RESUME DE RECHERCHE MOMENTUM

No. 6, Février 2019

Photo credit: Patrick Meinhardt, ThinkPlace Kenya

PERSPECTIVES DE MERES ET BELLES-MERES SUR LES PRATIQUES DE SANTE DE NOUVELLES MERES A KINSHASA, EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

CONTEXTE

Les femmes sont souvent confrontées à une grossesse précoce en République Démocratique du Congo (RDC). Chez les jeunes femmes enquêtées à Kinshasa en 2016, l'âge médian au premier rapport sexuel était de 16 ans. Cependant, l'âge médian déclaré des femmes à la première utilisation contraceptive était quatre ans de plus (20 ans).[1] Treize pourcent des femmes de 18-24 ans ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans à Kinshasa, mais l'utilisation contraceptive demeure faible chez les jeunes femmes.[1] Le rapprochement des naissances augmente aussi le risque des jeunes mères d'être confrontées à des résultats de santé maternelle et infantile (SMI) indésirables.[2] Dans ce contexte, les normes et pratiques socio-culturelles peuvent être autant de barrières à la conversation autour de la sexualité et des rapports sexuels avant le mariage, affectant les connaissances et l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive.[3–6]

Pour relever ces défis, le projet MOMENTUM, une étude de recherche de trois ans menée à Kinsahsa, en RDC, a été conçu pour améliorer la situation de santé des nouvelles mères entre 15 et 24 ans. Le Centre pour les Programmes de Communication (CCP) de l'Université de Johns Hopkins, dans le cadre de son soutien au projet MOMENTUM, vise à promouvoir un environnement favorable au changement des normes de genre et communautaires générales liées aux comportements de genre, de planification familiale (PF), de SMI et de nutrition.

Pour soutenir ces efforts, le CCP a mené une analyse secondaire des données déidentifiées collectées au cours de huit groupes de discussion conduits par l'Université de Tulane à l'automne et l'hiver 2017 avec des mères et belles-mères de jeunes nouvelles mères. Ces groupes de discussion ont questionné les croyances, attitudes et perceptions de ces mères et belles-mères sur la PF, l'espacement des naissances et la recherche de soins SMI pour les nouvelles mères et leurs partenaires. Quatre groupes de discussion étaient focalisés sur la PF, et quatre autres sur la SMI.

Cette analyse a examiné 1) les rôles liés à la SMI et la PF ; 2) la recherche d'informations sur la santé ; 3) la prise de décision en matière de SMI et PF ; et 4) les perceptions des nouvelles mères mariées et non mariées. Les transcriptions des enregistrements audio des groupes de discussion ont été analysées par thème selon une approche de cadre analytique.[7] Cette approche a impliqué de se familiariser avec les transcriptions, de codifier les données pour l'analyse, et de conduire une analyse détaillée des données, organisées par codes, pour en identifier les thèmes émergeants clés. Atlas.ti, un logiciel de recherche

qualitative, a été utilisé pour faciliter le codage et l'analyse. Le Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa et le Biomedical Institutional Review Board de l'Université de Tulane ont autorisé l'étude originale. L'Institutional Review Board de l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université de Johns Hopkins a donné son accord éthique pour cette analyse secondaire.

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Quatre-vingt-quatorze mères et belles-mères de nouvelles mères de 15-19 ans et de 20-24 ans ont participé à huit groupes de discussion, qui comprenaient chacun entre neuf et quatorze participantes. Les participantes avaient entre 30 et 70 ans, et avaient entre un et neuf enfants.

1. Rôles et responsabilités

Pour les mères et les belles-mères interrogées, les parents –dont les mères et les belles-mères—jouent un rôle important dans la préparation de l'avenir de leurs enfants.

Les parents, particulièrement les mères et les belles-mères, sont chargées d'éduquer, protéger, nourrir et conseiller leurs enfants. Ces responsabilités ont été évoquées dans le contexte d'une réflexion sur l'avenir de leurs enfants. Pour les filles en particulier, les participantes ont décrit leur rôle comme celui d'observer, suivre et surveiller leurs enfants.

« Après la naissance, si ses parents [ne font pas] d'effort pour bien la superviser, sa vie sera détruite. Mais si la fille s'excuse auprès de ses parents, et si ses parents la supervisent et acceptent de la renvoyer à l'école, elle continuera sa vie et aura un meilleur avenir au bout du compte. » (Mère d'une nouvelle mère de 20-24 ans).

Les mères et les belles-mères se perçoivent comme des sources d'information clés pour les nouvelles mères.

