



La sage-femme responsable, une matrone et une sage-femme du District sanitaire Diffa.



Construire le pont

Comment les matrones communautaires relient les femmes aux soins maternels dans un Niger touché par les conflits

SEPTEMBRE 2026

Le problème

Le Niger fait face à l'une des situations humanitaires les plus complexes au monde, façonnée par des menaces sécuritaires croisées, des chocs climatiques, des institutions fragiles et de profondes difficultés socio-économiques. Malgré quelques progrès, la santé maternelle demeure une préoccupation majeure de santé publique au Niger. Le taux estimé de mortalité maternelle était de 441 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021, bien supérieur à la moyenne mondiale de 112.¹ Dans les zones rurales, 31 % des femmes ont effectué au moins quatre consultations prénatales, contre 46 % en milieu urbain, deux chiffres encore en deçà de la moyenne mondiale de 65 % des femmes réalisant au moins 4 consultations prénatales (CPN).² Ces indicateurs alarmants soulignent la nécessité de politiques publiques plus solides et d'interventions collaboratives entre le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers. Par ailleurs, le taux de prévalence contraceptive du Niger est parmi les plus bas d'Afrique, à seulement 18,8 %, reflétant de profondes barrières à l'accès à la planification familiale et à son utilisation.³

Dans la région de Diffa, à la frontière avec le Nigéria et le lac Tchad, ces défis nationaux sont amplifiés par une crise humanitaire qui s'est progressivement approfondie depuis 2015. Les incursions de groupes armés ont provoqué des déplacements massifs, gonflant la population de la région de personnes déplacées internes, de réfugiés venant du Tchad et de communautés d'accueil, tous en concurrence pour des services et des ressources extrêmement limités. Les discussions sur la santé reproductive sont taboues, l'accès à la contraception est extrêmement limité et le mariage précoce est largement accepté. En 2025, seulement 3 % du budget régional de santé de Diffa était alloué à la santé sexuelle et reproductive (SSR).

La situation humanitaire s'est encore complexifiée en raison de la résurgence d'attaques armées contre des civils et des restrictions imposées par les autorités actuelles à l'accès humanitaire, par l'imposition d'escortes militaires dans certaines zones et l'interdiction d'accès à d'autres. Les seuls centres de santé opérationnels dans

la commune de Diffa, refuge pour les villageois fuyant les attaques, ferment vers 14 heures pour des raisons sécuritaires, laissant les femmes en travail sans personnel qualifié. De ce fait, les accouchements à domicile ont augmenté en raison de ces restrictions, souvent sans aucune assistance spécialisée.

Qu'est-ce qu'une matrone ?

Au Niger, une matrone est une accoucheuse traditionnelle communautaire, une femme issue de la communauté qui a historiquement assisté aux accouchements en s'appuyant sur des savoirs et pratiques traditionnels. Les matrones sont profondément ancrées dans la vie communautaire et sont connues et appréciées des familles qu'elles servent. Chaque famille a généralement une matrone à qui elle fait appel, et dans les contextes d'insécurité où les services de santé formels sont indisponibles en dehors des heures ouvrables ou inexistantes, les matrones ont longtemps été la seule forme de soutien à l'accouchement disponible pour les femmes. Le projet PRET-SRH a reconnu ce rôle existant et a travaillé à le formaliser et à le renforcer, transformant les matrones de praticiennes traditionnelles isolées en membres formées, supervisées et reconnues du système de santé élargi.



La sage-femme/District sanitaire de Diffa et l'Officière Santé de la Reproduction (SR) du projet PRET lors d'une supervision formative des matrones.

