



Le Réseau Africain pour l'Éducation, la
Santé et la Citoyenneté (RAES)

Project: Women's Integrated Sexual Health 2 (WISH2)



**REALISATION D'UNE RECHERCHE FORMATIVE
SUR LA SANTE REPRODUCTIVE ET LA
PLANIFICATION FAMILIALE (PF) POUR LE PROJET
WISH 2**

RAPPORT FINAL

DATE : JANVIER 2026

Mentions légales et clause de non-responsabilité

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de gestion de données, ou transmise sous quelque forme ou par tout moyen, sans l'autorisation écrite préalable de Sarah Consulting et de RAES.

Ce rapport n'a pas de valeur juridique contraignante. Il s'agit d'un document collaboratif de recherche formative et d'information et ne reflète pas nécessairement l'ensemble des points de vue des partenaires contributeurs. Toute erreur ou omission relève de la seule responsabilité des auteurs.

Copyright © 2026 Sarah Consulting Group

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SIGLES ET ACRONYMES | 6 |
| LISTES DES TABLEAUX | 7 |
| 1. RESUME EXECUTIF | 8 |
| ❖ MÉTHODOLOGIE | 8 |
| ❖ PRINCIPAUX RÉSULTATS | 8 |
| ❖ ENSEIGNEMENTS CLÉS | 9 |
| ❖ RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES | 9 |
| 2. INTRODUCTION | 11 |
| 2.1. CONTEXTE GENERAL | 11 |
| 2.2. OBJECTIFS DE LA MISSION | 12 |
| 2.2.1. OBJECTIF GENERAL | 12 |
| 2.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES | 12 |
| 3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE | 15 |
| 3.1. PORTEE DE L'ETUDE | 15 |
| 3.1.1. ZONE GEOGRAPHIQUES CONCERNEES | 15 |
| 3.1.2. PUBLIC CIBLE | 18 |
| 3.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE | 19 |
| 3.2.1. RECHERCHE PRIMAIRE : ENQUETES QUALITATIVES ET ENTRETIENS APPROFONDIS | 19 |
| 3.2.1.1. Entretiens individuels semi-directifs | 19 |
| 3.2.1.2. Caractéristiques des personnes interrogées | 20 |
| 3.2.1.2.1. Femmes (8 entretiens) | 20 |
| 3.2.1.2.2. Adolescentes (8 entretiens) | 21 |
| 3.2.1.2.3. Hommes (8 entretiens) | 21 |
| 3.2.1.2.4. Personnes en situation de handicap | 22 |
| 3.2.1.3. Déroulement des entretiens | 22 |
| 3.2.1.4. Groupes de discussion (focus groups) | 23 |
| 3.2.1.4.1. Objectifs des focus groups | 23 |
| 3.2.1.4.2. Composition et structure des focus groups | 23 |
| 3.2.1.4.3. Déroulement et métHodhologie des focus groups | 24 |
| 3.2.1.4.4. MétHodhologie appliquée | 24 |
| 3.2.1.5. L'observation | 25 |
| 3.2.1.5.1. Objectifs de l'observation | 25 |
| 3.2.1.5.2. MétHodhologie de l'observation | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.1.6. Analyse des données : Triangulation des sources et validation des résultats | 26 |
| 3.3. RECRUTEMENT DES ENQUETEURS | 26 |
| 3.3.1. CHOIX ET CRITERES DE SELECTION DES ENQUETEURS | 27 |
| 3.4. COLLECTE DE DONNEES | 28 |
| 3.4.1. SELECTION DES PARTICIPANTS ET ECHANTILLONNAGE | 28 |
| 3.4.1.1. Méthodhe d'échantillonnage et justification de la taille | 28 |
| 3.4.1.1.1. Entretiens individuels | 28 |
| 3.4.1.1.2. Focus groups (groupes de discussion) | 28 |
| 3.5. LIMITES DE L'ETUDE | 29 |
| 3.5.1. BIAIS POTENTIELS LIÉS À LA COLLECTE DE DONNÉES | 29 |
| 3.5.2. LIMITES LIÉES AU RECRUTEMENT ET À L'ÉCHANTILLONNAGE | 29 |
| 3.5.3. LIMITES DÉCOULANT DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE ET CULTUREL | 29 |
| 3.5.4. LIMITES ÉTHIQUES | 30 |
| 3.5.5. LIMITES DE SATURATION DES DONNÉES | 30 |
| 4. RESULTATS DE L'ETUDE | 31 |
| 4.1. ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA COLLECTE | 31 |
| 4.1.1. LES ADOLESCENTES | 31 |
| 4.1.2. LES FEMMES | 40 |
| 4.1.3. LES HOMMES | 54 |
| 4.2. FACTEURS SOCIOCULTURELS, RELIGIEUX ET ECONOMIQUES | 57 |
| 4.2.1. FREINS IDENTIFIES (BARRIERES SOCIOCULTURELLES, RELIGIEUSES, ECONOMIQUES, MANQUE D'INFORMATIONS ET DE SENSIBILISATIONS) | 57 |
| 4.2.2. OPPORTUNITES ET LEVIERS DE COMMUNICATION | 61 |
| 4.3. PREFERENCES MEDIATIQUES | 62 |
| 4.4. ANALYSE TRANSVERSALE ENTRE LES TROIS SITES : ASSABA – HODH EL CHARGUI – NOUAKCHOTT (VERSION NARRATIVE) | 64 |
| 5. CONCLUSION | 67 |
| 5.1. RECOMMANDATIONS GENERALES | 67 |
| 5.2. ORIENTATIONS POUR L'ELABORATION DE STRATEGIES SBC EFFICACES ET INCLUSIVES | 70 |
| 5.3. MESSAGES CLES ET LEVIERS DE TRANSFORMATION SOCIALE | 72 |
| 6. ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE | 75 |
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FEMMES | 76 |
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP | 78 |
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES HOMMES | 80 |

| | |
|---|----|
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES HOMMES EN SITUATION DE HANDICAP | 82 |
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ADOLESCENTES | 83 |
| GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ADOLESCENTES EN SITUATION DE HANDICAP | 85 |
| STRUCTURE DU GUIDE DU MODERATEUR | 87 |
| FICHE DE PROFIL DES PARTICIPANTS | 87 |
| FORMAT DE LA FICHE DE SYNTHÈSE | 88 |
| FOCUS GROUPS DESTINÉ AUX RELAIS COMMUNAUTAIRES | 88 |
| FOCUS GROUPS DESTINÉ AUX PRESTATAIRES DE SANTÉ | 90 |
| FOCUS GROUPS DESTINÉ AUX LEADERS COMMUNAUTAIRES | 91 |

SIGLES ET ACRONYMES

| Sigle / Acronyme | Définition |
|-------------------------|--|
| CAP | <i>Connaissances, Attitudes et Pratiques</i> |
| DSSR | <i>Droits et Santé Sexuels et Reproductifs</i> |
| EDS | <i>Enquête Démographique et de Santé</i> |
| EDSM 2019-2021 | <i>Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie 2019-2021</i> |
| FCDO | <i>Foreign, Commonwealth and Development Office (Royaume-Uni)</i> |
| Ipas | <i>Organisation dédiée à l'accès à l'avortement sécurisé et à la contraception</i> |
| MICS | <i>Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples</i> |
| MS | <i>Ministère de la Santé</i> |
| MSI | <i>MSI Reproductive Choices</i> |
| ONS | <i>Office National de la Statistique</i> |
| PF | <i>Planification Familiale</i> |
| PNSR | <i>Programme National de la Santé de la Reproduction</i> |
| RAES | <i>Réseau Africain pour l'Éducation, la Santé et la Citoyenneté</i> |
| SCAPP | <i>Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée</i> |
| SDSR | <i>Santé et Droits Sexuels et Reproductifs</i> |
| SR | <i>Santé Reproductive</i> |
| UNFPA | <i>Fonds des Nations Unies pour la Population</i> |
| UNICEF | <i>Fonds des Nations Unies pour l'Enfance</i> |
| VIH | <i>Virus de l'Immunodéficience Humaine</i> |
| WiLDAF-AO | <i>Women in Law and Development in Africa – Afrique de l'Ouest</i> |
| WISH2 | <i>Projet WISH2 (Women's Integrated Sexual Health)</i> |

LISTES DES TABLEAUX

| | |
|--|-----------|
| <i>Tableau 1. Niveau de priorités des régions en matière d'accès à l'information</i> | <i>16</i> |
| <i>Tableau 2. Récapitulatif des entretiens par site géographique</i> | <i>22</i> |
| <i>Tableau 3. Répartition des focus group selon les zones</i> | <i>24</i> |
| <i>Tableau 4. Répartition des lieux d'observation et objectifs</i> | <i>26</i> |
| <i>Tableau 5. Récapitulatif de la collecte</i> | <i>27</i> |

1. RESUME EXECUTIF

La présente recherche formative, conduite dans le cadre du projet *Women's Integrated Sexual Health 2 (WISH2)*, vise à analyser de manière approfondie les facteurs socioculturels, comportementaux et structurels influençant l'accès et l'utilisation des services de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) en Mauritanie. Financée par le FCDO et mise en œuvre par un consortium coordonné par MSI Reproductive Choices, cette étude constitue une étape déterminante pour l'élaboration de stratégies de communication et de changement social adaptées aux réalités locales.

L'étude a été menée dans trois zones contrastées – Nouakchott, Assaba et Hodh El Chargui – afin de refléter la diversité des contextes urbains, ruraux et frontaliers, et de tenir compte des disparités dans l'accès aux services de santé reproductive. Les efforts ont particulièrement ciblé les adolescentes de moins de 20 ans, les femmes, les hommes, les leaders communautaires, les relais de santé, les prestataires, ainsi que les personnes en situation de handicap.

❖ Méthodologie

La démarche adoptée combine une recherche qualitative approfondie, incluant :

- **8 entretiens exploratoires** avec des acteurs de la SR;
- **144 entretiens individuels** semi-directifs couvrant femmes, adolescentes, hommes et personnes handicapées ;
- **18 focus groups**, rassemblant leaders communautaires, relais et prestataires ;
- **Des observations directes**, réalisées dans les structures sanitaires, espaces communautaires et contextes sociaux ;
- Une triangulation systématique des données afin de consolider les résultats.

Cette approche permet de saisir les expériences, perceptions, normes sociales et dynamiques d'influence qui conditionnent le recours aux services de SDSR.

❖ Principaux résultats

L'analyse met en lumière des disparités importantes entre les zones, mais aussi des tendances communes structurantes.

1. Connaissances et perceptions sur la santé reproductive

Les adolescentes sont très inégalement préparées à la puberté et à la gestion menstruelle. Dans le Hodh El Chargui, les connaissances sont limitées et fortement entravées par les tabous. À Assaba, les adolescentes disposent de meilleures informations grâce aux interventions répétées des ONG. À Nouakchott, elles recourent largement aux réseaux sociaux pour pallier l'absence de communication familiale.

2. Barrières socioculturelles et religieuses

Les discussions sur l'hygiène menstruelle ou la contraception restent fortement stigmatisées. La crainte du jugement social freine l'accès des adolescentes et même des femmes mariées aux services de santé. Les normes de genre limitent la prise de décision autonome, en particulier pour les adolescentes et les femmes vivant en milieu rural.

3. Rôle central des hommes et des leaders communautaires

Les entretiens révèlent que les hommes, chefs religieux et figures d'autorité influencent fortement l'acceptabilité sociale des pratiques liées à la SDSR. Leur compréhension limitée des enjeux contribue à maintenir des attitudes pro-natalistes et des réticences vis-à-vis de la contraception.

4. Vulnérabilité accrue des adolescentes et femmes migrantes ou handicapées

Les migrantes rencontrent des obstacles linguistiques, un manque d'accès aux soins, des risques accrus de violences basées sur le genre et une absence de prise en charge adaptée.

Les filles en situation de handicap subissent une double stigmatisation : dépendance physique entravant la gestion menstruelle et préjugés sociaux les excluant des services de SR.

5. Perception et expérience des services de santé

La qualité de l'accueil apparaît déterminante. Les adolescentes redoutent le jugement des prestataires.

Certaines abandonnent les structures de santé en raison des files d'attente ou de la peur de la stigmatisation. Les personnes handicapées soulignent l'absence d'infrastructures adaptées.

6. Préférences médiatiques

Les jeunes, surtout en zone urbaine, s'informent largement via TikTok, Facebook et YouTube. Les pages telles que « Santé Jeunes Mauritanie », « Diariatou Santé Jeune » ou « Mouna Santé » sont citées comme sources fiables. En zones rurales, les sensibilisations communautaires, les discussions familiales et les radios locales demeurent privilégiées.

❖ Enseignements clés

- La méconnaissance des transformations corporelles à la puberté constitue un point d'entrée stratégique pour les actions SBC.
- La stigmatisation liée à la grossesse précoce ou à la contraception reste un obstacle majeur.
- Les normes de genre continuent de conditionner les parcours de soins et la prise de décision.
- Les stratégies doivent intégrer la diversité des contextes et des profils : urbains/ruraux, migrants, adolescentes, personnes handicapées.
- Les réseaux sociaux émergent comme des vecteurs essentiels pour atteindre les jeunes, tandis que les leaders communautaires sont décisifs pour lever les résistances.

❖ Recommandations prioritaires

- Renforcer l'éducation à la santé reproductive dès le collège, via des modules adaptés aux jeunes.
- Développer des espaces « jeunes » dans les centres de santé, offrant confidentialité, écoute bienveillante et services adaptés.
- Former les prestataires sur l'accueil sans jugement, l'inclusion et l'accompagnement des personnes vulnérables.
- Impliquer systématiquement les leaders religieux et communautaires dans les campagnes SBC pour réduire les tabous.
- Adapter les stratégies de communication aux réalités locales :
 - Réseaux sociaux pour les jeunes urbains ;
 - Radios communautaires, causeries et clubs de filles en zones rurales ;
 - Dispositifs spécifiques pour les adolescentes handicapées.

- Rendre plus accessible les protections menstruelles et promouvoir des solutions pratiques pour améliorer l'hygiène menstruelle.

En définitive, au regard des éléments analysés, cette recherche formative met en lumière des disparités importantes dans les connaissances, les perceptions et l'accès aux services de santé reproductive en Mauritanie, particulièrement pour les adolescentes et les populations vulnérables. Les résultats montrent que les tabous, les normes sociales et les inégalités de genre demeurent des obstacles majeurs, mais révèlent également des leviers prometteurs, notamment l'implication des acteurs communautaires, le rôle positif de certains prestataires et l'intérêt des jeunes pour des espaces d'information adaptés. Ces enseignements constituent une base solide pour orienter l'élaboration de stratégies de communication et de changement social inclusives, culturellement pertinentes et mieux alignées sur les besoins réels des communautés ciblées.

2. INTRODUCTION

2.1. CONTEXTE GENERAL

Le projet "Santé reproductive des femmes" WISH2 est une initiative financée par le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) du Royaume-Uni, visant à améliorer l'accès aux services de santé reproductive (SR) dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, dont la Mauritanie. Ce programme quinquennal, datant de septembre 2024, est mis en œuvre par un consortium d'organisations spécialisées, sous la coordination de MSI Reproductive Choices¹.

La Mauritanie, à l'instar de nombreux pays² de la région, fait face à des défis significatifs en matière de santé reproductive. Les taux de mortalité maternelle et infantile³ y demeurent élevés, et l'accès aux services de SR est souvent limité, en particulier pour les populations vulnérables telles que les adolescentes, les femmes vivant en milieu rural, en déplacement et les personnes en situation de handicap. Les barrières culturelles et les normes sociales restrictives constituent des obstacles majeurs à l'adoption de comportements favorables à la santé reproductive.

Dans ce contexte, le projet WISH2 vise à renforcer les systèmes de santé nationaux pour offrir des services de SR de qualité, accessibles et adaptés aux besoins spécifiques des communautés. L'approche du projet est centrée sur le principe de "ne laisser personne pour compte", en ciblant spécifiquement les jeunes de moins de 20 ans, les populations les plus pauvres, les personnes handicapées et les communautés vulnérables, y compris les personnes déplacées et les réfugiés.

Le consortium responsable de la mise en œuvre de WISH2 en Mauritanie comprend plusieurs organisations partenaires, chacune apportant une expertise spécifique :

MSI Reproductive Choices : Leader du consortium, MSI coordonne les efforts pour assurer la fourniture de services de SSR adaptés aux besoins des populations cibles.

RAES (Réseau Africain pour l'Éducation, la Santé et la Citoyenneté) : Organisation africaine spécialisée dans le changement social et comportemental, le RAES joue un rôle clé dans la sensibilisation des communautés et la promotion de comportements favorables à la santé reproductive.

WILDAF-AO (Women in Law and Development in Africa - Afrique de l'Ouest) : Réseau panafricain œuvrant pour la promotion et le renforcement des droits des femmes, WILDAF-AO travaille sur le

¹ msichoices.org

² Aïssa Diarra, Brahim Diallo, Zakaria Amar, « Des solutions endogènes pour soutenir les interventions visant à améliorer la santé... et reproductive féminine au Sahel », Fondation Croix-Rouge française, Les Papiers de la Fondation n°52, Février 2023, 31p.

³ Pour reprendre l'EDSM 2019-2021 : "En Mauritanie, le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé à 41 décès pour 1000 naissances vivantes au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, le quotient de mortalité juvénile à 8 décès pour 1000 naissances vivantes et le quotient de mortalité infantile à 33 décès pour 1000 naissances vivantes. En ce qui concerne la mortalité néonatale, elle est estimée à 22 pour mille naissances vivantes et la mortalité post néonatale à 10 pour mille naissances vivantes".

changement des attitudes et des normes sociales, le renforcement des systèmes et des politiques en matière de SSR, ainsi que sur la production de preuves et l'apprentissage⁴.

Options Consultancy Services : Fournisseur de services de conseil en santé, apportant une expertise technique pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la qualité des services de SSR.

Sightsavers : Organisation internationale œuvrant pour la prévention de la cécité évitable et l'inclusion des personnes handicapées, elle s'assure que les services de SR soient accessibles aux personnes vivant avec un handicap.

La collaboration entre ces partenaires vise à créer un environnement favorable à l'adoption de comportements sains en matière de SSR, en tenant compte des réalités socioculturelles locales et en impliquant activement les communautés dans la conception et la mise en œuvre des interventions. Cette synergie est fondamentale pour surmonter les obstacles existants et garantir que les services de santé reproductive répondent efficacement aux besoins des populations mauritaniennes.

En somme, le projet WISH2 représente une opportunité significative pour renforcer les capacités nationales en matière de SR, promouvoir l'égalité de genre et améliorer la santé et le bien-être des communautés en Mauritanie.

2.2. OBJECTIFS DE LA MISSION

2.2.1. Objectif général

L'objectif général de cette mission était de produire une analyse approfondie et fondée sur des données probantes des facteurs qui influencent l'accès et l'utilisation des services de SR en Mauritanie, en vue d'élaborer des stratégies de communication socialement adaptées, culturellement pertinentes et opérationnellement efficaces.

2.2.2. Objectifs spécifiques

Identifier les connaissances, attitudes et normes sociales influençant l'utilisation des services de SDR.

Cet objectif visait à documenter les déterminants socioculturels, comportementaux et perceptifs qui conditionnent le recours aux services de SDR par les adolescentes, les jeunes femmes et les autres groupes concernés. Il comprend notamment :

- La description des normes sociales, traditions, croyances et barrières limitant l'accès et l'utilisation des produits et services de SSR ;
- L'identification des éléments culturels et pratiques traditionnelles pouvant être mobilisés comme leviers, susceptibles de renforcer la capacité d'action des adolescentes dans les décisions relatives aux DSSR ;

⁴ wildaf-ao.org

- L'analyse des facteurs permettant de réduire les croyances négatives, de renforcer les attitudes favorables et d'accroître l'intérêt pour les produits et services de SSR ;
- L'exploration des perceptions de la qualité des soins, tant du point de vue des adolescentes que des acteurs locaux impliqués ;
- L'identification des besoins spécifiques des adolescentes en matière de soins et d'accompagnement SDR.

Analyser les barrières et opportunités pour une meilleure sensibilisation et adoption des services de SDR

Cet objectif consistait à comprendre les dynamiques d'influence, les acteurs clés et les espaces d'intervention favorisant le changement social et comportemental. Les analyses ont porté sur :

- L'identification des jeunes hommes et femmes influents, considérés comme des modèles ou moteurs potentiels d'un changement social positif au sein de leur communauté ;
- La caractérisation des jeunes déjà autonomisés sur les enjeux de DSSR et capables de jouer un rôle d'ambassadeurs ;
- La cartographie des leaders communautaires influents, notamment religieux, traditionnels ou associatifs, susceptibles de soutenir ou de freiner l'évolution des comportements ;
- L'analyse des meilleures approches communautaires de changement social et comportemental, existantes ou émergentes, applicables au contexte local ;
- La collecte de témoignages, récits de vie et expériences personnelles de jeunes et d'adolescents afin d'enrichir la compréhension qualitative des dynamiques sociales ;
- L'analyse des déterminants d'accès et de l'expérience de soins chez les adolescents et les jeunes femmes.

Analyser la dynamique de pouvoirs entre les acteurs de l'écosystème des DSSR

Cet objectif vise à comprendre les rapports d'autorité, les alliances existantes et les espaces décisionnels influençant l'offre et la demande de services SDR. Il portera notamment sur :

- La cartographie des alliés traditionnels et institutionnels de l'accès aux DSSR, incluant activistes, associations, mouvements communautaires et leaders locaux ;
- L'identification des instances décisionnelles, aux niveaux communautaire, départemental et national, qui exercent une influence sur les politiques, les normes et les pratiques relatives à la santé des adolescents et des jeunes ;

Identifier les canaux de communications utilisés et pertinents pour les campagnes SDR

Cet objectif consiste à analyser les modes d'information privilégiés par les communautés afin de faciliter la diffusion de messages adaptés. Il inclura :

- La cartographie des canaux de communication les plus utilisés (radios communautaires, groupements féminins, réseaux de jeunes, plateformes numériques, etc.) ;
- L'analyse des campagnes existantes en matière de santé reproductive, de leur portée et de leur acceptabilité ;
- L'identification des pratiques culturelles, tabous et contraintes socioreligieuses à considérer dans la diffusion de messages SDSR.

Formuler des recommandations pour des stratégies de communication inclusives et adaptées aux réalités socioculturelles locales

L'objectif est de proposer des orientations stratégiques directement exploitables, basées sur les résultats obtenus, notamment :

- Impliquer dès le départ les communautés et leurs leaders (religieux, traditionnels, parents, jeunes, groupes de femmes) afin de réduire les tabous et renforcer la légitimité des messages ;
- Utiliser une terminologie culturellement acceptable, par exemple en privilégiant l'expression « *espacement des naissances* » plutôt que « *planification familiale* » ;
- Diversifier les supports de communication, en combinant radios communautaires, causeries éducatives, clubs de jeunes et réseaux sociaux, selon les tranches d'âge et les niveaux d'alphabétisation ;
- Valoriser et diffuser des récits positifs d'adolescentes et de femmes, afin de réduire la stigmatisation et promouvoir la santé reproductive comme un droit et un levier d'émancipation.

Les objectifs de la mission s'inscrivaient pleinement dans les cadres stratégiques et normatifs nationaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive en Mauritanie. Ils étaient en cohérence avec le *Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR)*, lancé en 1998 avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, la *Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) 2016-2030*, ainsi que la *Loi sur la Santé de la Reproduction de 2017*. Ces référentiels constituaient les bases nationales en matière de SDSR, d'équité de genre, de droits en santé et d'autonomisation des adolescents et des jeunes, ce qui garantissait que la recherche formative contribuait directement aux priorités nationales et à l'amélioration durable de l'accès aux services de DSSR.

3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

3.1. PORTEE DE L'ETUDE

3.1.1. Zone géographiques concernées

En Mauritanie, l'accès à des services de santé de qualité reste un défi notamment en ce qui concerne la mortalité maternelle et infantile, ainsi que la faible adhésion à l'espacement des naissances chez les femmes mariées. Les réticences sont encore observées dans le monde rural (19%) contre 43% en zone urbaine, il est également à noter que le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives évolue avec le niveau de revenu des utilisatrices⁵.

Selon les données du MICS (Enquête par grappes à indicateurs multiples) et de l'EDS (Enquête démographique et de santé), la prévalence de femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant n'importe quelle méthode contraceptive ne fait que progresser en gagnant des points passant de 9,3% en 2007 à 11,4% en 2011 pour atteindre 17,8 % en 2015 et enfin estimé à 31,5% en 2019-2020.

Quand on parle de santé de la reproduction⁶, on ne peut exclure les personnes exposées aux infections (chlamydie, gonorrhée, syphilis et trichomonase) qui cherchent à se faire dépister et traiter. Certaines infections ont une incidence directe sur la fertilité, la grossesse, l'allaitement et peuvent augmenter les cas de VIH.

Les violences basées sur le genre⁷ (mariage précoce, grossesse précoce, mutilations génitales féminines) et la santé reproductive sont intimement liées. En effet, les violences basées sur le genre peuvent avoir un impact négatif sur la santé reproductive des femmes et des filles, en limitant leurs accès aux services de santé, en augmentant les risques de grossesses non désirées, d'infections et de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Selon le ministère de la Santé, les régions prioritaires en matière d'accès à l'information et aux services liés à la santé de la reproduction sont les suivantes (voir tableau) :

⁵ Plan National de Développement Sanitaire 2021-2030, Volume I : Analyse situationnelle et Plan : https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/MRT_Mauritania_Plan-National-De-D%C3%A9veloppement-Sanitaire_PNDS_2021-2030.pdf

⁶ UNFPA, "Enquête de base (CAP) auprès des femmes, des adolescent(e)s et jeunes sur la santé de la reproduction", Mars 2024.

⁷ Samuel Hall, "Analyse de genre rapide sur la Mauritanie", Rapport final rédigé pour UNICEF, Janvier 2022.

Tableau 1. Niveau de priorités des régions en matière d'accès à l'information

| Niveau de priorité | Régions |
|---------------------------------------|---------------------|
| Niveau 1 : Régions prioritaires | Hodh El Chargui |
| | Guidimakha |
| | Gorgol |
| | Tagant |
| | Adrar |
| | Hodh El gharbi |
| Niveau 2 : Régions moins prioritaires | Brakna |
| | Trarza |
| | Dakhlett Nouadhibou |
| | Tiris Zemour |
| | Inchiri |
| | Nouakchott Ouest |
| | Nouakchott Nord |
| | Nouakchott Sud |

Source : Dossier d'investissement 2022-2025, ministère de la Santé⁸

De plus, les entretiens exploratoires conduits auprès de personnes ressources ont confirmé l'importance d'enquêter dans ces régions. Dans cette lancée, le choix s'est porté sur deux sites géographiques en milieu rural et un site en milieu urbain.

Force est de lister Assaba comme une zone d'intervention prioritaire. Le niveau de mortalité maternelle est y encore préoccupant. Selon l'enquête MICS 2007, pour chaque cent mille naissances vivantes plus de 686 femmes décèdent. Les raisons sont d'ordre à la fois social et économique : faible fréquentation des services de santé par les femmes, une faible quantité et disponibilité des services offerts en matière de promotion de la santé de la reproduction en vue d'augmenter l'intervalle inter génésique pour le mieux-être des femmes et des enfants. Parmi les obstacles, il faut citer l'analphabétisme et la pauvreté, les grossesses précoces, rapprochées et répétées, les insuffisances du plateau technique à tous les niveaux, le faible accès aux soins obstétricaux d'urgences, en cas de complications de la grossesse ou de l'accouchement ou des suites de couche.

Pour réaliser la collecte, nous opterons pour le milieu urbain/rural.

Zone urbaine : A Nouakchott, c'est un quartier dans la banlieue qui sera concerné. La Mauritanie compte de nombreux groupes ethniques aux rapports sociaux de genre différents. C'est là, où l'on côtoiera des femmes et des hommes soninkés, peuls, wolofs, soninkés et maures...

⁸https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/2023-01/Mauritanie_Investment-Case-SRMNIA-Resume_fr.pdf

Zones rurales : Les régions rurales, où 41,2 % de la population vit dans la pauvreté, seront également incluses pour une compréhension exhaustive des dynamiques locales⁹. Les régions d'Assaba¹⁰ et le Hodh Chargui¹¹ sont retenus. Le Hodh El Chargui a été sélectionné de même que la région d'Assaba en raison du niveau de mortalité maternelle encore préoccupant. Mais aussi à cause de la faible fréquentation des services de santé par les femmes (EDSM 2019-2021).

Le Hodh Chargui est proche de la frontière avec le Mali et accueille des réfugiés maliens depuis 2012, notamment dans le camp de Mbera¹². La coexistence entre les populations hôtes et les réfugiées est parfois la source de tensions autour des ressources¹³. En matière de représentation ethnique, les maures constituent la communauté prédominante dans le Hodh Chargui et en Assaba.

A l'échelle nationale, la proportion de femmes mariées ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (PF) était estimée à 34% selon la dernière enquête MICS¹⁴, et le pourcentage de demandes de contraceptions satisfaites était de 35%.

