

LASDEL

Laboratoire d'études et recherches sur
les dynamiques sociales et le développement local

BP 12901, Niamey, Niger – tél. (227) 72 37 80

BP 1383, Parakou, Bénin – tél. (229) 61 16 58

La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo

Hadiza Moussa

Etudes et Travaux n° 23

Mars 04

Financement : Projet « Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction »

Table des matières

Introduction	3
Méthodologie et cadre de l'étude	5
Connaissance de la contraception et de son utilité par les populations.....	8
Pratiques de la planification familiale et sources d'approvisionnement en produits contraceptifs.....	11
Canaux d'information.....	14
Place de la SRPF dans l'échelle des besoins.....	14
Principaux obstacles à l'utilisation des SRPF.....	16
1. <i>La faiblesse de la sensibilisation.....</i>	<i>16</i>
2. <i>L'utilisation anarchique des produits contraceptifs.....</i>	<i>20</i>
3. <i>Le poids des rumeurs.....</i>	<i>21</i>
4. <i>Les comportements des personnels de santé.....</i>	<i>25</i>
5. <i>La valeur sociale de la procréation.....</i>	<i>26</i>
6. <i>La longueur de l'allaitement.....</i>	<i>30</i>
7. <i>La forte mortalité infantile.....</i>	<i>30</i>
8. <i>Les facteurs dits « religieux ».....</i>	<i>31</i>
9. <i>L'exode massif et prolongé des maris vers les pays de la côte (Yamma).....</i>	<i>31</i>
10. <i>Le coût des produits contraceptifs.....</i>	<i>32</i>
11. <i>La vente ambulante des contraceptifs.....</i>	<i>34</i>
Comment améliorer la fréquentation des équipes mobiles et des sites forains ?.....	35
Comment promouvoir et améliorer l'utilisation des services SRPF ?.....	36
Acteurs susceptibles de soutenir les actions du projet	41
Conclusion	42
<i>Bibliographie.....</i>	<i>43</i>
Annexes	44
Annexe 1 : Liste des abréviations.....	44
Annexe 2: Liste des participants à l'enquête.....	45
Annexe 3 : Groupes stratégiques et indicateurs de recherche.....	46
Annexe 4 : Liste des villages enquêtés.....	48
Annexe 5 Quelques extraits enregistrés d'une séance d'EPS exécutée par la communicatrice de l'équipe mobile à Dolohi le 18/04/03 (in Dossier d'enquête, Fati Diouldé).....	49

Introduction

L'avènement de la planification familiale au Niger est une mutation majeure d'autant plus qu'elle intervient dans un contexte socioculturel et démographique assez particulier. Les deux enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1992 (Kourguéni A et al.), et de 1998 (Atta S. et al.) ont établi que l'indice synthétique de fécondité par femme est l'un des plus élevés au monde (7,5 enfants) et que le taux de prévalence contraceptive reste très faible. Celui-ci est estimé à 8% : 4% pour les méthodes traditionnelles et 4% pour les méthodes modernes. Ces dernières, malgré plus de deux décennies de vulgarisation, ne connaissent pas un grand succès auprès des populations. L'implication depuis quelques années des institutions internationales dans la gestion de la santé reproductive au Niger tente de corriger certaines insuffisances et d'accroître la pratique contraceptive moderne surtout dans les zones rurales.

C'est ainsi que dans le cadre de ses actions en faveur de la santé de la reproduction dans le district sanitaire de Kollo, le projet "Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction" a mis à la disposition des populations des services de meilleure qualité et un personnel de santé formé aux normes et procédures en santé de la reproduction¹. Certaines sages-femmes dudit district ont reçu une formation d'un mois en Tunisie en vue de parfaire leurs connaissances dans ce domaine et aussi d'en acquérir d'autres (par exemple la pose du dispositif intra-utérin : DIU). Les prestations des services SRPF ont été améliorées grâce à la mise en place par le projet des équipes mobiles (une soixantaine) et des équipes de consultations foraines (36 sites forains) rattachées à une douzaine de CSI. En dépit de toutes ces importantes actions, la mobilisation sociale autour de la planification familiale reste très faible. L'utilisation de la contraception médicalisée est en dessous du seuil minimum escompté de 10%. La présente étude se propose principalement, de comprendre les raisons liées à la sous-utilisation des prestations de services en contraception moderne, afin de parvenir à terme à rehausser le taux de prévalence contraceptive dans la zone d'intervention. Plus spécifiquement elle tente de répondre à une série de questions:

- Quel est le niveau de connaissance de la population en matière de contraception, notamment moderne ?
- Quelle compréhension les populations ont-elles de l'utilité de la planification familiale ?
- Quelle perception les individus ont de la contraception moderne ?
- Quelle place occupe la SRPF dans l'échelle des besoins des populations ?
- Quels sont les différents canaux d'information sur la contraception dont disposent les populations ?
- Quelles sont les différentes sources d'approvisionnement en produits contraceptifs ?
- Quelles peuvent être les raisons économiques, socioculturelles, religieuses, politiques ou autres pouvant être à la base de la faible utilisation des services SRPF ?
- Quels sont, de l'avis des populations bénéficiaires des services SRPF, les moyens les plus à même d'améliorer la fréquentation des équipes mobiles et des sites forains ?

¹ Projet n°2000-114/DCT/HSO

- Quels sont, de l'avis des populations bénéficiaires des services SRPF, les moyens pouvant améliorer l'utilisation des services SRPF et surtout l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale, notamment le DIU ?
- Qui sont les acteurs (individus, ONG, projets et autres institutions) favorables aux activités des SRPF et susceptibles d'aider le projet à réussir ses actions ?

Méthodologie et cadre de l'étude

Cette recherche a été lancée selon le canevas de la méthode ECRIS². Elle combine plusieurs phases dont une enquête collective intensive étalée sur une courte durée et une enquête individuelle plus longue et plus approfondie. Lors de l'étape collective qui a duré trois jours, cinq chercheurs du LASDEL et cinq enquêteurs (voir annexe 2) ont mené des enquêtes dans un CSI (Namaro), auprès d'une équipe mobile (Zeybanfiti) et sur un site forain (Sébéri). Cette phase a permis la détermination effective des groupes stratégiques, des principaux indicateurs de base, et des pistes de recherche pour la poursuite de l'étude en phase individuelle.

Pour un souci d'efficacité et surtout pour permettre un bon encadrement des enquêtrices retenues, l'enquête individuelle s'est déroulée en deux phases. La première a regroupé le chercheur-superiseur et les deux enquêtrices pendant une semaine dans trois villages : un CSI (Kirtachi), deux équipes mobiles (Tollo & Dolohi).

Durant la seconde phase, l'équipe s'est dispersée sur les trois principaux axes où chaque membre a visité 5 villages (dont 2 sites forains, 2 équipes mobiles et 1 CSI). Sur chaque site, trois à quatre jours ont été consacrés à la collecte des données.

Les techniques d'enquête utilisées pour conduire cette recherche se sont appuyées sur des collectes de données qualitatives: observations, entretiens/interviews approfondis, focus group et discussions collectives dirigées, études de cas, biographies individuelles ou de couples, etc.

Le cadre d'étude correspond à certains sites ruraux de la zone d'intervention du projet "Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction". Ce projet couvre le district sanitaire de Kollo. Il organise ses activités autour de trois axes d'intervention sillonnés par des équipes mobiles: axe Kouré-Kirtachi, axe Diantchandou-Hamdallaye et axe Lamordé-Namaro. L'ensemble des sites de l'enquête sont situés dans la région du fleuve. L'enquête s'est effectuée dans certains villages des cantons de Dantchandou, Hamdallaye, Karma, Kirtachi, Kouré, Lamordé, Liboré, Namaro, N'dounga (cf. annexe 4).

Des enquêtes complémentaires ont été effectuées à Kollo ainsi qu'à Niamey auprès des structures et institutions intéressées par les questions de la santé reproductive et de la planification familiale.

A Kollo, nous avons surtout orienté nos recherches vers le personnel soignant sur lequel nos données de terrain étaient insuffisantes. En dehors des agents des structures fixes (CSI & cases de santé), ceux des équipes mobiles et parfois ceux des sites forains, en raison de la brièveté de leur séjour (une journée) sur le terrain et de l'affluence des patients, n'étaient pas disponibles pour se prêter à l'entretien.

A Niamey, quelques ONG, associations et projets de développement, en raison de l'intérêt qu'ils portent au domaine de la santé de la reproduction, ont été approchés. Ce sont : l'Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial (ANBEF), le Groupement des Associations Islamiques sur les questions de Population et de Développement Social (GAIPDS), le Projet "Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale" (SR/PF), Family Care International (FCI), le projet ALAFIA de la GTZ, et l'ONG Lafiya Matasa.

² Cf. Thomas Bierschenk & Jean- Pierre Olivier de Sardan, " ECRIS : enquête collective rapide d'identification des conflits et des groupes stratégiques ", in Bulletin de l'APAD, (1993), 6 :35-43.

L'échantillon retenu pour l'enquête individuelle comprend 18 sites (cf. annexe 4) : 8 équipes mobiles, 6 sites de consultations foraines et 4 CSI. Le village de Diémé, situé à proximité de Kirtachi (les deux villages sont séparés par le fleuve) est doté d'un important marché hebdomadaire qui attire des personnes venant de plusieurs contrées du pays et même de l'extérieur (Bénin, Burkina & Nigeria). En raison de cette affluence, il constitue un « nid » de prostituées. Il dispose en conséquence d'un centre de lutte contre le Sida, implanté par Care International où des projections de films sont effectuées régulièrement, de même que la vente à prix modéré des condoms. Pour toutes ces raisons, nous y avons mené quelques entretiens auprès des jeunes principalement, afin de comprendre leurs pratiques en matière de sexualité et de prévention et/ou de gestion de grossesse. Les recherches complémentaires à Kollo ont donné lieu à une enquête d'une journée au CSI. Quant à celles de Niamey, elles se sont déroulées pendant deux semaines. 12 observations, 127 entretiens approfondis (avec souvent des études de cas) individuels et collectifs et 40 focus group ont été réalisés et ont concerné 305 personnes. Lors des deux phases (collective et individuelle) de cette étude, nous avons au total réalisé, 14 observations, 164 entretiens, 48 focus group. C'est un effectif de 493 personnes qui a été touché.

Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont été de plusieurs ordres. Elles sont surtout logistiques, sanitaires et dans une moindre mesure socioculturelles. Pour se transporter sur les lieux retenus pour l'enquête, les enquêtrices ont dû recourir aux transports en commun avec toutes les contraintes (de temps et autres) que cela suppose. Souvent, en raison de l'enclavement du village par rapport à la piste principale, il a fallu parcourir à pied certaines distances (longues de 2 à 5 km). Une des enquêtrices est tombée malade et a même été d'urgence évacuée sur Niamey alors qu'elle était sur le point d'en finir avec son troisième site d'enquête. Il a fallu recourir in extremis aux services d'un enquêteur ayant déjà pris part à la phase collective pour achever le travail (les deux villages restant de l'axe)³.

L'équipe a en outre fait face à la réticence de certains enquêtés à se prêter à l'exercice de l'entretien ou du focus group. La délicatesse des questions a suscité le plus souvent une réserve parfois empreinte de pudeur chez les femmes. De même, beaucoup d'hésitation a été constatée dans les réponses données par certains hommes en raison de la présence devant eux d'enquêteurs de sexe féminin. Si, pour la frange jeune, cela n'a pas constitué un obstacle, les personnes d'un âge avancé pour leur part ont difficilement ou pas du tout accepté de faire les entretiens parce que, disent-ils, ce sujet ne regarde que les "zaamani ize" (la nouvelle génération).

Par ailleurs, sur certains sites forains, il nous a été impossible de faire de l'observation participante durant les séances de consultation parce que lors de nos passages, l'équipe médicale ne s'est pas déplacée. Dans ce cas de figure, chaque membre de l'équipe s'est contenté de mener des entretiens et des focus group avec les acteurs en prenant soin d'interroger leur mémoire sur les actions des équipes foraines. De façon plus précise, nous avons axé nos questions sur les connaissances, pratiques, croyances et représentations que les populations ont de la planification familiale.

Enfin, certains sites forains faisant partie de notre échantillon, jugés "inopérables" par les responsables des CSI, ont été remplacés par d'autres sans que cela ne figure sur la liste qui nous avait été remise. Ce qui n'a pas facilité la tâche de l'équipe. Nous avons souvent dû changer de site après nous y être transportées. Il en a été de même pour certaines équipes mobiles.

³ Il s'agit de Baba BirMahamane Sidikou.

AXES	Sites programmés	Sites enquêtés
Axe Kouré-Kirtachi	Gongouzougou	Boggo ⁴
Axe Diantchandou-Hamdallaye	Gountou Koira Fandou Beeri Gagare Zarma Gandé	Berkiawel Gogaïze Beerie Koira
Axe Lamordé-Namaro	/	/

⁴ Nous avons dû retenir le village programmé plutôt que le nouveau pour mieux comprendre les raisons de « l'inopérationnalité ».

Connaissance de la contraception et de son utilité par les populations

De façon générale, on peut dire que les populations enquêtées ont une assez bonne connaissance de la planification familiale. Elle recouvre plusieurs acceptions. Elle est désignée à travers les termes *jandi dan yan hayyan da cere gama ra, fulanzama, tallal, nya nda nga izo gaham baano, zanka ma nga nya wa han ga kungu, zankey ma du ga hini cere ou zanka ma hini nga kayne sanbu ...* qui signifient respectivement *espacement des naissances, repos ou répit, santé de la mère et de l'enfant, la possibilité pour l'enfant de têter suffisamment, que l'enfant puisse s'occuper de son petit frère...* ". Dans cette dernière expression, l'intérêt de la planification familiale c'est que le plus grand puisse garder le petit afin que la mère puisse vaquer à ses occupations. (*focus group* Tollo). Elle est d'ailleurs la définition qui est ressortie de façon récurrente au cours de l'enquête. A travers, toutes ces définitions, il est surtout ressorti l'idée de **bien-être familial**.

Les différents groupes enquêtés sont plus ou moins unanimes sur l'utilité pratique de la planification familiale qui de leur avis est un facteur concourant à l'épanouissement des individus. Le spectre des grossesses rapprochées est un phénomène que beaucoup de femmes interrogées redoutent puisqu'elles le vivent assez mal dans leur chair et dans leur esprit. Celles qui en sont victimes connaissent d'une part un surcroît d'épreuves physiques: ramassage de bois, pilage, approvisionnement en eau, préparation des repas pour la famille, soins à apporter à l'enfant... D'autre part, les grossesses et les accouchements sont des périodes émaillées d'ennuis sanitaires: maladies diverses, dystocies etc. Dans leur vécu quotidien, la vulnérabilité de ces femmes n'en est que plus accrue. Ce qui fait dire à certaines d'entre elles que les hommes ne sont que peu concernés par ces questions.

« Il faut vivre la situation pour savoir l'utilité de l'espacement des grossesses sinon tu ne peux pas comprendre. Les hommes n'étant pas directement victimes des grossesses rapprochées ne vivent pas dans leur chair ce que certaines femmes endurent au cours de leur vie génésique. Il y a une absence de compassion même si la procréation est normalement un projet conjugal ». (Mme Ramatou, ménagère/Hamdallaye)

En effet, les hommes, contrairement aux femmes sont très peu informés sur les produits contraceptifs modernes. Ils ont entendu parler de *kini* et de *pikiri* mais disent ne pas être en mesure de les identifier dans un lot de produits médicaux.

D'un point de vue psychologique, les *nasu nya* (femmes victimes de grossesses rapprochées) subissent également de façon à peine voilée les railleries de leurs congénères qui les fustigent amplement. Ainsi, la sémiologie populaire regorge-t-elle d'expressions et de proverbes stigmatisant les femmes qui n'espacent pas leurs naissances.

Quelques éléments de sémiologie populaire locale stigmatisante

Cette sémiologie populaire locale recouvre plusieurs aspects de la procréation. Alors que certaines expressions glorifient une large progéniture, sans tenir compte des conditions dans lesquelles elle se réalise, d'autres au contraire condamnent une procréation basée sur les grossesses rapprochées. Dans les lignes qui suivent, nous allons surtout nous intéresser à quelques-unes de ces dernières.

Tanam/nasu : à l'opposé de *tallal* qui signifie l'espacement des naissances, ces deux mots désignent une seule et même chose, les grossesses rapprochées. Les enfants nés des grossesses rapprochées sont appelés *tanam ize* ou *nasu ize* et leurs mères sont appelées *nasu nya* ou *kamuna nya*. *Tanam, nasu* et *tallal* sont les termes les plus courants que nous avons identifiés lors de nos enquêtes.

“ *Ize wo a ma nya waa naanu a ga bisa a ma hincin waa naanu* ”: « il vaut mieux que l’enfant tète le lait de sa mère plutôt que celui d’une chèvre ». Beaucoup de discours sont développés sur les risques encourus par un enfant non sevré et dont la mère est enceinte. Le lait de celle-ci est appelé “ mauvais lait ” (*nasu wa* en zarma et *nonon rurutsa* en hausa). Dans les croyances populaires, ce “ mauvais lait ” est à l’origine de la forte mortalité infantile relevée partout au Niger. En milieu rural, on pense d’ailleurs que le “*nasu wa*” (mauvais lait) est le principal facteur de décès infantiles. Cette idée est généralement mise en avant pour décourager les grossesses chez la femme allaitante. Si malgré tout cela survient, il est conseillé à cette dernière d’interrompre l’allaitement. Afin de compenser l’abandon du lait maternel, certaines femmes recherchent des voies alternatives pour nourrir leurs enfants. Elles recourent pour ce faire, soit au lait en poudre, soit au lait d’animaux : chèvres, brebis, vaches, etc. C’est ici que cette parabole trouve son sens. A côté de ces femmes, l’on retrouve d’autres qui hésitent par pudeur et par peur des railleries des proches (amies, voisines, coépouses...) à entreprendre une telle démarche. Pour enrayer tout soupçon de grossesse, celles-ci poursuivent l’allaitement. Néanmoins, toutes ces considérations ne sont pas scientifiquement validées en ce sens que c’est surtout le sevrage brutal, associé à la malnutrition et aux maladies, qui engendre le plus la mortalité infantile.