1 Organisation mondiale de la santé, 2023 : Aperçu des données de santé du Niger. Disponible sur : <https://data.who.int/countries/562>

2 UNICEF, 2026. Disparités en matière de santé maternelle et néonatale au Niger. Disponible sur : https://data.unicef.org/wp-content/uploads/cp/maternal-new-born-health/maternal-and-newborn-health_NER.pdf

3 Organisation mondiale de la santé, 2023 : Mortalité maternelle : l'urgence d'une approche systémique et multisectorielle pour réduire les décès maternels en Afrique. Disponible sur : https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Maternal_Mortality_Regional_Factsheet.pdf

La solution

Le projet PRET-SRH de l'IRC (*Partnering for Resilience to Emergencies through Transformation of Sexual and Reproductive Health Rights*), financé par SIDA, a été lancé dans le district sanitaire de Diffa en décembre 2023 pour répondre à ces défis et améliorer l'accès aux soins de SSR. Travaillant dans quatre Centres de Santé Intégrés (CSI), à savoir Diffa Urbain, Mamari Forage, Bagara et N'Guel Kolo, le projet visait à renforcer les systèmes de santé, à transformer les normes sociales néfastes et à améliorer la résilience des communautés pour accéder aux services de SSR, même dans des contextes fragiles et touchés par des conflits. Pour faire face aux difficultés d'accès liées à l'insécurité et aux restrictions de mouvement, PRET-SRH a bâti une stratégie délibérée autour des matrones, des accoucheuses communautaires déjà ancrées dans la vie locale et reconnues par les familles. Historiquement, les matrones pratiquaient des techniques d'accouchement traditionnelles en dehors du système de santé formel, parfois même en concurrence avec lui. Le projet PRET-SRH a reconfiguré cette dynamique en offrant une formation structurée à 40 matrones dont le nombre a été rehaussé à 80 pour la troisième année, les dotant de la capacité d'identifier les signes de danger chez les femmes enceintes, les femmes en travail, les femmes en post-partum et les nouveau-nés, et de les orienter de manière appropriée vers les établissements de santé.

Ces matrones ont été recrutées par les responsables des quatre CSI dans leurs zones de couverture sanitaire respectives, couvrant un total de 10 CSI sous la direction du district sanitaire de Diffa. Cette formation a considérablement renforcé leurs connaissances et leurs compétences en matière de reconnaissance et d'identification des complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, ainsi que des signes de danger chez les nouveau-nés, et l'orientation rapide vers des soins spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire.

Cette initiative contribue à réduire les risques associés aux accouchements à domicile et aux retards dans la recherche de soins. En plus de la santé maternelle et néonatale, les matrones ont reçu une formation sur un large éventail de services de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) des femmes et des jeunes filles, notamment l'accès à la planification familiale, et la prévention de la violence basée sur le genre (VBG)

et les orientations correspondantes. L'étendue de cette formation n'était pas fortuite ; elle constituait une réponse directe au contexte humanitaire. Dans un environnement où le conflit armé restreint l'accès aux établissements de santé formels et entraîne la fermeture anticipée des centres de santé, les matrones représentent l'un des rares points de contact fiables et reconnus à travers lesquels les femmes peuvent recevoir des informations sanitaires exactes et être orientées vers des services. Il était essentiel de s'assurer que leur champ d'action s'étende au-delà de l'assistance aux accouchements pour couvrir le spectre complet des SDSR, afin d'atteindre les femmes dont les options avaient été considérablement réduites par l'insécurité. Elles ont également acquis des techniques de communication pour mener efficacement des séances de sensibilisation communautaire.

Les visites mensuelles de supervision par le personnel des centres de santé ont renforcé leurs compétences et maintenu le lien entre le niveau communautaire et celui des établissements. Chaque matrone a également reçu une donation en nature constituée de Hidjab, de savons et de natte en reconnaissance de son rôle et de sa contribution.

L'accent mis sur l'intégration des matrones au sein du système de santé formel leur a permis de servir de pont entre les communautés et les établissements, et a donné lieu à des résultats immédiats et concrets. Dans les communautés où les centres de santé fermaient tôt pour des raisons sécuritaires, les matrones ont veillé à ce que les accouchements soient assistés, que les signes de danger soient identifiés et que les référencement soient effectués.

Le programme a également investi massivement dans le renforcement du système de santé formel lui-même. Quatre-vingt-huit agents de santé ont été formés aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), au Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) dans les situations de crise, à la prévention de l'hémorragie du post-partum (HPP), à la surveillance et à la réponse aux décès maternels (SRDM), à la planification familiale et aux soins post-avortement. Quatre sessions de formation ont été organisées avec la participation de 22 agents de santé des quatre centres de santé. Les établissements de santé ont été équipés

de lits, de matelas et d'autres matériels essentiels. Deux centres de santé, Mamari Forage et N'Guel Kolo, ont été électrifiés grâce à des installations solaires et à des groupes électrogènes, transformant la capacité des agents de santé à assurer des accouchements nocturnes en toute sécurité.