Selon la dernière enquête EDS de 2019-2020, la demande satisfaisante en PF n'est que de 9% pour le Hodh Chargui et 19% pour l'Assaba. Ce faible taux de demande satisfaisante peut s'expliquer par divers facteurs, aussi bien au niveau de l'offre que de la demande en PF. D'une part, des pénuries courantes de contraceptifs, surtout au niveau des structures publiques de santé, font que l'offre de contraceptifs reste insuffisante. D'autre part, il existe une faible demande en planification familiale de la part des femmes mariées et des couples mariés pour diverses raisons, tels que le manque d'informations ou l'existence d'idées reçues sur la PF (impact sur la fertilité et le poids, etc.), certaines attitudes pro-natalistes, l'opinion de parents et d'hommes qui perçoivent la PF comme étant un encouragement à la promiscuité, ou encore l'opposition des maris. En effet, par manque d'information, certains hommes ont des réticences par rapport aux contraceptifs et leurs éventuels effets secondaires¹⁵. Pour toutes ces raisons, ces deux sites géographiques ont été pensés pertinents pour la recherche formative.

⁹ https://lentraidemissionnaire.org/handicap-et-pauvrete-en-mauritanie?utm_source=chatgpt.com

¹⁰ L'Assaba est une région administrative ou wilaya du Sud de la Mauritanie. C'est la troisième région dans la classification administrative de la Mauritanie. Sa capitale est Kiffa, la deuxième ville mauritanienne en nombre d'habitants. L'Assaba est une zone agropastorale. Elle est délimitée au Nord par la région de Tagant et à l'Est par celle de Hodh El Gharbi. Au Sud, elle a une frontière avec le Mali. Au Sud-ouest, elle est délimitée par les régions de Guidimakha puis de Gorgol et au Nord-ouest par celle de Brakna.

¹¹ Le Hodh El Chargui est une wilaya de Mauritanie, située dans le Sud-est du pays, à la frontière du Mali. Son chef-lieu est Néma. C'est une région peu peuplée, qui compte la présence de réfugiés maliens. Lors du recensement général de population et de l'habitat (RGPH) de 2000, la population de Hodh El Chargui était estimée à 281 600.

¹² Le camp de réfugiés de Mbera, situé dans le Sud-Est de la Mauritanie, est un lieu où plus de 100 000 personnes ayant fui les conflits du Mali voisin trouvent refuge depuis plus de douze ans. Parmi eux, se trouvent des femmes, des enfants, des personnes âgées et des familles entières, qui tentent de reconstruire leur vie malgré les difficultés et les incertitudes du quotidien. <https://wcaro.unfpa.org/fr/news/naissance-dun-espoir-lhistoire-dune-maman-au-camp-de-r%C3%A9fugi%C3%A9s-de-mbera>

¹³ <https://www.unicef.org/wca/media/8346/file/Analyse%20rapide%20de%20genre%20%E2%80%93Mauritanie.pdf>

¹⁴ UNICEF et al., « Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS5 2015 ».

¹⁵ ONS, Ministère de la Santé (MS), et The DHS Program, « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2019-2020 ».

3.1.2. Public cible

La présente étude tenait compte d'un ensemble de groupes cibles essentiels à la compréhension des dynamiques liées à la santé sexuelle et reproductive. Les femmes adultes et les adolescentes représentaient 51 % de la population, ce qui faisait d'elles une priorité pour la mission, en particulier celles en âge de procréer. Selon l'EDSM 2019-2021, une femme mauritanienne avait en moyenne 5,2 enfants à la fin de sa vie féconde.

L'âge médian aux premiers rapports intimes était de 18,2 ans parmi les femmes de 25 à 49 ans, et près de la moitié (49 %) avait eu son premier rapport intime avant 18 ans, tandis que 20 % l'avaient eu avant 15 ans. Les données montraient également qu'environ une adolescente sur cinq âgée de 15 à 19 ans (18 %) avait déjà commencé sa vie féconde, dont 16 % étaient déjà mères. Dans le cadre de cette recherche formative, la priorité était accordée aux adolescentes de moins de 20 ans. L'étude s'intéressait également aux femmes et adolescentes migrantes ou réfugiées, souvent confrontées à des problèmes d'abris, de soins, de vivres ou d'accès à un emploi décent et rémunéré.

Les **hommes** constituaient également une cible importante, dans la mesure où les normes persistantes de genre limitaient leur implication dans la santé reproductive, maternelle et néonatale.

Les **leaders communautaires et leaders d'opinion** étaient également au cœur du dispositif. En tant qu'influenceurs clés, leur engagement s'avérait essentiel pour le succès des initiatives en SDR. Ce groupe comprenait notamment des femmes leaders, perçues comme des modèles positifs pour les femmes et les filles au sein des communautés. Il regroupait aussi des chefs religieux, chefs traditionnels et associations locales disposant d'un pouvoir significatif d'orientation et d'éducation des communautés sur les questions de genre et sur les pratiques ou croyances culturelles néfastes.

Les **hommes et garçons**, considérés comme des alliés indispensables à la réalisation de l'égalité de genre, ainsi que les **acteurs étatiques**, garants de la protection des droits et des intérêts des femmes et des filles, faisaient aussi partie du public cible.

Les **associations de jeunes** jouaient un rôle essentiel de sensibilisation et de porte-voix auprès des adolescentes et des adolescents dans les communautés.

Les **relais communautaires** étaient également ciblés, car ils orientaient les populations vers les services de santé et participaient activement à la sensibilisation pour le changement social et comportemental, notamment autour de la vaccination, des consultations prénatales, de l'espacement des naissances ou du VIH.

Les **prestataires de santé** intervenant soit au niveau communautaire (relais, accoucheuses), soit dans les structures sanitaires (personnel soignant, sage-femmes, infirmiers) jouaient un rôle déterminant dans la mise en œuvre effective des services de SDR.

Enfin, les **personnes handicapées**, représentant environ 10 % de la population mauritanienne (soit plus de 500 000 personnes avec des handicaps moteurs, auditifs, visuels, mentaux ou multiples), nécessitaient une attention particulière du fait de leurs vulnérabilités spécifiques.

Cette approche inclusive visait à développer des interventions adaptées aux besoins particuliers de chaque groupe, en tenant compte des réalités socioculturelles locales et des défis propres à chaque zone géographique.

3.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

3.2.1. Recherche primaire : Enquêtes qualitatives et entretiens approfondis

Cette phase implique la collecte de données de terrain afin de saisir les opinions, les aspirations, les perceptions, les attitudes, les normes sociales et les comportements des populations cibles. Pour cela, des entretiens approfondis ont été menés en Assaba, le Hodh Chargui et dans la banlieue de Nouakchott.

3.2.1.1. Entretiens individuels semi-directifs

Ces entretiens sont menés auprès des femmes, des adolescentes et des hommes (on tiendra aussi compte des personnes en situation de handicap) afin de recueillir leurs impressions sur la qualité des soins offerts, la qualité du service, l'attitude des prestataires de santé, le coût des services, la disponibilité des contraceptions etc.

Les entretiens individuels semi-directifs constituent une méthode clé dans cette recherche formative. Ils permettent de recueillir des témoignages détaillés et nuancés sur les défis et opportunités liés à la santé de la reproduction en Mauritanie. Cette approche a permis :

- D'explorer en profondeur les perceptions, normes sociales, croyances et expériences individuelles en lien avec la SDSR.
- Questionner leur itinéraire de soins (fécondité/ historique des naissances ; désir de la dernière naissance ; santé de la mère et du nouveau-né ; examens de santé postnatals ; symptômes de maladies ; contraception pour les couples mariés ; besoins non satisfait) ;
- S'assurer de leur contentement dans les services de SR (l'environnement, les toilettes, le temps d'attente dans les services de consultation) ? Se sentent-ils en considérés par les prestataires de santé (le comportement discriminatoire du personnel à l'égard de certain-e-s patient-e-s, notamment celles en situation de handicap) ?
- D'identifier des freins et leviers spécifiques à chaque catégorie de population.
- D'assurer une confidentialité et une liberté d'expression plus grandes que dans un focus group, notamment pour aborder des sujets sensibles.
- De s'adapter au contexte culturel et social en fonction des préoccupations exprimées par les participants.

3.2.1.2. Caractéristiques des personnes interrogées

Les entretiens avaient été réalisés auprès de trois groupes principaux, chacun présentant des besoins et des défis spécifiques en matière de SDSR. Au total, 24 entretiens individuels approfondis avaient été conduits : 8 auprès de femmes, 8 auprès d'adolescentes et 8 auprès d'hommes. Des entretiens supplémentaires concernaient également des femmes, des adolescentes et des hommes en situation de handicap, afin d'intégrer une perspective inclusive. Par ailleurs, en amont, 8 entretiens avaient été réalisés avec des acteurs de la SR.

3.2.1.2.1. Femmes (8 entretiens¹⁶)

Les entretiens menés auprès des femmes visaient à comprendre leurs expériences en matière d'accès aux services de SDSR, ainsi que les obstacles qu'elles rencontraient, qu'ils soient socioculturels, économiques, géographiques ou religieux.

Il s'agissait également d'examiner la composition de leurs réseaux de référence, c'est-à-dire les personnes exerçant une influence significative sur leurs décisions de vie.

Les données collectées portaient sur :

- Informations générales : âge, ethnie, religion, situation matrimoniale, type de ménage (polygame/monogame), modalités de choix du conjoint, niveau d'études, lieu de résidence, activité professionnelle, utilisation d'un smartphone et accès à Internet, attitudes vis-à-vis de la violence domestique, capacité décisionnelle au sein du ménage, communication avec l'époux, représentations de la paternité, de la maternité et du partage des responsabilités domestiques, ainsi que le type de handicap, le cas échéant.
- Trajectoires et expériences de soins : nombre d'enfants, historique des naissances, opinions sur l'espacement idéal des grossesses, désir de la dernière naissance, état de santé de la mère et du nouveau-né, réalisation des examens postnataux, prise de décision concernant la reprise des relations conjugales après un accouchement.
- Accès aux services de planification familiale : modalités d'accès à l'information, fréquence des consultations, connaissance et utilisation des méthodes contraceptives (modernes ou traditionnelles), acceptabilité sociale de ces méthodes .
- Normes de genre : perception de l'impact des normes sociales sur leur autonomie décisionnelle en matière de santé reproductive.
- Vie quotidienne et aspirations : attentes personnelles et sociales, rêves, craintes, et attentes envers les autres membres de leur communauté.

¹⁶ L'équipe de Sarah Consulting tient compte du seuil de saturation dans les différents entretiens.

3.2.1.2.2. Adolescentes (8 entretiens)

Les entretiens avec les adolescentes avaient pour objectif d'explorer leur niveau de connaissance, leurs perceptions et leurs besoins spécifiques en matière de SDR, ainsi que les barrières, stigmatisations et discriminations liées à leur âge.

Les informations recueillies couvraient notamment :

- Données générales : âge, ethnie, religion, niveau d'études, situation de formation ou d'emploi, lieu de résidence, statut de vie (sous tutelle ou autonome), situation matrimoniale, utilisation d'un smartphone et accès à Internet.
- Connaissances et perceptions liées à la SR :
 - Perception de l'arrivée des premières règles ;
 - Opinions sur les grossesses précoces ;
 - Niveau de connaissance sur la santé reproductive ;
 - Perception des services de SR ;
 - Connaissances concernant les méthodes contraceptives (modernes ou traditionnelles).

3.2.1.2.3. Hommes (8 entretiens)

Les entretiens menés auprès des hommes visaient à analyser leur rôle et leur influence dans l'adoption ou le rejet des services de SDR au sein des familles et des communautés, notamment en ce qui concerne les femmes.

Les données collectées incluaient :

- Informations générales : statut matrimonial, ethnie, religion, lieu de résidence, type de ménage (polygame/monogame), choix de l'épouse, niveau d'études, activité professionnelle, utilisation d'un smartphone et accès à Internet ; perceptions du rôle de genre au sein du couple, niveau de prise de décision concertée dans le ménage, opinions sur les violences basées sur le genre, sur l'autonomie financière des femmes et sur leur droit à prendre des décisions concernant leur santé.
- Rôles de genre et décisions en santé reproductive : perceptions concernant la fécondité (nombre d'enfants souhaités, désir de la dernière naissance), intérêt pour la planification d'une nouvelle grossesse après un accouchement, décision quant à la reprise des relations conjugales post-partum.
L'objectif était d'identifier les facteurs encourageant ou limitant leur engagement dans la planification familiale.
- Expérience des services de SR : niveau de connaissance de leur propre santé reproductive, expériences de soins en cas d'IST, qualité de l'accueil, confidentialité, professionnalisme du personnel de santé, type de méthode contraceptive utilisée (moderne ou traditionnelle), attentes vis-à-vis des prestataires.

3.2.1.2.4. Personnes en situation de handicap

Des entretiens semi-directifs avaient également été menés auprès de femmes adultes, d'adolescentes et d'hommes en situation de handicap afin d'intégrer leurs perspectives spécifiques. Ces entretiens permettaient de documenter les obstacles supplémentaires qu'ils rencontraient dans l'accès à l'information et aux services de SDRS, en lien avec des limitations physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychosociales.

Tableau 2. Récapitulatif des entretiens par site géographique

| Enquêtés | Nombres d'entretiens réalisés par site géographique | | |
|---------------------------------------|---|-----------------|--------|
| | Nouakchott banlieue | Hodh El Chargui | Assaba |
| Adolescentes | 8 | 8 | 8 |
| Adolescentes en situation de handicap | 8 | 8 | 8 |
| Femmes | 8 | 8 | 8 |
| Femmes en situation de handicap | 8 | 8 | 8 |
| Hommes | 8 | 8 | 8 |
| Hommes en situation de handicap | 8 | 8 | 8 |
| Total | 48 | 48 | 48 |
| 48 X3 = 144 entretiens individuels | | | |

3.2.1.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels avaient été conduits dans des conditions garantissant la sécurité, la confidentialité et le confort des participants.

- **Lieu** : Les échanges avaient eu lieu soit au domicile des participants, soit dans un centre de santé, soit dans un espace neutre jugé approprié. Le choix du lieu dépendait des préférences des personnes interrogées et des exigences de confidentialité.
- **Durée** : Chaque entretien durait en moyenne entre 45 minutes et une heure, afin de permettre une discussion approfondie sans générer de fatigue ou d'inconfort.
- **Conduite** : Les entretiens étaient guidés par un outil semi-structuré comprenant des questions ouvertes. Cette approche permettait d'orienter la discussion tout en laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leurs perceptions, expériences et préoccupations.
- **Langue** : Les entretiens étaient réalisés dans la langue la plus adaptée au participant, notamment l'arabe, le français, le hassaniya ou l'une des langues nationales. Le choix linguistique facilitait la compréhension et favorisait un climat de confiance.
- **Consentement** : Avant le début de chaque entretien, les participants étaient informés des objectifs de la recherche, des thématiques abordées, du caractère volontaire de leur participation et du respect strict de la confidentialité. Leur consentement éclairé était obtenu oralement ou par écrit, conformément aux normes éthiques en vigueur.

3.2.1.4. Groupes de discussion (focus groups)

Les groupes de discussion (focus groups) ont permis de mieux comprendre les dynamiques sociales et collectives qui influencent l'adoption ou le rejet des services de santé et droits reproductifs en Mauritanie. Contrairement aux entretiens individuels, qui permettent d'explorer des expériences personnelles, les focus groups ont révélés les perceptions, croyances et normes collectives qui façonnent les comportements au sein des communautés.

3.2.1.4.1. Objectifs des focus groups

L'organisation des focus groups visait donc à :

- Identifier les perceptions collectives autour de la SDSR, notamment en matière de contraception, de santé maternelle et de planification familiale.
- Analyser les normes sociales et culturelles qui influencent les comportements en matière de santé reproductive.
- Cartographier les comportements sur la SSR en termes de normes sociales (celles imposées qui ont des conséquences d'exclusion), normes descriptives (celles suivies car il y a l'idée que tout le monde les suit) et coutumes/traditions.
- Faire une comparaison entre les connaissances factuels SSR (rapportées par les institutions) et les connaissances locaux ex. : factuelle : les avantages "scientifiquement prouvés" de se rendre vers les services SSR, les conséquences de ne le faire vs. les croyances locales de se rendre et les conséquences de ne le faire pas à cause d'une idée dans la communauté.
- Comprendre les dynamiques d'influence communautaire, notamment le rôle des leaders, des familles et des pairs dans la prise de décision.
- Explorer les barrières et résistances sociales à l'utilisation des services de SDSR.
- Recueillir des idées et recommandations pour des campagnes de sensibilisation adaptées aux réalités locales.
- Questionner la satisfaction des usagers dans les centres de santé, questionner si l'offre de services est diversifiée et adaptée pour chaque cohorte (femme, adolescent-e-s, jeunes) et celle en situation de handicap.

3.2.1.4.2. Composition et structure des focus groups

Afin de garantir la diversité des perspectives et la richesse des échanges, trois focus groups avaient été organisés dans les trois zones géographiques ciblées : l'Assaba, le Hodh Chargui et la banlieue de Nouakchott. Chaque focus group était composé de cinq participants sélectionnés selon des critères sociodémographiques et contextuels pertinents. Le personnel de santé a beaucoup aidé dans la constitution de ces groupes. Par exemple, en ce qui concerne les leaders communautaires, ce sont les prestataires de santé qui ont recommandé les bons profils. Les enquêteurs ont échangé avec les hommes (cinq hommes) puis les femmes (cinq femmes). Les focus groups n'étaient pas mixtes.

Ces groupes avaient pour objectif de recueillir des perceptions collectives, d'explorer les dynamiques sociales et de comprendre les normes influençant l'accès et l'utilisation des services de SDSR. La composition hétérogène des groupes permettait de faire émerger des discussions contrastées, de confronter les expériences individuelles et de dégager des tendances communes ou divergentes au sein des communautés.

Tableau 3. Répartition des focus group selon les zones

| 10 Participants (5 Hommes et 5 Femmes séparément) | Focus groups par site géographique | | |
|--|------------------------------------|-----------------|--------|
| | Nouakchott banlieue | Hodh El Chargui | Assaba |
| Relais communautaires (5 Hommes et 5 Femmes séparément) | 2 | 2 | 2 |
| Leaders communautaires (5 Hommes et 5 Femmes séparément) | 2 | 2 | 2 |
| Prestataires de santé (5 Hommes et 5 Femmes séparément) | 2 | 2 | 2 |
| Total | 6 | 6 | 6 |
| 6X3 =18 focus groups (avec 90 participants au total) | | | |

3.2.1.4.3. Déroulement et méthodologie des focus groups

Chaque session a duré environ **1h30 à 2h**, facilitée par un modérateur expérimenté formé et désigné par la cheffe de mission et un observateur prenant des notes détaillées.

3.2.1.4.4. Méthodologie appliquée

Introduction et cadre de confiance

Au début de chaque séance, l'équipe de recherche avait présenté l'étude et rappelé les objectifs du focus group. Les règles de confidentialité, d'écoute active et de respect mutuel avaient été clairement expliquées afin d'instaurer un climat de confiance. Le consentement éclairé de chacun des participants avait ensuite été recueilli avant le démarrage des discussions.

Discussion guidée par des thèmes structurés

Les échanges avaient été organisés autour d'un guide thématique comprenant plusieurs axes d'exploration :

- Les perceptions générales relatives à la santé reproductive, son importance et son rôle au sein de la famille et de la communauté ;
- Les conditions d'accès aux services de SDSR, ainsi que les facteurs facilitants et les barrières d'ordre culturel, économique, géographique ou religieux ;

- L'influence des normes sociales et des pressions communautaires, notamment en matière d'espacement des naissances, de mariage précoce et de droits des femmes ;
- Le rôle des hommes, des leaders d'opinion et des figures d'autorité dans la prise de décision liée à la SDSR ;
- Les idées, attentes et recommandations des participants pour améliorer l'adoption et l'utilisation des services de SDSR.

Méthodes interactives pour favoriser l'expression

Afin de stimuler la participation et de recueillir des opinions nuancées, des approches interactives avaient été mobilisées. Des études de cas et scénarios contextualisés avaient été présentés pour encourager la réflexion collective et susciter le débat. De plus, des techniques participatives telles que le brainstorming, les jeux de rôle et le vote anonyme avaient été utilisées pour permettre aux participants d'exprimer librement leurs points de vue, notamment sur les solutions possibles et les pistes d'amélioration.

3.2.1.5. L'observation

L'observation a permis à l'équipe d'analyser les pratiques réelles, les interactions sociales et l'environnement dans lequel les services de santé reproductifs (SDSR) sont utilisés ou, au contraire, évités. Contrairement aux entretiens et aux focus groups qui se sont basés sur des récits et perceptions des individus, l'observation participante permet d'étudier les comportements en situation réelle et de confronter le discours à la pratique.

3.2.1.5.1. Objectifs de l'observation

L'objectif principal de l'observation était d'obtenir une compréhension fine du contexte et des pratiques liées à la SDSR, notamment en ce qui concerne :

- Les dynamiques communautaires et familiales autour de la santé reproductive.
- Les interactions entre les prestataires de santé et les bénéficiaires des services SDSR.
- Les attitudes et comportements réels des populations face aux services de santé reproductive.
- Les éventuels obstacles ou résistances sociales observables sur le terrain.
- Les environnements de soins et leur accessibilité pour les différentes catégories de population, y compris les personnes handicapées.
- L'observation sera essentielle pour confirmer ou nuancer les données issues des entretiens et des focus groups et ainsi fournir une analyse plus complète et objective.

3.2.1.5.2. Méthodologie de l'observation

L'observation a été menée dans divers contextes clés liés à la SDSR, afin d'avoir une vision holistique des pratiques sur le terrain.

a) Contexte et lieux d'observation

Tableau 4. Répartition des lieux d'observation et objectifs

| Lieu d'observation | Objectifs spécifiques |
|--|--|
| Centres et structures de santé (hôpitaux, cliniques, centres de planification familiale) | Observer les interactions entre prestataires et usagers, la qualité de l'accueil, l'accessibilité des services et les éventuelles barrières à l'utilisation des soins. |
| Espaces communautaires et réunions locales | Comprendre comment les normes sociales et les discussions collectives influencent les perceptions sur la SDSR. |
| Écoles et structures éducatives | Analyser comment la SDSR est abordée dans l'éducation et évaluer le niveau de sensibilisation des jeunes. |
| Marchés, lieux de rassemblement public | Observer comment les discussions informelles abordent les sujets liés à la santé reproductive. |
| Foyers et environnements familiaux (avec consentement des participants) | Comprendre les dynamiques familiales et les prises de décision en matière de SDSR. |

b) Éléments clés à observer

- Comportements réels des usagers : Qui vient consulter ? Quels sont les profils des bénéficiaires des services SDSR ?
- Qualité de l'accueil et des soins : Les patients sont-ils bien reçus ? Existence de biais ou discriminations ? Quelle est la relation soignant-soigné ? S'agit-il d'une relation d'aide, d'empathie, de bienveillance, de sollicitude, de soutien des familles, d'une relation de confiance ? Le prestataire de santé aborde-t-il de la posologie de la méthodone de planification familiale ?
- Intervention des acteurs influents (surtout observer les membres du réseau de référence des femmes en tant que cible principale) : Quel est le rôle des leaders communautaires, des membres de la famille, des hommes dans l'acceptation ou le refus des services ?
- Éventuelles résistances ou incompréhensions : Y a-t-il des signes de gêne, de peur ou de rejet des services SDSR ?
- Accessibilité des services pour les groupes vulnérables : Les personnes handicapées ou issues de milieux défavorisés rencontrent-elles des obstacles spécifiques ?
- Identifier s'ils existent des oppositions *non-dits* par rapport aux certaines normes qui apparemment sont "acceptés" par la plupart.

3.2.1.6. Analyse des données : Triangulation des sources et validation des résultats

La dernière phase consistait à analyser les données collectées en combinant les informations issues des phases secondaire et primaire. La triangulation des sources a permis de renforcer la fiabilité des conclusions en recoupant les informations et en identifiant les convergences et divergences.

3.3. RECRUTEMENT DES ENQUÊTEURS

Dans le cadre de cette recherche, un total de 144 entretiens individuels a été réalisé sur trois sites (en Assaba, le Hodh Chargui et Nouakchott), auprès des femmes, des adolescentes et des hommes. Les

personnes en situation de handicap parmi les femmes, les adolescentes et les hommes ont aussi fait l'objet d'entretiens semi-directifs.

Par ailleurs, 3 groupes de discussion (focus groups) sont organisés, ciblant également ces différentes catégories de parties prenantes. L'ensemble de ces focus groups a réuni 90 participant·e·s (Voir plus haut). Il s'est agi de conduire un focus groups avec 10 répondant·e·s à Nouakchott (avec 5 hommes et 5 femmes), un focus groups avec 10 répondant·e·s à Assaba (5 hommes et 5 femmes) et un focus groups avec 10 répondant·e·s à Hodh El Chargui (5 hommes et 5 femmes).

Pour la mise en œuvre de la mission de collecte, six enquêteurs (trois femmes et trois hommes) ont été recrutés et répartis en trois équipes mixtes de deux personnes. La mission de collecte a duré au total deux semaines.

Tableau 5. Récapitulatif de la collecte

| Éléments | Détails |
|--|---|
| Nombre total d'enquêteurs | 6 (3 femmes, 3 hommes) |
| Répartition des équipes | 3 équipes mixtes de 2 enquêteurs |
| Sites de collecte | 3 sites |
| Durée de l'enquête | 15 jours maximum |
| Entretiens individuels prévus | 144 au total (48 par équipe d'enquêteur) |
| Profils ciblés – individuels | Femmes, adolescentes et hommes (de même que les personnes handicapées) |
| Focus groups | 3 |
| Participants aux focus groups | 90 au total (30 participants par site) |
| Rôle des enquêteurs | Réaliser les entretiens individuels et organiser les focus groups sous la supervision de la cheffe de mission |
| Méthode de sélection des participant·e·s | Identification par les enquêteurs des personnes les plus pertinentes |

3.3.1. Choix et critères de sélection des enquêteurs

Dans le souci de garantir la qualité et la pertinence des données collectées, une attention particulière a été portée au processus de sélection des enquêteurs. Un total de six enquêteurs (trois femmes et trois hommes) ont été mobilisé, réparti en trois équipes mixtes. Ce choix paritaire visait à faciliter l'interaction avec des groupes de répondant·e·s diversifiés, notamment dans des contextes où le genre peut influencer la communication et la disponibilité des informations.

La sélection des enquêteurs s'est appuyée sur des critères rigoureux, adaptés aux exigences spécifiques de l'étude. Les profils retenus devront répondre aux caractéristiques suivantes :

- Bonne connaissance du contexte local : les enquêteurs devront justifier d'une expérience préalable de travail dans les zones concernées par l'étude. Cette familiarité avec le territoire constitue un atout important pour instaurer la confiance auprès des populations cibles et faciliter la logistique de terrain.

- Maîtrise des langues locales : les candidats devront parler couramment au moins une des langues locales en usage dans les sites d'enquête, en particulier le **hassaniya** et le **poular**, afin d'assurer une bonne compréhension des questions posées et une restitution fidèle des réponses des participant·e·s.
- Expérience en santé de la reproduction : une expérience avérée dans la thématique de la santé reproductive (SR) sera fortement valorisée. Elle permettra aux enquêteurs d'appréhender avec sensibilité les problématiques abordées et de conduire les entretiens dans le respect des normes éthiques et culturelles.
- Formation ou expérience dans le secteur médical ou paramédical : les profils issus du corps médical (infirmiers, sage-femmes, agents de santé communautaire, etc.) seront prioritairement considérés, en raison de leur familiarité avec les enjeux de santé publique, leur capacité d'écoute, et leur aptitude à traiter les sujets sensibles avec professionnalisme.

3.4. COLLECTE DE DONNEES

Cette phase a permis de recueillir des informations riches et nuancées qui ont permis de mieux comprendre les dynamiques socioculturelles influençant l'accès aux services de santé reproductive (SR) en Mauritanie. Elle s'est divisée en deux volets : les techniques employées et la sélection des participants.

3.4.1. Sélection des participants et échantillonnage

La sélection des participants est guidée par des critères définis en amont, afin de couvrir l'ensemble des groupes cibles identifiés (femmes, adolescentes, hommes, leaders communautaires, personnes handicapées, relais communautaires et prestataires de santé). Ces critères incluent notamment des variables démographiques (âge, genre, situation géographique) et contextuelles (niveau d'accès aux services, implication communautaire).

3.4.1.1. Méthodologie d'échantillonnage et justification de la taille

3.4.1.1.1. Entretiens individuels

Dans la recherche qualitative, l'objectif principal était d'atteindre le seuil de saturation, c'est-à-dire le point où aucune nouvelle information significative n'émerge des entretiens. Pour les entretiens individuels, un total de 144 entretiens a été réalisé dans les 3 sites.

3.4.1.1.2. Focus groups (groupes de discussion)

Les focus groups **permettaient** de confronter les points de vue dans un cadre collectif et **d'identifier** des normes sociales communes. Ils **offraient** une dynamique d'échange susceptible de révéler des aspects que les entretiens individuels ne **capturaient** pas toujours.

Un groupe d'environ 10 participants **était** considéré comme idéal pour favoriser la participation de chacun, tout en permettant une discussion riche et contrôlée. Des groupes plus grands **risquaient** de limiter l'expression individuelle, tandis que des groupes trop petits **ne représentaient** pas suffisamment la diversité des opinions.