“ *Da jiiri kulu bora ga hay bora ga te zara-zara no* ”: « à force d’accoucher chaque année, on finit par être comme un haillon ». L’impact des grossesses répétitives et rapprochées se traduit sur l’organisme de la femme qui se fatigue assez vite. De même que le pagne qui subit des lessives répétées se dégrade vite, de même une femme qui est fréquemment en couches s’abîme aussi.

“ *Filaana go day can* ”: « une telle est vraiment comme une souris ». Cet animal est reconnu être très prolifique. Par conséquent, toute femme qui accouche sans espacement est considérée comme telle. Elle se retrouve avec plusieurs enfants ayant à peu près la même taille et à vue d’œil le même âge.

“ *A hay da do bi* ”: « elle accouche plus qu’une sauterelle noire ». Le sens de cette image rejoint celui de la précédente.

“ *Tagi wi ga zaraw windi tagi wi ga gine zuure dey, dummi hanna ma koma ni se i lala mo ni si duwa* ”: cette expression imagée signifie littéralement « détruire aussi bien la bonne pousse (de mil) que la mauvaise ». Elle tire son origine dans la terminologie agronomique locale. Lors des travaux de labour, certaines personnes détruisent souvent quelques jeunes plants de mil à la place des mauvaises herbes. Dans l’imaginaire collectif, la mortalité infantile est l’une des conséquences des grossesses rapprochées (cf. supra). Celle-ci, dans bien de cas, n’épargnerait ni la grossesse ni l’enfant qui tète : quand les naissances de deux enfants sont rapprochées, le risque est grand pour que ni l’un ni l’autre ne survive. On peut utiliser aussi l’expression “ *banda si te, jine si te* ” que l’on peut traduire par « ça ne marche ni à l’avant ni à l’arrière ».

“ *Fata ga ka iri ma zingi-zingi, ni kurnyo koy fari, ay wana mo koy* ”: « allons-y nous tremousser dehors; ton mari est parti au champ, le mien aussi ». Ce sont ici des formules détournées que les jeunes femmes utilisent à l’endroit de leurs belles-mères qui continuent à accoucher comme elles. De façon générale, la coutume voudrait que toute femme ayant une ou des brus cesse toute activité reproductive. Cela est aussi valable pour les mères dont les filles sont mariées.

“ *Da kanba mana mooru gorey do kajijan, kulu kamba ga kande saajora* ”: « si la main est proche des fesses parce que cela gratte, il est clair qu’elle touchera aux excréments ». Cette assertion pourrait être traduite par celle bien connue en français qui stipule : tant va la cruche à l’eau qu’à la fin elle se casse. Cela sous-entend qu’une femme ayant une activité

sexuelle intense est condamnée à contracter fréquemment des grossesses. L'expression suivante a un sens voisin sinon similaire de celle-ci.

“ *A ba alborey ga daaru* ” : « elle aime exagérément les hommes ». Ici le désir sexuel disproportionné de la femme serait à la base des grossesses rapprochées. Une femme qui ne repousse jamais les avances de son mari d'une part et celle qui provoque ce dernier sont toutes les deux considérées comme ayant un penchant fort pour les relations sexuelles. Elles seraient par conséquent celles qui tombent fréquemment enceintes.

“ *Boro go ni se ca bon, boro go ni banda ra, boro go ni fuma cire* ” : tu as quelqu'un (un enfant) sur les jambes, un autre sur le dos, et un autre sous ton nombril (entendre, dans ton ventre). La *nasu nya*, comme indiqué dans les expressions précédentes est une femme ayant des enfants en bas âge qui nécessitent beaucoup de soins et d'attention.

“ *Kamuna gebe nyano gebe, ba gulla haro si han* ” : une mère qui fait des grossesses rapprochées est aussi flétrie que son enfant ; même l'eau de chez elle n'est pas buvable. Dit autrement, cela signifie que l'apparence physique d'une femme qui n'espace pas ses naissances autant que de celle de son rejeton est si détestable que même l'eau de chez elle est malpropre à la consommation. Dans l'imaginaire populaire, une *nasu nya* est une femme jugée très répugnante au point où beaucoup de personnes rechignent à consommer les aliments préparés par elle. Cela, parce que sa progéniture est généralement jeune, et de ce fait elle n'en finit pas de changer des couches et de nettoyer des excréments et des vomissures à longueur de journée.

Sur la base de ces constructions sémiologiques, nous pouvons dire que les aspirations des individus en faveur d'une large progéniture se combinent avec des représentations favorables à un espacement des naissances même si pour cela on recourt largement à des pratiques traditionnelles ou populaires.

Les opinions des fonctionnaires sur la planification recouvrent un cadre beaucoup plus large. Pour cette catégorie d'acteurs, planifier ses naissances est aussi synonyme de planifier ses revenus :

« Q : A votre avis quelle est l'utilité de la contraception ?

R : Bon ! l'utilité, comme je le disais tantôt ça permet à la femme de se reposer. Oui, oui *ça permet à la famille de planifier ses dépenses*. Donc, les calculs se font très exactement.

Q : Et le papa dans tout ça, est-ce que ça le concerne ?

R : Oui ! justement quand je dis les calculs dans les dépenses familiales c'est bien sûr le papa, parce que vous savez que lorsque la femme a souvent des grossesses rapprochées le père de famille doit payer le mouton, la nourriture qui constituent des dépenses et ce n'est pas toujours qu'on les a à sa disposition. Donc on peut les calculer lorsqu'on pratique l'espacement des naissances ». (extraits d'entretien avec un enseignant/ Balati)

A côté de ces définitions de la planification familiale et ces constructions sémantiques sur les grossesses rapprochées, on retrouve aussi certaines définitions quelque peu extrémistes voire intégristes : la planification familiale est une limitation des naissances orchestrée par les blancs (entendre les occidentaux) pour freiner le développement démographique et social des noirs (ici les Africains).

Globalement, la connaissance qu'ont les populations enquêtées de la contraception moderne est plutôt limitée. Cette connaissance est étroitement liée au statut socioprofessionnel de chaque individu. Les personnes remplissant les fonctions de leader d'opinion local (chef de canton, chef de village, chef de quartier, chef religieux, leaders locaux...) sont celles qui disposent de plus de renseignements sur le thème en étude. La plupart des enquêtés, sinon tous, ont entendu parler des méthodes contraceptives modernes.

Mais cette connaissance dans bien des cas reste vague et étriquée. Alors que certaines personnes connaissent certains produits contraceptifs notamment la pilule et les injectables, d'autres ne les ont pas encore vus mais en ont entendu parler. Très rarement, les enquêtés citent au-delà de ces deux produits.

Certaines personnes, les femmes particulièrement, qui ont des parents ou des connaissances à Niamey mieux informés, ont évoqué l'existence du DIU. Il faut tout de même noter l'exception de Sadoré où trois (3) femmes ont avoué avoir par le passé utilisé le stérilet et l'avoir ensuite abandonné pour des raisons que nous évoquerons dans la suite de ce travail et qui constituent les principaux freins à une utilisation effective des services SRPF.

Pour leur part, les jeunes (les garçons) connaissent quasi-parfaitement les préservatifs qu'ils citent souvent comme procédés de contraception auxquels eux-mêmes recourent. Mais, il faut à ce propos souligner l'ambivalence des réponses puisque que dans le même temps, certains jeunes soutiennent *mordicus* que les condoms sont aussi propagateurs du VIH/Sida et de ce fait ils s'en méfient.

« Q : Et à propos du condom ?

R : Le condom, les blancs qui la fabriquent y mettent le virus du sida et dès que tu l'utilises tu es contaminé (un jeune de la fada Gaweye/ Hamdallaye)

R : (...). Pire, aujourd'hui on dit partout que c'est dans le préservatif qu'on introduit la maladie.

Q : D'où détenez-vous cette information ?

R : Ah nous au nom de Dieu, c'est ça qu'on nous dit. (...). Peut être que certains peuvent offrir leurs préservatifs déjà utilisés à ceux qui leur en font la demande.

Q : Le même préservatif, l'utiliser et le conserver à nouveau ?

R : Eh oui ! ça n'y est pas en quantité ici non. Même si tu en as besoin de ça tu ne pourrais pas l'avoir, dans ce cas même après avoir utilisé celui dont on dispose, on le conserve pour une autre occasion. ... ». (jeunes de la fada Rézi/ Zebanfiti)

Pratiques de la planification familiale et sources d'approvisionnement en produits contraceptifs

Les pratiques en matière de contraception restent largement tributaires des techniques contraceptives traditionnelles et magico-religieuses. Le recours aux contraceptifs modernes, nous y reviendrons, n'est pas très répandu malgré leur large disponibilité dans une grande partie des villages concernés par cette enquête. Nous avons relevé quatre types de pratiques contraceptives: *les pratiques traditionnelles, les pratiques magico-religieuses, les pratiques modernes et les pratiques informelles de vente des contraceptifs médicaux*. Les canaux où se font les différentes pratiques représentent aussi les principales sources d'approvisionnement.

Les pratiques traditionnelles:

Elles découlent des savoir-faire (*dabari* en zarma) des individus. Les méthodes que nous présentons ici n'épuisent pas toute la gamme de contraceptifs traditionnels connus du milieu. Elles demeurent des recettes plus ou moins ésotériques détenues par des personnes âgées. Ce sont ce qu'on pourrait appeler les " recettes de grand-mère ".

Le “*koira zeeno cer cambu*” fait partie de ces méthodes. Ce sont des bris de vieux canaris retrouvés sur un ancien site habité. Ils doivent être écrasés pour en faire une poudre qui est ensuite diluée dans de l’eau. La boisson ainsi obtenue est donnée à la femme qui veut allonger son intervalle intergénésiq. La durée de celui-ci dépend du nombre des bris écrasés : pour deux années d’espacement, il faut deux bris ; pour cinq années d’espacement, il en faut cinq et ainsi de suite. Cette méthode peut aussi s’utiliser autrement. Les bris dans ce cas sont rapportés à un marabout qui les “travaille” (*a gi goy*)⁵, puis les remet à la femme qui doit les garder sous son oreiller pour toute la durée de sa “pause génésique”.

Une autre méthode consiste à amener un coq chez un marabout que celui-ci “travaille” pour le compte du couple qui doit le consommer.

L’absorption d’une solution salée ou la prise de henné dilué dans de l’eau après chaque rapport sexuel préserverait aussi une femme d’une éventuelle grossesse.

En outre, le lait d’une brebis ayant mis bas pour la première fois et ayant eu une femelle est recueilli puis préparé par les “*sorko*” (pêcheurs). Associé à quatre plantes différentes, il sera à nouveau cuit. Après la cuisson, le mélange est absorbé par le couple.

On utilise aussi des feuilles de *neem* comme contraceptif. Celles-ci sont macérées, puis la boisson recueillie est absorbée par la femme.

Les pratiques magico-religieuses

Les procédés magiques sont l’apanage de ceux qui sont communément désignés sous le nom de tradipraticiens ou guérisseurs traditionnels. Les recours religieux relèvent quant à eux des marabouts.

Ces deux types de pratiques ont en commun la fabrication du *gurumu* ou du *damara*⁶. C’est une espèce de “ceinture contraceptive” que les femmes portent à la hanche pour toute la période où elles désirent rester sans enfanter. Qu’elle soit l’œuvre du marabout ou de celle du guérisseur traditionnel (ici, *zima*), cette ceinture est confectionnée à l’aide de paroles sacrées déterminant la durée de contraception. Outre ces ceintures, les marabouts délivrent aussi à leur clientèle des amulettes ou encore préparent du *hantum hari* : ce sont des versets du saint Coran transcrits sur des tablettes en bois puis lavées. L’eau recueillie et donnée à boire s’appelle *hantum hari*.

Certaines techniques de contraception, au-delà des femmes mariées, sont également conçues en faveur des jeunes filles, généralement à la demande de leurs parents⁷. Afin que l’honneur de la famille soit sauf au moment du mariage de leurs filles, certaines mères recourent aux services des marabouts ou des guérisseurs pour qu’on procède au “*hawari*” (“attache”). Cette technique consiste à “attacher” le ventre d’une jeune fille pour lui éviter une grossesse extra-conjugale. Le *hawari* se présente sous deux principales formes. Dans sa première forme, il empêche tout rapport sexuel. Dans la seconde, la relation sexuelle est possible mais n’est pas fécondante. Alors que le marabout se base sur des incantations et des amulettes pour réaliser ce travail, le guérisseur utilise surtout des plantes. Pour chaque type de recette, on fait généralement des nœuds (deux) dont l’un est gardé par les parents de la fille et l’autre par le praticien. C’est seulement à la veille des noces que l’on procède à la neutralisation du *hawari*, faute de quoi la nouvelle mariée pourrait définitivement rester stérile. Cette neutralisation se fait à travers une cérémonie rituelle. Le spécialiste (marabout

⁵ Le marabout récite des versets ou d’autres incantations et procède aussi à certains sacrifices.

⁶ De façon générale, *gurumu* et *damara* désignent des ceintures de protection.

⁷ Dans des rares cas, c’est à l’initiative de leurs fiancés.

ou guérisseur) ayant procédé au *hawari* ou une personne déléguée par lui doit exorciser la thérapie anti-conceptionnelle.

Cette technique du *hawari* semble largement répandue dans tous les sites enquêtés. C'est certainement l'une des raisons, avec la réprobation sociale ambiante sur la contraception moderne, qui éloigne les jeunes adolescentes des sites des soins. Celles-ci ne sont presque jamais recensées parmi les utilisatrices des méthodes contraceptives. Toutefois au regard de la présence dans les différents villages de quelques filles-mères et vu l'importance de la clientèle des vendeurs ambulants, il est juste de penser qu'il existe une demande réelle en contraceptifs surtout quand on sait que les circuits magico-religieux ne sont pas considérés efficaces. En dépit de cette inefficacité, il ne manque pas de personnes qui continuent à recourir à ces techniques.

Pratiques biomédicales

Ils sont très limités dans l'espace mais aussi dans le temps. Très peu de femmes recourent à la contraception moderne pour espacer leurs naissances. Les consultations en planification familiale lors du passage des équipes mobiles ou même en consultations foraines ou dans les CSI atteignent à peine le dixième des consultations effectuées dans la journée.

Quelques exemples parlants :

A Dolohi (équipe mobile) : sur 75 consultations réalisées, 54 consultations de nourrissons, 17 consultations prénatales et **4 consultations de PF** (18/04/03)

A Karabédji (équipe mobile) : sur 109 consultations réalisées à 13h30, heure de la pause-déjeuner, **3 femmes ont été recensées en PF** alors que 94 ont fait les consultations des nourrissons et 12 ont fait les CPN (24/04/03)

A Berkiawel (site forain) : la consultation foraine n'a pas drainé de monde : 22 femmes consultées au total, : 7 en CPN, 15 aux CN et **0 en PF**. (mois d'avril)

A Balati (équipe mobile) : sur un total de 88 consultations pour l'ensemble de la journée : **78** consultations de nourrissons, 10 consultations prénatales et **0 consultation de PF** (mois de mars)

A Balati (équipe mobile) : sur un total de 91 consultations pour l'ensemble de la journée : 68 consultations de nourrissons, 22 consultations prénatales et **1 consultation de PF** (21/04/03)

A Sadoré (équipe mobile) : sur un total de 52 consultations pour l'ensemble de la journée : 33 consultations de nourrissons, 10 consultations prénatales et **9 consultations de PF** (21/04/03)

Les injectables sur l'ensemble des sites étudiés sont les produits les plus demandés. Cette préférence pour les injectables (par rapport aux contraceptifs oraux) est due aux difficultés liées à l'observance et à la discrétion dans le recours aux contraceptifs oraux: premièrement, la prise de la pilule n'est pas aisée quand l'oubli s'y mêle. Deuxièmement, la prise de la pilule assure très peu de discrétion aux utilisatrices ; d'abord parce que le produit se prend tous les jours à la maison, où il doit être stocké et peut être visible, ensuite il exige une assiduité (une fois par mois) dans les lieux de distribution (centres médicaux, sites forains, équipes mobiles...). L'injection (le *Depo-provera*), se fait seulement une fois par trimestre et attire peu l'attention des proches (maris, amies, mères & tantes, belle-famille...) au moment de son administration puisque c'est lors d'une consultation.

Quelle que soit la méthode choisie par les femmes, ce sont les grandes multipares qui pratiquent le plus la planification familiale en raison surtout des problèmes obstétricaux

qu'elles ont connus lors de leurs grossesses successives ou pendant les accouchements. On comprend aisément cet état de fait, d'autant plus que cette catégorie de femmes est quelque peu à l'abri des incertitudes de l'infertilité ou de la sous-fécondité. Elles sont rassurées, nous ont confié certaines d'entre elles, d'avoir déjà laissé une descendance et ont peu de craintes sur les risques de stérilité encourus.

Pratiques informelles de vente des contraceptifs médicaux:

Les « pharmaciens ambulants » vendent le plus souvent les mêmes produits que ceux qui sont disponibles dans les structures médicales, les officines publiques ou privées. Ce sont surtout les contraceptifs oraux (les pilules), les spermicides et les condoms. La vente se fait dans tous les espaces sociaux : à la devanture des concessions, dans les ruelles, dans les marchés, dans les lieux des cérémonies. Ces pharmaciens ambulants relient souvent des hameaux et villages distants de quelques kilomètres à la recherche d'éventuels clients de même qu'ils fréquentent aussi les marchés hebdomadaires. Ces colporteurs ont comme clientes des jeunes filles qui veulent se soustraire au regard social, généralement réprobateur, ainsi que des femmes libres, des veuves et aussi des femmes mariées dont les maris désapprouvent la pratique contraceptive moderne ainsi que la fréquentation des centres des soins.