Pour faire face à la forte résistance socioculturelle qui avait longtemps découragé les femmes de recourir aux soins formels, le programme a mené des campagnes de sensibilisation communautaire et organisé des tables rondes avec des leaders religieux, formés pour mener des actions de sensibilisation présentant des arguments islamiques en faveur de la planification familiale et de la santé maternelle. Il s'agissait là d'un travail de fond indispensable, les établissements devant être des lieux vers lesquels les communautés souhaitent se rendre afin que les matrones puissent y orienter avec succès les femmes.



La sage-femme de Mamari Forage et l'Officière Santé de la Reproduction (SR) du projet PRET lors d'un suivi post formation des matrones.

Principaux défis

L'environnement opérationnel a rendu la supervision régulière difficile. Les restrictions sécuritaires empêchaient le personnel de l'IRC et des centres de santé de rejoindre les matrones pour leurs visites mensuelles de supervision, et certaines communautés restaient totalement inaccessibles en raison de l'obligation d'escorte. Le programme a répondu à ce défi en renforçant les capacités des structures de gouvernance locale, telles que les Comités de Gestion des Établissements de Santé (COGES) et les comités de redevabilité, pour soutenir le suivi dans les zones où le personnel extérieur ne pouvait pas se rendre. Ainsi, les matrones n'étaient jamais totalement sans surveillance, même dans les périodes les plus contraintes.

Le défi le plus instructif était peut-être celui de la reconnaissance. Historiquement, les matrones opéraient de manière informelle et sans statut institutionnel. PRET-SRH a voulu changer cela en présentant les résultats des matrones dans le continuum de soins, notamment l'amélioration des conditions d'accouchement, le référencement systématique des femmes enceintes à risque et la réduction de la

mortalité par HPP. Par ailleurs, PRET-SRH a plaidé pour leur recrutement en tant qu'aides-soignantes, en capitalisant sur les compétences acquises grâce au projet. L'allocation mensuelle, la formation formelle, la relation de supervision avec le personnel des centres de santé et le parcours structuré d'orientation ont tous signalé que les matrones ne sont pas périphériques au système de santé, mais en font partie. Ce changement de statut est important pour la durabilité : les matrones qui se sentent reconnues et intégrées dans le système de santé formel sont plus susceptibles de poursuivre leur travail après la fin du projet.

Comme l'a décrit le Dr Bohari Hamidou, Médecin Chef du District de Diffa : « *Le soutien du projet a contribué à faire passer les indicateurs de performance du district au vert, les matrones jouant désormais un rôle central dans la lutte contre la mortalité maternelle et la promotion des accouchements assistés.* » Il a souligné que le changement comportemental obtenu dans les communautés survivrait au projet lui-même, même après l'épuisement des médicaments et la réaffectation du personnel.

Résultats et impact

Entre décembre 2023 et décembre 2025, le projet PRET-SRH a accompli des progrès substantiels dans les domaines de la santé maternelle et reproductive. À la fin de la deuxième année, 2 922 naissances avaient été assistées par du personnel de santé qualifié dans les établissements soutenus, représentant 81 % de l'objectif triennal, et 10 272 femmes avaient effectué leur première consultation prénatale, atteignant 76 % de l'objectif sur trois ans. Par ailleurs, 309 femmes ont bénéficié de soins post-avortement complets, représentant 74 % de l'objectif triennal. Ces résultats témoignent du fonctionnement du modèle des matrones tel qu'il avait été conçu : les femmes qui n'avaient auparavant pas de soutien qualifié à l'accouchement étaient prises en charge, orientées et soignées, les matrones jouant un rôle central pour combler le fossé entre les accouchements au niveau communautaire et les accouchements assistés en établissement.