Nous **avons ainsi proposé**, comme mentionné plus haut, **trois focus groups** rassemblant chacun une dizaine de participants. Pour chaque site géographique, **environ 30 participants prenaient part** aux groupes de discussion.

3.5. LIMITES DE L'ETUDE

Bien que la démarche adoptée ait permis d'obtenir un volume important d'informations qualitatives pertinentes pour éclairer les dynamiques de santé reproductive dans les trois zones étudiées, plusieurs limites méthodologiques doivent être explicitement reconnues afin de situer la portée des résultats et leur interprétation.

3.5.1. Biais potentiels liés à la collecte de données

L'une des principales limites concerne les biais d'auto déclaration et de désirabilité sociale. Compte tenu de la sensibilité des thématiques abordées —menstruation, contraception, normes religieuses — certains participants, en particulier les adolescentes et les hommes, ont pu moduler leurs réponses pour les rendre socialement acceptables ou conformes aux attentes perçues de l'enquêteur. De plus, la présence d'enquêteurs extérieurs à certaines communautés, notamment dans les zones rurales du Hodh El Chargui, a pu influencer les discours recueillis en raison d'un rapport social asymétrique ou d'une méfiance initiale. Dans certains cas, les participantes ont exprimé une gêne à aborder des sujets intimes, ce qui peut avoir limité la profondeur des témoignages.

3.5.2. Limites liées au recrutement et à l'échantillonnage

Le recrutement des participantes et participants s'est heurté à plusieurs obstacles opérationnels. Dans certaines localités rurales du Hodh El Chargui, l'accès aux adolescentes non scolarisées ou vivant en milieu pastoral dispersé s'est avéré complexe. À Nouakchott, la diversité intra-urbaine et la mobilité des ménages ont constitué des défis pour atteindre certaines cibles, en particulier les migrantes et les personnes en situation de handicap vivant dans des conditions précaires.

Malgré les efforts déployés pour diversifier les profils (âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, handicap), certains groupes peuvent être sous-représentés, ce qui limite la comparabilité entre les régions. De même, les leaders religieux les plus influents n'ont pas tous accepté de participer, ce qui peut réduire la représentativité des perspectives religieuses.

3.5.3. Limites découlant du contexte sociopolitique et culturel

La collecte de données s'est déroulée dans un environnement fortement marqué par des normes sociales conservatrices autour de la santé reproductive, particulièrement dans le Hodh El Chargui. Ce contexte a limité la prise de parole de certaines participantes, notamment les adolescentes vivant sous forte surveillance parentale ou communautaire.

Par ailleurs, la présence de camps de réfugiés, la mobilité transfrontalière et les tensions culturelles entre communautés locales et migrantes ont constitué des facteurs contextuels pouvant affecter la disponibilité,

la confiance ou la localisation des participantes. Dans certaines zones, la combinaison de contraintes sécuritaires et sociales a réduit la possibilité d'organiser des focus groups mixtes ou d'observer certaines pratiques directement sur le terrain.

3.5.4. Limites éthiques

L'étude a porté sur des groupes vulnérables, principalement des adolescentes parfois mineures et des personnes en situation de handicap. Les considérations éthiques ont imposé des restrictions importantes :

- Nécessité d'un consentement éclairé strict, parfois difficile à obtenir auprès de mineures lorsque les parents n'étaient pas disponibles ;
- Obligation de ne pas aborder certaines questions jugées trop sensibles par les communautés ;
- Impossibilité de mener des observations dans certains contextes où la confidentialité ne pouvait être garantie. Ces contraintes éthiques ont pu limiter la profondeur de certains entretiens et la variété des thématiques abordées, notamment dans les zones où la parole des adolescentes est fortement contrôlée par les adultes.

3.5.5. Limites de saturation des données

Bien que le volume de données collectées soit substantiel, la saturation complète n'a pas été atteinte sur certains sous-thèmes, notamment les perceptions des hommes jeunes, l'expérience des adolescentes migrantes à Nouakchott et les besoins spécifiques des adolescentes handicapées dans les milieux ruraux. Dans certaines localités, les contraintes d'accès ont réduit le nombre d'entretiens possibles, ce qui limite la capacité à dégager des sous-catégories fines. Enfin, la diversité socio-culturelle de Nouakchott dépasse le périmètre raisonnable d'une saturation qualitative, ce qui appelle à interpréter les résultats urbains avec prudence.

En résumé, bien que ces limites n'invalident pas les résultats obtenus, elles doivent être prises en compte dans la lecture des conclusions et la formulation des recommandations. Elles rappellent la nécessité, pour les futures interventions du programme WISH2, d'intégrer des approches progressives, contextualisées et inclusives, tout en prévoyant des dispositifs de collecte complémentaires pour combler les zones encore insuffisamment explorées.

4. RESULTATS DE L'ETUDE

Cette section présente les principaux résultats issus de l'étude menée dans les régions de Nouakchott, de l'Assaba et du Hodh El Chargui. Les informations recueillies à travers les entretiens individuels, les discussions de groupes et les échanges avec les acteurs de la santé reproductive ont permis d'obtenir une compréhension approfondie des perceptions, attitudes, connaissances et pratiques des différentes catégories de population en matière de santé reproductive et de planification familiale.

Les résultats sont organisés en plusieurs volets :

- D'abord, les enseignements tirés de la collecte, déclinés selon les trois catégories principales de participants (adolescentes, femmes et hommes) ;
- Ensuite, les facteurs socioculturels, religieux et économiques influençant les comportements, à travers l'analyse des freins identifiés mais aussi des opportunités et leviers d'action ;
- Enfin, les préférences médiatiques, essentielles pour orienter les stratégies de communication et les campagnes de sensibilisation.

Cette structuration permet de dégager une vision globale et nuancée de la santé reproductive en Mauritanie, tout en identifiant les disparités entre les groupes, les déterminants clés des comportements et les pistes d'intervention les plus pertinentes.

4.1. ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA COLLECTE

4.1.1. Les adolescentes

Les adolescentes interviewées - âgées de 15 à 20 ans - sont majoritairement célibataires. Les répondantes sont de groupes ethniques hal poular, wolof, soninké et maure. Certaines ont quitté l'école à cause du manque de ressources de leurs familles et d'autres, à cause de leur handicap. Elles sont à mobilité réduite.

Force est de constater, le guide d'entretien n'a pas pu être appliqué, du début jusqu'à la fin, pour toutes les adolescentes. En effet, plus elles sont jeunes, plus leurs connaissances sur la santé reproductive sont limitées. Ce qui fait que les données collectées diffèrent d'un entretien à un autre. A Nouakchott, plus spécifiquement, dans la banlieue, les adolescentes de groupes ethniques peules, wolof et maures ont beaucoup plus approfondi leurs réponses par rapport aux adolescentes de Hodh El Chargui qui se sont uniquement exprimées sur les menstruations. Ces dernières ont aussi dit qu'il est tabou de parler de santé de la reproduction. (Les mandatés de l'enquête de terrain à Hodh El Chargui et Assaba étaient des hommes)

Dans le Hodh, une grande partie des adolescentes est privée de smartphone, leurs parents n'ayant pas le pouvoir économique, manifestent une certaine réserve à ce sujet. A Assaba, les adolescentes font preuve d'agentivité et ont beaucoup de connaissances sur la santé de la reproduction. Elles sont décomplexées et curieuses. Elles vont sur internet chercher l'information. Elles ne se préoccupent pas du jugement fait aux femmes et aux filles qui fréquentent les services de SR. Elles disent que leur santé est plus importante que de s'angoisser de la stigmatisation fait aux femmes et aux adolescentes. Cela s'explique par les nombreuses sensibilisations des ONG qui se tiennent à Assaba.

« Ma sœur est infirmière, elle parlait de ça en famille avec les femmes mariées. Chez moi au village beaucoup de familles habitent ensemble dans un même enclos. Chaque famille a sa case à côté donc les femmes sont côte à côte. Généralement, les peuls habitent toujours ensemble surtout au village. D'après ce que j'ai entendu la santé reproductive concerne les accouchements, l'espace entre les naissances, le parcours de la grossesse, les contraceptions comme le planning familial, le cycle menstruel dès l'âge de la puberté. C'est important pour toutes les filles parce qu'un jour, on peut se marier, donner naissance à des enfants. J'écoutais ma sœur expliquer aux femmes (parentes, voisines, ses amies), elle monte à la maternité. Elle explique comment faire pour que les femmes ne trouvent pas des complications. » (Adolescente, peule, 18 ans, célibataire, résidente à Assaba).

Toutefois, il a été possible de recueillir pour toutes les adolescentes, leurs ressentis lors de l'arrivée des premières règles, pour les autres, leurs comportements sur la gestion de l'hygiène menstruelle, leurs perceptions des services de santé reproductive, le jugement de la société envers les adolescentes enceintes, les pages internet qu'elles consultent pour avoir des informations sur la SR.

Les entretiens montrent que la grande majorité des adolescentes, groupes ethniques et sites géographiques confondus, n'a pas été préparé à la modification de son corps à la puberté. Elles disent n'avoir reçu aucune information sur les raisons de l'apparition des menstrues, de la durée normale des règles, de la durée du cycle menstruel et des conséquences d'une mauvaise hygiène menstruelle sur la santé. Les menstruations sont un sujet tabou dans la société mauritanienne fortement marquée par des croyances, des mythes et des interdits religieux et communautaires, qui influencent la gestion de l'hygiène menstruelle.

C'est à l'âge de 11 ans, 12 ans, 13 ans, 14 ans, dans la peur, la panique, qu'elles découvrent brusquement leurs premières règles et sont assistées par leurs sœurs, mères, tantes, enseignantes qui leur expliquent que c'est normal et leur donnent des conseils, « comment se laver et se protéger ». Ces dernières leur remettent des serviettes hygiéniques et leur disent de les changer quand c'est plein. Mais elles ne parlent pas toutes de propreté.

« Je me souviens encore du jour où mes règles sont arrivées. J'étais en classe, j'ai senti quelque chose de chaud entre mes jambes. Quand je me suis levée, ma jupe était tâchée. Tout le monde m'a regardée, certains ont ri. J'ai voulu disparaître. Je ne pouvais pas courir jusqu'aux toilettes, ni me cacher vite. J'ai attendu la fin du cours, le cœur serré. Chez moi, ma sœur m'a expliqué que c'était "normal". Mais elle n'a pas parlé de comment se laver, ni de comment éviter les infections. Alors je faisais comme je pouvais en regardant sur mon téléphone et je pose des questions par google et YouTube. Parfois, je gardais la serviette toute la journée parce que c'est difficile d'aller souvent aux toilettes... Après quelques mois, j'ai commencé à sentir une mauvaise odeur, puis des brûlures. J'avais honte d'en parler. Je pensais que c'était ma faute » (Adolescente, Nouakchott, 17 ans, célibataire, scolarisée).

Comme l'illustre ce verbatim, elles sont nombreuses à culpabiliser et à dire qu'elles ont ressenti des douleurs, des démangeaisons, des pertes bizarres, des infections, des règles irrégulières. Les entretiens ont aussi montré que toutes les adolescentes ne peuvent pas se procurer des serviettes hygiéniques jetables à cause de leur cherté. Dans la même lancée, cet entretien avec une experte genre mauritanienne illustre bien cet état de fait :

« Alors, on a été à l'intérieur du pays notamment dans le sud, à M'bout si je ne m'abuse dans une localité un peu réduite et quand on était là-bas on faisait une caravane féministe en fait. Donc on allait voir les jeunes filles et les jeunes femmes, on faisait des focus groups, on parlait des violences, on avait remarqué beaucoup de choses on avait remarqué beaucoup de cas de mariage précoce et pratiquement un taux d'excision qui était quand même plafonné mais personnellement ce qui m'a le plus marquée ce n'est ni les mariages précoces ni l'excision, c'était en fait la gestion menstruelle des filles. On s'est rendu compte qu'il y avait des filles qui utilisaient même des éponges quand elles ont leurs règles. Les éponges, tu connais éponges c'est-à-dire les chiffons dans les matelas elles arrivaient à couper ça à l'utiliser comme étant protection hygiénique parce qu'elles n'avaient pas accès aux produits d'hygiène pour leur santé reproductive, elles n'avaient pas connaissance de la précarité menstruelle elles ne savaient pas en cas de règle qu'est-ce qu'il faut faire. Certaines utilisent des tissus usés. Depuis toujours mais on en a entendu quelques-unes qui disent qu'il faut utiliser des éponges. Donc ça c'est quelque chose d'assez marquant je pense que c'est même partant de là-bas il y a d'autres expériences que nous au sein de nos organisations on a décidé de travailler ici sur la question même de la précarité menstruelle » (Interview avec une experte genre travaillant sur la SR).

Le manque d'accès à des produits menstruels sûrs et à des informations fiables peut entraîner des complications de santé : infections, douleurs non traitées, recours à des pratiques dangereuses. Pour les jeunes filles, en particulier, le silence autour du sujet favorise la désinformation, les peurs irrationnelles, et parfois la honte de leur propre corps. Les adolescentes qui viennent de familles vulnérables, optent pour des morceaux de tissus. Elles reconnaissent qu'elles ont peu d'intimité pour les sécher dehors et c'est ce qui fait qu'elles préfèrent les sécher dans les toilettes.

« Alors je garde souvent la serviette trop longtemps. Après quelques mois, j'ai eu des démangeaisons, puis des pertes. Je me grattais sans comprendre pourquoi. Je me sentais sale, honteuse. Un jour, une infirmière est venue à l'école pour la sensibilisation du cancer de l'utérus. Je lui ai tout raconté. Elle m'a expliqué comment reconnaître les serviettes par texture et comment les laver correctement. Elle m'a aussi parlé des infections urinaires et des risques si on garde la serviette trop longtemps. Ce jour-là, j'ai compris que comprendre son corps, c'est essentiel » (Adolescente, 15 ans, résidente à Nouakchott).

Certaines adolescentes, à Nouakchott et à Assaba ont dit que ce sont leurs proches qui les ont accompagnés dans les postes de santé, mères, sœurs et cousines et que la sage-femme a été gentille. D'autres, ne sachant pas comment se confier à leur entourage, disent qu'elles ont préféré garder le silence. Elles n'ont pas pensé à consulter dans les services de santé reproductive à cause du jugement du personnel de santé et parce qu'elles pensent qu'on va mal leur parler. Quelques adolescentes ont aussi dit qu'une adolescente qui se rend dans un service de santé reproductive : « c'est comme si elle s'est mal comportée alors que c'est pour notre santé ».

Les entretiens ont majoritairement montré que les filles de Nouakchott et Assaba, âgées de 17 à 20 ans, de groupes ethniques wolofs, soninkés et peuls ont de meilleures connaissances sur la SR que les adolescentes mauresques de Hodh El Chargui, qui sont plus jeunes (13 à 17 ans). De plus, les enquêtes à Nouakchott ont été conduites par des femmes à l'inverse de Assaba et du Hodh. C'est ce qui explique que les verbatims de Nouakchott sont beaucoup plus détaillés.

Quelques adolescentes, à Nouakchott, ont dit qu'elles se sont rendues dans des services de SR quand elles ont des règles douloureuses mais qu'une fois sur place, elles ont attendu longtemps dehors parce

qu'il y avait trop de monde. Elles ont rebroussé chemin sans rien dire et depuis lors, elles n'y sont plus retournées. Dans le Hodh El Chargui, aucune adolescente n'a abordé d'une expérience personnelle dans un service de SR. Par ailleurs, une des adolescentes en situation de handicap a déclaré qu'elle avait peur de se rendre dans un service de santé reproductive. Elle craint de se faire violer. Il n'a pas été possible d'en savoir plus.

« J'ai 16 ans. Je suis en classe de 6e. Je m'exprime bien en français et en arabe. Je sais très bien ce que sont les règles. J'ai appris cela dans les cours d'instruction civique et religieuse. Ma mère aussi m'a donné des conseils. Dans les mahadra, on nous en parle. Ce n'est pas une discussion que j'ai facilement avec ma mère. Mais entre copines, on en parle. Une fois, une de mes amies a vu ses règles pour la première fois, elle a commencé à pleurer. Je lui ai expliqué que c'est normal. C'est parce qu'elle est devenue une femme. J'ai trouvé les mots pour la rassurer. Mais, quand j'ai mal, j'aimerais pouvoir me rendre dans un service de santé mais je ne sais pas à qui demander. J'ai peur d'être violée. J'aimerais dire aux grandes personnes de nous apprendre beaucoup de choses sur notre corps ». (Adolescente mauresque en situation de handicap, 16 ans, Hodh El Chargui)

Lors des enquêtes exploratoires, des entretiens approfondis avec des acteurs de la santé disent que le viol fait partie de la SR. Car l'on aborde de la prise en charge des victimes de violences.

« Il faut que l'on parle des viols. Une fille malienne a été violée dans une famille où elle travaillait. Malheureusement, elle n'a pas eu gain de cause. La première des choses, elle est étrangère. Dès qu'on la déclare auprès des autorités, elle risque un rapatriement car elle n'a pas de papier. La deuxième chose, c'est qu'elle est considérée comme une fille consentante dès qu'on parle de viol. Et dès qu'on porte plainte contre elle, elle risque de passer en prison. Parce qu'en Mauritanie, le viol est considéré comme un zina (adultère). Eux, ils pensent qu'il y a zina. C'est contre l'islam. On ne peut plus questionner le viol. La femme est toujours responsable de la chose donc elle finit en prison d'une manière ou d'une autre quand on porte plainte. Ça fait mal de voir une personne abusée qui se retrouve en prison » (Responsable d'un centre de santé communautaire à Nouakchott).

Le crime de zina est dénoncé par les associations de défense des femmes victimes de viol comme une manière de punir la femme d'un péché qu'on la force à commettre. Bien que la Mauritanie ait ratifié de nombreuses conventions, des traités et plateformes internationaux tels que la Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes (1999), il y a lieu de constater que le niveau d'harmonisation de la législation avec les conventions internationales reste insuffisant. De plus, les acteurs de la santé disent qu'en l'absence de données officielles, l'incidence des viols déclarés et non déclarés reste élevée du fait entre autres, du défaut d'application de la loi en la matière.

Le Jugement de la société envers les adolescentes qui tombent enceintes

Il ressort des témoignages que les filles qui tombent enceintes sont marginalisées, abandonnées par toutes et tous. Elles perdent tout et « même ses amies avaient peur de lui parler par peur qu'on nous dise qu'on est toute pareille ». Certaines se voient retirées de l'école et sont victimes de moqueries. « Les parents étaient très fâchés. Ça fait mal, parce que ça peut arriver à n'importe qui quand on n'est pas bien informée. Je trouve qu'en Mauritanie, les filles ne sont pas bien informées sur la santé reproductive. On a peur d'en parler, on a honte parfois ». Les adolescentes ont dit avoir peur d'être vues dans les services de santé

reproductive à cause des paroles des gens parce que c'est considéré comme « haram ». Elles disent que les sujets sont tabous, il ne faut pas en parler.

Force est de constater, les grossesses se produisent aussi bien dans le cadre du mariage et en dehors. « Les filles qui tombent enceintes sont déshonorées, elles sont souvent chassées de la maison paternelle. Une adolescente qui tombe enceinte hors mariage aura apporté la honte sur la famille. Ses parents, son père et sa mère auraient préféré mourir que de vivre cet instant ou d'apprendre cette nouvelle ».

Selon les adolescentes interviewées, les adolescentes enceintes et non mariées font face à d'énormes difficultés comme le rejet de l'homme concerné, un mariage forcé ou l'exclusion familiale. « Quand une adolescente tombe enceinte, elle n'a aucune décision à prendre à part garder la grossesse ». « En plus du rejet par leur famille, elles peuvent être victimes de moqueries de la part de leurs pairs. Ces jeunes filles peuvent également être contraintes d'abandonner leurs études parce qu'elles n'ont pas de soutien pour s'occuper de leur enfant après l'accouchement.

A Assaba, bien que les adolescentes soient décomplexées de parler de SR, elles n'ont pas voulu entrer dans les détails avec les enquêteurs en leur rappelant que ce sont des conversations féminines et qu'elles ne sont pas à l'aise d'en parler avec eux. Les enquêteurs à Assaba et Hodh El Chargui étaient des hommes. Les femmes enquêtrices et résidentes à Nouakchott n'ont pas voulu se déplacer. De plus, dans ces régions, il n'a pas été possible de recruter des femmes enquêtrices à l'aise en français. C'était important pour l'équipe des consultants d'avoir la retranscription en français.

En Afrique subsaharienne et notamment en Mauritanie, la grossesse précoce est perçue comme une déviation des normes sociales et morales. Elle remet en cause les valeurs de chasteté, d'honneur familial et de respect des traditions. Ainsi, les adolescentes sont perçues par les membres de leur communauté comme fautive, « irresponsable » ou « dévergondée », tandis que la responsabilité du jeune homme est rarement évoqué avec la même intensité. Les entretiens confirment la double sanction que subissent les adolescentes enceintes. Celle-ci est sociale, à travers le rejet, les moqueries, la honte publique ou l'exclusion communautaire. Elle est aussi institutionnelle, lorsqu'elles sont contraintes d'abandonner l'école, la mahadra ou qu'elles rencontrent des obstacles à leur réinsertion. Ce jugement entraîne un isolement psychologique et une perte de confiance en soi, renforçant les inégalités de genre et la vulnérabilité socioéconomique.

Les obstacles que rencontrent les adolescentes migrantes

Elles disent ne pas bien comprendre ce que c'est la santé reproductive. Elles ne savent pas où aller, ni à qui poser des questions. Souvent, les infirmières ne parlent pas leur langue. Il n'a pas été possible d'avoir des informations sur les discriminations dont elles font l'objet ou encore savoir si elles subissent des violences basées sur le genre. L'enquête n'a pas pu fournir ces informations. En revanche, des enquêtes exploratoires conduites avant des acteurs de la SR ont permis d'en savoir plus sur les adolescentes migrantes. Celles-ci sont encore plus vulnérables lorsqu'elles sont enceintes. Les filles migrantes enceintes ont des difficultés de suivi médical, d'accompagnement surtout sur le plan financier. Elles n'ont pas une prise en charge médicale. Du côté de l'alimentation, la leur ne répond pas aux besoins d'une femme enceinte. Le travail qu'elles font n'est pas compatible, avec leur situation de femme enceinte.

Nombreuses sont les femmes migrantes qui ont la réputation d'abandonner leur bébé face aux difficultés qu'elles rencontrent. Quand elles font une fausse couche, elles ont peur d'aller à l'hôpital pour se faire soigner et souvent, elles ont recours à la médecine traditionnelle.

« Pour se faire soigner, elles utilisent la médecine traditionnelle qui a tendance à s'installer en Mauritanie et souvent ça fait des dégâts. Nous avons accompagné pas mal de femmes et de jeunes femmes dans cette situation-là pour les reprendre au niveau des hôpitaux afin de les accompagner afin qu'elles puissent suivre un traitement normal. Mais le problème, le plus grave c'est que même si on les aide par exemple durant cette période de leur vie à se faire suivre par un médecin etc. tant au niveau psychologique qu'au niveau médical. C'est ce qui va se passer après... comment assurer la continuité avec ces gens-là puisque c'est des gens qui habitent dans tous les coins souvent c'est très difficile de pouvoir les localiser » (Présidente de l'Association Mauritanienne des Droits de l'Homme).

La recommandation des adolescentes

D'après les adolescentes, les centres de santé doivent être plus ouverts aux jeunes, qu'elles puissent poser des questions sans peur et qu'on enseigne cela à l'école dès le collège. Les adolescentes migrantes disent qu'il est important de sensibiliser dans les quartiers, avec des femmes qui parlent leur langue et qui ne les jugent pas. Les adolescentes disent aussi qu'il faut parler de santé reproductive à l'école, organiser des clubs de filles qui leur permettraient de discuter librement sans jugement. Les adolescentes recommandent aussi la création d'espace pour les jeunes femmes avec des sage-femmes qui écoutent sans juger. Elles disent qu'il faut baisser le prix des protections hygiéniques parce que c'est trop cher. Les adolescentes en situation de handicap souhaitent que les filles malvoyantes participent à des ateliers sensoriels afin qu'elles puissent mieux prendre soin de leur intimité sans honte.

« Je veux qu'on pense à nous, les filles handicapées, quand on parle de santé reproductive. Nos besoins sont différents, mais nos douleurs sont les mêmes. Mon rêve : un centre d'hygiène féminine accessible et des femmes formées pour nous accompagner avec dignité » (adolescente en situation de handicap, 18 ans, célibataire, résidente à Nouakchott).

Les bonnes informations sur la santé reproductive

La menstruation est une question négligée en Mauritanie. Comme le confirme les entretiens, les adolescentes ont des lacunes ou des idées fausses concernant celle-ci. Ce qui entraîne de la peur, de l'anxiété et les laissent désarmées lorsqu'elles ont à avoir leurs premières règles. La majorité des filles ne disposaient pas d'informations sur le sujet avant d'être confrontées à leurs premières règles.

Dans les pays du Sahel et notamment en Mauritanie, les règles sont l'objet de perceptions socio-culturelles négatives, associées à l'impureté ou à la saleté. De nombreux interdits sociaux ou religieux limitent l'accès des femmes à certaines activités ou lieux (isolement, restrictions alimentaires ou d'activités, ou participation à la prière par exemple). Quand elles n'entraînent pas de restrictions, les règles sont passées sous silence, entravant ainsi l'accès des femmes à l'information fiable pour gérer ce phénomène naturel. La question de l'hygiène menstruelle est encore un tabou par manque d'informations mais également à cause de préjugés socio-culturels.

Les entretiens ont montré que peu d'adolescentes étaient informées de l'arrivée des menstruations à Nouakchott et dans le Hodh El Chargui. Mais, elles n'avaient pas reçu toutes les informations. Exceptions

faites pour Assaba où les adolescentes, de tous les groupes ethniques, ont une bonne connaissance des règles et notamment de la santé reproductive.

Dans les trois sites géographiques, la majorité des adolescentes trouvent les bonnes informations sur internet. A Nouakchott et dans le Hodh El Chargui, les adolescentes disent toutes avoir peur du jugement, avoir peur d'en parler, ne pas trouver aussi une oreille attentive. Sur le net, elles suivent les vidéos sur TikTok et Instagram, surtout celles de « Diariatou Santé Jeune » et de « SOS Jeunes ». Elles suivent aussi la page Facebook « Santé Jeunes Mauritanie », sur Tik Tok « Mouna Santé » qui explique comment bien gérer les règles et éviter les infections.

A l'inverse, dans le Assaba, les adolescentes ont accès à des espaces de paroles sur la santé reproductive. Elles participent à des sensibilisations. Elles peuvent aussi en parler avec leurs proches (mères, tantes, cousines et amies). En plus, elles disent aussi consulter des sites sur internet pour leur propre information.

Les rêves des adolescentes

Les entretiens ont montré qu'une adolescente préparée à l'arrivée des premières règles, qui sait comment gérer ses menstrues, qui comprend le fonctionnement de son corps, a une meilleure estime d'elle. Nombreuses parmi elles, ont dit qu'elles pensaient que c'était de leur faute parce que dans leur entourage, personne ne leur a appris à prendre soin de leur corps.

Il a été récurrent d'entendre les adolescentes de Hodh El Chargui, des mauresques, dire qu'elles conseillent les plus jeunes pour qu'elles soient mieux préparées, qu'elles sachent que ce n'est pas une maladie. Que c'est normal. Contrairement à leurs aînées, elles osent aborder « entre adolescentes » de ce sujet encore tabou dans leur communauté.

Les adolescentes en situation de handicap

Les adolescentes en situation de handicap, ont formulé le souhait que toutes les filles puissent gérer leur menstrue sans honte, avec du matériel adapté et des personnes formées pour les soutenir.