Canaux d'information

Les sources d'information autant que les canaux d'approvisionnement sur la contraception moderne sont souvent les mêmes. Les *sites des soins* (case de santé, CSI, équipe mobile, consultation foraine), *la radio*, *la télévision*, *les vendeurs ambulants*, et *les centres urbains* (Niamey) et *semi-urbains* (Kollo) sont les principaux circuits par lesquels les femmes reçoivent des renseignements sur les produits contraceptifs modernes.

C'est généralement sur les sites des soins que les femmes ont reçu leur première information sur la contraception médicalisée lors des séances d'EPS collective précédant les CPN, les CN (consultations des nourrissons) et la PF. La zone de l'enquête étant à proximité de Niamey, beaucoup de villages (excepté Kirtachi en période de forte chaleur) parviennent à capter la *voix du Sahel* et les radios privées implantées dans la capitale. Toutefois, la sphère de couverture de la télévision n'est pas large. Qu'il s'agisse de la radio ou de la télévision, ce sont des messages épisodiques n'ayant pas une portée éducative suffisante que les villageois captent. En effet, ces messages, même s'ils permettent aux auditeurs d'apprendre l'existence des contraceptifs et les lieux d'approvisionnement, ne semblent pas vraiment appropriés par les auditeurs.

L'automédication quant à elle est assez répandue en milieu rural grâce, entre autres, aux activités informelles des vendeurs ambulants. Ceux-ci, en faisant le porte-à-porte, aident à la connaissance et à la diffusion de l'information, il est vrai parcellaire, sur les produits contraceptifs qu'ils vendent.

Les incessants déplacements de la population vers Kollo et Niamey favorisent la compréhension des questions de planification familiale. Certains enquêtés ont pour la première fois entendu parler de contraception moderne lors d'un voyage dans ces deux villes à la suite d'une évacuation, à la suite d'une visite rendue à un proche ou encore pour tout autre motif. En ville, les femmes apprennent facilement l'existence des contraceptifs auprès de leurs sœurs citadines déjà utilisatrices qui ne manquent pas souvent de les sensibiliser sur les bienfaits de l'espacement des naissances.

Place de la SRPF dans l'échelle des besoins

Les populations des zones enquêtées vivent pour la plupart dans une grande indigence sanitaire. La tâche de recensement par l'équipe d'enquête de leurs principaux besoins en matière de santé et au-delà a été très ardue car, non seulement ceux-ci sont nombreux mais aussi tous semblaient prioritaires. La résolution des problèmes d'accès aux structures des soins (*construction d'un centre de santé, dotation en médicaments, etc.*) même si elle occupe une place prépondérante dans l'échelle des besoins de la population, la question de la planification familiale est pour sa part à peine évoquée. Pour certains acteurs qui la mentionnent, c'est moins parce qu'elle fait partie de leurs aspirations premières que parce qu'ils mettent en avant des stratégies complaisantes à l'égard de l'enquêteur. Celui-ci, dans bien de cas, a été assimilé à un agent d'une institution de développement dont on espère tirer le meilleur parti.

Les besoins les plus cruciaux exprimés par les populations sont liés à l'amélioration de l'approvisionnement en eau avec *la réalisation de nouvelles infrastructures* (forages, mini-adductions d'eau potable, puits pastoraux...), à *la mise en place de moulins à grains, de décortiqueuses, à l'attribution de micro-crédits, à la réalisation de l'embouche bovine*. Cette requête, même si elle recouvre globalement les préoccupations de l'ensemble de la population, reflète surtout celle de la couche féminine. Viennent ensuite les préoccupations des jeunes de deux sexes. Ceux-ci vivent cette précarité (manque d'argent, manque d'emploi, manque d'initiatives locales...) bien plus intensément que leurs aînés ou leurs parents. Cette vulnérabilité a vraisemblablement induit un taux élevé de célibat. Leur première sollicitation sur l'ensemble des sites a été mise sur l'accès aux activités génératrices de revenus afin, disent-ils, " d'en finir avec cette vie de célibataires et d'avoir vite des enfants " (sic).

Les hommes adultes pour leur part s'alignent de façon générale derrière les doléances de leurs épouses. Pour revenir au thème de la santé de la reproduction en général et en particulier à celui de la planification familiale, nos interlocuteurs n'en ont que rarement fait cas. La réalisation des structures socio-sanitaires dans leurs villages devraient, disent-ils, permettre de prendre en charge toutes ces questions.

Besoins des populations par catégorie d'enquêté

Les femmes :

- moulins à grains
- décortiqueuses
- forages et/ou mini-AEP
- micro-crédits
- centres de santé
- embouche ovine
- boutiques coopératives

Les hommes

- forages et/ou mini-AEP
- électrification des villages
- micro-crédits
- aménagement des espaces pour le maraîchage
- engrais chimiques

- banques céréalières
- embouche bovine
- moto pompes pour les rizières
- semences sélectionnées

Les jeunes des deux sexes

- création d'activités génératrices d'emploi
- création de structures de formation professionnelle (couture, soudure, etc.)
- création d'écoles (là où il n'y en a pas) et multiplication des classes là où elles existent
- création de centres d'alphabétisation
- implantation de radios rurales
- demande de poste téléviseurs « pour être au fait de l'actualité nationale » (sic)

Principaux obstacles à l'utilisation des SRPF

L'adhésion des populations aux principes et programmes de planification familiale d'un point de vue pratique est bien faible. Les contraintes à une pratique effective de la planification familiale sont nombreuses et variées. Elles relèvent de plusieurs ordres. Selon les cas, elles sont organisationnelles, structurelles, comportementales, socioculturelles ou matérielles. Les principaux obstacles à l'utilisation des SRPF que nous avons identifiés sont : *la faiblesse de la sensibilisation, l'utilisation anarchique des contraceptifs, le poids des rumeurs, les comportements des agents de santé, la valeur sociale de la procréation, la longueur de l'allaitement, la forte mortalité infantile, les facteurs dits « religieux », l'exode massif des maris, le coût des produits contraceptifs, la vente ambulante des contraceptifs.*

1. La faiblesse de la sensibilisation

Il est important de souligner ici les résultats, somme toute mitigés de la vulgarisation des contraceptifs modernes en milieu rural, sur laquelle sont basées les actions du projet "Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction". Cette diffusion devrait, de l'avis de certains de nos interlocuteurs (les leaders d'opinion et les personnels de santé), s'appuyer sur une sensibilisation persévérante et efficace. Or, c'est le chaînon manquant des programmes SRPF. Cette sensibilisation s'effectue à trois niveaux principalement : *la sensibilisation de masse, l'EPS au démarrage des consultations SR/PF (CPN, CN, PF etc.) et le counseling.* A toutes ces trois étapes, nous avons relevé des insuffisances.

La sensibilisation de masse

Les acteurs enquêtés se souviennent très peu des campagnes de sensibilisation entreprises par le projet au lancement de ces actions. Cet handicap aurait pu être neutralisé par une IEC de proximité réalisée par les leaders d'opinion, les comités de santé ou d'autres relais communautaires. Fort malheureusement, beaucoup de dysfonctionnements ont été relevés à ce niveau.

Les leaders d'opinion affichent même une certaine extériorité vis-à-vis des activités des programmes des SRPF conduits aussi bien en équipes mobiles sur les sites forains que

dans les CSI. Cette extériorité est dans certains cas soutenue par une opposition plus ou moins affichée. Certains chefs coutumiers avouent ne pas être disposés à apporter leur caution morale ou matérielle à la diffusion de la Planification familiale moderne. A Namaro, le chef de canton, un octogénaire, ne cache pas son désaccord à l'encontre des questions de contraception. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il ne compte pas entreprendre une mission de sensibilisation en faveur de la contraception moderne même s'il n'intentera aucune action contre celle-ci.:

“ La contraception, c'est *haram* (un sacrilège). C'est l'œuvre des incroyants. C'est une *bid'a* (une innovation) importée par les blancs. C'est l'affaire des blancs ”.

A Beeri Koira également, cette idée est largement défendue, par les hommes principalement, qui trouvent que l'utilisation des produits contraceptifs est une pratique complètement contraire aux valeurs culturelles. Pour eux aussi, elle demeure une importation des pays occidentaux, généralement d'obédience chrétienne, qui répugnent à avoir beaucoup d'enfants et, pire, qui veulent en outre influencer sur la démographie du continent noir.

« Les blancs ne veulent pas avoir beaucoup d'enfants. Et de la même manière, ils répugnent à nous voir nombreux. C'est pourquoi ils veulent nous imposer la planification familiale. Sinon, c'est quelque chose qui ne nous concerne pas ». (*focus group* de vieux/ Beeri Koira)

Le chef du village de Kouré pour sa part ne semble même pas être informé de ces questions alors même que la réunion de sensibilisation des chefs coutumiers s'est tenue dans ledit village. Désintérêt ou oubli révélateur? nul ne saurait le dire.

Même les matrones qui sont pourtant les relais locaux du système médical sont dans bien de cas sous-informées et se disent “tenues à l'écart” lors des passages mensuels des équipes foraines et mobiles. C'est certainement ce qui explique l'opposition de certaines d'entre elles à la pratique de la planification familiale comme c'est le cas à Hamdallaye et à Beeri Koira.

Les campagnes de sensibilisation de masse se sont vite estompées et diluées dans le lot des souvenirs vagues des nombreux passages des différents acteurs de développement. A l'intérieur des villages visités, nous n'avons pas remarqué la présence dans les endroits très fréquentés (cases de santé, clubs des jeunes....) des symboles (prospectus, images...) d'une publicité à grande échelle. Seules, dans certains CSI, il existe quelques illustrations qui ont résisté au temps et aux intempéries.

Le niveau de la mobilisation sociale est faible face aux rumeurs qui ont eu droit de cité dans beaucoup de villages. De l'avis de la plupart de personnes interrogées, les opérations effectuées mensuellement par les équipes mobiles dans les villages ont pour principal objectif la réalisation des CPN et des consultations des nourrissons. Bien rarement, quelques personnes font allusion à la planification familiale. Cette faiblesse de la sensibilisation de masse aurait pu être compensée d'abord par l'EPS lors des consultations SR/PF, puis par l'IEC personnalisée souple, intensive et interactive. Mais il n'en est rien, cela pour plusieurs raisons (cf. infra).

L'EPS au démarrage des consultations SR/PF

Le lieu (case de santé ou aménagement de fortune) des consultations des équipes mobiles et foraines est généralement pris d'assaut par les femmes allaitantes (pour la consultation des nourrissons : CN) et les femmes enceintes (pour les CPN). Ces deux catégories de patientes sont particulièrement nombreuses (souvent plus de cent dans la même journée). Ces effectifs quelque peu impressionnants en milieu rural obligent (?) le personnel soignant à effectuer le travail à bride abattue, donc sans une réalisation véritable des séances

d'EPS. Juste un service minimum est assuré dans ce sens. Ce minimum s'appelle le "fakarey". Elle est la séance préliminaire à toutes les activités de l'équipe mobile ou de la consultation foraine. Elle réunit toutes les femmes présentes au démarrage des activités de CPN, CN, ou de PF. Elle est d'une durée variant entre 5 et 10 minutes. Le communicateur, dans le cas de l'équipe mobile, se charge de l'exécution de cette tâche. C'est en quelque sorte l'unique occasion où les femmes reçoivent des bribes d'informations sur le planning familial : utilité de la PF, contraintes sanitaires et socio-économiques liées aux grossesses rapprochées (l'utérus comparée à un seul pagne détenu par une femme et qui s'effiloche à force de lessives répétées), types de produits disponibles et leur coût, et dans certains cas la posologie ; mais jamais sur les effets secondaires.

Les propositions de PF sont assez systématiquement faites, souvent en demandant d'abord si la femme a déjà assisté à des séances de sensibilisation (*fulanzamyan fakaarey*). L'argumentaire est centré essentiellement sur deux thèmes :

L'argent : ce n'est pas cher, explique l'AS (parfois c'est la SF qui s'y met) 100 CFA par mois pour la pilule (*fulanzamyan kini*), 500 FCFA par mois pour l'injection (*pikiri*) ; on explique aussi que pour la première fois il faudra acheter un carnet spécial (100 CFA) et une fiche (blanche celle-là, 100 CFA) ; que les femmes donc se préparent pour épargner cette somme (*ni ma soola*, ou *ni ma nooru ceeci*).

Le « repos », *fulanzamyan* (puisque c'est le nom même donné en zarma à la PF) ; l'utérus a besoin de repos, c'est comme un pagne java qu'il ne faut pas vite déchirer.

Autres arguments annexes parfois utilisés :

Les gens du « projet » (*porze*) ont dépensé de l'argent pour les femmes, ils payent l'essence pour que la voiture vienne jusque dans le village, comment ne pas alors les écouter, vous pour qui ils font tout cela ?

La prise de contraceptif ne bloque en rien de futures naissances quand on le désirera (*man ti safari kan ga ganji hayyan, ni ga fulanzam de*).

Il ne faut pas écouter les racontars des villageois (*koyra borey senni*), que chacun s'occupe de ce qui le regarde (*bor kul ma furo nga muraado ra*)

Les « contraceptions populaires » (*koyra borey safari*) ne valent rien (*naane si no*, on ne peut s'y fier), car ce sont des gens qui n'ont pas étudié (*i mana cow*).

Le ton général est celui de l'exhortation un peu paternaliste, ponctuée de « *hoo mee* » renforçant l'évidence du propos, parfois culpabilisante ou condescendante. A une femme qui dit qu'elle a eu toutes ses grossesses espacées de trois ans, elle dit que si les « broussards » (*kawuya borey*) trouvent cela espacé, ce n'est rien pour les gens de la ville qui peuvent espacer de même 7 ans. Autres propos entendus : « Aujourd'hui seule une imbécile accouchera (sans espacement) » (*saama hinne no ga hay, sohon*) ; « Celui qui accouche chaque année n'est pas comme un être humain » (*bor kan ga hay jiri kulu a si hima borey, borey si hima*). (Extraits d'une séance d'observation de l'équipe mobile de Zeybanfiti réalisée par J.P. Olivier de Sardan & F. Diouldé)

L'une des particularités de ce *fakaarey*, c'est sa monotonie au double sens du terme. Premièrement, il n'est pas interactif : les femmes consultantes écoutent religieusement la prestation orale des soignants, sans vraiment poser des questions. Deuxièmement, sur l'ensemble des sites et à tout moment, ce sont les mêmes pagivoltes qui servent de support de même que ce sont les mêmes messages qui sont diffusés à l'endroit des femmes. Les agents de santé ne font nullement preuve de créativité.

Le déficit de la sensibilisation est une évidence qu'on peut difficilement occulter. Certains enquêtés, tout autant que les membres de l'équipe d'enquête, en sont conscients :

« Q : Pensez-vous que la sensibilisation est assez suffisante ou bien y a-t-il des failles à corriger dans le cadre de cet espacement des naissances quand vous vous rendez au centre de santé ?

R : A propos des comprimés il y a des femmes chez qui ça provoque des vertiges, l'injection fait aussi des inflammations ; mais tout cela on ne nous l'explique pas quand nous nous rendons au centre de santé. La sensibilisation ne suffit pas... » (Mariama Hamidou, ménagère/Hamdallaye)

« Moi, à mon avis il faut continuer la sensibilisation car jusqu'à présent certaines femmes ne connaissent même pas les contraceptifs. Il y a certains hommes qui n'ont pas compris à telle enseigne que lorsque leurs femmes pratiquent la contraception, c'est la mésentente au sein du couple. Je connais un individu dans le village qui a perdu 3 enfants du fait des naissances rapprochées et qui refuse que sa femme aille au centre de soins pour faire la contraception et tous ses enfants meurent. Ce qui prouve que cet homme n'a pas compris ; il faut sensibiliser les hommes et les femmes par rapport à l'espacement des naissances. Je pense qu'avec la sensibilisation, les gens vont s'intéresser à l'espacement des naissances. Aujourd'hui, il y a des hommes qui au cas où leurs femmes pratiquent la contraception il y aurait conflit dans le foyer ». (jeune homme/Balati)

« A travers nos observations dans 2 villages (Hamdallaye et Berkiawel), nous avons remarqué que les agents de santé ne font presque pas de sensibilisation sur la PF ou si ils la font elle est très sommaire et n'insistent pas sur les différents produits ». (dossier enquêtrice, Ousseina Garba)

La faible portée du counseling :

Le *counseling* ou l'IEC personnalisée est censée pallier les insuffisances de la sensibilisation de masse et du *fakaarey* (EPS). Comme nous l'avons déjà souligné dans d'autres travaux (Moussa H, 2002), il se confirme et se maintient cette attitude du personnel soignant à vouloir toujours expédier le travail de consultation, cette fois beaucoup plus pour des raisons liées aux contraintes de temps que par pur mépris du patient. Dans certains villages (Karabédji, Dolohi, Balati etc.), l'affluence est si importante que le personnel, même s'il en avait l'intention, ne semble pas disposer du temps nécessaire pour mener une IEC individualisée et efficace.

Les autres conditions de travail sont tout aussi contraignantes : les locaux dans nombre des cas sont exigus quand les consultations se font en dehors des sites abritant des cases de santé. Les abris de fortune mis en place par la communauté ne répondent généralement pas aux normes médicales : absence de discrétion, absence de sièges suffisants pour les patientes, etc.

Quel que soit le niveau de la sensibilisation, les messages sont presque toujours stéréotypés en ce que le personnel soignant s'adonne quasiment à un jeu de cache-cache sur la durée d'agénésie due aux contraceptifs et les effets secondaires de ceux-ci. Les supports didactiques ne sont utilisés que rarement : par exemple en présence d'une personne extérieure au cadre médical et ne faisant pas partie de patients, comme c'est le cas des enquêteurs.