Au-delà des résultats au niveau des établissements, les matrones ont mené un vaste travail de sensibilisation communautaire, atteignant au total 16 505 personnes dans les quatre CSI. Dans un contexte où l'insécurité restreint les déplacements et limite la capacité des femmes à accéder aux soins formels, ces interactions étaient souvent le seul moyen pour les femmes de recevoir des informations sur les SDSR. Leurs activités de sensibilisation couvraient l'ensemble du continuum : de la promotion des soins prénataux et de

l'encouragement à accoucher en établissement, au conseil en planification familiale et au suivi postnatal, en passant par la prévention de la VBG et les orientations correspondantes. from antenatal care promotion and safe delivery encouragement, through family planning counseling and postnatal follow-up, to GBV prevention and referral. Plus précisément:

- 4 038 femmes ont été sensibilisées à l'importance des consultations prénatales
- 1 321 femmes en travail ont été encouragées à accoucher en établissement
- 2 006 femmes enceintes ont reçu des informations sur la reconnaissance des signes de danger
- 3 585 femmes ont été informées sur les services de planification familiale
- 2 072 femmes ont été touchées sur les soins postnataux
- 658 personnes ont été sensibilisées à la prévention de la VBG et aux voies d'orientation.

PRET-SSR a obtenu une reconnaissance officielle du District Sanitaire de Diffa, qui a décerné à l'IRC un certificat officiel d'appréciation pour ses contributions à la qualité des services et au bien-être des communautés. Des visites de supervision de haut niveau, notamment des missions conjointes avec le Ministre de la Santé du Niger et le Gouverneur de la région de Diffa, ont souligné la visibilité et l'acceptation institutionnelle du programme.



L'Officière Santé de la Reproduction (SR) du projet PRET au CSI Urbain de Diffa lors d'une supervision de terrain d'une matrone en pleine séance de sensibilisation des femmes venues pour la planification familiale (PF) au CSI urbain de Diffa.

La voie à suivre

L'héritage le plus significatif et le plus transposable de PRET-SSR au Niger est le modèle des matrones et leur collaboration opérationnelle avec les centres de santé étatiques. En formalisant le rôle des accoucheuses communautaires au sein du système de santé, en leur offrant formation, supervision, reconnaissance et un lien structuré avec les établissements, PRET-SRH a démontré que le transfert de tâches au niveau communautaire est non seulement possible dans des contextes fragiles, mais essentiel. Dans une région où l'insécurité entraîne la fermeture anticipée des centres de santé, où les exigences d'escorte militaire limitent l'accès humanitaire et où les femmes ont historiquement accouché à domicile sans soutien qualifié, les matrones comblent un vide qu'aucune expansion du système de santé formel seul ne pourrait pallier. De manière cruciale, la valeur de ce modèle ne se limite pas aux soins de maternité. Lorsque l'accès humanitaire est restreint et où les établissements fonctionnent sous de fortes contraintes, la capacité à fournir des informations exactes et des voies d'orientation communautaires pour la planification familiale, les soins post-avortement et la réponse à la VBG est tout aussi vitale. Les femmes de Diffa ne peuvent pas facilement se rendre dans un centre de santé pour une consultation contraceptive ou pour signaler des VBG, mais elles peuvent parler à leur matrone. Former les matrones sur l'ensemble de ces services de SDRS tient compte d'une réalité

fondamentale de la réponse humanitaire : là où les services formels ne peuvent pas atteindre, des acteurs communautaires de confiance doivent être équipés pour faire davantage.

Pérenniser ces acquis nécessitera des investissements continus de la part du District Sanitaire de Diffa, de la Direction Régionale de la Santé et du gouvernement du Niger. Par ailleurs, étendre cette approche aux villages environnants touchés par la violence armée permettra de sauver davantage de vies. Des questions clés doivent être abordées, notamment comment financer la formation et la supervision continues des matrones, comment les centres de santé maintiendront les équipements et les améliorations infrastructurelles, et comment les structures de gouvernance communautaire renforcées continueront à plaider pour les services de SSR.

L'expérience du programme offre également des enseignements pour le passage à l'échelle, car l'approche des matrones pourrait être adaptée et reproduite dans d'autres contextes fragiles du Sahel. Là où les conflits ferment les centres de santé et où l'insécurité coupe l'accès aux soins formels, le modèle des matrones montre que la collaboration entre acteurs communautaires et système de santé formel peut étendre les services essentiels aux femmes qui seraient sinon laissées sans soutien. ■