« Je ne vais plus à l'école depuis deux ans. Le trajet est difficile, personne ne m'aide vraiment à me déplacer. Et depuis quelque temps, j'ai un autre problème que je n'ose pas trop dire : mes règles sont devenues très douloureuses, irrégulières, avec des infections intimes qui me brûlent souvent. Parfois, j'ai des démangeaisons ou des odeurs qui me gênent, mais je n'ai personne à qui en parler. Quand j'en parle à ma mère, elle me dit que " c'est normal, toutes les filles passent par-là ". Mais moi, je sens que ce n'est pas normal. J'ai souvent mal au ventre, j'ai de la fièvre, et parfois même des vertiges. Je n'ai jamais vu un médecin parce que nous n'avons pas les moyens, et aussi parce que je ne sais pas où aller toute seule. Même aller au centre de santé est compliqué, je me cogne dans les murs. Je n'ai pas de smartphone, donc je ne peux pas chercher des informations comme les autres filles et parfois, je me sens invisible. Les gens pensent qu'une fille handicapée ne peut pas avoir de besoins comme les autres, mais moi aussi je suis une fille, j'ai un corps, j'ai mes douleurs, j'ai mes peurs. Je me souviens d'un jour où j'ai eu mes règles en public, sans m'en rendre compte. J'étais assise devant la maison, et des enfants avaient peur. Ils ont couru après moi pour dire y a du sang partout. Une voisine m'a chuchoté que ma robe était tâchée. Ce jour-là, j'ai eu envie de disparaître. Depuis, je vis chaque mois dans la peur. Je n'ai pas toujours de serviettes hygiéniques, alors j'utilise des morceaux de tissu que je lave. Mais parfois, quand il pleut ou qu'il n'y a pas d'eau, je ne peux pas bien les nettoyer, et je crois que c'est ça qui cause mes infections. Ce qui me fait le plus mal, ce n'est pas seulement la douleur dans mon ventre, mais

le sentiment d'abandon. Je rêve qu'un jour, quelqu'un vienne parler avec nous, les filles handicapées, qu'on nous apprenne comment prendre soin de nous, qu'on nous écoute sans nous juger. Parce qu'on a besoin d'aide, pas de pitié ». (Adolescente aveugle, célibataire, 18 ans, migrante, non scolarisée)

« Depuis que j'ai 12 ans, j'ai un handicap aux genoux à cause d'une chute quand j'étais petite. Depuis ce jour, marcher longtemps m'est devenu difficile. Mes genoux gonflent souvent, et parfois la douleur est tellement forte que je reste des jours sans pouvoir bouger. Je vis avec ma tante car mes parents sont partis à l'intérieur du pays chercher du travail. Je ne vais plus à l'école depuis trois ans, parce qu'elle se trouve trop loin et personne ne peut m'y accompagner. J'aimais beaucoup apprendre, surtout les maths, mais j'ai dû arrêter. Depuis quelques mois, j'ai commencé à avoir mes menstruations de façon très irrégulière. Parfois, elles durent plus de dix jours, avec beaucoup de douleurs. Il m'arrive d'avoir des infections intimes : brûlures, démangeaisons, pertes anormales... mais je n'ose pas le dire à ma tante. Elle pense que ce genre de chose est une honte. J'essaie de cacher ma douleur. Je reste assise presque toute la journée, les genoux bandés avec un foulard. Quand mes règles arrivent, je n'ai pas toujours de serviettes hygiéniques. J'utilise de vieux morceaux de tissu, mais parfois ils me font mal, et j'ai peur que ça empire mes infections. Un jour, j'ai voulu aller au dispensaire du quartier. J'ai pris appui sur un bâton pour marcher, mais arrivée là-bas, l'infirmier m'a dit d'attendre dehors, qu'il y avait trop de monde. Après deux heures sous le soleil, je suis rentrée sans rien dire. Depuis ce jour, je n'y suis plus retournée. Je me sens souvent invisible. Les gens me disent : "Tu es encore jeune, tu guériras. Mais personne ne comprend que ce n'est pas juste la douleur du corps... c'est aussi la douleur du cœur. Je vois les autres filles de mon âge sortir, rire, aller à l'école. Moi, je reste à la maison, à écouter la radio et à rêver d'une vie normale. Parfois, la nuit, je me dis : "Et si un jour, quelqu'un venait juste m'écouter ?" Pas pour me plaindre, mais pour me comprendre. Je ne veux pas de pitié, juste une chance : qu'on m'explique comment me soigner, comment mieux vivre avec mon handicap et mes règles, comment me sentir femme malgré tout. Parce que même si mes genoux sont faibles, mon cœur, lui, veut encore avancer » (adolescente en situation de handicap, résidente à Nouakchott, 15 ans, célibataire).

Il a été récurrent d'entendre que les filles adolescentes ne veulent pas de pitié. Elles veulent juste pouvoir se confier à une tierce personne « pas pour se plaindre, mais pour mieux comprendre ce qu'elles vivent ». Les filles en situation de handicap sont encore plus vulnérables. Elles ont besoin d'assistance, elles ne peuvent pas partir seules aux toilettes. Elles doivent attendre que quelqu'un les change et les lave. Et dès fois, elles gardent trop longtemps une serviette humide. C'est ce qui explique selon elles : les infections, les brûlures et une mauvaise odeur qui les rends encore plus mal à l'aise. En plus, de cela, elles ont une faible estime d'elles car pendant longtemps elles ont cru elles aussi, que c'était de leur faute.

« Que je n'étais pas propre comme les autres filles. Un jour, une assistante sociale de l'ONG ADRAR est venue nous rendre visite et elle m'a parlé d'hygiène intime, de toilettes adaptées et de serviettes faciles à mettre pour les filles à mobilité réduite. Elle m'a aussi expliqué que ces douleurs pouvaient être évitées avec de bons soins. Depuis, j'essaie de mieux prendre soin de moi-même si ce n'est pas facile. Je veux qu'on pense à nous, les filles handicapées quand on parle de santé reproductive. Nos besoins sont différents, mais nos douleurs sont les mêmes. Mon rêve : un centre d'hygiène féminine accessible et des femmes formées pour nous accompagner avec dignité ».

Il est important de préciser que les adolescentes en situation de handicap ne constituent pas un groupe homogène. Elles n'ont pas le même type de handicap (aveugles, handicap moteur), certaines sont scolarisées. D'autres, non.

A Néma, dans le Hodh El Chargui, les adolescentes mauresques disent n'avoir eu aucune information sur leur changement de corps, le changement de la poitrine, prise de poids, maux de ventres accompagnant les menstrues. Elles disent n'avoir jamais entendu parler de santé reproductive et n'avaient aucune information sur les menstrues encore moins leur cycle menstruel. Les règles arrivent par surprise et elles sont assistées par leurs mères. Les adolescentes disent ne pas connaître où se trouvent les services de santé, ni comment faire pour y accéder, se faire écouter. D'ailleurs, elles ne prennent pas l'initiative de se rendre dans un service de santé. Ce sont leurs mères, sœurs, cousines qui prennent la décision. Quant à elles, elles disent qu'on leur a expliqué qu'il est normal d'avoir mal. La souffrance est banalisée. Cependant, elles souhaitent informer les plus jeunes afin que celles-ci soient mieux préparées.

Il a été noté, lors des entretiens, que les adolescentes de Nouakchott sont celles qui ont un smartphone et ont accès à internet contrairement aux ados de Néma dont les parents sont réfractaires. C'est entre-elles qu'elles se soutiennent et qu'elles créent des espaces de paroles pour partager leurs infos sur la SR.

En ce qui concerne la région d'Assaba, les adolescentes n'ont pas toutes des smartphones mais elles ont énormément d'informations sur la santé reproductive. Mais à aucun moment, elles n'ont parlé de droits¹⁷ à la santé reproductive. Il existe une fausse idée répandue selon laquelle l'accès à l'information entraînerait un comportement déviant des adolescentes. Comme l'illustre ce verbatim, les adolescentes ont besoin d'être informées afin d'être en bonne santé et de faire les bons choix.

« Il existe toujours le problème de l'accès à la justice. Ces obstacles-là sont vraiment à lever parce que les droits reproductifs sont des droits reconnus quand même au niveau international sur des conventions que la Mauritanie a signées et même récemment sur le projet de loi de 2018. Par exemple, il est clairement notifié que l'information est un droit mais jusqu'à aujourd'hui on a des barrières qui sont là. On a par exemple des institutions de santé ou d'autres en fait qui se substituent à la police dès fois qui vous demandent des choses qu'ils n'ont pas le droit de faire. Déjà l'accès à la justice l'autre obstacle c'est un peu aussi bien sûr je dirais un peu la volonté de l'Etat aussi de mettre en place des programmes forts et de mettre en place des institutions fortes qui pourront prendre en charge certaines choses parce qu'il n'est pas normal encore une fois dans un pays que tout ce qui revêt de la prise en charge des victimes, tout ce qui revêt de la sensibilisation, soit laissé à la seule portée des organisations de la société civile. Ce sont des choses que l'Etat doit encadrer mais surtout doit porter donc les obstacles à ce niveau-là aussi sont institutionnels ou disons-le étatiques à deuxième niveau troisième niveau. Si aujourd'hui, par exemple, le taux de besoins non satisfaits par exemple en SR tourne autour de plus de 50 %, c'est parce que tout simplement, il y a des femmes qui ne sont pas informées il y a des femmes qui n'ont même pas le droit à la SR donc elles n'ont pas tout simplement le droit à la contraception... il faut que le monsieur soit d'accord, il faut que la famille soit d'accord il y a tellement de conditions qui font que les besoins non satisfaits grimpent de plus en plus parce que les femmes ont conscience qu'elles doivent utiliser la contraception, qu'elles doivent avoir accès aux soins qu'elles doivent avoir accès à plein de choses mais elles ont aussi conscience qu'elles ne sont pas maîtresses de leur corps. Elles ont conscience aussi qu'elles ne prennent pas la décision. C'est soit le mari qui prend, c'est

¹⁷<https://www.rfi.fr/fr/podcasts/7-milliards-de-voisins/20220517-quels-droits-pour-les-femmes-dans-la-soci%C3%A9t%C3%A9-mauritanienne>

soit tout tuteur masculin qui doit le faire en fait à leur place alors que c'est elle qui souvent paye les conséquences en termes de grossesse rapprochée et en termes de maladies infectieuses. Donc les déterminants socioculturels sont extrêmement importants parce que ça constitue des gros blocages et en plus de ça pour corrélérer le tout étant dans une société aussi qui comme je disais tantôt c'est un système patriarcal toutes les décisions tournent autour de l'Homme même quand il s'agit de votre propre corps en fait donc ces déterminants font qu'en fait les femmes qu'elles soient dans des situations matrimoniales ou non souvent leur santé reproductive pose problème. Je parlais du système patriarcal aussi qui nous apporte le pouvoir de décision aux femmes, donc une décision même si c'est lié à le corps les femmes ont besoin d'avoir des validations masculine en fait que ce soit le mari que ce soit le grand frère en fait donc il ne décide pas forcément quand est-ce qu'il doit faire les enfants quand est-ce qu'elle doit faire des contraceptions quand est-ce qu'elle doit espacer quand est-ce qu'elle doit limiter, ce n'est pas des décisions qui sont intrinsèquement liées à elle. C'est plutôt lié toujours à une validation masculine quelque part et ça pose problème quand on parle de l'autonomie corporelle ainsi de suite je ne parle même pas encore de certains sujets il y a par exemple l'avortement. Les femmes n'ont droit à l'avortement parce que ce n'est pas elles qui décident donc elle doit avorter ou pas surtout dans un pays comme la Mauritanie où l'avortement est interdit ou en tout cas régit sur certaines conditions c'est quasi possible. » (Interview d'une experte genre travaillant sur la SR).

4.1.2. Les femmes

Les entretiens centrés sur les femmes ont questionné la capacité d'agir des répondantes à prendre des décisions concernant leur santé, leurs parcours de soins s'il y en a, leurs perceptions des services de SR, leurs tendances à se rendre dans les services de SR, le point de vue des interviewées à l'égard de la violence dans le couple, les connaissances des femmes et leur opinion à l'égard des méthodes contraceptives, les attitudes et comportements de leur époux face à l'espacement des naissances.

Les répondantes sont des femmes âgées de 25 à 65 ans. Elles sont, en moyenne, mères de quatre enfants. La cohorte est très hétérogène avec des femmes alphabétisées en français et en arabe. D'autres femmes ont fait l'école coranique. Les femmes mauresques exercent une activité économique. Elles sont à leur propre compte. Elles ont reçu des formations dans l'électricité, dans la teinture, dans la couture dans quelques centres techniques. Les femmes haratines ainsi que les migrantes sont des travailleuses domestiques. Elles gagnent 2000 MRU parfois à 1500 MRU. Parmi, les femmes wolof, halpulaar et soninkés on retrouve des femmes éduquées et indépendantes financièrement et des femmes n'ayant pas le pouvoir économique. Ces dernières sont des travailleuses domestiques. Ce qui les rend encore plus vulnérables.

En Mauritanie, l'influence et la position des femmes au sein du foyer varient selon les communautés ethniques. Cependant, du fait de la prédominance du patriarcat dans l'environnement socioculturel mauritanien, le pouvoir de décision et l'autonomie de la femme restent souvent limités au sein du foyer. Même si certaines femmes, telles que les femmes mauresques, ont un certain pouvoir de décision dans la cellule intrafamiliale, leur pouvoir de décision ne s'étend pas à la sphère communautaire. Dans cette étude, l'intersectionnalité est comprise comme le chevauchement des inégalités causées par le genre, l'âge, l'appartenance raciale et ethnique, le niveau d'étude, le statut de résidente ou de migrant etc.

Ici, dans cette recherche, ce sont les femmes du Hodh, les mauresques qui sont les plus réticentes à la fréquentation des services de SR. Dans le Hodh, la majorité des femmes utilisent un smartphone, elles ont accès à internet. Mais elles n'ont pas abordé des sites consultés pour avoir des informations sur la SR.

Pour les enquêtées de Hodh El Chargui, il y a une corrélation entre le smartphone connecté à internet et l'émancipation des femmes¹⁸. Dans ce cas-ci, l'empowerment pour elles, passe par la maîtrise d'une technologie comme le téléphone portable, capable de répondre aux besoins d'information et de santé des femmes. En effet, l'accès facilité à l'information de santé par le téléphone portable est susceptible d'éduquer les femmes et leur permettra de prendre les bonnes décisions et d'adopter des comportements bénéfiques pour leur santé et celle de leur famille. L'accès à l'information constitue une clé d'action, aussi l'acquisition d'un savoir ou la connaissance de données particulières permet aux populations vulnérables d'agir « mieux », c'est aussi une vision de l'empowerment. Néanmoins, les enquêtes ont montré des connaissances limitées des femmes de Hodh El Chargui sur la SR.

Dans le Hodh El Chargui, particulièrement dans le quartier de Melgue El Bitah, ce sont des femmes mauresques, ayant en moyenne, trois enfants, qui ont raconté leur trajectoire de soins. La plupart des enquêtées sont des femmes divorcées qui exercent une activité professionnelle. Elles sont teinturières, travailleuses dans des coopératives de femmes, commerçantes, travailleuses domestiques.

Le divorce en Mauritanie ne diminue pas la probabilité de remariage des femmes divorcées : « 74% des femmes dont le premier mariage est rompu, sont parvenues à se remarier¹⁹ ; ». Contrairement aux femmes, la proportion des hommes divorcés est faible (2%) car ils recourent au remariage plus fréquemment que les femmes. Par ailleurs, le veuvage chez les hommes est faible (moins de 1 %) en raison, en partie, des écarts d'âges importants entre le mari et la femme dans le couple : les hommes étant souvent beaucoup plus âgés que leurs épouses, la probabilité que leurs femmes décèdent avant eux est faible. De plus, en Mauritanie, une femme divorcée n'est pas pour autant stigmatisée, que ce soit par sa famille ou ses amis.

Du point de vue culturel, la situation matrimoniale en Mauritanie est caractérisée par un taux de divorce élevé et surtout une forte mobilité conjugale chez la communauté mauresque notamment. Dans les communautés négro-africaines (peul, wolof, soninké), la principale caractéristique en termes de nuptialité est la polygamie et la limitation du taux de divorce.

Rétrospectivement, les femmes divorcées de Hodh El Chargui ont parlé d'un mariage arrangé. Elles ont été mariées sans leur consentement et d'après elles, c'est pour cela que le mariage n'a pas fonctionné. Quelques femmes divorcées dont le mariage fut arrangé par leurs parents – ont néanmoins déclaré que leur mari était un bon chef de famille. Il subvenait aux besoins de la famille. Il assurait leur protection.

Toutes les femmes interviewées ont dit qu'elles déplorent la violence au sein du couple. Elles n'ont pas donné d'exemples précis. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne sont pas des victimes de violences. Lors d'entretiens semi-directifs, l'enquêtée veut toujours raconter son histoire sous son meilleur jour et ne

¹⁸ Al Dahdah Marine, Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ? Terminal. Technologie de l'information, culture & société, 2019, 125-126, 10.4000/terminal.5013. Hal-02520505

¹⁹ Ould Moujtaba Mohamed Lemine Salem, 2002, « Etude sur le divorce en Mauritanie », Direction de la promotion féminine, Projet IDF-27298 (Banque Mondiale), 49 p.

dire que ce qui est autorisé. Par ailleurs, lors des enquêtes exploratoires, les échanges avec les acteurs de la société civile ont montré que la loi²⁰, intitulée, « Loi²¹ contre les violences basées sur le genre²² » rebaptisée « Loi sur les violences faites aux femmes et aux filles », évitant soigneusement le terme « genre » peine à être appliquée.

Pour rappel des faits, depuis 2016, des religieux s'étaient insurgés contre ce projet de loi et avaient dit que « la charia pourvoit à toutes les questions et que légiférer pour protéger les victimes revient à remettre en cause la perfection du dessein divin²³ ». Le 7 juin 2020, une pétition demandait au Président Ghazouani le retrait du projet de loi, au prétexte supplémentaire qu'il encourage « la désintégration des familles, et ouvre la voie aux stupides, hommes et femmes, l'occasion d'altérer la société ». Elle est signée par plus de 600 personnes, notamment un membre du Haut Conseil de la Fatwa, quelques professeurs d'Université, des imams de plusieurs mosquées de quartiers et de quelques villes en dehors de Nouakchott, des commerçants, des anciens ministres, ainsi que des femmes : infirmières, sage-femmes, femmes politiques (Evrard & Pettigrew 2022).

Des femmes et des hommes sont hostiles à cette loi car ils pensent qu'elle donnerait des droits et des privilèges aux femmes. Pour eux, cette loi donnerait le droit à la femme de ne plus avoir un tuteur masculin (époux, père, frère, oncle). Pour citer ces religieux, la charia a déjà réglé le problème des violences faites aux femmes²⁴.

« L'ensemble nourrit la croyance d'une infériorité légale et pratique de la femme, en comparaison de l'homme, fût-il conjoint, parent ou sans lien particulier avec elle. La matière de la controverse porte, également, sur la faculté du divorce, la condition du veuvage et la jouissance de la personnalité juridique, dont le droit de voyager, d'entreprendre et de dépenser constituent des illustrations concrètes »

- Initiative pour la résurgence du mouvement abolitionniste (IRA) - Mauritanie, 12 mai 2020

Que ce soit à Nouakchott, à Assaba ou dans le Hodh El Chargui, les femmes ont intériorisé les modèles de genre normatifs de leur communauté. Les femmes sont soumises à l'autorité des hommes. Dans les différents témoignages recueillis, c'est ce qu'elles laissent transparaître. Les relations entre les femmes et les hommes semblent figés et immuables.

²⁰ Tout au long des 74 articles répartis en cinq chapitres, le projet aborde les sanctions pénales et crimes basés sur le genre, les mesures préventives sur les violences faites aux femmes, et la prise en charge sociale des femmes victimes de violence.

²¹ La loi sur les VBG qui a été retirée à deux reprises par le gouvernement, sur la base des observations émises en 2016 puis en 2018 par les commissions spécialisées de l'Assemblée Nationale, se présente dans sa version actuelle sous de nouveaux habits. Le gouvernement a bien pris le soin d'en changer l'intitulé. De « Loi sur les violences basées sur le genre », elle est passée à « Loi contre les violences faites aux femmes et aux filles », car le terme « genre » utilisé dans les deux premières versions est l'une des causes de son rejet par la majorité conservatrice des députés. Ainsi, le terme « genre » a été banni dans tous les articles du nouveau projet de texte.

²² Cheikh Aidara, « Loi sur les VBG, rebélote et déjà, les barbus montent au créneau ! », Thaqafa, 13/05/2020, <https://aidara.mondoblog.org/2020/05/13/loi-sur-les-vbg-rebelote-et-deja-les-barbus-montent-au-creneau/> .

²³ CRIDEM, (07-07-2020) Des Cheikhs et Imams demandent le retrait du projet de loi sur la violence contre les femmes et les filles. En ligne : https://cridem.org/C_Info.php?article=737734&fbclid=IwAR1tPWogvkkeV7a-hOF32gdd6nbTHejWWu16U7Mq1ziJjibWzQN8b_eRjNk%3E.

²⁴ Evrard, Camille. Pettigrew, Erin. (2022) Femmes du Sahara-Sahel: transformations sociales et conditions de vie. L'Ouest Saharien, Vol. 16. DOI: 10.3917/ousa.221.0013

« J'ai choisi mon mari au moment où je préparais ma licence en chimie. C'est un sénégalais. Il résidait chez ma tante pour faire les études coraniques. Au fur à mesure, on se fréquente. Après, il est retourné au Sénégal. Il a envoyé ses parents pour me demander en mariage. Mon père ne voulait pas que je me marie maintenant vu que je suis en pleine année préparatoire pour la licence en chimie car selon lui une fois que je me marie, je ne vais plus me concentrer sur mes études. Mais, il a fini par accepter et ma future belle-famille a fait une promesse comme quoi je vais me marier durant les vacances. En 2022, je pars au Sénégal et je reviens à la fin des vacances pour reprendre le chemin de l'université.

J'ai parlé avec mon mari vu que j'ai fait des longues études. Je lui ai expliqué l'importance d'espacement des naissances et le bien-être de la femme et du nouveau-né. Il a compris et il m'a donné l'autorisation de le faire pour ma santé et pour pouvoir bien gérer notre premier enfant et bien prendre soin d'elle vu que j'ai une fille d'un an et quelque mois. J'avoue que ce n'était pas facile car mon mari est un marabout.

J'ai commencé à fréquenter les services de SR après mon accouchement pour avoir des renseignements concernant la contraception. J'ai consulté mes grandes-sœurs et j'ai discuté avec ma sage-femme qui m'a beaucoup conseillé. Je lui ai demandé quelles sont les méthodes et parmi les méthodes s'il y a des risques. Elle m'a expliqué que les contraceptions n'ont pas de risque ni inconvénient elle m'a donné beaucoup de conseils et j'ai choisi l'implant qu'on pose sous le bras ». (Femme wolof, résidente à Nouakchott, étudiante en Master de Chimie, 26 ans, mariée, une fille)

« Je suis sénégalaise. Je vis en Mauritanie et je suis mariée à un mauritanien. J'ai choisi mon mari. Ma famille a accepté et m'a encouragé et je n'ai pas de problème avec ma belle-famille. C'est très difficile de travailler en tant que domestique dans les maisons des maures, on nous prend comme des esclaves on travaille sans repos. Les décisions je les prends avec mon mari mais toutes questions qui concernent la santé c'est mon mari qui a le dernier mot. Tout ce qu'il dit, je l'accepte car c'est mon tuteur. Je fréquente les postes de santé juste pour me consulter sur mon état de santé comme par exemple les infections, les pertes blanches surtout les pertes blanches car ça me fatigue vraiment ou parfois mes rendez-vous avec la sage-femme pour faire mon planning familial. J'utilise les méthodes contraceptives par exemple le pose le brin de 5ans pour espacer les naissances comme je travaille. Je ne peux pas chaque deux ans tomber enceinte non seulement ce n'est pas bon pour mon travail ni pour la santé des enfants ni même ma santé. Je n'aurai plus le temps de bien prendre soin de moi ni de mon mari. C'est mon mari qui m'a conseillé et il m'a dit de le faire. Donc j'ai totalement son soutien et il comprend ma situation en tant que femme. Ce qui m'inquiète à propos de la contraception pour l'espacement de naissance de mes enfants pour cinq ans, cela fait actuellement deux ans que je n'ai pas vu mes règles. Et là, il y a environ deux semaines, j'ai mes règles qui sont revenues mais qui ne s'arrêtent pas. Je commence vraiment à m'inquiéter. D'habitude, mes règles ne durent pas une semaine. Les avantages des contraceptions c'est que tu ne peux pas avoir un enfant de moins de 2 ans ou deux ans et tomber enceinte encore mon travail ne me permet de tomber en état de grossesse rapproché c'est pour cela j'insiste sur le planning.

J'aimerais dire aux femmes d'être actives car nous sommes très négligentes pour ce qui concerne notre santé. On ne part dans les postes de santé qu'à la dernière minute. Comme par exemple, mon cas le fait que j'ai des règles de plus de deux semaines je ne suis pas allée au centre je trouve

que ce n'est pas normal. Je suis là je m'occupe que mon travail. Je dois une fois que ça m'arrive d'aller vite chez le médecin pour savoir les causes. Les sage-femmes font leur travail. A chaque fois que les femmes observent quelque chose d'étrange, elles doivent revenir vite dans les services de SR pour un diagnostic et pour savoir c'est quoi le problème. Mon dernier message je lance aux femmes si vos maris ne sont pas d'accord sur le planning alors ne le faites pas. S'il est d'accord ou qu'il constate que tu as des grossesses rapprochées et qu'il ne veut pas, il ne faut pas forcer les choses » (Femme wolof, résidente à Nouakchott, 37 ans, deux enfants, mariée, gouvernante dans une maison de maure).

La pression sociale encourage les femmes à se conformer aux attentes culturelles en ce qui concerne les décisions vestimentaires, professionnelles et conjugales, décisions souvent délimitées par des normes islamiques, des intérêts familiaux et des réalités financières. Même lorsque l'expérience vécue varie considérablement, d'une femme à une autre, qu'elle soit du groupe ethnique maure, peule, haratine, wolof, soninké, les femmes continuent de faire face à des obstacles lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant leur santé.

Vingt-quatre femmes ont fait l'objet d'entretiens. A Assaba et à Nouakchott, les différentes ethnies sont toutes représentées à l'inverse du Hodh El Chargui qui est focus sur la communauté maure. A l'unanimité, les interviewées disent que le mari tient compte de leur avis dans le foyer. Elles sont sollicitées dans la prise de décision dans le foyer. Néanmoins, toutes disent que quand il s'agit de se rendre dans un service de SR, c'est le mari qui décide. Ce dernier aussi ne s'oppose pas au fait qu'elles veuillent se rendre dans un service de SR pour des soins ou pour des conseils auprès du personnel de santé.

Par ailleurs, dans les trois sites géographiques, la majorité des interviewées disent ne pas être régulières dans les services de SR et qu'elles ne participent pas à des réunions de sensibilisation. Quand elles y vont, il s'agit d'un besoin ponctuel. Par exemple en cas de grossesse ou d'un dépistage pour le VIH Sida (une des enquêtées en a parlé brièvement dans le Hodh El Chargui). Les femmes de Hodh El Chargui sont celles qui se rendent le moins dans les services de SR. Les indicateurs de l'émancipation des femmes diffèrent également selon la région.

« Quand je suis en état de grossesse, je consulte l'une des sage-femmes jusqu'à l'accouchement et selon elle, la période qui sépare deux enfants doit être au minimum de cinq ans au moins pour permettre à l'enfant de faire deux allaitements et permettre à sa mère de se reposer pendant les deux années qui suivent. Et la cinquième année, la mère peut se préparer pour une nouvelle grossesse » (Femme mauresque, 33 ans, 3 enfants, divorcée).

Les femmes interviewées à Nouakchott disent qu'une femme qui fréquente les services de SR est susceptible d'être en bonne santé. Et c'est important pour son bien-être. Dans le Hodh El Chargui, une des enquêtée a dit qu'elle n'a jamais accouché dans un centre de santé. Elle s'y rend dit-elle pour la vaccination des enfants parce que c'est gratuit.

« Mon problème majeur avec les visites dans les dispensaires c'est le manque de moyens. Je me rappelle... Une fois, mon enfant avait une forte fièvre et la seule chose que j'avais c'était une chèvre. Je faisais boire son lait à mes enfants. J'étais contrainte de l'envoyer au marché pour la vendre. Je me suis rendue à l'hôpital de Néma et je me suis dirigée vers les urgences. Je n'ai trouvé aucun infirmier pour consulter mon enfant qui était inconscient. Ils m'ont dit d'aller payer la consultation si non, ils ne vont pas soigner mon enfant. J'ai payé la consultation et après quatre jours, ils m'ont retenu jusqu'à ce que je paye le lit sur

lequel était couché l'enfant. J'étais obligée d'aller emprunter de l'argent pour payer » (mère célibataire, 35 ans, entretien à Néma).

Force est de constater, les entretiens ont montré que les femmes mauresques et divorcées du Hodh ne se rendent pas dans les services de SR par manque de ressources financières. Ces dernières, ont mentionné, au cours de l'entretien, souffrir de fibromes et ont déclaré ne pas avoir d'argent pour se soigner. Elles sont plusieurs à avoir parlé des frais de transport qui les empêchent de se rendre dans les services de SR.

« Je suis venue une seule fois chercher le planning familial mais on m'a dit 50 MRU que je n'avais pas. Et depuis je ne suis plus revenue au dispensaire. Les enfants se suivent. Je n'utilise aucune méthode contraceptive. Je n'ai pas les moyens pour le transport et pour l'achat des médicaments... Et cela m'a beaucoup marqué. Je me rends rarement dans les services de SR car il faut de l'argent pour tout et moi je n'en ai pas. Je suis venue demander quelque chose pour mon enfant qui souffre de malnutrition. Je cherchais des paquets de pini pini. On me l'a refusé. Je n'ai jamais assisté à une rencontre dans les services de SR » (mère célibataire, entretien à Néma).

A Assaba, outre le fait que les femmes sont conscientisées sur l'importance du suivi de leur santé dans les hôpitaux, dispensaires, elles n'y vont pas tout le temps. Les infrastructures ne répondent pas aux normes, les prestataires de santé quasi-absent et pour s'y rendre, le chemin est tortueux.