Au cours des observations nous avons remarqué que lors des consultations en P.F les agents de santé n'expliquent pas aux femmes les effets secondaires et la durée d'infertilité occasionnée par la prise des contraceptifs que ce soit au cours de l'EPS ou du *counseling* individuel. Certaines équipes utilisent les pagivoltes et d'autres non au cours de l'EPS. (dossier enquêtrice, Fati Diouldé)

« Q : On vous montre des images ?

R : C'est juste des paroles. On en parle à toutes celles qui sont venues pour les consultations post natales ». (jeunes femmes/ Kollo Kangou)

En outre, le temps considérable pris par l'écriture laisse peu de place à la sensibilisation des patientes. Le remplissage des registres, des fiches de consultation et des carnets occupe la majeure partie du temps des soignants. La grande tendance à la

bureaucratisation des activités au détriment de l'accomplissement des tâches techniques et l'exécution d'un minimum d'IEC a des conséquences négatives sur les programmes des équipes mobiles. A cela, il faut ajouter les « juteuses » activités de plastification de carnets auxquelles la quasi-totalité des agents se livre avec beaucoup d'entrain.

« (...). Comme beaucoup de carnets sont un peu défraîchis, et que la plupart ne sont pas « plastifiés », la sage-femme (SF) propose systématiquement de le « coller » (*kole* est le terme même qu'elle emploie en zarma) pour 100 francs, c'est-à-dire de le « plastifier » avec un rouleau de scotch large, transparent, opération que pas mal de femmes acceptent de financer (la sage-femme leur explique que c'est le seul moyen pour que le carnet ne soit pas abîmé). La SF (et, une fois, l'AS, quand la SF était sortie) fait l'opération en 4 minutes avec une grande dextérité, à l'aide d'une lame de rasoir qu'elle tient à peu près tout le temps à la main, et dont elle se sert parfois pour pianoter sur la table en fer quand elle s'ennuie ou pense à autre chose. Pendant ce temps, l'AS conseille en général la femme soit sur les questions d'alimentation du bébé, soit sur l'espacement des naissances(...). (extraits d'une séance d'observation de l'équipe mobile de Zeybanfiti réalisée par J.P. Olivier de Sardan & F. Diouldé)

L'absence d'informations suffisantes et claires sur les produits contraceptifs ajoutée à la méconnaissance des femmes conduit souvent à une utilisation désordonnée des moyens contraceptifs.

2. L'utilisation anarchique des produits contraceptifs

Les candidates à la contraception souffrent d'un déficit d'information se traduisant à un premier niveau par un emploi inconsidéré des moyens contraceptifs mis à leur disposition par les équipes médicales ou même ceux achetés auprès des vendeurs ambulants. Les cas les plus significatifs sont relevés auprès des femmes qui recourent aux contraceptifs oraux (pilules). La prise quotidienne de la pilule semble être une contrainte et un exercice fastidieux pour elles, en raison de leurs multiples préoccupations et occupations quotidiennes qui leur laissent peu de temps de répit. Ainsi, la pilule qu'une femme a oubliée de prendre la veille, est-elle prise en même temps que celle du jour suivant. Et dans d'autres cas, ce sont trois comprimés qui sont pris simultanément.

« Q : Bon, revenons au comprimé est-ce que sa prise comporte un risque pour les femmes ?

R : Vraiment, cela comporte des risques majeurs, si la personne se renseigne sur la posologie là il n'y a aucun problème, mais le cas échéant c'est plein de risques pour la femme ; surtout quand on se trompe sur la posologie, c'est dangereux.

Q : Quel est le danger encouru ?

R : Supposons, une femme à qui on a recommandé de prendre un comprimé par jour et qui se permet de prendre deux, c'est certain que c'est dangereux pour sa santé. Il y a certaines femmes qui prennent deux comprimés par jour.

Q : Donc, peut-on prendre tous les jours un comprimé ?

R : Bien sûr, normalement ça doit faire un mois, mais il y en a qui le prennent en quinze jours. Par exemple, celui à qui on a prescrit un comprimé par jour et qui se précipite pour le consommer en un temps record, comment se fait-il qu'il n'ait pas un problème de santé. L'un des inconvénients, c'est que même en cas de maladie si on l'amène dans un centre de santé, cela ne servira à rien donc, c'est fini pour toi comme ça. (...)

Q : y a t-il eu ces cas ?

R : oui ». (Jeunes de la fada Rézi/ Zeybanfiti)

« Q : Comment tu prenais les comprimés à l'époque ?

R : Je sais quand même qu'en oubliant de prendre pour aujourd'hui, le jour suivant je prends en même temps deux comprimés ». (Kadi Amadou/ Zeybanfiti).

Afin de détourner l'attention d'un mari qui a découvert des contraceptifs dans les effets de sa femme, cette dernière est souvent obligée de prendre des "congelés de planification familiale". Le plus souvent, elle reprend une plaquette entamée, et en milieu de cycle, sans faire de nouvelles consultations. Cette utilisation confuse des méthodes contraceptives, ne peut qu'alimenter et renforcer les rumeurs répandues sur leur utilisation.

Une autre incidence de la sous-information sur les méthodes contraceptives est de considérer et d'utiliser les pilules comme des produits abortifs. Les contraceptifs oraux sont utilisés par certaines personnes au même titre que la nivaquine (prise en surdose) ou d'autres substances auxquelles les femmes recourent pour se débarrasser des grossesses qu'elles n'ont pas désirées ou pour se venger de leurs conjoints. La logique ici développée est assez simple : si les pilules (ovrettes et autres) peuvent empêcher une grossesse de se constituer, elles peuvent conséquemment détruire un embryon ou un fœtus en cours de formation. Ces femmes se font la même idée des injectables et de la plupart des autres contraceptifs auxquels elles n'ont pas accès en dehors du recours médical.

« Certaines jeunes filles paient des pilules en cachette auprès des ambulants afin de venir à bout d'une grossesse que de toute façon la société va condamner fermement. Au village, les gens se connaissent les uns les autres. Et c'est pourquoi, de peur d'être dévoilées, certaines filles vont jusqu'à Niamey chercher ces comprimés pour avorter ». (directeur de l'école de Gongouzougou)

C'est aussi le cas d'une habitante de Kirtachi qui a pris des comprimés contraceptifs alors qu'elle était dans un état de grossesse avancée. Cette imprudence a failli lui coûter la vie. Ce qui n'a pas manqué de faire un grand tollé dans la région. Cet événement a également contribué à alimenter le lot de rumeurs et à accroître le sentiment de crainte très présent chez beaucoup de potentiels utilisateurs. Si la pilule est perçue par certaines personnes comme un moyen abortif, cela peut en partie justifier les craintes de ceux qui lui confèrent des propriétés stérilisantes (voir point suivant).

3. Le poids des rumeurs

Beaucoup d'angoisses et de préjugés entourent la pratique contraceptive médicalisée en raison des rumeurs qui sont diffusées çà et là, alimentées par des personnes qui n'ont souvent jamais eu de pratique contraceptive.

« Généralement, elles viennent... elles écoutent les rumeurs. Si tu lui dis : " madame vous allez prendre des pilules, directement elle te dira qu'elle ne va pas en prendre parce que " ça me fait ci, ça me fait ça ". Or, elle n'a jamais pris ça. Elle a seulement entendu les rumeurs. Donc, elle ne veut pas ». (sage-femme d'une équipe mobile)

Quelques rumeurs propagées sur les contraceptifs

Qu'il s'agisse de la pilule, des injections, du DIU et même des capotes, des appréciations des plus alarmantes sont faites sur leurs effets secondaires, supposés ou réels. La pilule aurait des réactions nocives avérées. Elle pourrait, dit-on, se transformer en une matière ferme qui s'amasse dans le ventre de la femme laquelle pour s'en débarrasser doit subir une intervention chirurgicale pour éviter la stérilité. Cette boule évoquée est selon toute vraisemblance un fibrome. Ce serait une pathologie aujourd'hui fréquente en raison, dit-on, de l'expansion de la pilule.

« Q : Qu'est-ce que la piqûre fait ?

R: Certaines disent que si elle ne convient pas à ton sang, elle détruit l'utérus de sorte que la femme va toujours avorter en cas de grossesse.

Q : Qu'est-ce qu'on raconte encore à propos des contraceptifs ?

R : On dit qu'il y a le VIH dans la capote, la pilule se concentre pour devenir une boule dans le ventre de la femme ».

(une fille-mère : Roukaya/Hamdallaye)

La pilule, autant que l'injection (*Depo-provera*), serait également à l'origine des grossesses extra utérines. Pour les autres méfaits de la pilule évoqués par nos différents interlocuteurs, nous pouvons souligner, pêle-mêle : naissance de monstres ou de nains, risques de grossesses multiples (10 enfants), règles abondantes, vertiges, risques de tension ou de cancer, dystocies lors des accouchements, ménopause précoce, etc.

« Q : Que ressentent les femmes qui prennent ces produits ?

R : Une femme qui prend ces produits durant 1 à 4 ans, son utérus est détruit et l'enfant qui vient après est déformé. On ne me l'a pas raconté c'est ma femme qui a été victime et l'enfant est mort. Depuis lors je lui ai interdit d'en prendre encore. Le "kini" (le comprimé) n'a aucun avantage. Quand elle a arrêté, j'ai eu des enfants bien constitués ». (Extraits d'un *focus group* de vieux/Hamdallaye)

La mauvaise gestion des effets secondaires par le personnel soignant

Celle-ci ne fait qu'accroître les craintes des individus. L'on relève en effet le silence observé par le personnel soignant sur les effets secondaires des contraceptifs.

« La communicatrice leur a montré les différentes sortes de contraceptifs modernes ou du moins, ceux qu'elle avait en sa possession (2 sortes de pilule plus les injectables). Elle a insisté sur la pilule ovrette pour les femmes allaitantes parce qu'elle favoriserait la lactation. Seulement elle n'a rien dit sur les avantages et les inconvénients des contraceptifs ». (extraits d'observation de l'EPS exécutée à Tollo)

Lors du fameux *fakaarey*, nulle part il n'est fait mention des effets indésirables produits par les contraceptifs en général (cf. annexes 6). Souvent les personnels de santé, notamment féminin se contente de rappeler aux patientes que si ces substances recelaient une nocivité, ils n'y auraient pas recouru :

« Que pensez-vous que nous autres femmes soignantes utilisons comme méthode contraceptive ? C'est bien la pilule, les injections ou le caoutchouc (entendre stérilet) que nous utilisons aussi. Nous ne connaissons pas tous ces effets que vous évoquez. Ce sont des mensonges. Méfiez-vous des *i ne, i ne* : les "on-dit". » (la sage-femme de l'équipe mobile à la fin de l'EPS le 22/04/03 à Boktchili).

Nous avons aussi relevé une autre conduite des soignants qui consiste à faire l'impasse sur les effets secondaires. Certains d'entre eux se contentent de conseiller aux femmes de revenir au site de soins si d'aventure des effets indésirables se manifestaient afin de procéder à un changement de méthode.

« *Da safaro din si te ni gahamo se, ye ga ka di iri. Iri ga barmay ni se.* Si le produit ne convient pas à ton organisme, tâches de revenir nous voir. Nous allons te le changer ». (la communicatrice de l'équipe mobile à Tollo)

La dépréciation des contraceptifs par le personnel soignant

L'autre dimension des rumeurs, qui est peut-être la plus pernicieuse et la plus dangereuse pour les programmes des SRPF, si elle s'avère vraie, est la dépréciation des méthodes de contraception par certains personnels de santé. La promotion des programmes de planification familiale devrait pourtant prioritairement s'appuyer sur leur engagement convaincu: on ne promet logiquement que ce qu'on apprécie positivement. Certains enquêtés (des hommes, des femmes mais aussi des jeunes) nous ont confié que ce sont les agents de santé, ceux de Niamey particulièrement, qui diffusent des informations dissuasives sur les contraceptifs modernes.

« Q : Qu'est-ce qui empêche aux femmes d'aller prendre les contraceptifs ?

R : C'est ce qu'on raconte à ce propos, même les agents de santé découragent les femmes en leur disant que ça c'est pas bon, etc. ». (Roukaya/Hamdallaye).

Une des enquêtrices a même surpris au centre de référence nationale qu'est le CNSR (Centre National de la Santé de la Reproduction) de Niamey une conversation entre agents de santé discréditant les injectables. Il ressort de leurs propos que ceux-ci sont des produits administrés aux femmes devenues folles dans les pays industrialisés. Ces types de propos, s'ils sont entendus par des patientes venues en consultation, auront sans nul doute un impact négatif sur les programmes et activités de planification familiale. Lorsque les prestataires se convertissent en propagateurs de rumeurs, l'on est en droit de s'interroger sur l'avenir de la pratique contraceptive moderne.

Dans la même lancée, certains agents très proches du monde médical affichent la même attitude en soutenant que certains contraceptifs, comme le stérilet, sont dangereux :

“ Il rentre dans le ventre et ça peut tuer ”. (B. H., agent UNICEF/ Berkiawel).

Et ceci explique en partie le fait que la pratique contraceptive, ne s'effectue pas sur la longue durée. Beaucoup de femmes abandonnent au bout de quelques mois et pour certaines qui sont un peu plus “déterminées”, au bout de quelques années, alors qu'elles ne sont pas ménopausées. Toute cette méfiance à l'encontre des contraceptifs modernes apparaît parce que les utilisatrices dans leur écrasante majorité n'ont pas été pertinemment préparées aux différents risques liés à la pratique contraceptive. En l'absence d'une réelle communication entre prestataires des soins et patientes, certaines femmes sont perturbées quand des effets indésirables ou secondaires surgissent effectivement. L'interaction thérapeutique est quasiment basée sur un monologue : celui du soignant présentant la gamme des produits disponibles, indiquant les tarifs, etc. (cf. supra)

De ce fait, pour les utilisatrices “ le doute et la crainte s'installent dans leur esprit et par voie de conséquence, dans la conscience de leurs proches qui contribuent à leur tour à la diffusion des rumeurs. Celles-ci en s'amplifiant donnent à certaines personnes l'impression d'une inefficacité des produits contraceptifs. La diffusion des rumeurs sur les méthodes médicalisées de contraception est une conséquence interactionnelle. La rumeur comble en effet le vide laissé par l'absence d'informations (induite par une absence de communication) ou la diffusion d'informations parcellaires fournies par les sages-femmes aux clientes ” (H. Moussa, 2002).

Quelques raisons de l'échec du DIU

S'agissant du DIU, les rumeurs qui sont propagées sont encore plus démoralisantes et démotivantes: il crée des infections, il blesse, il migre à l'intérieur de l'utérus (exemple des enfants qui seraient nés avec le produit enroulé autour d'un de leurs organes : le bras), il rend stérile, il provoque le cancer, *a ga haytu zanandi* : il endommage l'utérus (vieilles femmes lors d'un *focus group* à Gongouzougou), il provoque des saignements abondants, ses fils démangent le sexe de l'homme lors des relations sexuelles, etc. En plus de l'évident problème de la sous-sensibilisation, le stérilet est un dispositif contraceptif que les femmes craignent tout naturellement : garder un corps étranger reste une chose difficilement acceptable pour la plupart des femmes rencontrées même en ayant conscience de son innocuité.

« Q : Qu'est ce qu'il faut faire pour que le stérilet soit utilisé par les femmes ?

R : Moi même j'ai pas confiance à ça, un caoutchouc dans l'utérus, c'est un risque ». (Roukaya/Hamdallaye).

Egalement, pour des problèmes de convenances et aussi de pudeur, certaines femmes disent ne pas être disposées à recourir au DIU. Accepter la pose du DIU suppose que l'on se prête à un exercice de déshabillage qui dévoile assez nettement l'intimité des femmes. Une femme qui prend par exemple la pilule ou une injection n'est pas exposée à ce genre de dévoilement.

Conscient de ces difficultés, le personnel médical dans nombre de cas ne juge même pas utile de présenter la méthode aux clientes lors de l'EPS collective effectuée en début des consultations ; ou encore on évoque l'existence de la méthode de façon tout à fait évasive.

(...). Elle n'a pas aussi parlé du DIU ou du moins elle n'avait pas de DIU à montrer aux femmes. Elle a juste dit en passant que le DIU ne peut être placé aux femmes vivant dans des foyers polygames et celles qui ne restent pas tranquilles. (extraits d'une séance d'EPS/ Tollo)

Certains matériels et équipements (kit de DIU, lampe, groupe électrogène, etc.), mis à la disposition des équipes mobiles par le projet et réservés à cet effet, ne sont d'ailleurs plus transportés sur les sites.

« Q : L'un des principaux objectifs du projet c'est aussi de vulgariser le DIU et nous avons remarqué que certaines équipes mobiles ne disposent même pas du matériel nécessaire pour les démonstrations.....n'êtes-vous pas habilités à faire la pose DIU ?

R : en équipe mobile, on n'a jamais eu de pose DIU.

Q : Est-ce que vous pouvez le faire ?

R : oui, on peut le faire.

Q : est-ce que vous partez sur le terrain avec tout le matériel ?

R : on a tout le matériel. Sinon, on a la boîte de pose et une lampe électrique avec nous. On a même un groupe électrogène pour ça.

Q : oui ; mais est-ce que vous emmenez le groupe avec vous ?

R : au début oui. Mais comme on n'a jamais eu un cas de DIU, on a dit de ramener le groupe électrogène au niveau du district pour ne pas perdre ça ». (extraits d'entretien avec une Sage-femme/ CSI de Kollo)

Même la mallette où sont répertoriés les produits contraceptifs disponibles ne dispose pas souvent de DIU pour les démonstrations. Dans beaucoup de villages, le DIU est presque inconnu de sorte que nous avons même rencontré des femmes qui l'ont confondu avec une sonde (Hamdallaye). Certains enquêtés, des vieux, pensent même que le DIU est un dispositif contraceptif exclusivement réservé aux prostituées ou aux blancs.

« Q : Qu'est-ce qui est raconté à propos des produits contraceptifs dans ce village et qui peut empêcher de les prendre?