Les mères et les belles-mères ont affirmé donner des informations aux nouvelles mères sur la grossesse, l'accouchement, les complications, la recherche de soins pour complications, et moins souvent, sur l'espacement des naissances ou la PF. La plupart des participantes considèrent impératif que les nouvelles mères écoutent leurs points de vue. Si elles ne le font pas, elles sont considérées comme étant fières ou têtues.

« Elle est fière, elle n'écoute pas les autres, et elle n'obéit pas. Elle est têtue. » (Mère d'une nouvelle mère de 15-19 ans).

Certaines participantes n'étaient pas de cet avis, assurant qu'une « fille intelligente » n'écoutera pas sa mère si elle lui donne des informations inexactes ou nuisibles pour le bébé.

Les mères et les belles-mères se perçoivent comme des décisionnaires clés pendant la grossesse d'une nouvelle mère, et parfois même pour le nouveau-né.

Les perspectives et opinions des nouvelles mères n'ont que peu de poids selon leurs mères et leurs belles-mères, souvent en raison du manque d'expérience des nouvelles mères. Les participantes ont cité leurs propres expériences pour justifier leur prise de décisions importantes pour leurs filles ou leurs belles-filles. Ces expériences leur ont conféré un pouvoir de décision important pendant la grossesse de ces dernières, y compris concernant l'endroit où accoucher et le moment où rechercher des soins en cas de complications pendant la grossesse.

« Je ne peux pas l'accepter. Son avis n'aura pas d'importance. C'est plutôt mon opinion qui comptera parce que moi, j'ai déjà accouché. Je lui dirai d'aller à tel ou tel endroit, d'aller chez les sœurs [religieuses], là où tout le monde va. Elle ne m'imposera pas [ses idées] parce que je suis sa mère. Elle a déjà commis une bêtise. Elle fera ce que je dis. » (Mère d'une nouvelle mère de 15-19 ans).

Les mères et les belles-mères se considèrent comme des accompagnatrices pendant la recherche de soins.

Les participantes ont déclaré avoir été au centre de santé avec les nouvelles mères pour leurs consultations, pendant l'accouchement, et pour les soins postnatals. Cet accompagnement était perçu comme nécessaire pour les jeunes nouvelles mères qui pouvaient être qualifiées comme n'ayant pas assez d'aisance pour s'exprimer, de confiance en elles-mêmes, ou d'expérience pour interagir adéquatement avec les prestataires de santé.

« Les sœurs [religieuses] ne parlent en mal de personne. Si une fille de 15, 16 ans va commencer ses consultations prénatales, elles lui demandent de venir au prochain rendez-vous avec sa mère. Parce que

certaines filles ne savent pas s'exprimer par elles-mêmes, les sœurs appellent les mères de ces filles pour faciliter la communication et le suivi. » (Mère d'une nouvelle mère non mariée de 15-19 ans).

2. Influence sur les nouvelles mères

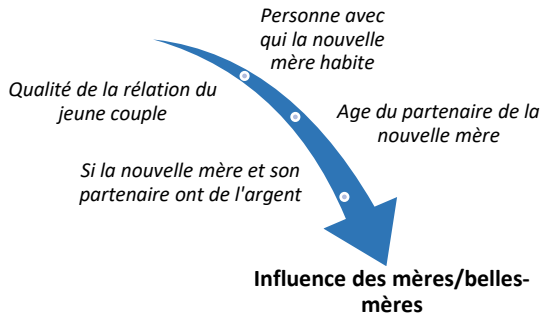
L'influence des mères et des belles-mères interrogées dépendait de plusieurs facteurs :

⇒ **Personne avec qui habitait la nouvelle mère** : Si une nouvelle mère était mariée ou vivait chez ses beaux-parents, ou si elle vivait ailleurs, sa mère pouvait avoir moins d'influence que si elle vivait chez elle.

⇒ **Qualité de la relation entre la nouvelle mère et son partenaire** : Si son partenaire était intimement impliqué dans la grossesse, alors la mère et la belle-mère pouvaient ne pas avoir autant d'influence. Certaines participantes accordaient plus d'autonomie aux partenaires des nouvelles mères qu'aux nouvelles mères. Si la relation était moins viable, ou si le couple était séparé, alors la mère de la nouvelle mère pouvait remplir un plus grand rôle dans la recherche de soins SMI.

⇒ **Situation financière** : Les participantes ont souvent relié leur rôle de décisionnaire à la responsabilité financière de la grossesse et/ou du bébé. Si une nouvelle mère ou son partenaire avaient plus d'argent ou un emploi plus stable, on leur accordait plus d'autonomie qu'à celles et ceux qui dépendaient de leurs familles.

⇒ **Âge du partenaire** : Les participantes ont accordé un plus grand pouvoir de décision aux partenaires plus âgés.



Les mères et les belles-mères sont des personnes à qui parler et des sources de soutien.