« La première recommandation c'est que quand il y a des structures de santé dans une zone rurale, il faut demander au gouvernement de la renforcer. On a beaucoup de postes de santé qui sont créés et qui sont mis en place dans des zones rurales mais les prestataires de santé ne travaillent pas et s'ils travaillent c'est avec une seule personne. Je me rappelle l'année passée j'ai été au Hodh Charghi dans le cadre du projet SWEDD j'ai fait un constat. Quand on leur pose la question « est-ce que vous avez une poste de santé ? » Ils disent oui, on a une poste de santé ». Mais il n'y a que le chef du centre et parfois il part un week-end et il ne revient qu'après une semaine. Il n'y a pas de spécialiste en matière de santé reproductive aussi quand on a mis en place des mentors pour former les filles en matière de santé on leur dit quand vous avez des problèmes sur ces questions de santé reproductive tu peux inviter la sage-femme ou bien le médecin. Il nous dit : « Ce sont des gens qui sont introuvables et même si on les invite, ils ne viennent pas sauf s'ils sont payés. Donc les structures qui existent, il faut les renforcer et il faut motiver les personnes de santé surtout ceux de la santé reproductive, c'est-à-dire les sage-femmes etc. Il faut les motiver c'est-à-dire il faut les motiver quand elles veulent se déplacer dans une zone reculée il faut qu'elles aient une motivation. Je recommande aussi pour les zones où il n'y a pas de structure de santé et qui sont très loin des structures de santé ils disent qu'il faut déplacer les femmes sur des charrettes ou bien si elles ne se déplacent pas sur une charrette ça veut dire qu'elles seront accompagnées par une accoucheuse traditionnelle. Il faut mettre des structures de santé ou bien construire une structure de santé ou bien louer une maison pour la santé reproductive » (Présidente de l'ONG Assistance Femmes et enfants en difficultés).

En dehors de l'éloignement des postes de santé, du manque de personnel qualifié ou encore la nonchalance des agents de santé et du coût des soins, d'autres réalités sont aussi à prendre en compte comme le fait que les femmes en milieu rural sont plus à l'aise avec les accoucheuses traditionnelles. Ces dernières sont généralement des femmes de faible niveau de scolarité, recrutées localement et ayant

bénéficié d'une formation de quelques mois. Cette dotation en personnel est plutôt favorable en comparaison des autres structures de taille similaire dans le pays, qui souvent rencontrent des difficultés à retenir les sage-femmes sur leur lieu d'exercice. La maternité s'appuie, par ailleurs, sur le travail de bénévoles formées « sur le tas » qui, malgré l'absence de reconnaissance statutaire, travaillent depuis de nombreuses années²⁵.

« Il y a des zones qui sont très éloignées, les gens ne veulent pas faire des déplacements vers les hôpitaux pour faire les accouchements ou pour faire la consultation prénatale. La consultation prénatale n'existe même pas. Actuellement, les femmes ne font pas des consultations prénatales même si on leur dit de le faire. Les femmes ne se déplacent pas pour se consulter. Elles font plus confiance aux accoucheuses traditionnelles qu'aux médecins et en plus l'anecdote c'est que si le spécialiste, le gynécologue c'est un homme on ne s'approche jamais on ne peut pas laisser on ne peut pas faire la consultation. Les parents, les pères, les mères, les maris ne veulent pas que la femme fait des consultations prénatales avec un spécialiste homme ça c'est la première des choses. La deuxième des choses, elles ne se déplacent pas pour faire des consultations très loin parce qu'ils disent, qu'il y a aussi des risques que les déplacements risquent de causer un avortement. Quand elles accouchent leur premier ou deuxième, certaines ne veulent pas du planning familial. Les causes c'est que certaines sont dans des familles très conservatrices. Elles ont constaté que les méthodes contraceptives sont à l'origine d'autres maladies. Mais la grande majorité c'est surtout à cause des familles conservatrices. Qu'il ne faut pas en tant que musulmane, il ne faut pas limiter le nombre d'enfants parce que leur grand-père et leur grand-mère n'ont jamais limité leurs enfants ils ont beaucoup d'enfants. Ils ont pu faire grandir et qu'ils sont là etc. Les chefs traditionnels ou religieux disent que leurs grands-parents n'ont jamais fait du planning familial et qu'en tant que tribus ils vont faire la concurrence avec d'autres tribus en matière de nombre, en matière de ceci ou cela pour qu'ils soient administrativement une commune ou pour qu'ils soient administrativement une Mouqataa etc. Ils regardent le poids démographique donc pour ces raisons les gens racontent qu'ils ne peuvent pas limiter les enfants parce qu'en tant que musulmans il ne faut pas limiter ces enfants » (Témoignage de la Présidente de l'ONG Assistance femmes et enfants en difficultés).

Certaines femmes ont dit que leur mari était favorable à l'utilisation des méthodes contraceptives contrairement à elles qui sont plus réticentes. Dans le jargon mauritanien, on parle d'abonnement pour parler de contraception. Elles ont été nombreuses à dire que pendant toute la période d'allaitement, elles ne voient pas leurs règles. En pratiquant l'allaitement exclusif, elles veulent dire par là, qu'il y a moins de risques de tomber enceintes.

Dans le Hodh El Chargui, 6/8 enquêtées ont dit à propos des méthodes contraceptives « les gens disent que la prise de comprimés ou du vaccin peut entraîner le développement de cellules cancéreuses dans l'organisme et c'est très dangereux ». Ces dernières ont dit qu'il y a un espace convenable entre leurs enfants. Elles n'ont « jamais » pris part à des réunions de sensibilisation dans les services de SR bien que le personnel de santé soit à l'écoute et disponible. La gentillesse des sage-femmes ou s'agissait-il à priori des matrones, leur disponibilité, leur sollicitude a été mentionnée dans les entretiens. Les femmes disent aussi que pour l'attribution du planning familial, la sage-femme exige l'accord préalable du mari. Certaines

²⁵ Hélène Kane « Soins aux nouveau-nés : les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance », Santé néonatale en Afrique subsaharienne, 2020/S1 HS1.

femmes aussi ont parlé du porte à porte que fait le personnel de santé dans les maisons pour les sensibilisations liées au paludisme, à la vaccination des enfants.

En milieu rural et urbain, les contraceptifs, notamment la pilule du lendemain, sont distribués gratuitement dans les hôpitaux et les centres de santé, mais seulement 13 % des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne et 31 % des femmes ont des besoins contraceptifs non satisfaits. Cependant certains centres de santé exigent le consentement du mari pour fournir des contraceptifs à une femme, bien qu'il n'y ait pas d'exigence formelle à cet égard.

Pour changer la donne, le Ministère de la Santé a déployé des efforts pour impliquer les chefs religieux dans la sensibilisation à l'importance de l'espacement des naissances, l'augmentation du nombre d'unités mobiles fournissant des soins prénatals ainsi que la formation de sage-femmes communautaires. A l'heure actuelle, l'État propose un forfait obstétrique de 450 MRU pour soulager les patientes du milieu rural. C'est déjà un grand pas. Toutefois, ces dernières souhaitent aussi que ce forfait inclue les médicaments essentiels prescrits pendant la grossesse, à l'exception du fer²⁶.

La capacité d'agir des femmes

Dans le Hodh El Chargui, la majorité des femmes enquêtées n'ont pas choisi leur mari. Toutefois, on peut constater que 5/8 parmi elles sont divorcées. Elles disent ne pas accepter la violence domestique. « C'est une mauvaise pratique car l'homme doit se comporter convenablement avec la femme. Quand il n'a plus besoin d'elle ou ne se comprend plus avec elle, il doit la divorcer et la rendre honorablement à ses parents ». En Mauritanie, il y a cette perception collective autour « d'une société matriarcale où la femme est choyée ». C'est ce qui explique que toutes les femmes interviewées du Hodh, de Assaba et Nouakchott déplorent la violence dans la vie de couple et la condamnent. Selon elles, il s'agit d'une très mauvaise pratique et c'est contraire à la religion musulmane disent-elles. « Ce genre d'hommes méritent d'être sanctionnés », pour reprendre leurs propos. Or, la réalité est autre. Les femmes sont dominées dans tous les domaines de l'espace public ainsi que dans les textes de lois qui sont discriminatoires à leur endroit.

L'EDS fournit des données récentes sur la violence²⁷ basée sur le genre en Mauritanie et indique que 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques et 6 % des violences intimes, et que 65 % d'entre elles n'ont jamais cherché d'aide ou n'en ont parlé à personne. Compte tenu de la stigmatisation et du tabou qui entoure la violence faites aux femmes, la prévalence réelle ne soit pas reflétée dans cette enquête. Dans la plupart des cas, les victimes de violence domestique sont réduites au silence, leur souffrance est souvent gardée au sein de la famille et que, dans certaines sphères socioculturelles, elle est même acceptée comme normale. Les enquêtées n'ont pas rapportées d'expériences négatives sur le traitement des hommes.

Dans le cas de ce protocole de recherche, les femmes interviewées dans les trois sites géographiques, ont dit qu'elles peuvent discuter de tous les sujets dans la vie de couple et prendre les décisions avec leur époux. Elles disent aussi que le mari s'acquitte convenablement de ses obligations en tant que chef de famille, et en cas de besoin, elles peuvent compter sur ce dernier pour les accompagner dans un service de SR. Elles fréquentent les services sanitaires que quand c'est nécessaire d'y aller, pour préserver leur santé. Plus loin, on verra que ce n'est pas forcément le cas.

²⁶ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/women/wg/EoM-visit-Mauritania-20231006-FR.pdf>

²⁷ *Ibid.*

Dans le Hodh El Chargui, les femmes interviewées sont divorcées. Elles planifient leur vie avec leurs enfants et n'ont pas besoin de l'autorisation d'un homme pour se rendre dans un poste de santé. Par ailleurs, elles n'y vont que quand c'est important à cause du manque de ressources. Elles n'ont pas d'argent pour le transport, la consultation et l'achat des médicaments. En fonction du budget qu'elles ont, elles achètent le médicament prioritaire. Assez souvent, elles optent pour le fer.

A Nouakchott et Assaba, les femmes ont beaucoup plus d'autonomie et une plus grande ouverture d'esprit en ce qui concerne la SR. Elles disent qu'elles peuvent en toute autonomie, visiter un service de SR. Elles ont le soutien de leur époux qui « les accompagne, les soigne et les fait retourner à la maison ». Elles disent aussi que le mari est très favorable à la santé de la reproduction. Elles n'ont pas de reproches à faire au personnel de santé. Les sage-femmes les accueillent très bien et prodiguent de bons conseils pendant leur grossesse et offrent aussi, des moustiquaires.

Compte tenu de l'éloignement des postes de santé en milieu rural et du fait qu'il ne soit pas coutume d'assister à des activités de sensibilisations dans un service de santé, les femmes de Nouakchott sont celles qui consentent le plus à faire l'espacement des naissances contrairement à celles de Assaba et du Hodh. Ces dernières ont moins de ressources financières, elles préfèrent collaborer avec les accoucheuses traditionnelles à domicile. Comme il l'a été mentionné précédemment, les structures sanitaires sont éloignées et sur place il n'y a pas de médecin, pas de gynécologue, pas de sage-femmes.

« Dans les postes de santé en milieu rural. Les femmes au niveau communautaires ne peuvent pas faire de suivi prénatal, ne comprennent pas leur corps. Elles ne savent pas comment faire pour se protéger lorsqu'elles sont avec leur partenaire. C'est souvent la matrone (l'accoucheuse traditionnelle) qui est la sage-femme. Elle passe voir les malades selon les périodes. Une fois tous les deux mois ou trois mois. Le médecin obstétricien, il ne passera que quand il y a des difficultés. C'est souvent la sage-femme qui fait l'évacuation de la femme en couche vers le centre le plus proche et ça se fait à dos d'âne sur une charrette. Dans ces endroits, il n'y a pas de véhicule, pas d'ambulance. Donc il y a un risque pour la mère et l'enfant et au niveau économique, c'est un problème pour ces familles qui n'ont pas les moyens de faire face à ces frais médicaux »
(Témoignage Présidente Association Mauritanienne des Droits de l'Homme).

A Hodh El Chargui, les femmes ont dit qu'elles ne veulent pas faire « l'abonnement ». Ce qui veut dire « prendre les méthodes contraceptives dans le jargon mauritanien ». Elles ont peur des effets secondaires. Les femmes interviewées disent que les femmes de leur communauté ne sont pas fréquentes dans les services de SR. A Assaba, les femmes enquêtées reprochent au personnel de santé de ne pas être juste vis-à-vis de leur patiente et de ne pas traiter tous les malades au même pied d'égalité. Les interviewées ont aussi parlé de l'attente qui est longue pour avoir les bonnes informations. Les attentes des femmes interviewées sont d'être en permanence en bonne santé pour la vie.

On peut aussi constater que les hommes sont quasi-absents dans les récits de toutes les femmes. La santé reproductive semble concerner uniquement les femmes. Ce sont elles, seules, qui prennent soin des enfants et qui doivent trouver des solutions pour leur prise en charge sanitaire. La situation est davantage marquée chez les femmes divorcées – qui vivent des situations difficiles car elles prennent en charge

seules l'éducation et les soins de leurs enfants. Il faut aussi préciser que les femmes mauresques peuvent se rendre dans un service de SR sans demander l'autorisation de l'époux.

« Il y a une différence entre les différentes communautés. Vous avez, par exemple, chez la communauté mauresque, la femme a plus de pouvoir décisionnel que les autres communautés, parce que socialement l'homme ne considère pas qu'il doit intervenir dans ce genre de choses. Si une femme doit prendre la pilule, elle n'a qu'à prendre la pilule. Un homme ne peut pas chercher à savoir si elle a utilisé un implant ou non. Il ne peut pas se donner ce droit et la femme ne lui donne pas ce droit chez les Maures. Chez les autres communautés, c'est moins net. » Entretien réalisé par UNICEF par un informateur clé dans le Hodh El Chargui, en 2021²⁸.

A Nouakchott

Les huit femmes interviewées, quel que soit leur niveau d'éducation, ont choisi leur époux. Certaines ont parlé de coup de foudre, d'avoir rencontré ce dernier dans le milieu professionnel qui est d'une autre ethnie mais qu'elles ont pu avoir la bénédiction et le soutien de leur famille. Dans l'ensemble, à l'unanimité, il ne s'agit pas de mariage arrangé ou familial à l'inverse des femmes d'Assaba et du Hodh. Les interviewées de Nouakchott disent aussi qu'elles sont acceptées par leur belle-famille. Une seule parmi les interviewées, appartenant à l'ethnie wolof, est dans un ménage polygame. Les autres femmes sont dans des ménages monogames. Une femme migrante a été identifiée chez les répondantes. Les autres résident à Nouakchott. De plus, dans la cohorte, on compte une femme divorcée.

La prise de décision dans le couple se fait de manière concertée entre les époux. Des enquêtées ont dit que ce sont-elles qui ont parlé de l'importance de l'espacement des naissances à leur époux ainsi que du bien-être de la mère et du nouveau-né. Elles ont su convaincre le mari qui à son tour, a donné l'autorisation de faire « l'espacement de naissance ». « J'avoue que ce n'était pas facile car mon mari est un marabout ». Par ailleurs, ces femmes qui parlent plus de planning familial sont celles qui font des études et qui exercent une activité économique. Elles recherchent un équilibre entre la vie privée et la vie public. Elles souhaitent planifier les naissances par rapport à leur travail. Mais pas seulement, d'autres femmes ayant moins de ressources (des restauratrices et travailleuses domestiques), moins de capital culturel, moins d'éducatives, disent que c'est important de faire le planning. « Avoir des enfants, des multiples enfants alors qu'actuellement le temps est dur. Il n'y a pas l'argent pour s'occuper de ces enfants ».

Il ne faut pas oublier que dans la banlieue Nouakchottoise, l'on peut trouver des femmes plus vulnérables, des victimes de viols et d'incestes qui ne vont pas consulter dans les services de SR. Ces faits ont été signalés par les acteurs de SR lors des entretiens exploratoires.

« A Nouakchott, dans les quartiers périphériques, il y a beaucoup de femmes qui font face à des difficultés dans la santé reproductive. Souvent elles n'ont pas assez de soutien psychologique. Il s'agit de femmes qui ont été mariées extrêmement jeunes ou qui ont eu la malchance d'avoir été victimes de viols et d'inceste. Et ça leur cause énormément de difficultés quant à l'acceptation même de porter un enfant et l'acceptation même de se faire consulter par exemple par un médecin pour savoir exactement est-ce que oui ou non elle peut encore continuer à espérer d'être mère ou que son corps répond effectivement à tous les exigences et critères qui font d'elle une femme

²⁸ Samuel Hall, "Analyse de genre rapide sur la Mauritanie", Rapport final rédigé pour UNICEF, Janvier 2022.

complète à cause de tous ces traumas » (Présidente Association Mauritanienne des Droits de l'Homme).

D'autres femmes ont dit que c'est le mari qui leur a imposé dès le départ, l'espacement des naissances. Il ressort souvent cette phrase dans les témoignages « C'est mon mari qui m'a imposé le planning dès le début de notre mariage ». Néanmoins, cela ne veut pas pour autant dire que le chemin est balisé à Nouakchott et qu'il y a moins d'obstacles à parler de SR.

« A Nouakchott, au niveau de Dar El Beira, dans un quartier périphérique à Nouakchott, on avait également organisé une sensibilisation toujours sur la planification familiale et autres. Au début de la sensibilisation quand on parle de la planification familiale certains sont vraiment contre. Il y a des gens qui nous attaquent sur le terrain, pendant les causeries mais à la fin plus ces gens-là nous attaquent plus on donne des arguments. Plus on leur dit qu'on ne vous impose pas d'avoir des enfants, on ne vous impose pas de ne pas planifier. C'est comme si tu es en train de leur dire de ne plus donner naissance alors que ce n'est pas de dire de ne plus donner naissance mais plutôt de dire d'espacer la naissance pour le bien-être de la femme et de l'enfant parce que quand tu espaces la naissance c'est pour ton bien-être toi en tant que femme tu auras le temps de te reposer ton enfant aussi aura le temps de grandir deux ans et après tu fais un autre enfant etc. Islamiquement aussi ça se dit quand l'homme fait le retrait du coït interrompu c'est aussi la planification familiale c'est aussi l'espacement de naissance etc. Donc c'est à travers ces explications qu'on leur explique et au fur et à mesure ils acceptent. Mais au début c'est toujours difficile on se fait toujours attaquer » (Alliée de la SR, Nouakchott).

Les femmes interviewées à Nouakchott ne fréquentaient pas les services de SR. Elles ont commencé à y aller après le mariage, pour les consultations prénatales, l'accouchement puis pour l'espacement des naissances. « Je suis allée au centre de santé pour demander des informations sur les méthodes contraceptives avec mon mari dès le début de notre mariage car je suis restée un an avant de concevoir un bébé. Les avantages et les inconvénients... la sage-femme m'a expliqué. Il n'y a pas d'inconvénients donc je l'ai fait. Il faut seulement payer le planning que tu veux et une fois payer la sage-femme te le fait sur place ».

« J'utilise le DIU et comme j'ai fait des études je savais très bien comment faire pour espacer les naissances. Il y a différentes méthodes de le faire. Quand je me suis mariée, mon mari me l'a imposé donc on est parti ensemble voir le gynécologue. Elle nous a présenté les différentes méthodes et on a choisi le DIU » (femme mariée, 30 ans).

Les histoires de femmes sur la SR sont plurielles. Elles sont différentes en fonction de leur niveau d'éducation, de leur situation géographique, de leur capacité d'agir, de leur autonomie, de leur ressource, de leur itinéraire de santé, du mari, de la perception de leur entourage en ce qui concerne la SR, de l'opinion qu'elles ont du personnel de santé. Etant donné que les femmes interviewées fréquentent les services SR pour un besoin bien spécifique, elles n'ont pas pu aborder du jugement des membres de leur communauté sur les femmes qui participent à des activités sur la SR.

L'utilisation des méthodes contraceptives

Les femmes qui souhaitent espacer les naissances ont dit avoir pris des renseignements auprès de leurs grandes sœurs qui les ont recommandés des sage-femmes. « Après mon accouchement, après avoir donné le nom du bébé, je me suis rendue dans le poste de santé. J'ai consulté la sage-femme. Je lui ai demandé quelles sont les méthodes et parmi les méthodes, y a-t-il des risques. Elle m'a expliqué que les

contraceptions n'ont pas de risque, ni inconvénient. Elle m'a donné beaucoup de conseils et j'ai choisi l'implant qu'on pose sous le bras ».

« Oui, j'ai une fois fait ça. J'avais deux enfants de 1 an d'écart. L'un est né en 2010 et l'autre en 2011. Donc il y a une femme qui m'a conseillé d'aller mettre le planning. Donc, je suis allée le mettre et elle m'a fait une injection que je fais chaque 3 mois. Chaque 3 mois, je pars là-bas et puis on m'injecte. Donc ça fait que jusqu'à présent, je n'ai pas eu d'autres enfants » (45 ans, migrante depuis 7 ans en Mauritanie, mariée, deux enfants, travailleuse domestique).

« Je prends les décisions toutes seule en matière de santé reproductive dans mon foyer car mon mari n'aime pas que j'utilise les méthodes de contraceptions mais je suis obligée de le faire pour espacer les naissances de mes enfants pour mieux les éduquer et prendre soin de ma moi-même et de ma santé et de mon travail en tant que commerçante. En tout cas moi tous mes enfants j'ai fait les plannings. J'ai un espace de 4 ans, 2 ans et le dernier un espacement de 10 ans et c'est seulement cette dernière fois j'ai vu des inconvénients. J'avais fait pour 5 ans et ça fait maintenant 1 an et demi, je l'ai arrêté je ne suis pas encore tombé enceinte. Je vois mes règles normalement et je ne comprends pas le pourquoi si c'est le planning ou je ne sais pas vraiment (Femme mauresque, résidente à Nouakchott, commerçante, trois enfants, mariée, 35 ans).

Si l'utilisation des méthodes contraceptives ou le planning familial se fait avec l'accord du mari, le choix de la contraception se fait entre femmes. Les répondantes choisissent les méthodes en suivant les conseils et recommandations de leurs sœurs, amies et sage-femmes.

L'inconvénient des méthodes contraceptives

« Il y a les périodes où les règles viennent à tout moment sans se couper et parfois même ça peut prendre 6 mois ou 1 an avant de venir. Parfois ça vient 3 fois dans le mois et puis ça devient beaucoup et j'ai commencé aussi à prendre du poids. J'ai commencé à grossir. Depuis que j'ai arrêté le planning, mes règles sont irrégulières et sont souvent noires. Donc, on me dit que ce sont les conséquences du planning. Et je n'ai rien fait. Je suis dans ça jusqu'à aujourd'hui, dans la même situation. Je suis ici. Je n'ai pas l'argent (pour aller chez le médecin) » (36 ans, wolof, ménage polygame, secrétaire).

La plupart des femmes qui ont eu recours à la PF, ne comprennent plus leur corps, le fait que leur cycle ait changé, le fait d'avoir des règles inhabituelles, des saignements de plus de quinze jours mais qui ne se rendent pas dans les services de SR faute d'argent.

Perceptions du personnel de santé

A Nouakchott aussi, les femmes interviewées disent que le personnel de santé est qualifié. Les sage-femmes sont gentilles. Les femmes migrantes disent qu'elles sont bien traitées et qu'il n'y a pas de différences entre elles et celles qui résident à Nouakchott. Toutefois, il est important de rappeler, que le plus souvent, les femmes et les adolescentes migrantes se heurtent à des barrières au quotidien pour obtenir des soins de santé de base, en plus d'être victimes de stigmatisation, de discrimination et de violences basées sur le genre. Et la stigmatisation que subit ce groupe, le contraint à se soustraire aux regards de la société. Par ailleurs, les verbatim recensés n'ont pas permis de confirmer ces faits en Mauritanie.

A Assaba

Les femmes interviewées, spécifiquement dans le quartier de Kiffa, ont une très bonne appréciation de la santé de la reproduction et elles comprennent parfaitement les enjeux. Toutes partagent le même point de vue. Elles parlent de la santé de la mère et de l'enfant. Tous ces renseignements leur viennent des sensibilisations et des émissions à la radio. Elles disent aussi qu'il y va de la responsabilité du mari et père de prendre en charge sa femme et son bébé.

Dans la plupart des entretiens, les femmes mettent l'accent sur le fait que ce sont les hommes qui doivent décider de la PF et que l'épouse ne doit pas la faire à l'insu de son mari. Les enquêtées ont mis en exergue la religion en rappelant les rôles de genre ainsi que les comportements attendus au sens social du terme (la masculinité /féminité). Elles ont dit qu'à Assaba, certaines femmes ne pouvaient pas être prises en charge sans leur pièce d'identité, ce qui limite l'accès aux consultations prénatales et même à l'accouchement. Beaucoup de femmes n'ayant pas ces documents, se retrouvent donc exclues des soins de premier recours. De plus, elles disent que les prestataires de santé vérifient au préalable si les femmes ont eu l'autorisation de leur époux. « Autrefois, la pièce d'identité de l'époux était exigée. Mais aujourd'hui, un accord verbal ou une confirmation téléphonique peut suffire.

Elles disent aussi que même dans les postes de santé, l'information est accessible et qu'elles y vont sans complexe.

« La santé reproductive concerne toute femme mariée. Parce que ça parle du couple et quand on dit une vie de couple c'est avoir des enfants fonder une famille. Donc c'est important de s'occuper de la santé de la femme. Elle tombe enceinte, supporte 9 mois ce n'est pas facile à la naissance des enfants aussi c'est difficile. Il faut aller dans les structures de santé demander toute renseignements précisément à la maternité. Moi je parlais souvent là-bas surtout si l'une des amies, parentes ou voisines accouchent, je pars avec elles. Parfois je reste avec elles. Entre femmes tout se discute. Je demande tout sans complexe. Bien sûr c'est naturel pourquoi je me cache, c'est pour ma santé. Je connaissais déjà des femmes mauresques qui étaient mes voisines, on se parlait mashallah. Je n'ai jamais eu de problème pour demander. Mais maintenant elles sont affectées elles ne travaillent plus à kiffa ».

Par ailleurs, la majorité des femmes interviewées, à Assaba, ont parlé des services de SR qu'il fallait améliorer. Etant donné qu'elles fréquentent les lieux, ce sont -elles qui en ont le plus parlé. Ces services rassemblent des travailleuses de proximité qui ont tendance à stigmatiser les usagers au lieu de leur fournir un soutien, dans le but de créer un espace où les femmes peuvent parler plus librement de leur réalité et de leurs problèmes de santé, sans craindre d'être humiliées. Face à l'accueil réservé, les patientes sont timides. C'est ce qui ressort des interviews à Assaba. Elles ne parviennent pas à exprimer leur besoin. Les prestataires de santé se moqueraient des handicapées et même des autres.

« Ah, des gens de la santé qui parlent des handicapés, qui se moquent des handicapés. Les gens de la santé se moquent des personnes normales à plus forte raison des handicapés. On ne peut pas échapper à ça. Pour les gens de la santé, je vais dire que nous sommes toutes égales dans une structure de santé chaque femme a le droit de se consulter là-bas donc ils n'ont qu'à être accueillant, discuter avec les femmes pour les rassurer gentiment. Tous les services de santé sont à améliorer, pour que ça s'améliore il

faudrait faire des sensibilisations avec les patients et les prestataires » (Ménagère 48 ans, peule, mariée).

Les interviewées n'ont pas donné des exemples approfondis de violences obstétricales et gynécologiques, une forme de maltraitance subie par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Mais on retient que même si les femmes se rendent à l'hôpital, elles n'échappent pas à la maltraitance, aux insultes et qu'elles peuvent être soumises à des procédures médicales sans leur consentement.

Pourtant, la Mauritanie reconnaît certains droits en matière de santé de la reproduction dans des législations nationales, notamment la Constitution, le code du statut personnel et le code pénal. Plus spécifiquement, l'Etat de la Mauritanie a adopté et dispose de la loi relative à la Santé de la Reproduction (Loi SR) et de son décret d'application. Ainsi, la Loi SR intègre les orientations stratégiques nationales, en cohérence avec les engagements internationaux ratifiés par le pays. La Loi SR de Mauritanie a pour objet de définir les normes en santé de la reproduction et les dispositions juridiques qui les régissent ; elle fixe également les droits en la matière et sanctionne toutes les formes de violation des dits droits.

Les recommandations des femmes

Les interviewées disent que la santé de la reproduction est importante dans la vie d'une femme, de l'adolescence à la ménopause. Elles disent aussi que les femmes ne partent dans les services de SR qu'à la dernière minute. « Comme par exemple mon cas, le fait que j'ai des règles de plus de deux semaines. Je ne suis pas allée au centre. Je trouve que ce n'est pas normal. Je suis là je m'occupe que mon travail. Je dois, une fois, que ça m'arrive aller vite voir le médecin pour savoir les causes ». D'autres interviewées exhortent les femmes à concerter l'époux si elles veulent faire la PF. « Si vos maris ne sont pas d'accord sur le planning ne le faites pas. S'il est d'accord ou qu'il constate que tu as des grossesses rapprochées et qu'il ne veut pas, il ne faut pas forcer les choses ». Par ailleurs, dans l'échantillon de femmes interviewées, une femme mauresque a dit n'avoir jamais consulté son mari pour la PF. Elle dit qu'elle devait penser à elle. Elle a trois enfants âgés de 2 ans, 4 ans et 10 ans. Les femmes mauresques bénéficient du privilège de recourir à la PF sans consulter leur mari. C'est ce qui ressort des entretiens.