R : Les vieux pensent que les contraceptifs et surtout le stérilet *c'est de la perversité, c'est une imitation des blancs* ». (focus group de femmes/ Hamdallaye)

Par ailleurs beaucoup d'agents de santé (les sages-femmes et surtout les infirmiers), n'ont pas encore reçu la formation requise pour faire la pose du DIU. Et, y compris certaines de celles qui l'ont reçue ont des craintes (absence de sang-froid) à mettre en pratique leurs connaissances. En outre, la pose du stérilet demandant un temps relativement long par rapport aux autres activités de PF (administration des injections, distribution des pilules ou des condoms...), les agents de santé ne le proposent même pas. Ils préfèrent ne pas en parler, ni y recourir. Quand certaines femmes ont voulu l'adopter, même si ce sont des cas rares et isolés, le personnel pour les en dissuader les a référées à Niamey où l'on s'expose à une multitude de contraintes : coût du transport, peur de l'inconnu, la valeur du temps, toujours consacré à des tâches longues et pénibles...

4. Les comportements des personnels de santé

Les problèmes interactionnels (accueil) et le non-respect par les équipes médicales (foraines principalement) des rendez-vous fixés aux patientes sont aussi des facteurs de blocage à la pratique contraceptive.

L'accueil sur les sites des soins

C'est l'une des questions les plus récurrentes posées par plusieurs études menées en milieu médical (Hahonou-2000, Souley-2000, Olivier de Sardan-2001, Moussa 2002, Jaffré & Olivier de Sardan-2003, etc.). Ces études ont notamment mis en évidence la conduite des agents de santé comme l'un des premiers facteurs engendrant la désaffection des centres des soins. La qualité de l'accueil a toujours été le nœud gordien de la rencontre thérapeutique. Dans le cadre de cette étude, la question de l'accueil a certes été évoquée mais avec moins d'intensité que ce que l'on aurait pu croire. L'accueil pourrait par exemple être amélioré sur les sites des soins fixes c'est-à-dire les CSI. C'est le cas de celui de Kouré où le renoncement aux prestations du centre par une frange importante de la population est particulièrement frappant. L'on y compte souvent moins de dix consultations (quel que soit le type) dans la journée. L'inconvenance d'un des soignants a été telle que des accouchements ont même eu lieu dans la cour du CSI loin de la salle affectée à cet effet. Certaines personnes préfèrent d'ailleurs se soigner à un niveau inférieur de la pyramide sanitaire. Le case de santé de Sinakoira est ainsi préférée au CSI de Kouré en raison, dit-on, de la mauvaise conduite des agents. De la même manière, les usagers préfèrent payer deux fois plus cher pour se rendre au CSI de Kollo plutôt que de se référer à celui de Kouré.

« - Le CSI de Kouré est plus proche de nous que celui de Kollo, mais à Kollo nous sommes mieux traités... C'est l'agent qui a créé des problèmes. Il engueule la personne. C'est lui qui est méchant car tu sais que là où il faut payer 200 F pour s'y rendre et là où il faut 500 F, on préfère payer les 200 F. Mais nous n'avons pas le choix, nous payons 500 F pour aller à Kollo ». (Fatouma Sanda & Hadjo Sourgou, matrones, Karabédji)

« Pour tout ce qui est relatif aux prestations médicales, les gens de Kouré s'en méfient à cause de l'infirmier major » (*focus group*, Association des Jeunes de Kouré)

La difficulté de l'accueil se pose aussi en consultation foraine puisque ce sont les mêmes responsables des CSI décriés qui conduisent les séances de consultation. Par contre, nos différentes observations participantes sur les 9 équipes mobiles et les différents sites forains nous ont révélé moins de problèmes liés à l'accueil proprement dit (cf. infra.). Celui-ci, faute d'être parfait, est tout de même à la hauteur du seuil acceptable de l'avis de la plupart des personnes interviewées. Notre présence sur les lieux des consultations n'a-t-elle pas constitué un biais ?

Discontinuité dans les activités des équipes foraines

Les interruptions des consultations foraines sur certains axes ont engendré beaucoup de perturbations dans l'approvisionnement par certaines utilisatrices en contraceptifs. Des femmes ayant commencé un espacement des naissances par la voie médicale se disent obligées d'abandonner. C'est le cas de l'axe Lamordé- Namaro où les consultations n'ont pas été effectuées durant un certain temps dans quelques villages. Ainsi, à Latakabia, les rendez-vous fixés aux femmes pour leurs prochains approvisionnements n'ont pas été respectés parce que l'équipe de consultation foraine est restée quatre mois sans s'y rendre.

Les périodes de grève induisent les mêmes répercussions. Les responsables des CSI qui respectent les mots d'ordre de grève annulent ou reportent leurs consultations foraines à d'autres dates qui ne coïncident pas avec les rendez-vous fixés à leurs clientes.

5. La valeur sociale de la procréation

La question “ quel est le nombre idéal d'enfants qu'une personne doit avoir durant sa vie génésique ” a permis d'évaluer quelque peu les exigences des enquêtés en matière de procréation. Le nombre avancé n'est guère en deçà de cinq (5) enfants et atteint jusqu'à quinze (15) dans certains cas. Ces réponses proviennent aussi bien des femmes que des hommes. Pour ces derniers, le nombre d'enfants souhaités avoisine souvent la quarantaine.

Enfanter, une exigence sociale « utilitaire »

Dans tous les villages visités, la procréation est et demeure une valeur cardinale de réalisation humaine. Pour tout être humain, une existence sociale bien remplie est celle qui a été couronnée par une procréation abondante. L'idéologie pronataliste est largement partagée en milieu nigérien rural où un enfant est rarement perçu comme une charge : il est plutôt une richesse (*arzaka* : richesse, *a ga boro nafa* : il sera utile, *a ga kande dogoney* : il allège les peines). Il soutiendra plus tard ses parents par son travail aux champs, au puits ou par sa future carrière.

« Q : Selon vous quelle est l'utilité d'avoir beaucoup d'enfants ?

R : Tu auras une grande maison (famille), beaucoup de travailleurs, certains vont aux champs, d'autres vont à l'école, des maîtres, des infirmiers, des présidents. On veut tout ça parmi eux ». (extraits de *focus group* de vieilles femmes /Hamdallaye)

L'exode pour sa part représente une importante source de revenus pour les parents restés au village.

« Les garçons qui partent en exode représentent un grand soutien pour toute la famille. C'est grâce à leurs envois que celle-ci vit, paie l'impôt, participe financièrement aux différentes cérémonies de mariage, de baptême, etc. Ce sont nos enfants exodants qui nous habillent. Où croyez-vous que des pauvres comme nous puissions avoir de l'argent pour survivre puisque la production agricole est désastreuse depuis plusieurs années dans notre village? Pour toutes ces raisons, l'on ne se fatigue pas de faire des enfants continuellement espérant avoir beaucoup de garçons, beaucoup d'exodants en somme ». (*focus group* vieux/ Kollo Kangou)

« Q : Pourquoi souhaites-tu que Dieu te donne 20 gosses ?

R : Voilà ! les enfants sont synonymes de richesse si Dieu t'en donne. Car certains peuvent mourir et on ignore celui qui mourra ou qui survivra... donc ceux qui survivront je les inscrirai à l'école, à la Medersa. Parmi ceux-ci on ignore celui qui va me prendre en charge et certains seront même des cultivateurs. Le nombre n'est pas un problème. Une large progéniture n'est pas un problème. Si les enfants sont nombreux, tu es déchargé des travaux champêtres. Si tu as des cultivateurs et que certains sont à l'étranger et sont devenus des travailleurs c'est également un avantage. (...). Ce nombre d'enfants importe peu pour nous car l'enfant est synonyme de richesse. Lorsque tu vieillis ce sont eux qui te prendront en charge. Lorsque tu ne pourras plus travailler ce sont ces enfants qui s'occuperont de toi : l'un envoie un peu... (d'argent) par ci et un autre par là donc tu seras satisfait ». (Abdoulaye Mounkaila, jeune/ Balati)

Dans la maisonnée, les corvées quotidiennes de la mère s'en trouvent atténuées avec la présence d'un ou de plusieurs enfants. La procréation semble être encouragée dans un but également utilitaire. Le non-enfantement, synonyme de *banda bi* (littéralement, *postérité sombre*) quelles que soient les raisons, est toujours inconcevable pour la société. Il faut toujours avoir des enfants et beaucoup.

« Q : Que pensez-vous de certaines femmes qui prévoient d'avoir deux ou trois enfants pour limiter les naissances ?

R1 : Nous ne voulons pas de cela.

Q : Pourquoi ?

R2 : *Ce n'est jamais de trop les enfants*. Et en plus tu ne sais pas ce qu'il y a derrière, c'est pourquoi en campagne nous ne voulons pas de la limitation des grossesses. (...). *Avec deux ou trois enfants on n'a vraiment rien fait..* (...). On ne peut pas savoir lequel des enfants te sera d'une grande utilité ("nafā") » (focus group de femmes/ Zeïbanfiti)

La formule « les êtres humains autant que les animaux doivent se reproduire » passe pour être une devise pour la plupart de nos enquêtés : « *Almaney ma hay, borey ma hay* ».

Même à 45 ans, donc à la limite de la ménopause et déjà affectées par des maternités souvent proches les unes des autres, certaines femmes disent encore désirer un ou deux enfants supplémentaires. Lors de nos enquêtes, nous avons même eu l'occasion de rencontrer des femmes ayant la cinquantaine révolue qui souhaitent encore enfanter. A *Gongouzougou*, une femme de 50 ans (Mariama Halidou,) ayant déjà 7 enfants nous a avoué vouloir encore être enceinte.

La course aux enfants mâles

La *préférence pour les garçons* - dont on pense qu'ils sont plus « rentables » que les filles- ainsi que la *polygamie* sont également d'autres facteurs encourageant une fécondité abondante et sans espacement.

Dans le premier cas, l'espoir de donner naissance à un garçon, incite une femme à se retrouver en couches. Un enfant mâle représente la mémoire familiale et assure de ce fait la continuité de la lignée. La fille a une valeur moindre par rapport au garçon parce qu'à tort ou à raison on pense que son rendement, dans les travaux champêtres particulièrement, est négligeable comparativement à celui du garçon. Et, une fois mariée, ses efforts profiteront quasi-exclusivement à sa belle-famille.

« Q : Qu'y a-t-il de mauvais à donner naissance à des filles ?

R : Ce n'est pas que cela est une mauvaise chose en soi, seulement c'est ceux qui t'accompagneront aux champs, qui ne seront pas nombreux. Chez nous, ici en campagne si Dieu te donne deux filles, qu'il te donne également trois garçons. Ah mais oui. Sincèrement si Dieu te donne deux filles qu'il te donne également trois garçons là c'est bon, mais il te donne quatre filles et un garçon au monde Dieu on passera le plus clair de son temps en tant que métayer ». (jeunes de la *Fada Rézi/ Zebanfiti*)

« Q : Ceux qui disent vouloir plus de garçons que de filles peuvent-ils me donner les raisons?

R : Moi je suis cultivateur, avec des garçons, ils vont très vite prendre la relève ». (extraits d'un focus group de jeunes/ Balati)

Dans le second cas, les foyers polygames semblent être des terrains très peu favorables à une pratique contraceptive durable. La course à une large progéniture encourage les coépouses à contracter des grossesses de façon régulière. A en croire certains de nos interlocuteurs, une femme ayant beaucoup d'enfants est généralement « la préférée » (*woy kwasa*) de son mari. Et à la mort de celui-ci, elle s'assure une grosse part de l'héritage. Même dans des foyers très démunis, il reste encore le lopin de terre cultivable qui est un objet de convoitise de la part des enfants, des épouses et même des autres parents.

« (...). Une autre difficulté, ce sont les couples polygames où il y a la course aux enfants souvent pour un problème de société, celle qui a beaucoup d'enfants, c'est elle qui a tout ». (major CSI/ Hamdallaye)

Fécondité et rapports sociaux de sexe

Il n'est pas inutile de rappeler les rapports sociaux de sexe qui prédominent au Niger pour mieux comprendre la place et le rôle généralement joué par la femme dans la société. Dans toute unité familiale nigérienne, à forte domination musulmane, la gestion de la

fécondité est un processus complexe de confrontation et/ou de négociation entre les conjoints où même les membres de l'ensemble du lignage (les frères, les sœurs, beaux-parents). Ceux-ci, le plus souvent, influencent ou même guident les options des individus en matière de procréation, de planification familiale, de gestion de la stérilité, et d'autres troubles sexuels ou reproductifs (avortements par exemple).

La femme subit les contraintes exercées par toute la chaîne parentale et aussi alliée. Le recours à la contraception médicalisée, quand il ne relève pas de l'automédication (recours à la pharmacie par terre), requiert la fréquentation des centres de soins. Or, très peu de femmes oseront unilatéralement aller hors de chez elles. Pour se rendre au CSI, au lieu de la consultation mobile ou foraine, l'autorisation du mari est souvent incontournable. Les prises de décision, aussi bien dans le domaine sexuel que dans celui de la reproduction ou de la planification familiale, sont des prérogatives reconnues aux hommes. Les femmes ont une marge bien mince de manœuvre face à ces questions, même si l'on doit par ailleurs admettre que celles-ci dans certains cas développent des stratégies d'esquive. Certaines d'entre elles parviennent ainsi à échapper au contrôle des uns et des autres.

L'implication des autres membres du lignage a quant à elle un impact non négligeable sur le devenir du foyer conjugal. Il arrive d'ailleurs que des conjoints se mettent d'accord sur une question comme celle de la planification familiale et que celle-ci n'aboutisse pas du fait des pressions des parents, des amis, des alliés et des connaissances. Ceux-ci, dans bien de cas, désorganisent les plans des couples, lesquels doivent à leur corps défendant se soumettre à la "volonté sociale". C'est le cas d'un couple de Boktchili qui a dû abandonner la pratique contraceptive suite à une forte tension familiale.

« Ma femme a beaucoup souffert de *nasu* (grossesses rapprochées). Elle a accouché six fois ; mais elle n'a que deux enfants vivants qui ne sont même pas en grande forme. C'est pourquoi, nous avons décidé de faire la planification familiale. Ma femme est partie à Kouré faire l'injection. (...). Quand ma belle-tante a appris cela, elle est allée voir ma mère et ensemble, elles sont venues me sermonner. Elles nous ont traités ma femme et moi de criminels puisque, disent-elles, nous empêchons à leurs petits-fils de naître. Elles trouvent que notre progéniture (deux enfants), c'est insignifiant (*nga da yaamo kulu afo*). C'est ainsi qu'après 7 mois de résistance, nous avons cédé car par la suite d'autres membres de la famille aussi ont jaser ». (extraits d'une biographie de couple/ Boktchili)

Le blâme social peut aussi se traduire d'une autre manière. Certaines femmes, convaincues à la suite de l'EPS collective, repartent à la maison chercher l'argent nécessaire à l'achat des produits contraceptifs. Mais certaines reviennent quelques minutes plus tard en ayant changé d'avis. D'autres disparaissent dans la nature. Cela a par exemple été relevé à Tollo le 17/04/03 lors du passage de l'équipe *mobile*, où quelques femmes se trouvant dans ce cas ont été identifiées par l'équipe d'enquête :

Nous avons constaté que des femmes ont accepté devant la communicatrice de prendre les contraceptifs à l'issue de l'EPS, mais elles n'ont pas d'argent sur elles. Elles ont demandé à retourner à la maison chercher l'argent. A notre grande surprise, certaines d'entre elles (au moins cinq) sont revenues les mains vides et en plus, elles ont changé d'avis, comme si, au village, il y a quelqu'un qui les a dissuadées. (dossier enquêtrice, Ousseina Garba).

De façon générale, ce sont les femmes, bien plus que les hommes, qui dans les ménages expriment les premières le besoin de se mettre sous contraception et cela donne quelque part raison à la formule qui nous a tant été répétée : la contraception est une affaire des femmes. Le personnel soignant diffuse d'ailleurs cette idée lors du *fakaarey*.

« On ne doit pas accoucher chaque année. C'est pas une obligation, c'est lorsque la femme veut qu'elle le fait.. (...).C'est la femme qui sait ce qu'elle endure, on ne va pas l'obliger, c'est à elle de prendre la décision. Mais on donne les conseils. Toute personne qui te dit de laver tes mains avant de manger, n'a rien dit de mal. (...).on a constaté que ce sont les femmes et les

enfants qui souffrent beaucoup. La femme c'est toi la grossesse, c'est toi la corvée d'eau, c'est toi le balayage. Lui, l'homme après la saison des pluies, il va en exode et te laisse avec une ribambelle d'enfants à bas âge. Qu'est-ce que tu vas faire ? Même si le mari est là, si tout le temps, il y a de l'urine et du caca dans ta maison, il n'aura pas besoin de toi. Dès qu'il entre, il ressortira. Il y a des maris qui chassent les femmes à cause des pleurs que les enfants font la nuit. Ils vont te dire que l'enfant leur empêche de dormir. Comme s'il n'est pas à lui. Alors que si tu fais la PF, ça ne t'arrivera pas ». (extraits d'observation d'une séance d'EPS exécutée par la sage-femme/Boktchili)

« Ce sont les femmes qui doivent prendre leur sort en main. On a constaté que tous les travaux ménagers sont faits par la femme. Celle-ci est la 1^{ère} à se lever et est toujours la dernière à se coucher. Tu n'as pas le temps de dormir un peu dans la journée et même la nuit parce que dès que tu te couches, tu penses au travail qui t'attend. Tu te lèves. Est-ce que cette personne peut s'occuper des enfants? ». (extraits d'observation d'une séance d'EPS/ Dollohi)

L'exemple le plus atypique et qui déroge d'ailleurs à la règle (la contraception comme concernant seulement les femmes) est celui relevé à Kirtachi où le mari (le chef de canton en personne) est favorable à la pratique contraceptive alors que sa femme est farouchement opposée arguant que cela est contraire aux lois et prescriptions divines⁸.