Les mères et les belles-mères ont affirmé qu'elles parlaient souvent avec les nouvelles mères. Elles ont également décrit combien les nouvelles mères avaient souvent peur de dévoiler leur état de grossesse à leurs familles ou d'en parler à leurs belles-mères. Par conséquent, les belles-sœurs deviennent d'importantes personnes pour communiquer, échanger des informations et rechercher des conseils sur la SMI et la PF.

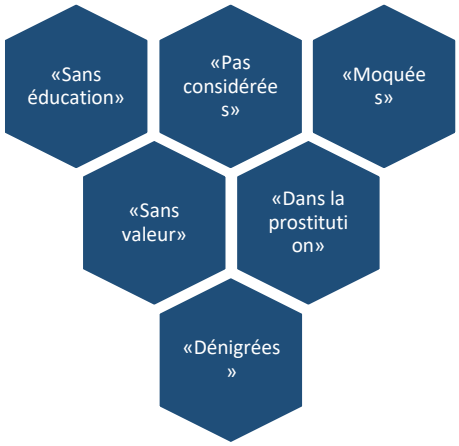
Malgré ces difficultés, les mères et les belles-mères ont souvent souligné l'importance d'apporter leur soutien.

« Si les parents remarquent que la fille est enceinte, ils seront en colère parce qu'elle leur aura désobéi et n'aura pas écouté leurs conseils, mais pour certains, ils doivent aider la fille à continuer sa vie. Quand ma fille est tombée enceinte, elle a voulu se suicider en buvant du poison. J'ai commencé à lui donner des conseils, à lui dire qu'être enceinte n'est pas la fin du monde. Après la naissance, tu reprendras ta vie, et tout redeviendra normal. Il faut réconforter votre enfant et lui montrer la voie de Dieu » (Mère d'une nouvelle mère de 20-24 ans).

3. Perceptions des nouvelles mères

Les mères et les belles-mères ont souvent évoqué les manières négatives dont la communauté parle des nouvelles mères, et comment cela pourrait impacter la recherche de soins SMI.

Mots ou phrases couramment utilisés dans la communauté pour décrire les attitudes envers les jeunes nouvelles mères



Malgré ces perceptions communautaires, de nombreuses participantes ont affirmé que les nouvelles mères se rendent au centre de santé ou à l'hôpital pendant leur grossesse. Aller dans une structure de santé est considéré comme important. Le statut conjugal n'est pas considéré comme un facteur d'influence sur la recherche de soins SMI.

« Une bonne mère n'attachera pas d'importance à ce que la communauté pense d'elle. Si son bébé est malade, elle l'amènera au centre de santé pour qu'on s'occupe de lui, sinon l'enfant mourra. » (Mère d'une nouvelle mère non mariée de 15-19 ans).

Cependant, d'autres participantes ont suggéré l'idée que les perceptions communautaires pourraient amener à retarder la recherche de soins SMI.

« Même si elle le cache pendant six mois, sept mois, huit mois, elle finira par aller à l'hôpital pour des consultations prénatales, et accoucher à l'hôpital ». (Belle-mère d'une nouvelle mère de 15-19 ans).

La grossesse d'une nouvelle mère influence ce que la communauté pourrait dire de sa famille.

La grossesse d'une fille ou belle-fille affecte, selon les participantes, sa mère et sa belle-mère à la fois psychologiquement et socialement. La grossesse introduit un sentiment de préoccupation ou de souffrance, particulièrement si le partenaire de la nouvelle mère n'est pas considéré comme étant responsable. Elle suscite aussi un sentiment de honte, de manque de respect, d'embarras et de jugement de la part des membres de la communauté, particulièrement vis-à-vis des mères et nouvelles mères.

« Pour moi, je dirais que ça a été très difficile. Si une fille tombe enceinte, les gens disent beaucoup de choses. Ils profèrent des injures. Ma fille aînée, quand elle est tombée enceinte, les gens ont beaucoup parlé. Ils disaient qu'elle était tombée enceinte parce que je l'envoyais voir des hommes. D'autres disaient que ça s'était passé parce que je n'étais pas capable de surveiller mes enfants. » (Mère d'une nouvelle mère de 20-24 ans).

RÉSUMÉ

Les mères et les belles-mères interrogées se percevaient comme des personnes influentes dans la vie de leurs enfants, particulièrement celle de leurs filles. Cette influence se manifeste à travers leur partage d'informations et leur pouvoir de décision. Les participantes ont témoigné à plusieurs reprises des impacts psychologiques et sociaux d'une grossesse sur l'ensemble de la famille – non seulement pour la nouvelle mère et son partenaire, mais aussi pour sa mère et sa belle-mère.