Pour conclure, à Nouakchott, les femmes semblent ne pas désirer beaucoup d'enfants. Elles parlent d'espacement de naissances, elles parlent de leur travail, de leur santé, de conditions dans lesquels il faut éduquer les enfants, de cherté de la vie. C'est important pour elles de trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Peu de femmes aussi fréquentent les services de SR car celles qui s'y rendent trop, ont une mauvaise réputation. Ces dernières sont soupçonnées de faire le planning familial. Les autres femmes partagent aussi cette idée à savoir que les femmes qui vont consulter dans les services de SR ne veulent pas d'enfants. « Il y a toujours des femmes pour dire que les femmes d'aujourd'hui ne sont pas comme les mamans d'avant. Elles ne veulent plus avoir beaucoup d'enfants. Elles veulent toujours espacer les enfants et avoir un ou deux enfants alors que nos mamans donnaient beaucoup d'enfants. Et maintenant tout a changé » (Femme soninkée, 39 ans, mariée, régime monogame, pas encore d'enfants). D'après les interviewées, il y a des hommes qui acceptent et d'autres non. Elles n'arrivent pas à expliquer ce fait. Les femmes qui veulent utiliser les méthodes contraceptives comptent beaucoup sur les ONG pour sensibiliser les femmes, les mères, la famille, le mari afin que ceux-ci les comprennent.

A Assaba, les femmes ne sont pas contre l'utilisation des méthodes contraceptives mais elles disent qu'il ne faut pas le faire à l'insu des maris. Aujourd'hui encore, en 2025, les besoins en matière de planification familiale restent importants pour reprendre l'UNFPA. La proportion de femmes actuellement mariées ayant

des besoins non satisfaits en planification familiale atteint 31 %, avec une majorité (23 %) exprimant un besoin pour l'espace des naissances, contre 8 % pour la limitation. L'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes restent limités, ce qui expose de nombreuses femmes à des grossesses non désirées et à des risques pour leur santé²⁹.

En Mauritanie, les femmes font face à d'importants obstacles pour accéder aux soins de santé, en particulier celles qui vivent en zones rurales. Selon l'enquête démographique sanitaire (EDS) couvrant la période 2019-21, 67 % femmes (âgées de 15 à 49 ans) ont déclaré avoir rencontré au moins, un problème pour se faire soigner alors qu'elles étaient malades. Environ 56 % des femmes ont indiqué ne pas avoir eu accès aux soins de santé en raison du coût de la consultation ou du traitement, et 41 % des femmes ont indiqué que la distance à parcourir jusqu'aux établissements de santé représentait un obstacle à l'accès aux services. Plus précisément, près des deux tiers des femmes (soit 65 %) vivant en zones rurales ont déclaré que l'argent était un problème pour obtenir des soins, comparé à près de la moitié des femmes vivant en zones urbaines (soit 48 %). De même, plus de la moitié des femmes vivant en zones rurales (soit 55 pour cent) ont déclaré que la distance à parcourir pour obtenir des soins de santé était un problème, comparé à moins du tiers de femmes (soit 28 %) vivant en zones urbaines.

4.1.3. Les hommes

A Nouakchott, A Assaba et dans le Hodh El Chargui, les vingt-quatre entretiens avec les hommes âgés de 22 à 51 ans, ont permis de recueillir leurs connaissances sur la santé de la reproduction, leurs opinions sur l'espace des naissances, leurs opinions sur les femmes qui fréquentent beaucoup les services de SR et sur les hommes qui fréquentent les services de SR. De plus, les hommes ont aussi apporté des réponses sur leur rôle à jouer, en tant que chef de famille, dans la SR. Les obstacles liés à l'implication des hommes dans la SR ont fait l'objet de discussions.

Selon quelques enquêtés, la santé de la reproduction, « C'est la santé des femmes et des hommes pour avoir des enfants en bonne santé, des grossesses sans problème et des soins quand il y a des complications. C'est aussi la santé des enfants après la naissance ». Les hommes maures ont été nombreux à dire que c'est une affaire de femme mais que le pouvoir de décision revient au mari. C'est lui qui décide, en fonction de son budget, quand son épouse peut se rendre dans un service de SR. Ils sont aussi nombreux à dire que le mari doit soutenir moralement sa femme. S'il ne lui donne pas d'argent et s'il ne la soutient pas, elle ne s'y rendra pas. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel des épouses. Les hommes qui sont insuffisamment informés sur la PF pensent qu'elle a des effets pervers et craignent les effets secondaires des produits contraceptifs.

Dans les trois sites géographiques, les hommes sont nombreux à dire qu'ils ne fréquentent pas les services de SR. Un enquêté résidant à Nouakchott, père de quatre enfants, de l'ethnie maure, se souvient avoir accompagné son épouse pour une échographie une seule fois. Les témoignages recueillis montrent que ce sont les hommes de Nouakchott qui se rendent exceptionnellement dans les postes de santé avec leurs épouses. Il s'agit spécifiquement des hommes du groupe ethnique wolof et poular qui consentent à accompagner leurs épouses.

²⁹ <https://mauritania.unfpa.org/fr/topics/planification-familiale>

D'après les hommes enquêtés dans les trois sites géographiques, le personnel de santé est qualifié et leurs épouses reçoivent toutes les informations. Il n'y a pas de discussion sur la SR dans le foyer. Ces derniers disent que leurs épouses préfèrent s'entretenir avec le personnel de santé. Les enquêtés ne semblent pas être à l'aise pour discuter de SR. D'après eux, dans les trois sites géographiques, ce sont les hommes qui travaillent dans la santé qui le sont. Néanmoins, les enquêtés reconnaissent que c'est le couple qui doit prendre ensemble la décision.

A l'unanimité, les hommes interviewés disent qu'une femme doit éviter de se rendre très souvent dans les services de SR car les autres vont dire qu'elle veut limiter les naissances. Elle va être jugée comme « immorale ». Certains hommes ont dit, lors des entretiens, que si une femme s'y rend sans son mari, cela peut faire l'objet de commérages.

Peu d'enquêtés ont déclaré accompagner leurs épouses. « C'est inhabituel ». Il s'agit d'hommes plus instruits, de la communauté négro-africaine. Ils parlent d'une discussion ouverte avec leurs épouses et du choix de la méthode contraceptive la plus adaptée. Ils sont plus ouverts à participer à des réunions de sensibilisations sur la SR afin de mieux soutenir leurs épouses. Ceux-ci disent que les tabous viennent de la pudeur, de l'ignorance et qu'il faudrait former les leaders religieux.

Mais aussi, le faible engagement de certains leaders religieux et coutumiers dans la promotion de la PF, les perceptions erronées de certains (politiques, religieux et traditionnels) et certaines attitudes pro-natalistes, la peur des effets secondaires, les fausses idées reçues par beaucoup de personnes sur la PF (cela fait grossir, rend stérile, etc.) et l'opinion que beaucoup d'hommes/maris et parents ont sur la PF comme étant un encouragement à la promiscuité, constituent des barrières à l'utilisation de la PF.

De manière générale, les hommes et les femmes connaissent les méthodes de PF, (des notions générales) mais ont peu de connaissances associées (utilisation, bénéfiques, etc.). Ainsi, le manque d'information fiable et de sensibilisation des hommes et femmes sur les mythes et idées reçues de la population sur la PF, impacte négativement l'environnement favorable à la création de la demande de PF.

Les entretiens ont aussi montré que des hommes nouvellement mariés dans la vingtaine, se renseignent sur les méthodes contraceptives pour leurs épouses. « J'ai accompagné ma femme pour une consultation prénatale récemment. Nous envisageons l'implant quand elle sera prête (homme, 22 ans, soninké, ouvrier) ». Ils disent qu'ils ont la pression des beaux-parents qui veulent rapidement des petits-enfants. En effet, pour un couple nouvellement marié, on s'attendrait plus que ce dernier soit en quête d'enfant.

Hommes en situation de handicap à Nouakchott

A Nouakchott, les hommes en situation de handicap semblent plus intéressés par la santé de la reproduction. Certains interviewés sont mariés et sont pères. Ceux-ci disent que « la santé de la reproduction c'est la santé du couple, comment éviter les maladies comme le VIH et avoir des enfants en bonne santé. C'est aussi la relation entre mari et femme, comment vivre ensemble sans problèmes ». Contrairement aux autres hommes, ceux qui sont en situation de handicap, disent que la santé de la reproduction n'est pas uniquement une affaire de femmes. Les hommes aussi, sont concernés.

« Souvent, on pense que ce sont les femmes qui doivent s'occuper de ça, mais nous aussi on est concernés. C'est notre responsabilité d'être informés, de se protéger et de respecter nos femmes. Les hommes handicapés, on est des hommes avant tout. On a les mêmes besoins, les mêmes envies. Mais les gens croient souvent qu'on ne peut pas avoir de relations ou d'enfants. C'est faux, et c'est blessant. Moi j'écoute souvent la radio, surtout les émissions sur la santé. Des fois je regarde des vidéos sur Facebook, mais c'est rare qu'on parle des handicapés. Les messages sont toujours pour les femmes. Ce n'est pas facile à comprendre, parce qu'ils utilisent des mots compliqués. Moi je voudrais qu'on explique dans notre langue, le pulaar, et qu'on fasse des séances pour les hommes aussi. J'aimerais en savoir plus sur la fertilité, parce que certains disent que le handicap empêche d'avoir des enfants » (28 ans, halpular, marié, 2 enfants, paralysie d'une jambe depuis l'enfance).

Certains d'entre eux ont déclaré s'être rendu dans les services de SR. « J'ai déjà consulté un médecin pour une infection urinaire. C'était gênant au début, mais le médecin a été respectueux. Le problème, c'est l'accès. J'ai dû demander à deux amis de m'aider à monter les escaliers. Il n'y a pas de rampe. Le personnel était correct, mais j'ai senti qu'ils étaient un peu étonnés de me voir pour ce genre de problème. Il faut rendre les centres de santé accessibles, et que les médecins soient formés à recevoir les personnes handicapées sans gêne. Et surtout, il faut parler de nous aussi dans les émissions de santé ».

Le protocole de recherche met en évidence que les hommes ne sont pas tous prêts à montrer leur vulnérabilité lors des entretiens. Ils refusent de mettre des mots sur la SR. La vulnérabilité serait une faiblesse. Dans la société mauritanienne, l'idéal masculin de virilité demeure la norme, le modèle dominant et accepté pour incarner la masculinité au sens social du terme. Tout comportement en deçà de ce modèle peut remettre en question la virilité de l'individu. Pour plusieurs raisons, la vulnérabilité représente un défi pour les hommes, la cause semble être ancrée dans la peur. Cette peur se manifeste de diverses manières : peur d'être blessé, agressé ou ridiculisé pour n'en citer que quelques-unes.

Les données de l'entretien exploratoire avaient mis en exergue un taux élevé d'hommes migrants à Assaba, ayant contracté le VIH et des IST qui se marient avec des femmes sans leur en parler. Et ces dernières, des bédouines le plus souvent, prenaient connaissance de leur situation, au moment de l'accouchement. Elles se retrouvaient infectées par le virus et abandonnées par le conjoint qui ne donnait plus de nouvelles. Les hommes (et les femmes) infectés par le VIH ne se soignent pas pour plusieurs raisons complexes, qui incluent l'accès aux soins, les facteurs socio-économiques, la stigmatisation et le manque de connaissances.

« A Assaba, il y a beaucoup de migrants (qui travaillent en Angola, Afrique du Sud, Centre Afrique, Cameroun) qui reviennent avec la maladie et les symptômes. Ils se marient avec des femmes sans rien leur dire. Ce sont des bédouines. Elles ne connaissent pas grand-

chose en réalité. Elles n'ont pas la culture de faire le test pré-nuptial donc c'est toujours un problème. Malheur à elles ! C'est jusqu'à l'accouchement que l'on constate qu'elle est infectée parce que les femmes n'ont pas cette culture d'aller faire des consultations prénatales très tôt. Donc, elles finissent par s'infecter et infecter les enfants. Donc ça a été un moment donné très difficile de lutter contre le VIH dans la zone. Mais en fin de longue durée, quelques associations ont mis en place des USPEC (Unités Spécialisées de prise en charge des femmes victimes de violences). Et c'est toujours un problème et le monsieur souvent, il sait qu'il est malade mais n'empêche, il fait son mariage. Il contamine la personne et il s'en va. Il arrive même qu'il ne revienne pas ». (Responsable d'un centre de santé communautaire à Nouakchott)

Lors des entretiens, la majorité des hommes disent ne pas fréquenter les services de SR ou encore, ils ont tendance à résumer la SR en une problématique de femmes. Or, il a été possible, avec les entretiens avec les prestataires de santé de se rendre compte qu'ils fréquentent, eux aussi, les services de SR pour « chercher leur dotation en préservatif ». Ils viennent aussi se renseigner par rapport aux IST et sont plus à l'aise pour parler leurs pairs masculins.

4.2. FACTEURS SOCIOCULTURELS, RELIGIEUX ET ECONOMIQUES

En Mauritanie, l'enquête de terrain a permis de soulever plusieurs facteurs limitant les connaissances à la SR ainsi que l'accès aux services de santé reproductive.

Dans les imaginaires, la santé reproductive demeure une affaire de femmes. Néanmoins, ces dernières fréquentent les services de SR en fonction des normes de genre, des ressources dont elles disposent, en fonction de l'accessibilité (la distance géographique), en fonction de leur compréhension de la religion, en fonction de la qualité des services proposés par les prestataires de santé. Il y a aussi les tabous, les préjugés et mythes sur la planification familiale qui font obstacle aux méthodes contraceptives modernes. De plus, la fréquentation des femmes dans les services de SR dépend de la perception des membres de leur communauté.

4.2.1. Freins identifiés (barrières socioculturelles, religieuses, économiques, manque d'informations et de sensibilisations)

L'identification des obstacles à l'accès aux services de santé repose sur une combinaison d'hypothèses préalables et d'analyses de terrain. Ces freins, issus de notre expérience en Mauritanie et d'études antérieures dans des contextes, sont confirmés à l'issue du traitement et de l'analyse des données collectées lors de la recherche. Les facteurs suivants seront susceptibles de constituer des barrières majeures à l'utilisation des services SDSR :

Barrières socioculturelles et religieuses

La collecte de données auprès des adolescentes, des femmes et des hommes a montré la difficulté d'aborder de la santé de la reproduction en Mauritanie. En milieu urbain et en milieu rural, les entretiens renseignent que adolescentes, quel que soit leur âge, handicap, groupes ethnies et sites géographiques confondues, n'ont pas été préparé à la modification de son corps à la puberté. Il y a la pudeur à parler de

santé reproductive. Les menstruations sont un sujet tabou dans la société mauritanienne fortement marquée par des croyances, des mythes et des interdits religieux et communautaires, qui influencent la gestion de l'hygiène menstruelle.

Quant aux femmes interviewées, la plupart ne fréquente les services de SR que pour un besoin ponctuel, en cas de grossesse ou pour un dépistage pour le VIH Sida. Bien qu'elles reconnaissent l'importance de préserver leur santé, la santé de la mère et de l'enfant, leurs itinéraires de soins débutent au lendemain de leur mariage. Et elles sont nombreuses à dire que la bonne épouse et bonne mère ne doit pas être fréquente dans les services de SR car elle va être soupçonnée de faire « l'abonnement » pour ne pas dire l'espacement des naissances. Le mariage affecte le comportement procréateur des femmes et joue ainsi un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et, par conséquent, sur le niveau de la fécondité. En outre, l'état matrimonial et la nuptialité déterminent les conditions de constitution du noyau familial à travers lequel se déroulent les événements démographiques tels que la fécondité³⁰.

De plus, les mythes négatifs et les idées reçues sur la PF font obstacle à la pratique contraceptive moderne. Les femmes en âge de procréer de Hodh El Chargui parlent d'allaitement exclusif pour éviter de tomber enceintes à l'inverse des femmes de Nouakchott ayant un niveau d'études supérieures et une plus grande autonomie, souhaitent espacer les naissances et qui testent plusieurs méthodes contraceptives.

A Assaba, les femmes ont certes, une aisance à fréquenter les services de SR mais elles dénoncent les relations tendues avec les prestataires de santé et disent qu'il faut l'accord du mari pour bénéficier de l'espacement des naissances. A cet effet, l'accès des femmes aux méthodes contraceptives n'est pas fondé sur un choix libre et éclairé. Elles ne peuvent pas décider par elles-mêmes si elles souhaitent avoir un enfant et choisir l'espacement de leurs grossesses.

Pourtant, la Loi SR fixe les droits en la matière et sanctionne toutes les formes de violation des dits droits humains³¹. Le manque d'engagement ou des attitudes négatives de la part de certains professionnels de santé peuvent aussi être un obstacle à la qualité des soins et à l'accès aux services.

Dans le Hodh El Chargui et Assaba, les femmes ont parlé de rumeurs et à la peur des effets secondaires de la PF. Elles ont aussi abordé de l'interdiction religieuse, qui par conséquent influence les attitudes des femmes. Les normes sociales dominantes limitent la marge des femmes. Les inégalités de pouvoir au sein du couple et de la famille impliquent en outre que les femmes ne sont pas toujours seules à prendre les décisions concernant leur santé.

Enfin, les hommes ne se sentent pas concernés par la santé de la reproduction et montrent peu d'intérêt à la PF. Ils disent déjà que les femmes ont plus d'informations sur le sujet car ce sont elles qui fréquentent le plus les services SR. Les hommes interviewés ne peuvent pas tous préciser le nombre de fois qu'ils ont accompagné leurs épouses dans les services de SR. Certains ont dit qu'ils vont être victimes de moqueries. Pour eux, le fait de recourir à la PF c'est remettre en question leur virilité. En effet, en Mauritanie, la valeur

³⁰https://ansade.mr/wp-content/uploads/2022/01/Volume1_Repartition-spatiale-etat-et-structure_RGPH_FR.pdf

³¹ <http://kissimadiagana.blogspot.com/2016/10/mauritanie-adoption-du-projet-de-loi.html>

sociale d'une famille nombreuse explique la faible utilisation de méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer.

Toutefois, les enquêtes ont montré qu'avec le soutien de certains leaders communautaires, il est possible de changer le narratif et d'inciter les hommes à se sentir plus concernés par la santé reproductive. De plus, les leaders communautaires ont dit que les hommes eux-mêmes doivent consulter car certains d'entre-deux ont des infections mais n'osent pas se rendre dans les services de santé, par peur d'être stigmatisés, par manque de confiance.

« En effet certains hommes sont réticents quant à parler de certaines maladies dont ils souffrent par honte. Par moment les hommes reviennent chez eux pas satisfaits. Ils ne sont pas très aptes à l'idée de se rendre dans les centres de santé en cas de besoin. Les travailleurs de santé doivent être accueillant et plus sociable ».

Facteurs économiques

Si l'accessibilité physique et géographique des femmes aux soins de santé reproductive demeure fortement freinée par des variables de déficit de ressources humaines et de manque d'infrastructures de santé reproductive, il n'en demeure pas moins que l'inaccessibilité des femmes à ces soins est également d'ordre socio-économique. A Nouakchott, à Assaba et dans le Hodh El Chargui, fréquenter un service de SR reste exceptionnel pour les populations les plus vulnérables. A titre d'exemple, dans le Hodh El Chargui, une des enquêtée a dit qu'elle n'a jamais accouché dans un centre de santé. Elle s'y rend dit-elle pour la vaccination des enfants parce que c'est gratuit.

Force est de constater, les entretiens ont montré que certaines femmes ne se rendent pas dans les services de SR par manque de ressources financières. C'est le cas de quelques enquêtées dans le Hodh El Chargui, qui ont mentionné, au cours de l'entretien, souffrir de fibromes et qu'elles n'avaient pas d'argent pour se soigner. Elles sont plusieurs à avoir parlé des frais de transport qui les empêche de se rendre dans les services de SR.

A titre d'information, tous les contraceptifs³² sont offerts gratuitement dans les structures publiques³³. Quatre raisons principales expliquent la non satisfaction des besoins en PF en Mauritanie :

1. L'accessibilité financière limitée : Cette question est réglée en partie par la gratuité des contraceptifs, mais les femmes doivent payer pour les consommables des méthodes à longue durée d'action.
2. L'accessibilité géographique : Les distances au point de prestation sont grandes, et le coût du transport peut être une barrière aux soins.

³²https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Repositionnement_de_la_Planification_Familiale_en_Mauritanie._La_Politique_de_Tarifcation_des_Contraceptifs.pdf

³³ Les prix de cession de la pilule à la femme varient de 300 ouguiyas à l'Association mauritanienne pour la planification familiale (AMPF) à 600 ouguiyas en pharmacie privée. Le contraceptif injectable coûte 500 ouguiyas à l'AMPF et 1 200 ouguiyas en pharmacie ; le dispositif intra-utérin (DIU) s'acquiert à 1 000 ouguiyas à l'AMPF contre 1 200 ouguiyas en pharmacie. Le Jadelle coûte 4 000 ouguiyas à l'AMPF mais n'est pas disponible en pharmacie. Le préservatif masculin coûte de 12 à 166 ouguiyas par unité en pharmacie mais est gratuit en dans certains endroits. La contraception d'urgence varie de 500 ouguiyas à l'AMPF à 3 000 ouguiyas en pharmacie.

3. L'accessibilité fonctionnelle limitée : Il y a un manque d'information et de sensibilisation parce que le personnel dans les structures périphériques n'est pas qualifié à offrir les méthodes à longue durée d'action. Certains produits ne sont pas disponibles à cause des ruptures de stock ; le système manque de matériels et d'équipements adéquats pour offrir la méthode de PF choisie par la cliente. Ceci affecte la qualité des services et de l'accueil et augmente le temps d'attente.

4. Les facteurs socioculturels : Les prêches de certains chefs religieux hostiles à la PF, les rumeurs dues à une mauvaise compréhension des produits contraceptifs et de leurs effets secondaires, la contraception clandestine et l'opposition des maris peuvent nuire à la recherche par les femmes des services de PF.

- Dépendance économique des femmes, restreignant leur autonomie dans la prise de décision en matière de SDSR.

Les entretiens ont renseigné que la majorité des femmes sont contre la violence dans la vie de couple. Elles ne tolèrent pas les comportements agressifs et violents. A Nouakchott, la plupart des femmes interviewées ont choisi leurs époux contrairement aux femmes de Hodh El Chargui et d'Assaba qui parlent de mariages arrangés. Le droit des femmes de choisir qui épouser, quel type de régime matrimonial leur convient, le moment de leur mariage et l'âge auquel elles vont le contracter, est absolument essentiel. La participation de la femme au choix de son mari témoigne de son niveau d'émancipation et constitue un facteur important qui influence la stabilité du mariage. Dans les sociétés traditionalistes où le mariage est une affaire de famille, la femme n'intervient pas dans le choix de son conjoint.

Les répondantes de Nouakchott ont aussi dit que les décisions dans le foyer se prenaient à deux. Néanmoins, il résulte des entretiens que ce soit les hommes qui prennent les initiatives en matière de SR. C'est eux qui ont le dernier mot. La plupart des femmes interviewées sont dominées économiquement et symboliquement par leur conjoint.

Les rôles de genre semblent immuables pour les communautés négro-africaines (peules, wolofs et soninkés). Les femmes ne décident pas seules de leur santé reproductive. Il n'a pas été possible de mesurer leur agentivité lors des entretiens car elles parlent toujours en faisant référence aux conjoints. Exceptions faites pour les femmes mauresques qui font fi de l'accord du mari en ce qui concerne la PF. Des témoignages à Nouakchott et dans le Hodh El Chargui confirment cet état de fait.

Les données de la littérature révèlent que, dans plusieurs pays en Afrique, l'autonomie décisionnelle des femmes est associée à plusieurs facteurs individuels, notamment l'âge et la génération, les jeunes femmes étant moins susceptibles de pouvoir prendre des décisions concernant leur santé que les femmes plus âgées. Les études ont montré que les femmes plus âgées tiennent leur source de pouvoir de l'évolution de leur position sociale au sein de leur résidence familiale grâce aux liens établis au fil du temps avec leurs enfants plus âgés, leurs amis. Parmi les autres facteurs identifiés en corrélation avec l'autonomie des femmes, des études ont cité la zone de résidence, le niveau d'éducation de la femme et celle de son partenaire, le fait que la femme travaille, ainsi que le niveau de richesse de cette dernière. Ainsi, un niveau d'étude élevé chez la femme, un emploi rémunéré et un meilleur statut économique des ménages permettraient aux femmes d'être plus autonomes par rapport à l'accès des services de santé. La religion a également été citée comme facteur associé à l'autonomie des femmes, certaines religions telles que la religion musulmane étant plus restrictive que d'autres en termes d'autonomie pour les femmes.

De plus, les femmes ne sont pas toutes égales dans la SR. En effet, les populations les plus fragiles et discriminées vivent d'autres réalités. La discrimination dans les structures de santé est un phénomène largement répandu. Elle touche les personnes les plus marginalisées et les plus stigmatisées de la société notamment les personnes vivant avec le VIH dont beaucoup sont victimes de formes de discriminations qui s'entrecroisent, fondées sur leur âge, leur sexe, leur race ou leur appartenance, ethnique, leur état de santé physique ou mentale, leur handicap, leur situation de migrant. Les femmes et les adolescentes sont particulièrement susceptibles de subir des formes de discrimination multiples. La discrimination dans les structures de soins de santé réduit considérablement la qualité de vie des personnes qui la subissent et constitue un obstacle au recours et à l'utilisation des services de santé.

Les entretiens ont révélé que l'accès aux structures de santé reste limité, notamment en raison de l'éloignement des centres et du manque d'infrastructures médicales adaptées. Force est de constater, le manque d'information et de sensibilisation constituent un obstacle majeur à l'accès aux services de santé reproductive. D'ailleurs, le manque d'information sur la SR expose les adolescentes aux infections (voir plus haut), aux grossesses précoces, aux infections telles que les IST entraînant des complications à court et à long terme.

4.2.2. Opportunités et leviers de communication

L'amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction en Mauritanie repose sur l'identification des facteurs facilitant leur adoption et intégration au sein des communautés. Les leviers présentés ci-dessous s'appuient sur les tendances observées sur le terrain et les approches déjà mises en œuvre dans des contextes similaires. Toutefois, ces pistes sont confirmées suite à la collecte des données collectées.

Engagement des leaders communautaires et religieux

Dans le quartier El Mina, à Nouakchott, les focus groups consacrés aux leaders communautaires ont réuni un imam, chef de quartier, un enseignant, un membre d'une association de jeunes et un commerçant. Tous disent jouir d'une bonne réputation au sein de leur quartier et sont consultés en tant que conseillers matrimoniaux. Ils disent aussi être impliqués dans des sensibilisations sur le VIH et la santé des jeunes. Selon eux, la priorité pour les populations mauritaniennes c'est l'accès à l'information. Car lors des entretiens, les leaders ont dit que la majorité des hommes pensent que les informations et les messages transmis par les programmes de planification familiale ciblent uniquement les femmes et les filles. Cependant, celles-ci ne sont pas forcément les premières à décider de leur recours à la PF. La mise à disposition d'informations exactes et complètes favorise l'implication active des hommes en tant que partenaires compréhensifs, défenseurs et utilisateurs des moyens de contraception. Les informations erronées et les attitudes ou croyances négatives, par exemple penser que le recours à la contraception atténue la « virilité » des hommes ou provoque l'infertilité, peuvent créer des obstacles à l'accès et à l'utilisation des moyens de contraception. Ces croyances peuvent réduire le recours aux préservatifs chez les hommes, ainsi que leur soutien à d'autres moyens de contraception.

Dans la même lancée, les leaders masculins, en revenant sur le counseling qu'ils font auprès des individus et des familles disent que beaucoup de familles ignorent qu'il y a des programmes gratuits dans les services de santé. Il a été aussi récurrent d'entendre que la plupart des mauritaniens n'entrent dans les services sanitaires que pour saluer un malade.

« Il faut aussi plus de dialogue entre parents et enfants. Beaucoup de jeunes filles tombent enceintes parce qu'on ne leur a jamais expliqué ce que c'est. Il faut aussi des imams formés. Si on peut en parler avec des références religieuses, les gens écouteront mieux. Les femmes qui veulent utiliser la contraception nous demandent si « c'est haram ou pas ». Alors j'essaie de leur expliquer avec les versets du Coran que ce n'est pas interdit si c'est pour le bien de la famille.

Face aux résistances culturelles, certains leaders communautaires rappellent que l'islam autorise l'espacement de naissances. Dans la même lancée, Zeinebou Taleb Moussa, sage-femme spécialisée en droit à la santé sexuelle et reproductive et présidente de l'Association mauritanienne pour la santé de la mère et de l'enfant (AMSME) en parlait.

« Si nous voulons réduire la mortalité maternelle et néonatale, il nous faut informer et mobiliser la population à l'importance d'aller consulter et de demander des services de qualité. Seule une sensibilisation de proximité peut permettre aux différentes communautés de comprendre leur droit à la santé. Nous l'avons fait, nous l'avons constaté : l'action des leaders communautaires sur le terrain contribue à changer le comportement de la population ».