La contraception conçue comme un domaine exclusivement féminin est pourtant une idéologie qui s'avère fautive, d'autant plus que, dans la pratique, beaucoup d'enjeux sociaux, économiques, politiques et culturels, entourent la fécondité. Celle-ci reste très souvent contrôlée par les hommes. Ceux-ci, quand ils cautionnent une pratique contraceptive, voudraient qu'elle se fasse sous leur autorité et donc avec leur caution morale et souvent matérielle.

« La contraception est une pratique qui regarde la femme autant que son mari. C'est une affaire de couple. Moi je suis d'accord que ma femme fasse l'espacement des naissances ; mais je veux aussi qu'elle m'avise. Je dois connaître les types de produits qu'elle prend, leur coût, leur posologie. Elle doit me mettre au courant de tout ce qu'elle va entreprendre dans ce sens. Quand elle va tomber malade, c'est quand même moi qui vais déboursier l'argent pour l'achat des médicaments. C'est aussi moi qui nourrit les enfants qu'elle va mettre au monde ». (un revendeur/marché de Diemé)

Absence de communication sur la contraception

Nous avons par ailleurs relevé une absence de communication sociale sur ce problème. La question de la planification familiale n'est en général abordée ni entre maris et femmes, ni entre mères et filles encore moins entre jeunes et vieux. Et même à l'intérieur d'un même groupe d'âge et de sexe, le sujet est occulté. Malgré l'importance de la planification familiale dans la vie des communautés, nous avons en effet remarqué qu'elle ne fait nullement l'objet d'un débat public. Des sujets divers (l'hivernage, le phénomène religieux, le prochain mariage de X, le baptême de chez Mr Y, les prochains retours d'exode de telle ou telle personne), etc. sont débattus sur la place publique, mais non celui-ci.

Souvent, même entre utilisatrices, on se surveille et l'on occulte tout naturellement sa propre pratique. Alors que les sujets les plus délicats sont débattus, personne n'ose évoquer la question de la contraception. Le "qu'en dira t-on" oblige beaucoup de personnes à opérer plutôt dans la clandestinité. Les rares occasions où ce thème a suscité des débats, c'est lors des passages dans les villages des équipes mobiles et foraines ou après un *focus group* ou un entretien collectif, réalisé par un membre de notre équipe d'enquête. En somme, on croirait presque que le thème est tabou.

⁸ Ce sont des révélations **qui** nous ont été faites par l'épouse du chef de canton, en l'absence de celui-ci. Le représentant du chef a confirmé ces dires.

Procréation et jeune génération

Cependant, la valeur de la procréation est parfois relativisée par une minorité des personnes, qui ont comparé une large progéniture à une charge. Ce type d'idée provient surtout de la frange jeune de la population :

« Q : Pourquoi souhaites-tu avoir trois enfants ?

R : *Hey* parce que la terre n'est pas bonne (fertile). Si l'on a de nombreux enfants, les nourrir serait un problème vraiment. As-tu entendu ? Il faut chercher de quoi les entretenir. Si tu as de quoi les entretenir, c'est bien. Mais si tu as de nombreux enfants "*boro gi alhaku sambu yaamo no*.(...).

Q : "*Boro gi alhaku sambu yaamo*" c'est-à-dire ?

R : Sur le plan alimentaire, car s'ils ne mangent pas à leur faim et qu'ils vont voler, ils gêneront ton nom. Il faut chercher le nombre que l'on peut entretenir ». (extraits d'entretien avec les jeunes de la *fada As-Salam*/Balati)

6. La longueur de l'allaitement

La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (M.A.M.A) de son nom médico-scientifique, est une pratique qui est supposée retarder les menstruations en raison de l'écoulement abondant du lait. La période aménorrhéique varie de 24 à 36 mois. Pour les femmes ayant ce type de cycle menstruel, recourir à la contraception serait la faire doubler.

« *Ay wo, ay izey jiiri hinka ga koy jiiri hinza no ay gi nanandi. Yadinga, ifo no ay ga te nda fulanzama safaro?* Mes enfants têtent durant deux ans voire trois ans. Alors pourquoi adopter une méthode contraceptive ? » (Haoua Issa, ménagère/Karabédji)

« Mêmes celles qui vont au dispensaire, le font parce qu'elles sont obligées car elles accouchent chaque année. Si on n'a pas ce problème, pourquoi en prendre. Toute celle qui ne fait pas ça n'ira pas. Celle qui allaite pendant 2 ans, dans la 3^e année, elle tombe enceinte, n'ira jamais au dispensaire prendre des comprimés. Dieu a allégé ses peines. Mais si l'enfant ne marche pas, on est obligé de se lamenter ». (*focus group* femmes âgées/ Hamdallaye)

Rappelons que l'accès à la contraception moderne implique des contraintes matérielles (achat des contraceptifs et autres) mais aussi occasionne un gaspillage de temps que beaucoup de femmes rurales ne peuvent se permettre.

« Quand ton enfant a tété pendant deux ans ou même trois ans, cela veut dire que tes naissances sont bien planifiées. Mais si en plus de ça tu dois te rendre dans un centre des soins pour la même chose, cela n'a pas de sens. Et puis, nous autres femmes de la campagne n'avons vraiment pas de temps à gaspiller. Il est très précieux. Nous n'avons pas d'argent et nos maris n'acceptent de financer ce genre d'aventures ». (Gambina Yacouba, Kollo Kangou)

7. La forte mortalité infantile

Le taux de mortalité particulièrement très élevé en milieu rural est aussi un facteur qui peut largement expliquer le refus de certaines femmes à recourir à toute forme de contraception et surtout médicale. Même si l'on sait par ailleurs que c'est l'absence d'espacement entre les naissances qui est aussi l'une des causes des décès infantiles. Beaucoup de femmes victimes ou tout simplement craintives de la mortalité de leurs enfants à bas âge développent des stratégies de maximisation des maternités. Des grossesses sans espacement selon les calculs de certaines permettent de compenser les éventuels décès infantiles et représentent une sorte "d'assurance tous risques".

« En campagne, beaucoup de nos enfants meurent généralement en bas âge. La seule façon de compenser ces pertes, c'est d'en faire autant qu'on peut. Ma femme a eu onze

grossesses ; mais aujourd'hui, elle n'a que cinq enfants vivants. Si elle n'avait eu que deux ou trois grossesses, ma maison serait peut-être vide en ce moment ». (un marabout/ Boktchili)

8. Les facteurs dits « religieux »

Contrairement à une idée reçue, l'impact de la religion semble moindre par rapport à celui des rumeurs. Dans les discours des acteurs interrogés, la récurrence des réponses " on m'a dit que la contraception provoque ci, la contraception engendre ça " est plus importante que l'énonciation de dogmes religieux comme facteurs de dissuasion. Certains responsables religieux, même s'ils ne sont pas très nombreux, cautionnent le recours à n'importe quel type de contraception pour espacer les naissances car pour eux, Dieu accepte que l'on se soigne quand on est malade. Et une femme victime de grossesses rapprochées souffre d'une pathologie, selon un marabout :

« Une femme qui a des grossesses rapprochées est une femme malade. Et Dieu n'empêche pas aux malades de se soigner ».

Les actions du GAIPDS (un groupe d'associations islamiques favorables à la planification familiale) pour leur part confortent ces points de vue. Le facteur religieux n'est pas aussi vivace que le laisserait penser un certain sens commun.

Toutefois, les survivances sont bien réelles. Quelques individus mettent encore en avant les raisons religieuses pour combattre la pratique de la planification familiale, surtout sous sa forme moderne :

« La contraception, ce n'est pas la voie de Dieu. On ne sait pas ce qui fait le bonheur de l'homme. Pourquoi faire alors la contraception ? » (Imam de Boktchili).

Cependant, à y voir de près, on assiste à une espèce de manipulation de la part de certains marabouts, qui ne se basent pas que sur des convictions idéologiques pour attaquer la pratique contraceptive moderne. Vraisemblablement, ces manœuvres de désinformation visent plutôt à faire une propagande en faveur des pratiques maraboutiques de contraception, qui semblent aujourd'hui en perte de légitimité⁹. Avant l'avènement des moyens contraceptifs modernes au Niger, beaucoup de marabouts avaient en effet, avec les guérisseurs traditionnels, le monopole de l'expertise en ce domaine. Comme nous l'avons relevé ci-dessus, ils disposent d'une importante clientèle à laquelle ils proposent une gamme variée de contraceptifs : les amulettes, le *hantum hari*, les ceintures anti-grossesses, etc.

« La raison qui explique ça c'est la contre-propagande de *Wahbia* et de *Izala*. Et aussi l'ignorance(...).Mais certains marabouts je ne sais pas par intérêt peut-être ils voient que la planification familiale les concurrence. Il vaut mieux qu'on aille faire des amulettes auprès d'eux pour la contraception plutôt que de prendre les médicaments. Sinon je ne vois pas quelle raison. Mais clandestinement leurs femmes, leurs filles, leurs brus font la planification familiale à leur insu. Donc le peuple n'est pas dupe ». (Elhadji Malam Adamou Yahaya, vice-président du GAIPDS/Niamey)

« Q : Quelle est la position de l'islam vis- à- vis de l'espacement des naissances ?

R : A mon avis, l'islam n'est pas contre l'espacement des naissances. Si l'enfant n'a pas atteint 3 ans, il peut souffrir. L'islam n'est pas contre parce que les marabouts font des remèdes à cet effet aux femmes lorsque ces dernières les consultent. Les marabouts font des talismans ou autre chose pour qu'elle le porte afin de ne pas tomber enceinte jusqu'à ce que l'enfant grandisse ». (Moustapha Hassane, marabout/Balati)

9. L'exode massif et prolongé des maris vers les pays de la côte (Yamma)

⁹ Il est important de relever ici l'ambiguïté des discours : en même temps que certains individus recourent aux procédés magico-religieux, ils n'hésitent pas aussi à les considérer comme inefficaces.

La longue absence des maris de leurs villages est un facteur qui amoindrit fortement le recours à la planification familiale des femmes. Une certaine unanimité s'est dégagée sur le fait que l'exode permet l'espacement. Dans beaucoup de foyers, les hommes sont partis gagner leur vie depuis longtemps (entre huit mois et trois ans, voire plus) dans certains pays côtiers (Togo, Ghana, Côte d'Ivoire...). Cela crée une situation d'espacement de fait. La pratique de la contraception en l'absence des conjoints est partout reconnue comme un signe évident de débauche de la part de la femme. Celle-ci est censée n'avoir aucune activité sexuelle durant cette période de "célibat circonstanciel".

« L'exode est une forme de pratique contraceptive. Une femme dont le mari est absent n'a que faire de la contraception ; à moins qu'elle ne veuille faire du *furkutaray* (mauvaise conduite) ». (*focus group*, des jeunes/ Berkiawel)

« Il faut aller en exode pendant 2 à 3 ans. A ton retour le compte est bon. C'est lorsqu'on est proche qu'on parle de PF. Si on va en exode une ou 2 années après la naissance du 1^{er} enfant, avant de revenir, c'est une bonne disposition. Et c'est pas à l'arrivée qu'on peut avoir un autre enfant, ça peut atteindre les 3 ans. Donc c'est bien ». (*focus group* de jeunes garçons/ Kirtachi)

Ceci dit, une pratique contraceptive même innocente donne lieu à un soupçon d'adultère vivement condamné par la société.

« Il y a de nombreux couples qui ne s'entendent pas. Et pourquoi ? Car il y a des hommes jaloux, n'est-ce pas ? qui pensent que la pratique de la contraception mène certaines femmes à l'infidélité. Pourquoi ? Si le mari va en exode et que sa femme continue à utiliser les pilules alors que nous savons que si la femme fait 10 ans sans rapport du fait de l'absence de son mari, elle ne tombera jamais enceinte. Mais il y a des femmes qui utilisent les pilules même en l'absence de leur mari qu'elles payent auprès des colporteurs et cela prouve que la femme a des rapports sexuels extra conjugaux. Lorsque le mari reviendra et qu'il apprendra que sa femme les utilise en son absence est-ce que cela n'engendrera pas des conflits ? Ils ne vont pas s'entendre car il sait pourquoi sa femme utilise des pilules ». (jeune homme/Balati)

Même les agents des équipes mobiles lors de leur intervention préliminaire (le *fakaarey*) valident cette idée et excluent eux aussi les femmes dont les maris sont absents. La communicatrice de l'équipe mobile à Dolohi (18/04/03) qui, parlant de la planification familiale, dit (cf. annexes : extraits d'EPS) :

" Je m'adresse à celles dont les maris résident au village ".

10. Le coût des produits contraceptifs

De la gratuité à la tarification des contraceptifs médicaux

De l'histoire récente de la contraception médicalisée au Niger, on peut retenir qu'elle est restée gratuite pendant longtemps (plus d'une décennie) en raison des subventions octroyées par certains organismes de développement comme le FNUAP ou l'USAID. Cette aide qui s'est estompée depuis quelque temps (environ trois ans) a eu un impact négatif sur la pratique de la contraception moderne. Même gratuits, les contraceptifs médicaux n'avaient pas fait l'objet de grande demande, *a fortiori* maintenant qu'ils sont payants. En milieu rural, c'est un euphémisme de dire que le pouvoir d'achat des populations est faible. Cela se ressent beaucoup plus quand on considère la frange féminine qui dépend quasi-exclusivement des revenus des hommes.

Le coût réel des produits contraceptifs

Quel que soit le site considéré (CSI, site forain, équipe mobile), l'accès aux contraceptifs n'est pas seulement conditionné par le coût de ceux-ci, particulièrement pour une toute première consultation. A cette occasion, la femme doit en effet déboursier en plus de l'argent destiné à l'achat des contraceptifs, les frais de fiche (*fiche de planification familiale*)

d'une valeur de 100 F et les frais de carnet qui s'élèvent aussi à 100 F. Donc, une première consultation en planification familiale coûte à son requérant entre 300 F (frais de la plaquette compris) et 500 F (frais de l'injection compris). Pour beaucoup de femmes enquêtées qui sont favorables à la prise de la pilule, ce n'est pas tant les 100 F destinés à l'achat de la plaquette qui causent problème que les coûts supplémentaires qu'il faut absolument supporter. Ainsi, nous avons noté l'arrivée sur les sites de soins de certaines femmes qui ont dû repartir chez elles bredouilles parce qu'elles n'avaient sur elles que juste ce qu'il faut pour acheter les pilules ou l'injection. La présence des enquêtrices sur les sites des soins (les équipes mobiles et les sites forains) a parfois été providentielle pour certaines patientes auxquelles, pour cette fois, ni les frais de carnet, ni les frais de fiche, n'ont été exigés (trois cas recensés).

Les produits vendus par les colporteurs, dans certains cas, peuvent faire contourner cet obstacle d'ordre pécuniaire, et bien d'autres d'ailleurs. Le transport sur les lieux de consultation pour les femmes se trouvant dans les hameaux environnants est un facteur qui alourdit aussi le coût des contraceptifs. Alors que certaines d'entre elles utilisent les charrettes, d'autres par contre doivent déboursier entre 150 et 400 F selon les distances pour s'y rendre en empruntant les taxis-brousse.

« Q : Est-ce que le fait qu'on paye peut empêcher à certaines de venir ?

R : Bien sûr parce que maintenant les gens ont des difficultés, beaucoup veulent venir mais elles ne viennent pas surtout s'il faut encore payer les frais de transport. Même les femmes enceintes ne viennent pas pour les consultations prénatales à cause de l'argent. (...) Je sais que la distance joue beaucoup dans la faible utilisation des contraceptifs ». (Aïssa Hama/ Hamdallaye)

Recours à la Planification familiale et frais annexes informels

L'instauration de frais supplémentaires sur les sites forains de certains axes (axe Lamordé-Namaro et axe Hamdallaye-Diantchandou) rend encore plus chère la consultation en SRPF. Ainsi, sur les sites forains desservis par le CSI de Hamdallaye, la vaccination est souvent payante (25 F CFA), la plastification des carnets coûte jusqu'à 200 F (soit le double des tarifs ordinaires). Il existe aussi d'autres frais en sus (25 F CFA pour Hamdallaye et 50 F CFA pour Namaro, sur le site forain de Latakabia précisément) constituant ce que les villageois appellent "les frais de cigarettes" et "les frais du carburant" à verser obligatoirement à l'infirmier major¹⁰.

« Q : Quelles difficultés rencontrent les usagers qui vont aux consultations ?

R : (...). La seule difficulté ce sont les 50 F exigés. Certaines personnes n'en ont pas parfois (rires).

Q : 50 F ?

R : C'est 50 F qu'on leur prend.

Q : Pourquoi ?

R : Pour l'essence, ils servent à payer l'essence de l'engin (moto) du *lokotoro*. C'est ce qu'on prend, 50 F, c'est la seule difficulté que les femmes rencontrent. Car il y a des gens qui ne possèdent même pas 10 F pour payer du sel, le jour des consultations (foraines) à plus forte raison remettre 50 F à un agent de santé. Et ceux-ci n'en tiennent pas compte ; ils ne se disent pas qu'une telle n'a rien aujourd'hui, la fois passée elle a payé, mais cette fois-ci elle n'a rien donc nous pouvons la vacciner. Si tu ne leur donne pas les 50 F tu n'es pas consulté. Il y a des gens qui n'ont rien le jour des consultations ». (extraits d'entretien avec un agent d'alphabétisation/Latakabia)

Néanmoins, il faut relativiser la dimension pécuniaire au regard d'un paradoxe que nous avons relevé. En effet, nos principales interlocutrices étaient des femmes venant surtout

¹⁰ Les vaccinations ont été gratuites les seules fois où un membre de l'équipe d'enquête, était sur le terrain. Selon les populations, en temps normal, elles sont payantes.

pour les consultations prénatales et les consultations des nourrissons. Les premières déboursent des sommes bien plus élevées pour les CPN et les CN. Considérons le cas de celles qui viennent pour une toute première consultation de CPN, de CN et de PF :

En CPN : 200 F pour le carnet, 100 F pour la fiche de consultations, 100 F ou 200 F pour la plastification selon les sites, et 500 F pour les frais de consultations : soit entre **900 F et 1 000 F**,

En CN : 200 F pour le carnet, 100 F pour la fiche de consultations, 100 F ou 200 F pour la plastification et 200 F pour les frais de consultations : soit entre **600 F et 700 F**,

En PF : 100 F pour le carnet (celui-ci n'est pas plastifié), 100 F pour la fiche de consultations, et 100 F (la plaquette de pilule) ou 300 F pour une dose d'injectable (*Depo-provera*): soit **300 F ou 500 F** selon la méthode choisie.

