les divorces et les remariages contraignent les femmes, indépendamment de leur âge ou de leur parité, à donner des enfants à leur nouvel époux.

Pouvoir de décision des femmes

« Je pense que certaines femmes ne s'attendent pas à tomber enceintes. C'était mon cas lorsque je vivais au village et que je ne savais rien sur la PF. C'est parce que je suis venue à Lomé et que j'ai été informée par la radio que j'ai changé de comportement. Par conséquent... Si les femmes écoutent les informations à la radio, elles adopteront certainement de nouveaux comportements. »

– Femme, groupe de discussion mixte, milieu urbain au Togo

Bien que les participants n'aient pas fréquemment dressé ce constat, les femmes qui 1) ont accès aux informations sur la PF, 2) décident elles-mêmes de l'utilisation d'une méthode de PF et 3) exercent une activité professionnelle ont davantage tendance à recourir à la PF.

D'après l'Étude d'informations sur les femmes à un AMA/à HP au Niger, l'accès aux informations a un impact positif sur l'utilisation de la contraception par les femmes à un AMA et à HP. La quasi-totalité (95 pour cent) des femmes qui utilisent la PF ont cherché à s'informer sur l'usage, le coût et les effets indésirables associés aux différentes méthodes. Les trois-quarts (76 pour cent) de ces femmes se sont rendues dans un centre de santé au moins une fois pour une consultation de PF. Les entretiens qualitatifs ont également démontré que l'accès à des informations de qualité était une condition essentielle pour l'utilisation de contraceptifs par les femmes à un AMA et/ou à HP tant au Niger qu'au Togo. Enfin, le fait qu'elles travaillent et perçoivent un revenu incitent les femmes à utiliser une méthode de PF, bien que ce point ait davantage été mentionné par les participantes au Togo que par les femmes au Niger.

« Je pense qu'il n'y a plus de femmes comme Esse [femme qui apparaît dans la vidéo projetée dans le cadre du groupe de discussion] à Lomé car on sait que les femmes de Lomé se préoccupent des conditions de vie actuelles. On ne peut donc rencontrer encore des femmes comme Esse que dans les villages. »

– Femme, groupe de discussion mixte, milieu urbain au Togo

³ Les normes culturelles qui contribuent aux grossesses à un AMA/à HP sont abordées dans la synthèse de l'étude sur la PEIGS 2 à l'adresse <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-2>.

⁴ Les risques perçus liés aux grossesses à un AMA et à HP sont abordés dans la synthèse de l'étude 1 à l'adresse <https://healthcommcapacity.org/htsp-research-brief-1>.



Groupe de discussion au Togo, © 2016, Carol Hooks. Tous droits réservés.

Conclusions et recommandations

Bien que les attitudes des femmes à l'égard de la PF soient généralement positives, aussi bien au Togo qu'au Niger, leurs conjoints s'opposent souvent à l'espacement des naissances et/ou à l'utilisation de méthodes de PF modernes par leur épouse. Les rôles liés au genre dans les deux pays ôtent tout pouvoir aux femmes sur les questions touchant à leur santé et à leur vie reproductives propres. Les mariages précoces, les remariages, la polygamie et les croyances religieuses profondément enracinées dans ces sociétés contribuent tous à la prévalence des grossesses à un AMA et à HP au Togo et au Niger. Pour lever les obstacles à la PF imposés par ces normes préjudiciables, il est recommandé aux pays confrontés à des situations similaires de suivre les recommandations décrites ci-après :

- **Mise en œuvre de stratégies de communication basées sur des données probantes pour changer les normes défavorables régissant la santé maternelle et la PF.** Il est important de travailler en collaboration avec des structures et des organisations locales pour élaborer des programmes holistiques centrés sur les communautés qui transforment les normes de genre (p. ex. normes favorables à l'équité du genre et éliminant celles qui engendrent des inégalités) afin d'éliminer les normes préjudiciables, en particulier celles qui incitent aux familles nombreuses, la domination de l'homme dans la prise des décisions, la concurrence entre les coépouses en cas de relations polygames et la défiance vis-à-vis des méthodes et des services de PF ; cela permettra de réduire la prévalence des grossesses à un AMA et à HP.
- **Inciter les conjoints à participer aux efforts de prévention des grossesses à un AMA/à HP.** Les programmes doivent impliquer les hommes, les informer au sujet des risques pour la grossesse associés à l'AMA et à l'HP et les inciter à introduire des changements au sein de leur propre famille.

- **Exploiter la volonté des leaders communautaires de soutenir les initiatives de prévention des grossesses à un AMA/à HP.** Les leaders religieux et communautaires sont d'importantes sources d'information et d'influence. Ces garants de la tradition peuvent façonner et promouvoir des normes de genre plus équitables, inciter les membres de la communauté à utiliser et à accepter la PF et à accepter ou à planifier des familles moins nombreuses, à communiquer avec leur partenaire au sujet de la PF et à promouvoir le pouvoir de décision des femmes en matière de PF. La collaboration avec ces groupes devrait aussi mettre en avant les conséquences préjudiciables des mariages précoces et de la polygamie, en particulier concernant la prise de décisions en matière de santé reproductive et la santé maternelle et infantile.
- **Développement d'outils efficaces facilitant la communication sur l'AMA et l'HP lors de la prestation de service.** Les prestataires de soins spécialisés dans la PF jouent un rôle de premier plan dans la sensibilisation des femmes et des couples aux risques pour la grossesse liés à l'âge et à la parité et dans l'introduction de changements de comportement en vue de faciliter la prévention et la gestion des risques associés aux grossesses. Il est essentiel de disposer de documents acceptables du point de vue culturel, y compris un guide de conseil structuré pour les couples, afin de veiller à ce que les hommes comprennent bien les avantages qu'offrent l'espacement des naissances et la PF et qu'ils soutiennent l'adoption de ces approches par leur partenaire.

Références

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

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

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

www.healthcommcapacity.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