4.3. PREFERENCES MEDIATIQUES

Plusieurs médias mauritaniens, notamment des journaux en ligne comme Tahalil Hebdo et des plateformes comme Initiatives News, traitent de la santé de la reproduction. Des sites web d'organisations de développement comme l'UNFPA Mauritanie et l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF) et des partenaires de projets comme LAfricaine.net publient également du contenu sur le sujet, souvent en relayant des campagnes de santé publique et en présentant des rapports³⁴.

Page web ciblant les jeunes en matière de SR

- Le Réseau des Jeunes ambassadeurs pour la santé reproductive/Planification familiale³⁵

Il s'agit d'une plateforme qui mène en Mauritanie un travail remarquable d'information de sensibilisation pour que les jeunes aient accès aux infos et inciter leurs communautés à l'espacement des naissances.

- « Toutou est-elle têtue³⁶ ? » Un livre pour enfants qui raconte le parcours de vie d'une petite fille Toutou, entourée et soutenue par sa famille, qui fait face à des situations délicates et qui ose dire non quand elle juge la situation inacceptable ou irrespectueuse. Pour concevoir ce livre, Hilde Baele-Binart a réalisé trois ateliers avec des jeunes, en collaboration avec SOS Pairs Educateurs. Elle a travaillé dans une première phase avec un groupe de 46 enfants (Poulars, wolofs, maures, soninkés), entre 14 et 22 ans. Elle a travaillé sur les émotions, les stéréotypes, les jeux de marionnettes. Ce livre est basé sur leur vocabulaire, leurs histoires, leur culture. Petit à petit, le personnage de Toutou est construit, une fille qui dit non. Le livre est un plaidoyer pour les foyers. Toutou est disponible sur YouTube dans

³⁴ <https://initiativesnews.com/planification-familiale-et-mutilations-genitales-feminines-en-mauritanie-briser-les-mythes-pour-sauver-des-vies/>

³⁵ <https://partenariatouaga.org/les-ja-en-atelier-dechange-sur-la-planification-familiale/>

³⁶ https://cridem.org/C_Info.php?article=756590

plusieurs langues. Ce livre ne semble pas être connu auprès des répondants. Ce sont les alliés de la SR qui en ont parlé comme d'une ressource véhiculant des bonnes pratiques de la SR.

- Le site web de du centre SAFIA³⁷ à Kiffa (dans le Assaba) qui aborde de SR, des infections et du cancer du col de l'utérus.

Page web ciblant les femmes

- En Mauritanie, les Mourchidates³⁸ sont des femmes leaders religieuses engagées pour un islam de paix et la prévention de l'extrémisme. En sensibilisant leurs communautés, elles déconstruisent les discours radicaux et promeuvent des récits alternatifs fondés sur la tolérance et l'éducation.

Grâce à leur proximité avec les populations, elles jouent aussi un rôle clé dans la détection des violences faites aux femmes, permettant aux victimes de se confier et d'être accompagnées. Par leur engagement, elles contribuent à bâtir des communautés plus résilientes et solidaires.

Campagnes ciblant la santé de la mère et de l'enfant

- En 2020, une campagne nationale d'espacement des naissances, a été organisée par le ministère de la Santé avec la collaboration du FNUAP. L'objectif est de fournir une aide sanitaire et logistique à la population notamment les femmes en âge de procréer et les nouveau-nés afin de lutter contre la mortalité maternelle et néonatale.
- L'UNFPA a développé des séries intitulé Education pour la santé (disponible sur YouTube) afin de contribuer à l'augmentation du taux d'utilisation des services SR. A titre d'exemple, dans une de ces capsules vidéo, l'on voit une mère de famille avec ses nombreux enfants en bas âge qui, faute de planification familiale, n'a pas pu poursuivre ses études de comptabilité et décrocher son diplôme. Elle confie (dans la vidéo) qu'elle aurait souhaité espacer ses naissances mais ce sujet a toujours été tabou. Elle dit qu'elle en a parlé à son mari qui ne comprenait pas qu'elle souffrait... tout cela à cause des grossesses rapprochées. Le jour où elle a frôlé la mort, elle a compris que son corps avait lâché. Miraculeusement, les médecins ont réussi à la maintenir en vie. Après l'opération, le docteur lui a recommandé de faire un planning familial et il leur a expliqué que c'est devenu une question de vie et de mort. Depuis, elle a commencé une nouvelle vie. Elle peut profiter de son temps avec ses enfants. A la fin de la vidéo, cette femme est devenue plus épanouie avec son diplôme en poche.
- Du 28 octobre au 10 décembre 2024, la Campagne Alach Ça, financée par l'Union européenne et mise en œuvre par Médicos del Mundo depuis 2018, avec la collaboration du Ministère de la Santé, avait un double objectif. Premièrement, lutter contre les violences faites aux femmes et aux filles. Deuxièmement, sensibiliser sur la santé de la reproduction.

³⁷ <https://www.centre-safia.com/>

³⁸ <https://mauritania.un.org/fr/265035-mourchidates-les-femmes-leaders-religieuses-qui-luttent-contre-letr%C3%A9misme-violent-en>

- Cette campagne de communication santé/genre se compose de fresques murales, de sensibilisations dans les établissements scolaires et également d'émissions de radio ! « Elle vise à informer et sensibiliser, en particulier la jeunesse mauritanienne, sur les Violences Basées sur le Genre (VBG), en communiquant sur leurs causes et conséquences, ainsi que sur l'existence des structures qui prennent en charge les survivantes de violences basées sur le genre, à Nouakchott, Kiffa, Nouadhibou et Sélibabi ainsi que sur la santé reproductive (SR), pour promouvoir le droit d'accès et à l'information de cette thématique, et favoriser la prévention ».

4.4. ANALYSE TRANSVERSALE ENTRE LES TROIS SITES : ASSABA – HODH EL CHARGUI – NOUAKCHOTT (VERSION NARRATIVE)

L'analyse croisée des trois zones d'étude met en évidence des dynamiques contrastées qui influencent de manière significative les comportements et les perceptions en matière de santé sexuelle et reproductive. Si chaque site présente des spécificités liées à son contexte socioculturel, économique et géographique, des tendances communes se dégagent et permettent de mieux orienter les stratégies de communication et de changement social adaptées au projet WISH2.

Dans la région de l'Assaba, l'exposition régulière des communautés aux campagnes menées par les ONG (OXFAM, World Vision, Médicos del Mundo (MDM) & Santé Sud, ONG ACTIONS, Partenaires locaux...) a contribué à instaurer un environnement plus ouvert autour des questions de santé reproductive. Les adolescentes y apparaissent plus informées, plus confiantes et davantage en mesure d'exprimer leurs besoins ou leurs inquiétudes. Cette aisance contraste nettement avec la situation observée dans le Hodh El Chargui, où la majorité des adolescentes témoignent d'un déficit marqué d'information. Les tabous y sont fortement ancrés, les discussions intergénérationnelles rares, et les normes sociales particulièrement restrictives. Dans cette zone frontalière, la pression des traditions, du religieux et de la communauté façonne profondément les représentations liées au corps, aux menstruations et à la contraception, ce qui limite considérablement l'accès aux services de santé reproductive.

Nouakchott, quant à elle, présente une situation intermédiaire mais très hétérogène. Sa diversité ethnique et sociale engendre une pluralité de trajectoires et de niveaux de connaissance. Si certaines adolescentes des quartiers périphériques ont un accès relativement large aux sources d'information – notamment à travers les réseaux sociaux –, elles demeurent néanmoins freinées par la peur du jugement lorsqu'il s'agit de se rendre dans un centre de santé. Cette ambivalence est particulièrement marquée dans les zones où les migrants, les populations pauvres et les ménages à forte promiscuité cohabitent. Le manque de confidentialité dans les structures sanitaires urbaines accentue ce sentiment de vulnérabilité.

L'analyse des rapports aux normes sociales montre également des variations importantes. À Assaba, bien que la pression sociale existe, l'environnement est suffisamment sensibilisé pour permettre aux adolescentes de poser des questions et parfois même de prendre des décisions concernant leur propre santé. À l'inverse, dans le Hodh El Chargui, les adolescentes sont soumises à une surveillance communautaire stricte : la visite dans un centre de santé peut suffire à déclencher des suspicions ou des accusations de mauvaise conduite. À Nouakchott, le jugement social demeure présent, mais il s'exprime davantage dans l'espace relationnel du voisinage et de la famille que dans l'espace public, ce qui pousse les adolescentes à rechercher des informations en ligne plutôt que dans leur entourage direct.

Le rôle des hommes et des leaders communautaires constitue un autre point de divergence notable. Dans l'Assaba, l'ouverture progressive de certains leaders religieux et communautaires permet d'envisager des interventions plus accessibles et structurées, notamment autour de l'espacement des naissances. Dans le Hodh El Chargui, les chefs traditionnels et religieux conservent une influence déterminante, et leurs positions – souvent restrictives – orientent fortement les comportements des familles. À Nouakchott, l'influence masculine reste importante, mais elle est fragmentée entre religieux, représentants associatifs, chefs de quartier et figures familiales, ce qui crée des marges d'intervention mais aussi des contradictions internes.

S'agissant de l'accessibilité aux services de SDSR, les trois zones présentent des obstacles différents. Assaba dispose d'un réseau de centres de santé relativement actif mais confronté à des ruptures fréquentes de contraceptifs. Dans le Hodh El Chargui, l'éloignement des structures, les difficultés linguistiques et l'absence de dispositifs adaptés pour les personnes handicapées compliquent davantage l'accès. À Nouakchott, l'enjeu principal réside plutôt dans la surcharge des services, le manque d'intimité et la peur d'être reconnue, qui dissuadent certaines adolescentes de franchir la porte des centres.

Enfin, la situation des adolescentes en situation de handicap constitue un point critique dans les trois zones. Celles du Hodh El Chargui apparaissent comme les plus vulnérables, souvent coupées des services en raison de l'absence de dispositifs d'accompagnement et de la persistance de préjugés selon lesquels « une fille handicapée n'a pas de besoins en santé reproductive ». À Nouakchott, les contraintes sont d'ordre pratique et environnemental : difficulté de mobilité, manque d'intimité dans les logements, dépendance à un tiers pour les soins d'hygiène. Dans l'Assaba, certaines initiatives associatives facilitent une meilleure intégration, mais les besoins restent largement insuffisamment couverts.

Cette lecture transversale révèle néanmoins plusieurs tendances communes aux trois zones. Dans toutes les régions, les adolescentes vivent leurs premières règles dans la peur et le silence, sans y avoir été préparées. Les tabous entourant les menstruations et la sexualité restent omniprésents, limitant l'accès à une information fiable et nourrissant des idées fausses qui aggravent l'anxiété et les comportements à risque. La crainte du jugement social constitue un frein majeur à la fréquentation des services de santé, tandis que la participation des hommes aux décisions en matière de SDSR demeure faible, bien qu'elle soit déterminante dans les dynamiques familiales.

Ces enseignements ont des implications directes pour la stratégie de communication et de changement social du projet WISH2. Dans l'Assaba, les interventions pourront s'appuyer sur un terrain déjà sensibilisé, en renforçant les initiatives communautaires, les clubs de jeunes et le dialogue intergénérationnel. Dans le Hodh El Chargui, la stratégie devra être plus prudente et progressive, en travaillant prioritairement avec les leaders religieux et les acteurs influents afin de lever, au moins partiellement, les résistances culturelles et religieuses. À Nouakchott, une approche multicanale combinant interventions communautaires, sensibilisation dans les centres de santé et campagnes numériques ciblées permettra de toucher les adolescentes urbaines sans les exposer à la stigmatisation.

Au-delà de ces spécificités territoriales, certaines priorités transversales s'imposent : renforcer l'éducation autour de la puberté, former les prestataires à un accueil non jugeant, rendre les services plus accessibles

aux personnes handicapées et développer des contenus adaptés aux différentes langues et niveaux d'alphabétisation. L'ensemble de ces éléments souligne la nécessité d'une stratégie SBC différenciée, ancrée dans les réalités de chaque zone, tout en misant sur des principes communs d'inclusion, de confidentialité et de respect des normes culturelles locales.

5. CONCLUSION

En définitive, l'analyse combinée des données qualitatives et des indicateurs nationaux met en lumière des dynamiques profondément contrastées entre les trois régions étudiées, mais révèle également des leviers communs sur lesquels le programme WISH2 peut s'appuyer pour renforcer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes mauritaniennes.

Les disparités observées entre l'Assaba, le Hodh El Chargui et Nouakchott illustrent la diversité des contextes socioculturels, des normes familiales et des barrières d'accès aux services, et soulignent la nécessité d'une approche différenciée, sensible aux réalités locales.

Les résultats montrent que les adolescentes évoluent dans des environnements où les tabous, la stigmatisation et la faible préparation à la puberté demeurent des contraintes majeures. À cela s'ajoutent une prévalence élevée des grossesses précoces, un accès limité à la contraception, des attitudes parfois dissuasives dans les structures de santé et une exposition accrue aux violences basées sur le genre, en particulier pour les adolescentes migrantes, handicapées ou socialement isolées.

Ces éléments rendent évident le besoin de renforcer non seulement l'offre de services, mais aussi les mécanismes communautaires et institutionnels permettant d'en faciliter l'accès, en particulier pour les jeunes filles les plus vulnérables.

Dans ce contexte, les implications programmatiques pour la stratégie de communication et de changement social du projet WISH2 sont multiples. L'étude confirme l'importance d'adopter une démarche holistique combinant interventions communautaires, amélioration de la qualité de l'accueil, renforcement du rôle des prestataires, implication des leaders religieux et traditionnels, et utilisation accrue des outils numériques. Les approches doivent être à la fois adaptées à chaque région — en capitalisant sur l'environnement favorable de l'Assaba, en engageant progressivement les communautés conservatrices du Hodh El Chargui, et en déployant des stratégies multicanales en milieu urbain à Nouakchott — tout en reposant sur des principes transversaux : confidentialité, respect, inclusion et empowerment des adolescentes.

En somme, les résultats de cette étude constituent une base solide pour orienter des interventions SBC plus ciblées, plus pertinentes et plus sensibles aux normes sociales qui structurent les comportements. Ils appuient directement les objectifs du programme WISH2, notamment en mettant en évidence les marges d'action pour accroître l'accès aux services de santé reproductive, renforcer l'information des jeunes filles, transformer les attitudes des communautés et améliorer l'environnement institutionnel. Cette compréhension approfondie des dynamiques locales offre l'opportunité de bâtir des stratégies de changement social durables, articulées autour de l'engagement communautaire, de la communication adaptée et de l'amélioration continue de la qualité des services destinés aux adolescentes et jeunes femmes.

5.1. RECOMMANDATIONS GENERALES

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier les principaux obstacles, perceptions et comportements des adolescentes, des femmes et des hommes en matière de santé reproductive en Mauritanie. Ces constats soulignent à la fois les défis persistants et les opportunités d'amélioration dans l'accès et l'utilisation des services de santé reproductive.

À partir de ces observations, il est désormais possible de proposer des recommandations ciblées et opérationnelles, adaptées aux besoins spécifiques de chaque groupe, afin de renforcer l'efficacité des interventions, de promouvoir l'équité de genre et de favoriser l'autonomisation des jeunes et des femmes dans leurs décisions liées à la santé reproductive.

Les recommandations suivantes sont organisées en fonction des besoins identifiés et chaque section décline les mesures à mettre en œuvre pour répondre aux besoins spécifiques et améliorer l'accès, la qualité et l'acceptabilité des services de santé reproductive.

Besoins identifiés chez les adolescentes en matière de santé reproductive

| Besoins identifiés chez les adolescentes en matière de santé reproductive | Points à améliorer |
|---|--|
| Accès à une information fiable et adaptée à leur âge | Renforcer l'éducation complète à la SR dans les écoles |
| Conseils confidentiels et sans jugement | Former le personnel de santé à l'accueil adolescente-friendly |
| Disponibilité de services de santé accessibles | Développer des infrastructures de proximité |
| Gestion de l'hygiène menstruelle | Améliorer l'accès aux kits menstruels et aux sanitaires adaptés |
| Accompagnement psychosocial | Mettre en place des espaces d'écoute et de soutien |
| Autonomie dans la prise de décision | Sensibiliser les familles et communautés pour réduire le contrôle parental ou conjugal |

Besoins identifiés chez les femmes en matière de santé reproductive

| Besoins identifiés des femmes en matière de SR | Solutions proposées |
|--|--|
| Accès à l'information fiable sur la santé reproductive | Sensibilisation communautaire, campagnes d'information adaptées, éducation à la vie complète |
| Confidentialité et respect dans les services de santé | Formation du personnel de santé à l'accueil bienveillant, espaces de confidentialité |
| Accessibilité financière des services et des méthodes contraceptives | Gratuité ou subvention des services et des contraceptifs, mutuelles de santé |
| Proximité des services de santé | Déploiement de cliniques mobiles, postes de santé de proximité, caravane de santé |
| Qualité de l'accueil et non-jugement | Renforcement des compétences du personnel, approche centrée sur les droits |
| Autonomie décisionnelle | Empowerment, implication des femmes dans la prise de décision, groupes de soutien |
| Disponibilité de services adaptés aux femmes handicapées | Services inclusifs, personnel formé, infrastructures accessibles |
| Gestion de l'hygiène menstruelle | Distribution de kits menstruels, accès à l'eau et à des sanitaires adaptés, éducation |
| Accompagnement psychosocial | Counseling, soutien communautaire, groupes de parole |

Besoins des hommes en matière de santé reproductive et solutions

| Besoins identifiés chez les hommes en matière de SR | Solutions proposées |
|--|---|
| Manque d'information et de sensibilisation sur la SR | Campagnes d'information ciblées, sessions éducatives adaptées aux hommes |
| Accès insuffisant aux services de SR | Renforcement de l'offre de services pour hommes (consultations dédiées, horaires flexibles) |
| Perception culturelle que la SR est « affaire de femmes » | Sensibilisation communautaire, mobilisation des leaders religieux et communautaires |
| Stigmatisation liée à l'utilisation des services de SR | Déconstruction des normes sociales, témoignages positifs, communication inclusive |
| Faible connaissance des méthodes contraceptives masculines | Information ciblée, promotion du préservatif et de la vasectomie |
| Manque de soutien psychosocial | Counseling masculin, groupes de parole, accompagnement couple |
| Accès limité aux services de dépistage IST/VIH | Services mobiles, dépistage communautaire, gratuité |

5.2. ORIENTATIONS POUR L'ELABORATION DE STRATEGIES SBC EFFICACES ET INCLUSIVES

Pour l'élaboration de la SBC, ce qui est rapporté comme « stratégie » a été citée par les adolescentes, les femmes et les hommes au cours des entretiens.

Les adolescentes

Pour reprendre les mots des adolescentes, pour faciliter leurs accès à l'information sur la SR, il serait judicieux de que les centres de santé soient plus accueillants pour les jeunes, afin qu'elles puissent poser leurs questions librement, sans crainte ni jugement. Elles estiment également essentiel d'introduire l'éducation à la santé reproductive dès le collège.

Les adolescentes migrantes soulignent l'importance de mener des actions de sensibilisation directement dans les quartiers, animées par des femmes parlant leur langue et capables de les écouter avec bienveillance. Elles recommandent aussi la mise en place de clubs de jeunes filles à l'école, où elles pourraient échanger ouvertement sur ces sujets.

Elles préconisent par ailleurs la création d'espaces dédiés aux jeunes femmes au sein des structures de santé, encadrés par des sage-femmes à l'écoute et qui ne les jugent pas. Un autre point majeur concerne le coût des protections hygiéniques, jugé trop élevé et constituant une barrière importante. Les adolescentes en situation de handicap, notamment les jeunes malvoyantes, expriment le souhait de participer à des ateliers sensoriels adaptés, afin d'apprendre à prendre soin de leur intimité en toute autonomie et sans honte. Il est important d'offrir aux adolescentes les connaissances requises pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes dans leur communauté. Il urge aussi de renforcer leur estime de soi, prise de décision, communication et leadership.

Les femmes

En ce qui concerne les femmes, elles sont nombreuses à fréquenter les services de SR après leur mariage et ce n'est que pour une consultation de temps en temps. Il n'y a pas de suivi après. Celles qui ont eu recours à la PF et qui ont constaté des effets secondaires (absences de règles, menstruations noires) ne se rendent pas toujours dans un poste de santé. Les femmes le reconnaissent elles-mêmes, elles n'ont pas cette culture à fréquenter les services de santé. Les migrantes encore moins, à cause de la langue, à cause des ressources financières, à cause de la stigmatisation dont elles peuvent faire l'objet. L'absence de fréquentations des femmes est corrélée à l'agentivité des femmes, à l'accueil des prestataires de santé et au fait que les membres de la communauté valide que les femmes peuvent fréquenter les services de SR.

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie SBC sera centrée sur la prévention et l'éradication de la violence faites aux femmes, le pouvoir d'agir des femmes et des adolescentes, leur capacité à se référer aux prestataires de santé pour un suivi de qualité, leur capacité à prendre des décisions concernant leur choix de vie. Par ailleurs, pour changer les attitudes et comportements des femmes et des adolescentes, il est important de faire de la communauté un allié. En effet, pour que les femmes et les adolescentes de Nouakchott, dans l'Assaba et le Hodh El Chargui deviennent de puissantes agentes de changement, il faut davantage promouvoir un environnement qui leur permet de prendre la parole, de participer à la prise de décision, de contrôler leur vie et leur corps, de contribuer au développement et à la prospérité et d'en tirer profit en toute égalité.

La stratégie SBC consiste à s'attaquer aux croyances, discriminations faites aux filles et aux femmes, à la marginalisation socioéconomique, aux violences basées sur le genre, aux normes et pratiques socioculturelles néfastes qui empêchent les filles et les femmes de s'épanouir et de jouir des mêmes opportunités que leur pair masculin. Aussi, il s'agira de dialoguer avec les femmes et les hommes de la communauté pour plaider en faveur d'un changement d'attitude, de comportements ainsi que des normes et pratiques socioculturelles.

Dans cette lancée, promouvoir la masculinité positive est nécessaire pour impulser le changement de mentalités des hommes et de la communauté ; et pour soutenir la capacité d'agir des femmes. De plus, dans la SBC, il faudra tenir compte des lois, politiques et pratiques discriminatoires qui sont en mesure d'influencer le changement et de faire progresser les droits humains. Il est important que toutes les parties prenantes aient connaissances de la législation nationale en Mauritanie. Le plaidoyer est le moyen le plus rapide de faire évoluer non seulement les politiques, mais aussi les attitudes, les relations sociales et les fonctions institutionnelles.

Pour la stratégie SBC, ce sont les opinions, leurs besoins de protections, leurs droits ou encore les attentes des adolescentes et des femmes qui doivent figurer ici. Dans ce sens, il s'agira dans la stratégie SBC de nouer et de renforcer des partenariats avec des institutions, agences du Système des Nations-Unies, ONG (acteurs de la SR) pouvant apporter un large soutien au plaidoyer pour promouvoir les droits et la protection des adolescentes et des femmes, mobiliser l'opinion publique et éclairer les politiques et la prise de décisions en vue d'apporter des changements positifs dans leur vie.

Méthodologie de la SBC

La stratégie SBC sera développée à partir des données collectées. Elle donne une idée des conditions de vie et des besoins spécifiques des hommes, des femmes et des adolescentes, de leur agentivité, de leur façon de penser, de leur marge de manœuvre concernant les décisions qu'ils peuvent prendre, des connaissances qu'ils ont sur les violences basées sur le genre, de ce qu'ils en pensent.

Premièrement, il faut augmenter les connaissances des filles vulnérables concernant la prévention et les réponses sur les VBG et les droits et services en matière de santé de la reproduction. Il faut outiller les adolescentes et les femmes sur la SR. L'accès aux droits en matière de santé de la reproduction est important dans la mesure où il permettra aux adolescentes et aux femmes d'avoir une autonomie corporelle et le pouvoir de contrôler leur vie. Cela aussi aura une incidence sur le rabais du nombre de mariage d'enfants et des grossesses précoces chez les adolescentes et préviendra la transmission d'infections transmissibles. Il est important que les femmes et les adolescentes soient des actrices de premier plan dans la SBC. En outre, ces dernières pourront avoir des connaissances sur les lois et politiques existantes en Mauritanie, dont la loi SR.

L'agentivité des adolescentes passe aussi par l'accès à une éducation à la santé de la reproduction complète (la capacité à confectionner des culottes menstruelles), par des services pour prévenir, diagnostiquer et traiter les IST et par des conseils en matière de planification familiale. Il est important que tous ces services soient accessibles aux adolescentes. Les droits aux prestations de santé ainsi qu'à une information exacte et à des services confidentiels sont cependant encore bafoués dans de nombreux pays en développement. De nombreux obstacles — tels que les normes sociales, les restrictions légales, la disponibilité inadéquate de services et les attitudes négatives des prestataires — empêchent cependant l'accès des adolescentes aux services de SR.

Pour une SBC effective, les adolescentes seront amenées à échanger sur les actes de VBG et du devoir de protéger et d'apporter du soutien à une survivante de violences à accéder aux services de soins. Dans ce sens, les filles seront placées au cœur de l'action préventive ou de l'intervention visant les violences basées sur le genre. C'est aussi une manière de s'attaquer aux inégalités de genre et de veiller au respect des droits des femmes et des filles à un minimum de services, de protection et de chances dans la vie.

Deuxièmement, il faut collaborer avec les membres de la communauté. Les femmes et les adolescentes ne doivent pas être plus émancipées que leur communauté au risque d'être marginalisées. La transmission des connaissances sur les droits relatifs à la SR doit se faire en parallèle et ceci en passant par les leaders communautaires, relais communautaires et personnels de santé. Ceux-ci ont un grand rôle à jouer dans le changement de mentalités. Nombreux sont les hommes interviewés qui ont parlé du pouvoir des imams (Imam Sarr à Nouakchott) qui jouissent d'une belle réputation auprès de tous et qui peuvent influencer positivement la communauté.

Dans cette dynamique, les hommes seront sensibilisés à devenir des maris plus impliqués dans la SR. A travers un renforcement de capacités sur le genre, ils deviendront des champions de l'égalité et soutiendront la cause des femmes. Ils joueront un rôle moteur en faveur du leadership féminin et interviendront pour encourager la pleine participation des femmes dans les services de SR. Il importe aussi de sensibiliser les femmes membres de la communauté réfractaires au fait que les femmes se rendent dans les services de SR. Il y a tout un travail à faire auprès des hommes comme des femmes. Les hommes d'influence et les femmes d'influence peuvent inciter à un changement de comportement.

Troisièmement, il faut renforcer la responsabilité des institutions clés en matière de SR. Il ne suffit pas d'aider les adolescentes et les femmes à développer leur capacité d'agir et à se forger des alliés dans la communauté sans leur fournir des plateformes de plaidoyer et des opportunités au-delà de leur village et de leur commune. Il faut créer des espaces de parole pour permettre aux femmes et aux adolescentes de se réunir non seulement pour partager leurs expériences dans la SR, mais aussi pour s'unir pour lever toutes les restrictions en ce qui concerne la fréquentation des services de SR.

Des ateliers et des groupes de discussion avec des journalistes et du personnel des médias aux niveaux local, régional et national renforceront leurs connaissances sur la SR. Les organisations de la société civile travaillant sur la SR seront aussi invitées à participer à ces échanges avec les femmes et les filles. L'objectif de ces tables rondes sera de développer une compréhension commune et un programme commun pour défendre l'accès à la SR en Mauritanie. Le lexique ou jargon a toute son importance. Les responsables gouvernementaux seront également impliqués dans ces plateformes de discussion pour renforcer les mécanismes de responsabilisation. Cela vise également à améliorer la communication entre les politiques publics et les détenteurs de droits, ainsi qu'à renforcer l'acceptation de l'agentivité des filles. Cette stratégie SBC aboutira à une feuille de route claire pour lever toutes les barrières liées à la SR.

5.3. MESSAGES CLES ET LEVIERS DE TRANSFORMATION SOCIALE

Messages clés pour les adolescentes (culturellement acceptables, non frontales, respectueuses des normes sociales et religieuses)

1. Connaître son corps est un droit.

Comprendre le cycle menstruel, les changements du corps et la puberté permet de mieux se protéger et de prendre soin de sa santé.

2. L'hygiène menstruelle est importante pour ta santé.

Bien gérer ses règles (hygiène, produits adaptés) évite les infections et permet de poursuivre l'école sans interruption.

3. La santé reproductive ne concerne pas uniquement les couples.

Elle concerne avant tout la santé du corps, le bien-être et la capacité à faire des choix pour son avenir.

4. Dire NON est un droit.

Toute relation doit être consentie. Personne n'a le droit de forcer une adolescente à un mariage ou une relation.

5. Le mariage précoce comporte des risques.

Grossesses précoces, complications de santé, abandon scolaire, dépendance économique.

6. La protection est importante.

Se protéger contre les infections (IST/VIH) et les grossesses non désirées est une responsabilité personnelle et partagée.

7. L'éducation est une force.

Aller à l'école et poursuivre ses études permet d'avoir un avenir meilleur, de travailler et d'être autonome.

8. Chercher de l'aide n'est pas honteux.

Les services de santé sont là pour aider : infirmières, sage-femmes, centres de santé, relais communautaires.

Messages adaptés pour les mères

Objectif : favoriser le dialogue, le soutien, la protection

- Parler avec sa fille de son corps et de sa santé, c'est la protéger.
- Une adolescente informée est une adolescente en sécurité.
- La mère est la première éducatrice : soutenir sa fille construit la confiance.
- Expliquer l'hygiène menstruelle prévient les risques d'infections.
- Accompagner une fille pendant ses changements corporels renforce la relation familiale.