« Si elles parlent du problème d'argent, elles n'ont pas un problème d'argent. Elles ne veulent pas utiliser les méthodes, c'est tout. Les consultations prénatales et celles des nourrissons sont payantes. Jamais, elles ne posent de problème d'argent. Mais quand il s'agit de PF, elles ont toujours un problème d'argent ». (**Sage-femme d'une équipe mobile**)

Nous ne pouvons expliquer une telle attitude que par une hypothèse. Contrairement à la planification familiale, les consultations prénatales et celles des nourrissons ne sont pas socialement condamnées. Elles sont d'ailleurs de plus en plus conseillées pour deux principales raisons : l'accessibilité aux vaccinations et à l'Etat civil. Et pour financer ces types de charges peu de maris sont réticents. Comme, dans nombre de cas, inversement, la pratique contraceptive se fait dans la clandestinité et la femme est tenue d'en supporter les frais, on peut comprendre la faible utilisation.

11. La vente ambulante des contraceptifs

Les vendeurs ambulants ont subtilement procédé à des créations lexicales intimement liées à des représentations de l'affection ou de la demande de médicament. Par exemple, la vente des spermicides donne lieu à des extrapolations car ils sont intentionnellement assimilés aux produits aphrodisiaques afin d'attirer un maximum de clientes. Ils sont ainsi désignés sous l'expression "*kilen mota da na gida*" (la clef de la voiture ou celle de la maison). Plus clairement, il s'agit de persuader le client des vertus érotiques du produit, au point que l'homme voudra satisfaire tous les besoins de sa partenaire (conjointe ou amie). *Offrir beaucoup d'argent ou une voiture* à sa partenaire, lui *construire une villa*, l'amener à la Mecque pour *assurer son pèlerinage* sont des promesses de cet ordre là. Ces expressions sont souvent indistinctement utilisées pour désigner des produits ayant des propriétés stimulantes.

L'exercice de captage de la clientèle déployé par les "pharmaciens ambulants" est amplement conforté par les images se trouvant sur les emballages et le lexique contextuel utilisé. Par ailleurs, il existe entre les vendeurs et leurs clients des liens de complicité et de proximité. Ces rapports sont aussi bien physiques que culturels (Jaffré, 1999): ils sont plus accessibles parce que les vendeurs vont à la rencontre des clients, à domicile, sur leur lieu de travail, dans leurs différents espaces de fréquentation ou de sociabilité. Le cadre de la vente ambulante des produits pharmaceutiques est un espace social que les clients parviennent à mieux maîtriser culturellement.

Cependant l'inconvénient majeur du recours à la vente ambulante des contraceptifs est que les clients sont en situation de sous-information (Moussa, 2001), encore plus que sur les sites des soins.

« Q : Est-ce qu'eux aussi à la vente, ils donnent des explications à la cliente ?

R : Il ne donnent aucune explication puisqu'ils n'en connaissent rien ; ils savent seulement que c'est " *senter kiniyo* " (le comprimé du centre) pas plus.

Q : Mais les clientes savent la posologie ?

R : Oui elles paient parce qu'elles ont l'habitude de s'en procurer au centre.

Q : Et celles qui n'en ont jamais pris au centre de santé, elles vont se renseigner auprès des consœurs ou que font-elles ?

R : ça ne peut être que cela, elles vont certainement se renseigner sur la posologie auprès des autres femmes ». (Mariama Hamidou, ménagère/Sébéri)

Qu'il s'agisse de la quête thérapeutique ou du recours aux contraceptifs, les démarches sont simplifiées. Au delà de cette double proximité, la pharmacie par terre est une *pharmacie des pauvres*, généralement éloignés des centres des soins. De façon générale, ces produits sont peu coûteux même quand ils le sont puisqu'ils dédouanent le client des frais de consultation et autres (transport par exemple). Et parmi les stratégies de marketing développées par les vendeurs ambulants, celle du porte-à-porte permettent aux clients de gagner doublement : en temps et en frais de transport.

Alors que dans les structures formelles, des démarches complexes sont imposées aux clients (déplacements, consultations, frais divers à déboursier...), les pharmaciens ambulants vendent les produits à l'unité ; ce qui n'est nullement envisageable dans les structures officielles.

Enfin, la pharmacie ambulante assure la discrétion aux femmes (mariées ou célibataires)

Comment améliorer la fréquentation des équipes mobiles et des sites forains ?

En dépit des efforts déployés pour accroître la fréquentation des sites des soins, celle-ci reste faible. Comme nous l'avons déjà souligné, la mobilisation sociale autour de la pratique contraceptive ne semble pas à la hauteur des ambitions des autorités sanitaires et du projet. Les propositions qui suivent sont celles qui ont été émises par divers interlocuteurs lors des enquêtes.

Mener une mobilisation sociale longue et adaptée

L'amélioration de la fréquentation des consultations des équipes mobiles et des sites forains passe par la sensibilisation de masse. La mobilisation sociale annonciatrice des passages de l'équipe médicale doit se faire de façon intense et sur la longue durée. Pour beaucoup d'enquêtés (les femmes comme les hommes), l'information doit passer dans tous les ménages afin de préparer la communauté psychologiquement et matériellement (cf. infra), au moins une semaine avant l'échéance.

Moins d'activités chez les femmes permet la fréquentation des sites des soins

Sur certains sites, les femmes préfèrent vaquer à leurs occupations quotidiennes très prenantes plutôt que de se précipiter vers le lieu des consultations. Beaucoup d'entre elles attendent souvent la mi-journée ou l'après-midi pour s'y rendre, à un moment où l'équipe médicale s'apprête à quitter le village. Un allègement des tâches ménagères, à travers la construction de certaines infrastructures (moulins, décortiqueuses, forages, etc.) permettra aux femmes d'avoir un peu de répit. Ainsi, d'aucuns pensent qu'une femme moins éprouvée physiquement, donc moins occupée, est plus disposée à hisser la question de la planification

familiale dans ses priorités. Sinon, aidées par plusieurs enfants, ces activités en seront allégées et cela laisse peu de place à des idées favorables à l'espacement.

La réalisation des " tâches curatives de secours "

Pour beaucoup de nos interlocuteurs, l'exécution des " tâches curatives de secours " peut être une stratégie supplémentaire pour attirer les femmes vers les sites de soins. En effet, la stratégie préventive des consultations pour laquelle ont opté les équipes mobiles et foraines est peu attrayante du point de vue des populations enquêtées. Les équipes mobiles et les sites forains pourraient connaître une fréquentation plus accrue si on adjoignait aux activités déjà existantes (CPN, PF, CN) des tâches curatives orientées ne serait-ce que vers les enfants malades pour les premiers soins.

« Ces soignants qui passent chez nous une seule fois par mois ne sont même pas capables de porter secours à un enfant souffrant d'une affection quelconque ». (une jeune femme lors d'un focus group/Boktchili)

Les tâches "curatives de secours", sans être la solution miracle à la mortalité infantile, peuvent soulager les populations.

De même, l'éloignement des centres des soins et les moyens rudimentaires (charrettes) à leur disposition pour évacuer les malades représentent pour les populations des conditions difficiles que les équipes mobiles foraines pourraient en effet atténuer si elles acceptaient de prodiguer des soins de secours.

La distribution des vivres sur les sites des soins

Certaines personnes pensent qu'il faut étendre à tous les sites des soins l'exécution des activités du Programme Alimentaire Mondial (PAM). Cette institution, depuis plusieurs années au Niger, met en œuvre un programme d'assistance vivrière aux populations pour accroître la fréquentation des structures sanitaires notamment celles chargées de la santé maternelle et infantile. Là où ces actions ont été menées, la fréquentation serait plus élevée en raison de l'attrait que les vivres suscitent.

La réduction des coûts des prestations médicales

Au regard de leurs revenus modestes, de nombreux enquêtés ont préconisé une diminution des différents frais des consultations (CN, CPN, PF) et surtout l'annulation des frais annexes : plastification des carnets, achat des fiches, « frais de kola ».

L'amélioration de la qualité de l'accueil

Certes, la qualité de l'accueil n'a pas beaucoup été décriée par nos enquêtés ; mais « elle devrait être améliorée » selon eux. Les agents doivent être moins crispés lors des consultations afin de mettre les patientes à l'aise. Cette condition remplie, celles-ci seraient plus disposées à aborder des questions liées à l'espacement des naissances et même celles se rapportant à la sexualité.

Comment promouvoir et améliorer l'utilisation des services SRPF ?

Afin de bien réussir le programme de planification familiale entrepris par le projet, la population enquêtée ainsi que le personnel soignant et certains intervenants dans le domaine, ont esquissé plusieurs solutions. Celles-ci recouvrent beaucoup de domaines : la sensibilisation de tous les acteurs concernés par la question, l'implication des leaders

d'opinion etc. Elles correspondent en partie aux écueils évoqués comme entravant la pratique effective de la planification familiale.

L'intensification de la sensibilisation sur l'utilité de la P.F

Comme cela a été relevé ci-haut, la sensibilisation jusqu'ici effectuée est inopérante puisque les résultats sont faibles.

Cependant, même si cela paraîtra quelque peu saugrenu, la sensibilisation doit intéresser aussi bien les agents de santé que les populations bénéficiaires des SRPF. En effet, **les personnels de santé ne sont pas eux-mêmes suffisamment convaincus**. Seule une personne suffisamment convaincue d'un idéal a des chances de gagner l'adhésion des autres. Certes, la présence dans une équipe mobile d'un communicateur est en soi une bonne chose mais peu bénéfique pour la promotion des programmes de PF si cette même personne doit s'occuper d'autres tâches très coûteuses en temps : pesées et consultations des nourrissons. Le risque est grand pour qu'elle mette de côté son activité prioritaire de sensibilisation et d'éducation des populations sur les menaces des grossesses rapprochées et les avantages d'une planification familiale.

En outre, cette sensibilisation devrait de l'avis de plusieurs enquêtés se faire par sexe et selon les catégories d'âge. Selon certains, elle doit même être entreprise maison par maison ou par grappes de maisons. Trouver les gens dans l'univers familial donne un aspect concret et convaincant à la sensibilisation : cela permet de mieux les atteindre et les rend plus engagés. L'on est mieux convaincu et l'on se sent plus concerné par la question.

Dans l'univers conjugal, on l'a remarqué, le mari, donc **l'homme** de façon générale est plus hostile à une pratique contraceptive médicalisée. Et de ce fait, il doit être **un partenaire incontournable** dans les programmes et activités de la planification familiale. La sensibilisation doit être axée autant sur lui que sur sa ou ses conjointes. Il est en effet faux de penser que la planification familiale est une affaire de femmes quand on sait qu'au sein du foyer la femme est tenue de négocier continuellement des espaces de liberté pour se soigner, s'habiller et même pour choisir ses fréquentations.

La prééminence masculine dans les questions liées à la sexualité ou à la reproduction est un aspect évident qui a pourtant été complètement occulté dans les stratégies de diffusion des méthodes contraceptives. La prise en compte des hommes dans les campagnes de sensibilisation autant que dans les processus des soins doit permettre une responsabilisation de l'homme et une atténuation de son opposition. Certains leaders d'opinion également lient le faible recours à la contraception moderne à la mise à l'écart des hommes. Ils prônent une réorientation des messages éducatifs de planification familiale afin qu'ils ne soient plus destinés qu'à la seule composante féminine. Les agents de santé doivent à cet effet s'adresser aussi bien aux femmes qu'aux hommes. Une telle action est d'autant plus nécessaire si l'on tient compte de l'architecture mentale la plus répandue en milieu nigérien où la femme est perçue comme la propriété de son mari.

« Ce sont les hommes qui doivent être sensibilisés car les femmes sont leur propriété et ce n'est qu'avec leur aval que les femmes doivent entreprendre quelque chose ». (Issa représentant du chef de canton/ Kirtachi)

Par ailleurs, **le recours à l'audiovisuel** doit être privilégié par le projet comme cela est envisagé dans le cadre de la sensibilisation sur le VIH/Sida ou le virus polio. Pour ce faire, il faut passer par la télévision nationale pour les zones qui sont couvertes. Pour ces dernières et celles qui ne le sont pas, le *fakaarey* peut être soutenu par une séance de projection des films. Les médias ont une influence indéniable sur les populations et particulièrement celles des campagnes. Celles-ci sont très friandes d'images auxquelles elles accordent plus de crédit que

tout autre support publicitaire. Le mariage de l'image et de la parole semble être le meilleur moyen pour les atteindre et les éduquer en ce qu'il permet d'établir une certaine proximité entre le spectateur et l'image. **L'installation des radios rurales**, de l'avis de certains de nos interlocuteurs, est une solution qui devrait produire les mêmes résultats que l'audiovisuel.

« Les agents du projet doivent s'appuyer sur des images pour montrer aux gens visuellement afin que l'on comprenne. Il faut montrer la réalité des choses pour que ça soit retenu par les gens. Mais venir parler seulement n'est pas le meilleur moyen de les amener à comprendre et à accepter. Par exemple, il faut montrer l'enfant victime de *nasu (nasu ize)* et celui qui a été bien allaité à travers les photos et dessins. Il faut faire parler les mères sur les peines et les avantages de la situation des enfants. Les paroles ne suffisent pas pour sensibiliser une population ». (Moussa Ahmadou, pêcheur- féticheur/ Sébéri)

La propagation des rumeurs influence les futures utilisatrices des méthodes contraceptives. Celles qui en ont déjà une expérience peuvent se baser, loin des cadres fictifs, sur des vécus personnels pour convaincre leurs sœurs aspirant à une planification de leurs naissances. **Le recours aux utilisatrices assidues** pour sensibiliser les futures candidates à la contraception moderne peut, selon une interlocutrice, aider les actions des agents de santé :

« Que celles qui ont l'habitude de prendre ces produits disent aux débutantes la vérité parce que nous, nous n'avons pas rencontré de problèmes » (extrait de *focus group* de femmes/ Hamdallaye).

La promotion de la planification familiale passe aussi par **la diffusion des pagivoltes, des affiches et des panneaux publicitaires à une grande échelle**. Cette diffusion peut se faire à travers une distribution systématique desdits supports dans tous les villages couverts par le projet. Ils doivent aussi et surtout trôner dans les endroits les plus fréquentés : mosquées, écoles, fadas et clubs des jeunes, arbres à palabres, marchés, puits et forages... Dans la mesure du possible, ces supports peuvent être distribués aux populations afin d'en faire des objets de décoration, plutôt communicatifs.

Dans les mosquées, les imams et les marabouts (supra) peuvent être mis à contribution afin de convaincre les fidèles et les déculpabiliser par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. La compatibilité entre les prescriptions de l'islam et cette dernière **étant** vraisemblablement attestée, les leaders religieux peuvent se baser sur des versets du Coran pour prouver qu'aucune pratique contraceptive n'est réprouvée par la religion d'Allah si bien entendu certaines conditions sont remplies. C'est l'avis émis par un leader (Malam Yahaya Adamou) du groupement des associations islamiques favorables à la planification familiale (GAIPDS). Tout d'abord, la pratique de l'espacement des naissances reste dévolue au couple marié. Ce qui signifie qu'elle n'aura pas de caution divine si elle était adoptée en dehors d'un cadre conjugal. Selon ce responsable, tous les moyens contraceptifs sont acceptés par l'islam sauf ceux que la femme doit garder pendant un moment dans son vagin et qui l'obligent souvent à rester plus d'une heure sans faire la toilette. Ce temps, en coïncidant avec l'heure de la prière, pénalise la femme qui, de ce fait commet un péché. L'islam réproouve aussi les contraceptifs contenant des matières illicites comme la drogue, l'alcool et la viande de porc. Toutefois, pour des commodités, les membres de ce groupement préfèrent l'expression "organisation familiale" qui est mieux acceptée par la population à celui de la "planification familiale".

Afin de combattre la réticence de certains milieux religieux, le vice-président du GAIPDS préconise la **formation des leaders religieux**. Celle-ci constituera une forme de soutien que le groupement peut apporter au projet "Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction". L'implication des marabouts dans les campagnes de sensibilisation peut être une initiative prometteuse comme le suggère aussi ce fonctionnaire :

« Q : A votre avis est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut faire pour que les femmes puissent pratiquer la planification familiale

R : Bon ! ce qui permet à mon avis, c'est de temps en temps faire passer d'imminents marabouts qui puissent les convaincre, leur expliquer l'utilité, le bien-fondé même de la planification sinon ce n'est pas n'importe qui, qui peut les convaincre. Il faut vraiment de véritables marabouts qui donnent des exemples tirés même de la Sunna ou du livre saint sinon ce n'est pas facile. Ce n'est pas du tout facile de les convaincre ». (un enseignant/ Balati)

Même en dehors des membres et adhérents de ce groupement, on retrouve des marabouts et des imams favorables à toutes les pratiques contraceptives, y compris médicalisées, et sur lesquels toute action d'IEC peut s'appuyer

L'introduction du thème de la planification familiale dans les programmes de l'enseignement primaire, à partir du niveau CM (cours moyen) pourrait aussi être porteuse pour les programmes de la santé de la reproduction en général. A ce niveau, il faut tout même souligner la réserve de certains acteurs qui pensent qu'une telle démarche peut être préjudiciable à l'éducation des enfants. Car, de leur avis, ce serait enseigner tout simplement la débauche à bas âge. Or, dans le cadre de la sensibilisation sur le Sida (question intimement liée à celle de la sexualité), « les élèves de ce niveau du primaire reçoivent un cours dans ce sens », ont fait remarquer certains enseignants.