Bien que les mères et belles-mères aient souligné leur rôle en tant que guides et sources d'information et de conseil pour leurs enfants, et qu'elles tenaient à ce que leurs filles et belles-filles les écoutent, elles n'ont pas souvent reconnu l'autonomie ou l'opinion de ces dernières. Le manque d'expérience ou la situation financière ont souvent été mentionnés pour expliquer le peu d'importance accordée à leurs points de vue et perspectives. Le programme devraient répondre aux facteurs liés au genre qui pourraient expliquer pourquoi les perspectives des nouvelles mères -souvent par contraste avec celles de leurs partenaires- ne sont ni acceptées, ni respectées par leurs mères et leurs belles-mères.

La plupart des participantes ont affirmé qu'une jeune femme enceinte irait dans un centre de santé même si elle était critiquée. Cependant, des retardements mentionnés de la recherche de soins suggèrent que les effets des réactions communautaires à la grossesse de quelqu'un pourraient avoir un impact négatif sur la recherche de soins pour certaines nouvelles mères. Ces résultats témoignent des manières nuancées dont les attitudes et perceptions communautaires influencent les pratiques individuelles en matière de santé.

RECOMMANDATIONS PROGRAMMATIQUES

1. **Les mères et les nouvelles-mères représentent un public clé pour des activités visant à encourager un environnement favorable aux nouvelles mères, particulièrement dans la recherche de soins SMI.** Les mères et les belles-mères sont impliquées dans la recherche de soins à de nombreux niveaux et à différents moments au cours de la grossesse d'une nouvelle mère, c'est pourquoi les activités pourraient se focaliser sur leurs rôles à chacune de ces étapes lors de dialogues communautaires, afin de 1) encourager la recherche de soins en structure sanitaire ; 2) déconstruire les mythes, les idées reçues et la défiance ; et 3) promouvoir le partage d'informations à chacune de ces étapes.
2. **Les mères et les belles-mères sont des sources d'information et communiquent avec les nouvelles mères :** Les mères et les belles-mères sont d'importantes sources d'information et communiquent régulièrement avec les nouvelles mères. Cependant, l'autonomie des nouvelles mères dans la prise de décision peut être rejetée, voire niée par leurs mères et leurs belles-mères. Cette restriction de l'autonomie des nouvelles mères dans la prise de décision représente une opportunité pour MOMENTUM, qui devrait répondre aux dynamiques de genre inéquitables à travers des activités à base

communautaire. Ces activités devraient être menées pour les nouvelles mères dont les principaux influenceurs sociaux, y compris leurs mères et leurs belles-mères, renforcent les dynamiques de genre inéquitables restreignant la capacité des nouvelles mères à prendre des décisions en matière de SMI et PF.

3. **Les mères et les belles-mères ont déclaré être préoccupées pour les nouvelles mères, particulièrement celles qui ne sont pas mariées :** Ces préoccupations, particulièrement en référence aux croyances normatives sur la grossesse chez les jeunes femmes, offrent une opportunité importante pour MOMENTUM, qui devrait porter une attention particulière à la manière dont les normes sociales qui stigmatisent les nouvelles mères, et restreignent leurs comportements en matière de SMI et PF, affectent non seulement les nouvelles mères, leurs partenaires et leurs enfants, mais aussi la santé et le bien-être de la communauté au sens large.

Citation recommandée : Hendrickson, Z., Valmeeka Nathan, A., Mills, H. (2019). Perspectives de mères et belles mères sur les pratiques de santé de nouvelles mères à Kinshasa, en République Démocratique du Congo. Résumé de recherche MOMENTUM No. 6. Baltimore, MD : Université de Johns Hopkins.

Références

1. PMA2020. *Family Planning Brief: Key Family Planning Indicators. PMA2016/Kinshasa-R5*.; 2017. https://www.pma2020.org/sites/default/files/DRCR5-KINSHASA-EN-FP-Brief-v6-2017.01.23.pdf.
2. MPSMRM, MSP, ICF International. *Enquête Démographique et de Santé En République Démocratique Du Congo 2013-2014.* 2014. Rockville, Maryland, USA: MPSMRM, MSP et ICF International.; 2014.
3. Mmari K, Blum RW. Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: a structured literature review. *Glob Public Health*. 2009;4(4):350-366.
4. Fatusi AO, Hindin MJ. Adolescents and youth in developing countries: Health and development issues in context. *J Adolesc*. 2010;33(4):499-508. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=20598362.
5. Blum RW, Astone NM, Decker MR, Mouli VC. A conceptual framework for early adolescence: a platform for research. *Int J Adolesc Med Health*. 2014;26(3):321-331.
6. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-2478.
7. Gale N, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13(117):1-8. doi:10.1186/1471-2288-13-117.