Messages clés pour les leaders religieux ou communautaires

Objectif : obtenir leur appui, éviter confrontation, valoriser leur rôle protecteur

- La santé est une responsabilité partagée : préserver la santé des jeunes est un devoir moral.
- Protéger les adolescentes contre les mariages précoces et les grossesses à risque sauve des vies.
- L'islam encourage la connaissance et la protection de la vie.
- Informer les jeunes sur leur santé permet de prévenir des maladies et des comportements dangereux.

Messages clés pour les femmes (acceptables socialement et culturellement)

- Prendre soin de votre santé, c'est prendre soin de votre famille.
- Une femme en bonne santé protège ses enfants et son foyer.
- La prévention évite les complications et les dépenses de santé.
- Ne pas attendre la maladie pour consulter.
- Allah aime ceux qui préservent leur santé et leur corps.
- Quand la mère est en bonne santé, toute la famille en bénéficie.

- Le bien-être de tes enfants commence par ta santé.
- Se soigner régulièrement, c'est assurer l'avenir de sa famille.
- Tu mérites d'être en bonne santé.
- Ta santé compte.
- Tu as le droit à des soins de qualité.
- Le suivi régulier permet de détecter tôt les problèmes et de les traiter facilement.
- Un rendez-vous maintenant peut éviter de longues souffrances plus tard.
- Continuer son traitement jusqu'au bout protège ta santé.

Messages clés destinés aux hommes

- Un homme responsable protège sa santé et celle de sa famille.
- Prendre soin de sa santé reproductive, c'est être un bon mari et un bon père.
- Un homme fort est un homme qui se soigne.
- La santé reproductive concerne aussi les hommes : infections, fertilité, sexualité, planning familial.
- La santé du couple dépend des deux.
- Un couple en bonne santé commence par un homme en bonne santé.
- Une infection non traitée peut causer des complications graves.
- Se soigner tôt évite des risques pour la famille.

6. ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE

Ces guides détaillés visent à approfondir les perceptions, expériences, freins et opportunités liés à la santé et aux droits reproductifs (SDSR) en Mauritanie. Chaque guide est structuré en plusieurs axes thématiques, incluant des questions introductives, exploratoires et de relance pour obtenir des données qualitatives riches.

Guide d'entretien pour les alliés/partenaires/acteurs de la SR en Mauritanie

Identification

Organisation :

Fonction :

Années d'expériences dans la SR :

Anecdote sur l'engagement dans la SR :

Anecdote ou leçons apprises dans certaines localités de la Mauritanie sur la SR :

Anecdote en lien avec les sites géographiques du projet (Nouakchott, Hodh El Chargui et Assaba)

Anecdote à partager sur les personnes en situation de handicap

Anecdote à partager sur les migrants

En lien avec la santé de la reproduction

1. Quels sont vos principaux domaines d'intervention en santé reproductive ?
2. Quelles sont les principales activités ou programmes que vous menez pour améliorer la santé reproductive (planification familiale, santé maternelle, santé des adolescents, lutte contre les IST/VIH, etc.) ?
3. Quels publics ou groupes cibles touchez-vous prioritairement (adolescents, femmes rurales, personnes en situation de handicap, leaders communautaires, hommes, etc.) ?
4. Quelles approches utilisez-vous pour atteindre les communautés (communication, sensibilisation, interventions communautaires, solutions numériques, etc.) ?

Partenariats (identification des acteurs institutionnels)

1. Avec quels autres acteurs (institutionnels, communautaires, ONG, structures de santé) collaborez-vous ?
2. Comment percevez-vous la coordination entre acteurs dans ce domaine ?
3. Quels sont, selon vous, les acteurs institutionnels qui trouvent leur intérêt à soutenir la santé reproductive et pourquoi ?

Défis rencontrés

1. Quels obstacles rencontrez-vous dans vos interventions (culturels, financiers, institutionnels, logistiques) ?
2. Comment gérez-vous les résistances liées aux tabous ou aux normes sociales sur la santé reproductive ?

Impacts et résultats

1. Quels sont, selon vous, les résultats les plus marquants de vos interventions ?
2. Comment intégrez-vous la voix des bénéficiaires (femmes, jeunes, communautés) dans vos programmes ?

Perspectives et recommandations

1. Quels sont vos besoins prioritaires pour renforcer vos actions (financement, renforcement de capacités, partenariats, outils numériques, etc.) ?
2. Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé reproductive dans les communautés rurales ?
3. Selon vous, quel rôle devraient jouer les décideurs locaux et nationaux pour renforcer la durabilité des interventions ?

GUIDES D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIFS POUR CHAQUE CIBLE

Guide d'entretien pour les femmes

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting pour recueillir vos préoccupations en matière de santé reproductive. Vos réponses sont anonymes et confidentielles.

L'entretien a été conduit en :

- Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu de l'entretien :

Jour et date :

Informations générales

Tranche d'âge

- [20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]
 [40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

- Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

- Célibataire
 Mariée Ménage : monogame / polygame

Ont-elles choisi leurs conjoints ? (Laissez l'enquêtée développer la réponse et raconter la petite histoire)

- Divorcée
 Veuve

Alphabétisation

- Arabe Français

Niveau d'études

- Aucun niveau d'instruction École primaire
 Collège Lycée
 Formation professionnelle / technique Université Autre (à préciser) : _____

Profession :

Lieu de résidence :

Statut de

Résidente Migrante Réfugiée Autres

Utilisation d'un smartphone :

Oui Accès à internet

Non

Perceptions à propos de la vie de couple

Attitudes vis-à-vis de la violence domestique

Capacité à prendre des décisions dans son ménage

Communication avec l'époux

Opinion des hommes sur la paternité, la maternité et les responsabilités dans le ménage

Qui prend les décisions en matière de santé reproductive dans votre foyer ?

Trajectoires de soins

Histoire personnelle liée à la fréquentation des centres de santé (laissez l'interviewée parler le plus longtemps possible et l'amener à vous donner des informations sur nombre d'enfants qu'elle a)

La fréquence de fréquentation dans les centres de santé (essayez d'avoir plus d'informations sur l'historique des naissances de ces enfants, la période idéale entre l'accouchement et une nouvelle grossesse, désir de la dernière naissance, santé de la mère et du nouveau-né, examens de santé postnataux, prise de décision de la période idéale de reprises des relations conjugales après une grossesse) ; Chaque détail compte. Laissez l'interviewée parler et attendez le bon moment pour faire la relance.

Quels services avez-vous déjà utilisés (contraception, soins prénataux, dépistage IST, etc.) ? Comment avez-vous connu ces services ? Qui vous a orientée vers eux ? Comment jugez-vous la qualité des soins reçus (écoute du personnel, confidentialité, disponibilité des produits) ?

Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder à ces services (coût, distance, attitude du personnel) ? Perceptions par rapport aux centres de santé (en savoir plus sur l'accueil, la disponibilité du personnel de santé, la manière d'informer et d'obtenir des renseignements sur l'espacement de naissances)

Actions personnelles

Allez-vous au centre de santé pour demander des services de santé reproductive ?

Non Pourquoi ?

Oui Pourquoi ? (Faire une relance en leur demandant « Pensez-vous qu'il est approprié de fréquenter les services de santé ? »)

Demandez-vous des méthodes contraceptives dans le centre de santé ? (Si c'est oui, laissez l'interviewée développer sa réponse puis lui demander de préciser la méthode contraceptive qu'elle utilise)

Assistez-vous à des rencontres dans votre quartier ou à des activités liées à votre santé reproductive ?

Avez-vous l'autorisation de votre mari pour assister à des rencontres sur la santé reproductive ?

Y a-t-il d'autres femmes qui participent comme vous ? Pensez-vous que les femmes de votre région consultent dans les centres de santé de reproduction ?

Y a-t-il un jugement de la communauté à propos des femmes qui vont consulter dans les services de santé reproductive ?

Y a-t-il des pressions sociales ou familiales qui influencent vos choix en matière de santé de la reproductive ?

Comment votre mari, votre famille et votre communauté perçoivent-ils l'utilisation de méthodes contraceptives ou d'autres services de santé reproductive ?

Par rapport à la vie quotidienne :

Connaître ses attentes dans la vie et en société, ses rêves, ses peurs, ses attentes par rapport aux autres individus qui font partie de sa vie en communauté.

Attentes et recommandations :

Quels types de services de santé reproductive, aimeriez-vous voir améliorés ou introduits ?

Comment les autorités sanitaires ou les ONG pourraient-elles mieux répondre à vos besoins ?

Guide d'entretien pour les femmes en situation de handicap

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting pour recueillir vos préoccupations en matière de santé reproductive. Vos réponses sont anonymes et confidentielles.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu de l'entretien :

Date et jour de l'entretien :

Informations générales

Tranche d'âge

[20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]

[40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

Célibataire

Mariée Ménage : monogame / polygame

Divorcée

Veuve

Type de handicap :

Alphabétisation

Arabe Français

Niveau d'études

Guide d'entretien pour les hommes

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting pour recueillir vos préoccupations en matière de santé reproductive. Vos réponses sont anonymes et confidentielles.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu de l'entretien :

Date et jour de l'entretien :

Informations générales

Tranche d'âge

[20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]
 [40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

Célibataire
 Marié Ménage : monogame / polygame
 Divorcé Veuf

Nombre d'enfants :

Alphabétisation

Arabe Français

Niveau d'études

Aucun niveau d'instruction École primaire Collège Lycée
 Formation professionnelle / technique Université Autre (à préciser) : _____

Profession :

Lieu de résidence :

Statut de

Résidant Migrant Réfugié Autres

Utilisation d'un smartphone :

Oui Accès à internet
 Non

Connaissances générales

Que comprenez-vous par santé de la reproduction ?

Connaissez-vous des méthodes pour l'espacement des naissances ? Lesquelles ?

Pensez-vous que les hommes ont un rôle à jouer dans la santé reproductive ? Pourquoi ?

Comportements et pratiques

Avez-vous déjà accompagné votre épouse dans un centre de santé pour des soins liés à la reproduction ?

Non Pourquoi ?

Oui Pourquoi

Chaque détail compte. Laissez l'interviewé parler et attendez le bon moment pour faire la relance. Quel était l'objet de la consultation (contraception, soins prénataux, dépistage IST, etc.) ? Comment avez-vous connu ce service de santé ? Qui vous a orientée vers ces professionnels de santé ? Comment jugez-vous la qualité des soins reçus (écoute du personnel, confidentialité, disponibilité des produits) ?

Avez-vous déjà utilisé, ou envisagé d'utiliser, un moyen de contraception masculin (préservatif, retrait, etc.) ?

Discutez-vous avec votre épouse des questions liées à aux méthodes contraceptives et à l'espacement des naissances ?

Selon vous, y a-t-il un jugement de la communauté à propos des femmes qui vont consulter dans les services de santé reproductive ?

Pensez-vous que les autres hommes de votre communauté sont ouverts pour discuter de ce sujet avec leurs épouses ?

Perceptions et représentations

Selon vous, qui doit prendre les décisions en matière de planification familiale dans un couple ? (amener l'interviewé à vous raconter une anecdote)

Que pensez-vous de la fréquentation des centres de santé reproductive par les hommes ?

Y a-t-il, selon vous, des tabous ou des barrières culturelles empêchant les hommes de s'impliquer davantage dans la santé de la reproduction ?

Besoins et attentes

Pensez-vous que les services de santé reproductive prennent suffisamment en compte les besoins des hommes ?

Pensez-vous que les hommes de votre communauté vont consulter dans les services de santé reproductive ?

Que faudrait-il améliorer pour mieux impliquer les hommes dans les questions de santé reproductive ?

Seriez-vous intéressé par des campagnes ou ateliers sur la santé reproductive destinés aux hommes ?

Guide d'entretien pour les hommes en situation de handicap

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting pour recueillir vos préoccupations en matière de santé reproductive. Vos réponses sont anonymes et confidentielles.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu de l'entretien :

Date et jour de l'entretien :

Informations générales

Tranche d'âge

[20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]
 [40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

Célibataire
 Marié Ménage : monogame / polygame
 Divorcé Veuf

Nombre d'enfants :

Type de handicap :

Alphabétisation

Arabe Français

Niveau d'études

Aucun niveau d'instruction École primaire Collège Lycée
 Formation professionnelle / technique Université Autre (à préciser) : _____

Profession :

Lieu de résidence :

Statut de

Résidant Migrant Réfugié Autres

Utilisation d'un smartphone :

Oui Accès à internet

Non

Thématiques

Représentations générales

Quand on vous parle de santé de la reproduction, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Pensez-vous que ce sujet concerne aussi les hommes ? Pourquoi ?

Et les hommes en situation de handicap ?

Accès à l'information

Où trouvez-vous des informations sur la santé reproductive (la contraception, les IST, etc.) ?

Est-ce que ces informations sont faciles à comprendre ou à obtenir ?

Est-ce que vous aimeriez en savoir plus ? Si oui, sur quoi exactement ?

Accès aux soins

Avez-vous déjà eu besoin de consulter un professionnel de santé pour un sujet lié à la reproduction (IST, fertilité, etc.) ?

Comment cela s'est-il passé ?

Avez-vous rencontré des difficultés liées à votre handicap pour accéder à ces soins (exemples : transport, attitude du personnel, confidentialité, accessibilité des lieux...) ?

Attentes et recommandations

Selon vous, qu'est-ce qui devrait être amélioré pour mieux accompagner les hommes en situation de handicap en matière de santé reproductive ?

Quels types d'actions (informations, services, accompagnements...) seraient utiles ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose que je n'ai pas abordé ?

Guide d'entretien pour les adolescentes

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting. Ce que tu diras restera confidentiel. On va parler de ton quotidien, de ton corps, de la santé, et de ce que tu sais ou aimerais savoir sur ces sujets. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu où l'entretien a été réalisé :

Jour et date de l'entretien :

Informations générales

Tranche d'âge

[20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]

[40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

Célibataire

- Mariée Ménage : monogame / polygame
 Divorcée Autres Préciser.....

Alphabétisation

- Arabe Français

Niveau d'études

- Aucun niveau d'instruction École primaire Collège Lycée
 Formation professionnelle / technique Autre (à préciser) : _____

Profession :

Lieu de résidence :

Statut de

- Résidente Migrante Réfugiée Autres

Utilisation d'un smartphone :

- Oui Accès à internet
 Non

Compréhensions générales

Est-ce que tu as déjà entendu parler de santé de la reproduction ? Que crois-tu que cela signifie ?

Qui t'a déjà parlé de ces sujets ? (parents, école, amies, réseaux sociaux, etc.)

Est-ce que tu te sens bien informée ? Qu'aimerais-tu mieux comprendre ?

Connaissances sur le corps et les changements

Que sais-tu sur les changements du corps à la puberté ?

As-tu reçu des informations à l'école ou ailleurs sur le cycle menstruel, la grossesse ou la contraception ?

Te sens-tu à l'aise pour poser des questions sur ton corps ou ta santé ? À qui ?

Rapports sociaux et émotions

Est-ce que tu peux parler librement de ces sujets avec ta famille ou tes amies ?

Qu'est-ce que les adultes pensent des filles qui posent des questions sur ces sujets ?

Est-ce qu'il y a des sujets dont on n'a pas le droit de parler ? Pourquoi, à ton avis ?

Accès aux services et obstacles

Sais-tu où aller si tu as un souci lié à ta santé intime ou des questions sur ton corps ?

Te sentiras-tu à l'aise pour aller seule ou accompagnée dans un centre de santé ?

Est-ce qu'il y a des choses qui te font peur ou qui te découragent d'aller consulter ?

Besoins, attentes et recommandations

Qu'est-ce qui pourrait aider les filles de ton âge à mieux connaître leur corps et leur santé ?

Quel type d'information t'intéresserait le plus ? Et sous quelle forme (vidéos, discussions, réseaux sociaux, jeux, etc.) ?

Si tu avais un message à faire passer aux adultes ou aux membres de ta communauté, que leur dirais-tu pour qu'ils soutiennent mieux les adolescentes ?

Guide d'entretien pour les adolescentes en situation de handicap

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting. Ce que tu diras restera confidentiel. On va parler de ton quotidien, de ton corps, de la santé, et de ce que tu sais ou aimerais savoir sur ces sujets. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autre

Lieu où l'entretien a été réalisé :

Jour et date de l'entretien :

Informations générales

Tranche d'âge

[20-25 ans] [25-30 ans] [30-35ans] [35-40 ans]

[40-45 ans] [45-50 ans] [50 ans et plus]

Ethnie

Maure Hal puular Soninké Wolof

Situation matrimoniale

Célibataire

Mariée Ménage : monogame / polygame

Divorcée Autres Préciser.....

Type de handicap :

Alphabétisation : Arabe Français

Niveau d'études :

Aucun niveau d'instruction École primaire Collège Lycée

Formation professionnelle / technique Autre (à préciser) : _____

Profession :

Lieu de résidence :

Statut de

Résidente Migrante Réfugiée Autres

Utilisation d'un smartphone :

- Oui Accès à internet
 Non

Profil général

Tu as quel âge ?

Peux-tu me parler un peu de ta journée habituelle ? (école, famille, activités)

Comment te déplaces-tu généralement ? (avec ou sans aide, transport, accessibilité)

Compréhension de la santé reproductive

As-tu déjà entendu parler de santé de la reproduction ? Qu'est-ce que cela signifie pour toi ?

À ton avis, est-ce un sujet important pour les filles de ton âge ? Pourquoi ?

Qui t'en parle ? À l'école ? À la maison ? Dans un centre de santé ?

Accès à l'information

Est-ce facile pour toi d'avoir des informations sur la puberté, les règles ou la contraception ?

Où trouves-tu des informations ? (TV, radio, internet, entourage...)

Est-ce que tu peux poser des questions quand tu veux en savoir plus ? À qui ?

Accès aux services de santé

As-tu déjà visité un centre de santé pour des raisons liées à ton corps ou à ta santé reproductive ?

Si oui, comment s'est passée l'expérience ? As-tu été bien accueillie ? As-tu compris ce qu'on t'a expliqué ?

Est-ce que le lieu était accessible (physiquement, en termes de langage, etc.) ?

Si non, pourquoi n'y es-tu jamais allée ? Y a-t-il des difficultés pour y aller ?

Perceptions, besoins et barrières

Te sens-tu libre de parler de ton corps et de poser des questions sur la santé reproductive ?

Est-ce que tu as parfois peur d'être jugée ou mal comprise parce que tu as un handicap ?

Qu'est-ce qui t'empêche, selon toi, d'avoir accès aux mêmes services que les autres filles ?

Que souhaiterais-tu qu'on améliore pour les filles en situation de handicap comme toi ?

Suggestions et perspectives

Qu'est-ce qui t'aiderait à mieux comprendre et à mieux prendre soin de ta santé reproductive ?

Y a-t-il un message que tu aimerais faire passer aux adultes ou aux prestataires de santé ?

OUTILS DE COLLECTE POUR LES FOCUS GROUPS

Structure du guide du modérateur

Introduction et règles du focus group (10 min)

Accueil et présentation des participants.

Explication des objectifs du focus group.

Règles de base : écoute active, respect des opinions, confidentialité.

Consentement des participants (oral ou écrit).

Questions introductives (10 min)

Que signifie, selon vous, la santé et les droits reproductifs ?

Quelles sont les principales préoccupations en matière de SDSR dans votre communauté ?

Exploration des thèmes clés (60 min)

Connaissances et accès aux services SDSR

Quels sont les services disponibles dans votre région ?

Comment sont perçus ces services par la communauté ?

Normes sociales et influence des groupes

Quels sont les freins socioculturels à l'adoption des services SDSR ?

Qui influence les décisions des femmes et des jeunes sur ces questions ?

Éducation et sensibilisation

Les jeunes reçoivent-ils une éducation adaptée sur la SDSR ?

Quels moyens de communication sont les plus efficaces pour la sensibilisation ?

Questions de clôture (10 min)

Quels conseils donneriez-vous aux autorités pour améliorer l'accès aux services SDSR ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur ce sujet ?

Fiche de profil des participants

Pour assurer une analyse contextuelle approfondie, une fiche de profil sera remplie pour chaque participant avant le début du focus group.

Informations collectées :

Identité anonyme : (ex. Participant 1, 2...)

Sexe, âge, situation familiale, ethnique, religion

Niveau d'éducation

Profession ou occupation

Lieu de résidence (urbain/rural)

Expérience antérieure avec les services SDSR

GRILLE D'OBSERVATION DES PARTICIPANTS

Un observateur sera chargé de noter les réactions non verbales, interactions et dynamiques de groupe. Une grille d'observation détaillée sera utilisée pour compléter les données verbales.

| Critère d'observation | Description / Notes |
|-----------------------------|--|
| Engagement des participants | Qui parle le plus / le moins ? Des participants dominant-ils la discussion ? |

| | |
|------------------------------|--|
| Réactions aux sujets abordés | Enthousiasme, résistance, hésitations ? Quels sujets suscitent le plus d'émotions ? |
| Attitudes générales | Positives, neutres ou négatives envers la SDSR ? |
| Influences | Certaines personnes influencent-elles les autres ? Qui semblent être les leaders du groupe ? |
| Influences | Signes d'inconfort, d'approbation ou de désaccord non verbal ? |

FICHE DE SYNTHÈSE DES RESULTATS DU FOCUS GROUP

Après chaque session, une fiche de synthèse sera remplie par le modérateur et l'observateur pour organiser les principales conclusions.

Format de la fiche de synthèse

Informations générales

- Date et lieu du focus group
- Nombre de participants (répartition par sexe, âge, statut social)

Résumé des points clés abordés

- Principales perceptions sur la SDSR
- Obstacles et résistances identifiés
- Solutions et recommandations proposées
- Observations générales
- Atmosphère du groupe (dynamique, tensions, niveau de participation)
- Points de consensus et points de divergence
- Recommandations pour les prochaines étapes
- Ajustements nécessaires pour les prochains focus groups
- Sujets nécessitant un approfondissement lors d'entretiens individuels

COMPLÉMENTS FOCUS GROUPS

Focus groups destiné aux relais communautaires

Bonjour je m'appelle.....

Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting. Je souhaiterai en savoir plus sur le travail que vous faites en tant que relais communautaire.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu où le focus group a été réalisé :

Jour et date du focus group :
Nombre de participants dans le focus groups :
Nombre d'hommes :
Nombre de femmes :

Profil des relais communautaires

Depuis combien de temps êtes-vous relais communautaire ?
Quelles sont vos missions principales dans la communauté/quartier ?
Avez-vous reçu une formation en santé de la reproduction ?

Perceptions et connaissances

Que comprenez-vous par « santé de la reproduction » ?
Quels sont, selon vous, les principaux problèmes de santé de la reproduction dans votre communauté / quartier ?
Quelles sont les pratiques ou croyances locales qui facilitent ou freinent l'accès aux services SR ?

Rôle actuel dans la Santé Reproductive

Est-ce que vous parlez de santé de la reproduction avec les membres de votre communauté / quartier (adolescents, couples, femmes enceintes...)
À quels moments et dans quels contextes abordez-vous ces sujets ?
Quels outils ou supports utilisez-vous ? Avez-vous ce qu'il vous faut ?

Accès aux services

Les usagers vous sollicitent-ils pour des informations ou une orientation vers les services de santé ?
Pouvez-vous donner des exemples de structures ?
Comment se passe la collaboration avec les prestataires de santé ?
Rencontrez-vous des réticences de la part de certains groupes (jeunes, hommes, religieux...) ?

Défis rencontrés

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans votre travail autour de la santé de la reproduction ?
Comment gérez-vous les sujets sensibles comme la contraception, les grossesses précoces ou les IST ?

Suggestions et renforcement

Que faudrait-il pour améliorer votre rôle d'accompagnement dans la santé de la reproduction ?
Avez-vous besoin de formations supplémentaires ? Sur quels thèmes ?

Quelles recommandations feriez-vous pour que les services SR soient mieux acceptés et utilisés dans votre communauté/ quartier ?

Focus groups destiné aux prestataires de santé

Bonjour je m'appelle.....

Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting. Je souhaiterai recueillir vos perceptions, expériences et pratiques en matière de santé reproductive, identifier les contraintes rencontrées dans votre travail.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu où le focus group a été réalisé :

Jour et date du focus group :

Nombre de participants dans le focus groups :

Nombre d'hommes :

Nombre de femmes :

Identification des différents profils (faire un tour de table, demandez à chacun de se présenter et de parler de son profil)

Thèmes pour la discussion

Thème 1 – Représentations de la santé reproductive

Que signifie pour vous la santé reproductive ?

Quels publics vous semblent les plus concernés par ces services dans votre zone d'intervention ?

Est-ce que certains aspects sont encore tabous ou peu discutés dans votre travail ?

Thème 2 – Accès aux soins et comportements des usagers

Quelles sont les principales demandes des usagers en lien avec la santé reproductive ?

Rencontrez-vous des difficultés liées à l'âge, au sexe, au handicap ou à la situation socio-économique des patients/patientes ?

Les adolescentes viennent-elles facilement consulter ? Pourquoi ?

Qu'en est-il des hommes ? (pour quels services en particulier)

Quels sont les groupes qui consultent rarement ? Pourquoi selon vous ?

Thème 3 – Relations prestataires de santé et patients/patientes

Comment décririez-vous la relation entre prestataires de santé et patients/patientes ?

Est-il facile d'aborder des sujets comme l'espacement des naissances, les IST, le VIH Sida ?

Les usagers vous semblent-ils bien informés ?

Avez-vous reçu une formation spécifique pour gérer ces entretiens sensibles ?

Thème 4 – Obstacles et contraintes dans la pratique professionnelle

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans votre quotidien (manque de matériel, surcharge de travail, formation...) ?

Le cadre institutionnel et réglementaire facilite-t-il votre travail ?

Existe-t-il des conflits entre vos convictions personnelles et vos obligations professionnelles ?

Thème 5 – Inclusion des populations marginalisées

Comment prenez-vous en charge des personnes en situation de handicap ?

Qu'en est-il des usagers/usagères vivant avec le VIH ?

Les migrants/ les migrantes, les non francophones ou les personnes analphabètes ?

Quelles adaptations sont nécessaires pour améliorer leur accueil et leur prise en charge ?

Thème 6 – Propositions d'amélioration

Quelles sont, selon vous, les priorités pour améliorer les services de santé reproductive ?

De quel type de soutien (formation, ressources, accompagnement) auriez-vous besoin ?

Quels rôles pourraient jouer la communauté, les autorités locales ou les ONG dans ce domaine

Focus groups destiné aux leaders communautaires

Bonjour je m'appelle..... Je suis un(e) enquêteur/ enquêtrice mandaté(e) par le bureau d'études Sarah Consulting. Je souhaiterai en savoir plus sur votre fonction de leaders communautaire afin de mieux comprendre comment vous encouragez l'accès aux services de santé reproductive au sein de votre communauté / quartier. Il s'agit d'un partage d'expériences. Quels sont les bonnes pratiques, les obstacles que vous rencontrez, les solutions que vous envisagez ou que vous mettez déjà en œuvre.

L'entretien a été conduit en :

Hassaniya Français Wolof Pulaar Autres

Lieu où le focus group a été réalisé :

Jour et date du focus group :

Nombre de participants dans le focus groups :

Nombre d'hommes :

Nombre de femmes :

Profil des leaders communautaires

Depuis combien de temps êtes-vous leaders communautaires ? Comment vous êtes devenus leaders ? Quelles sont vos motivations ?

Perceptions générales de la santé reproductive

Que signifie pour vous la santé de la reproduction ?

Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires de la communauté/ du quartier en matière de santé de la reproduction ?

Qui, dans la communauté, est le plus concerné par ces questions (jeunes, couples, femmes, hommes...)?

Rôle du leader communautaire

En tant que leader, vous arrive-t-il d'être sollicité pour des sujets liés à la santé reproductive ?

Comment accompagnez-vous les membres de votre communauté dans ce domaine ?

Est-ce un sujet facile ou difficile à aborder dans votre rôle ?

Y a-t-il des tabous ou résistances autour de ces questions dans votre communauté ?

Accès aux services de santé reproductive

Selon vous, est-ce que les membres de votre communauté fréquentent les services de santé reproductive (espacement des naissances, consultations prénatales, IST, etc.) ?

Qu'est-ce qui les encourage à y aller ?

Qu'est-ce qui les freine ? (coût, distance, manque d'information, jugements sociaux...)

Appui et mobilisation communautaire

Quelles actions avez-vous déjà menées (ou vu mener) pour sensibiliser sur la santé reproductive ?

Quelles stratégies pourraient mieux fonctionner, selon vous, pour toucher davantage de personnes ?

Connaissez-vous des personnes susceptibles de jouer le rôle de mentors dans la communauté pour promouvoir ces questions ? (exemple : agents de santé, écoles, femmes influentes, jeunes...) Pouvez-vous les citer s'il vous plait ? Avez-vous leur contact ?

Suggestions et recommandations

Que faudrait-il améliorer dans la collaboration entre structures de santé et leaders communautaires ?

Quels outils ou appuis vous seraient utiles pour mieux jouer votre rôle ?

Quelles recommandations feriez-vous aux autorités sanitaires ?