Dans le même ordre d'idées, certaines personnes préconisent **la constitution des comités villageois de sensibilisation**. Ceux-ci doivent mener une sensibilisation ponctuelle de proximité, plus souterraine et plus approfondie. Ils doivent par exemple en plus des lieux publics, fréquenter les lieux des "cérémonies heureuses" (mariage, baptêmes, autres *foyandis* etc.) pour organiser des discussions informelles sur la planification familiale, son utilité et sur les effets secondaires afin de minimiser l'impact des rumeurs désespérantes. Un utilisateur prévenu sur les contrecoups d'un recours thérapeutique quelconque n'a pas de raison de s'affoler quand effectivement des signes apparaissent. Ces effets sont le plus souvent temporaires. Ils peuvent organiser des réseaux pour entreprendre des plaidoyers en faveur de la planification familiale. L'avantage du recours aux comités villageois est que ceux-ci sont plus proches et imprégnés des réalités partagées dans les différents cadres sociaux existants (fadas ou clubs des jeunes, groupements des femmes, etc.)

Une idée proche de la précédente est émise par certains enquêtés qui pensent qu'une équipe mobile doit avoir une sorte de "pied-à-terre" qui continuera à assurer la permanence de ses activités d'IEC, en dehors du jour du passage mensuel. Pour ce faire, il est utile de procéder à la **formation des sensibilisateurs-relais** qui informeront et éduqueront la population peu avant le passage de l'équipe. Ce qui permettra à cette dernière de disposer d'un véritable canal par lequel elle va approcher la population dans chaque village où elle intervient. Ces sensibilisateurs auront un rôle quelque peu similaire de celui joué par les comités villageois de sensibilisation.

L'implication effective des leaders d'opinion dans les différentes actions du projet

L'impression dominante qui se dégage lors de cette enquête est que les leaders d'opinion ne sont pas tout à fait impliqués dans les actions du secteur médical *a fortiori* dans celles du projet. Beaucoup d'entre eux ne connaissent pas ce dernier ou l'ont certainement oublié, l'impact des premières campagnes de sensibilisation s'étant vite dissipé. Même lors des passages des équipes mobiles, la mobilisation est si faible que les dates ne sont pas connues des populations et aussi de certains leaders d'opinion. C'est seulement avec la vue de la Toyota 4X4 du projet qu'ils se rendent compte de ce que l'équipe est dans le village et que les consultations en SR/PF vont avoir lieu. Certaines notabilités ignorent toutes les entreprises des équipes médicales qui se succèdent au fil des mois.

La prise en compte de la jeunesse dans les actions du projet

La jeunesse n'est nullement associée dans les actions des équipes mobiles ou foraines de même qu'elle n'est pas un public-cible. Les jeunes célibataires ont un réel besoin de contraception. Ils sont la frange la plus active au plan sexuel. La diffusion des MST et la survenue des grossesses indésirées chez les filles en sont la preuve patente. De façon générale, ils semblent être les moins réfractaires à la promotion de la planification familiale par le recours aux techniques modernes. Cette jeunesse semble être le socle sur lequel doit s'appuyer toute politique de la santé de la reproduction, comme elle-même le suggère.

« Nous représentons l'avenir du pays. La planification familiale, c'est des idées nouvelles et taxées aussi de révolutionnaires (*jihadi ize goy no*) par nos parents. Pour cela, je pense que pour toute innovation qu'il faut opérer dans nos villages, on doit s'adresser à nous. Et s'il le faut prioritairement même. Dans les programmes de la PF, on nous a exclus parce que nous sommes tenus de ne pas....euh... de ne pas enfanter en dehors du foyer conjugal. Mais c'est faux dans la pratique. Combien de filles-mères on trouve dans les villages ? Nous avons des copines et dieu seul sait que ...Nous allons généralement à Niamey pour chercher par exemple nos capotes. Et même là-bas, les filles ne peuvent pas avoir facilement les contraceptifs. C'est assez compliqué. Personnellement, je pense que l'hypocrisie a assez duré ». (Zazi Abdoulaye/ Boktchili)

Distribution à base communautaire de contraceptifs

Les actions de DBC doivent être entreprises. Elles peuvent s'appuyer sur des "femmes relais" et/ou des "agents communautaires" qui seront des personnes choisies par la population. La DBC, de l'avis de certains de nos interlocuteurs, généralement des jeunes et des femmes, devrait permettre la mise à la disposition des différents groupes-cibles des produits contraceptifs qui ne nécessitent pas un recours médical : pilules, préservatifs. Ceci pourrait pallier l'abandon de la pratique par certaines femmes du fait des rendez-vous manqués des agents sur les sites des soins.

Interdiction de la vente informelle des contraceptifs

Lutter contre la pharmacie par terre est l'une des solutions recommandées afin de réussir la promotion de la planification familiale dans les cadres formels et notamment les structures mises en place (équipes mobiles) ou soutenues (CSI et sites forains) par le projet.

L'assurance de la confidentialité sur les sites des soins

Pour assurer la discrétion lors des consultations de planification familiale, il est proposé la construction des sites spéciaux pour les consultations foraines et celles des équipes mobiles dans les villages où il n'y a pas de case de santé ou de local bien aménagé. Les locaux mis à la disposition du personnel doivent être réaménagés de manière à ce que les salles de consultation soient suffisamment équipées en chaises, tables de consultation, bancs (ou même de nattes) et surtout en paravents. A défaut de ceux-ci, la conception des couloirs ou la construction de pièces indépendantes à l'intérieur des locaux peut assurer un bon *counseling* et des consultations intimes.

L'alphabétisation des masses paysannes notamment féminines

L'analphabétisme des populations rurales a été souvent évoqué comme un obstacle à l'utilisation des moyens contraceptifs modernes. Les points de vue de certains acteurs qui pensent que la planification familiale est une affaire de blancs ou des fonctionnaires montrent bien qu'il y a un réel problème de décodage de l'information sur les programmes de planification familiale. L'alphabétisation des adultes d'une part et la scolarisation de la jeune fille d'autre part pourront être des créneaux porteurs pour cette entreprise.

Acteurs susceptibles de soutenir les actions du projet

Parmi les acteurs disposés à apporter un appui au projet en vue de l'amélioration des SRPF figurent en bonne place les **enseignants** qui se considèrent généralement comme des "animateurs permanents" dans la vie courante d'un village¹¹. Ils semblent être des interlocuteurs fiables et incontournables pour tout intervenant dans un village donné. Dans leurs tâches d'éducateurs, ceux-ci côtoient un éventail large et diversifié des couches sociales du village à travers leurs élèves et conséquemment par le biais de leurs parents. La plupart d'entre eux sont bien écoutés et consultés par la population, à commencer par ses principaux représentants : chef de canton, chef de village, imam, responsables des diverses autres structures (comité de santé, coopérative, etc.).

Dans un milieu où souvent toutes les couches sociales, notamment adultes, sont analphabètes, ils représentent des sortes de secrétaires publics (pour lire et écrire des lettres, pour rédiger bien d'autres textes, comme des reconnaissances de dettes...). Et cette aide qu'ils apportent aux populations ajoutée à l'éducation qu'ils inculquent aux enfants les placent sur un piédestal. Ce capital de confiance est certainement convertible dans un autre champ d'interaction sociale que l'école. D'où la possibilité de mener des actions favorables à la promotion de la planification familiale. Partout où les membres de l'équipe sont passés, les enseignants ont exprimé leur disponibilité à entreprendre toute action dans le sens de l'amélioration de l'utilisation des SRPF.

En dehors de cette catégorie d'acteurs sociaux, certains **chefs coutumiers** (chefs de village, chef de canton, chef de quartier...) et d'autres **leaders d'opinion** (les agents de santé communautaire, les comités de santé quand ils existent et sont encore opérationnels, la plupart des matrones) se sont dit prêts à œuvrer dans le même sens. **La jeunesse**, dans tous les villages, est ouverte et est très réceptive aux messages des programmes des services des SRPF en général et de la planification familiale en particulier. Même si les jeunes rêvent encore de grande famille, ils sont d'accord pour espacer leurs naissances surtout quand on sait que les méthodes traditionnelles sur lesquelles se basent leurs parents sont de moins en moins crédibles.

Au-delà des individus ou des groupes sociaux, nous avons repéré des **structures institutionnelles nationales ou internationales** qui se sont déclarées disposées à apporter leur concours au projet "appui à une coopération sud-sud..." afin que ses objectifs soient effectivement atteints. Ce sont :

- Les agents villageois des groupements *Mata Masu Dubara* implantés par Care international
- Le projet *Alafia*
- *Family Care International* (FCI)
- ANBEF
- Le GAID/PS (anciennement GAIPF)
- Le projet population
- ONG *Lafya Matassa*
- Projet japonais

¹¹ Pour les individus, voir liste nominative en annexe 1.

Conclusion

Les populations connaissent l'existence des contraceptifs de même que leur utilité pratique. Les principales sources d'information et d'approvisionnement sont également connues. Mais la connaissance de la contraception moderne reste plutôt parcellaire, surtout chez les hommes. Ceux-ci, bien que désirant contrôler et orienter la fécondité, n'en demeurent pas moins profanes en ce domaine. En dehors des préservatifs que beaucoup d'entre eux citent, il faut dire que le *kini* (comprimé) et le *pikiri* (piqûre) ne sont que vaguement évoqués. Rarement, ils vont au-delà de la simple évocation.

Les recours en moyens contraceptifs sont surtout dominés par les pratiques traditionnelles et populaires (savoir-faire populaires, vente ambulante). Les recours médicaux sont limités. La faiblesse de la pratique contraceptive dans le district sanitaire de Kollo est multifactorielle. Elle est généralement due à l'imbrication de deux ou de plusieurs facteurs. Elle peut quelquefois selon les cas, être inférée par un seul facteur. Les obstacles majeurs sont *la faiblesse de la sensibilisation, l'utilisation anarchique des contraceptifs, le poids des rumeurs, la longueur de l'allaitement, La forte mortalité infantile, l'exode massif des maris, la valeur sociale de la procréation, les facteurs dits « religieux », le coût des produits contraceptifs, la vente ambulante des contraceptifs, les comportements des agents de santé*. Accessoirement, les *problèmes de gêne et de pudeur* sont aussi ressortis des différents entretiens et débats. L'absence de collaboration entre le "projet sud-sud..." et les jeunes d'une part, et les leaders d'opinion d'autre part est également implicitement retenue comme facteur de blocage aux programmes des SRPF dans le district sanitaire de Kollo.

Dans cette série d'obstacles à l'utilisation de la planification familiale moderne, le plus dominant demeure la carence de la sensibilisation. La sous-information des populations est en effet l'élément déterminant à la propagation des rumeurs. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'intensification de la sensibilisation à travers l'IEC de proximité a été l'une des propositions fréquentes faites par la plupart de nos interlocuteurs. Toutefois, une sensibilisation accrue est insuffisante si elle n'est pas en mesure d'assurer une bonne qualité des messages. Au regard des propositions recueillies, leur contenu doit être adapté au contexte socio-culturel. Pour ce faire, l'adoption par le projet d'une approche participative pouvant favoriser l'implication de l'ensemble des cadres sociaux structurés peut être bénéfique pour les programmes des SRPF.

La présence des institutions (ONGs & projets) ayant une expérience dans le domaine pourrait être aussi très utile au projet.

Bibliographie

Kourguéni A., Bassirou G., & Barrère B., *Enquête démographique et de santé au Niger 1992*, Columbia, Maryland, USA : Direction de la statistique et des comptes nationaux [Niger] et Macro international Inc., 1993.

Attama S., Seroussi M., Kourguéni A., Koché H. & Barrère B., *Enquête démographique et de santé au Niger 1998*, Care international Niamey, Niger, & Macro international Inc., Calverton, Maryland, USA, 1999.

Hahonou E., *Etude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de santé : le cas du service des urgences de l'hôpital de Niamey, Niger*, Mémoire de DEA de l'EHESS Marseille, 2000.

Jaffré Y., "Pharmacies des villes, pharmacies par terre" in bulletin n°17 de l'APAD, *Anthropologie de la santé*, Münster, Ed. LIT VERLAG, Juin 1999. PP 63-70.

Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.P., *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

Jaffré Y. & Prual A., "Le corps des sages-femmes", entre identité professionnelle et sociale" in sciences sociales et santé, Vol. XI, n°2, juin 1993.

Moumouni A. "Conceptions et pratiques de l'avortement en pays *songhay-zarma*", in Bulletin n°1 du Réseau Anthropologie de la Santé en Afrique, avril 2000, PP 104- 109.

Moussa H., *Micro-analyse des interactions autour des consultations de planification familiale dans les centres des soins de Niamey*, Mémoire de DEA de l'EHESS de Marseille, 2002.

Moussa H., *La pharmacie par terre : une alternative à l'échec de la politique pharmaceutique nationale ? Etude de cas dans la commune Niamey III*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou, 2001.

Olivier de Sardan J.P., Moumouni A & Souley A., « « L'accouchement c'est la guerre ». Accoucher en milieu rural nigérien », in *Afrique contemporaine*, 195, pp. 136-154, 2000.

Olivier de Sardan J.P., "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest.", *Autrepart*, 20 : 61- 73.

Olivier de Sardan J.P., "Le soignant face au soigné anonyme en Afrique", *Santé publique et sciences sociales* (Le monde des professionnels de la santé face aux patients), n° 8 & 9, juin 2002, 91-117.

Souley A., *Santé urbaine à Niamey : indicateurs de l'équité et de la qualité dans l'accès aux soins*. Rapport final de l'enquête, Niamey, IRD (multigr.), 2000.

Annexes

Annexe 1 : Liste des abréviations

AEP : Adduction d'Eau Potable
 ANBEF : Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial
 AS : Assistante Sociale
 CN : Consultations des nourrissons
 CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction
 CPN : Consultations Pré-Natales
 CM : Cours Moyen
 CSI : Centre de Santé Intégré
 DIU : Dispositif Intra Utérin
 ECRIS: enquête collective rapide d'identification des conflits et des groupes stratégiques
 EDS : Etudes Démographiques et de santé
 EPS : Education Pour la Santé
 FCI: *Family Care International*
 FNUAP : Fonds des Nations Unies
 GAIPDS: Groupement des Associations Islamiques sur les questions de Population et de Développement Social
 GTZ: *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*
 IEC: Information, Education, Communication
 LASDEL: Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
 MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
 ONG : Organisation Non Gouvernementale
 PAM : Programme Alimentaire Mondial
 PF: Planification Familiale
 VIH : Virus Immuno déficience Humaine
 SIDA : Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
 SF : Sage-Femme
 SRPF : Santé de la Reproduction et Planification Familiale
 USAID : *United States Agency for International Development* (agence américaine pour le développement international)
 UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

Annexe 2: Liste des participants à l'enquête

Les participants à la phase collective

Les chercheurs du LASDEL

- Abdoua Elhadji Dagobi
- Aboubacar Souley
- Adamou Moumouni
- Hadiza Moussa
- Jean-Pierre Olivier de Sardan

Les étudiants

- Fati Diouldé Laya
- Kabirou Moutari
- Kalilou Seydou
- Ousseina Garba Djibo
- Sidikou Baba Bir Mahamane

L'équipe d'enquête de la phase individuelle

- Fati Diouldé Laya
- Hadiza Moussa
- Ousseina Garba Djibo

Annexe 3 : Groupes stratégiques et indicateurs de recherche

Groupes stratégiques

Les femmes utilisatrices potentielles

- femmes allaitantes
- femmes libres
- grandes multipares
- adolescentes

Les Les femmes non-utilisatrices

- femmes issues des foyers polygames
- femmes désireuses d'enfants
- les belles-mères

Les réseaux familiaux

- les hommes (les maris, les adolescents)
- les mères et belles-mères
- les tantes, les sœurs, les amies, ...
- groupes de foyandi, de tontine...

Les réseaux populaires plus ou moins spécialisés

- marabouts,
- charlatans
- devins
- colporteurs de produits pharmaceutiques)

Les promoteurs institutionnels

- bailleurs de fonds,
- décideurs politiques,
- ONG, projets & associations
- personnel médical
- matrones et secouristes
- personnel enseignant
- personnel des projets (animateurs...)
- les associations des jeunes (fada, clubs des radios, clubs de sport, troupes culturelles)
- les associations religieuses

les notables

- chefs traditionnels
- imams

- responsables de coopérative
- responsables de comités santé

Indicateurs de recherche ECRIS

- Besoin d'enfants ou non
- Motivations pour la contraception
- Inventaire des méthodes contraceptives connues ("attacher le ventre", produits divers, préservatifs, méthodes naturelles (abstinence post-partum, continence due à l'allaitement, retrait), recours à l'avortement, pilules, injectables, DIU...)
- Méthodes contraceptives utilisées & raisons
- Canaux d'information
- Lieux d'accès aux méthodes modernes de contraception : CSI, maternités, équipes mobiles, autres...
- Classification des produits contraceptifs (stérilet, pilules, injectables, préservatifs, ...) par ordre de préférence
- Discussions au sein du couple autour des questions de contraception
- Conflits domestiques/relationnels liés au recours à la contraception
- Avantages & inconvénients des contraceptifs modernes : contraintes, pudeur, problèmes d'observance & rumeurs
- Fréquentation des centres des soins, des équipes mobiles et des sites forains : récits des consultations de PF (Dispositif/cadre d'accueil : attente, écoute, disponibilité, bienveillance, confidentialité, possibilité de choix, communication, coût, ...)
- Stratégies de fidélisation de la clientèle
- Normes et croyances en matière de fécondité (mentalités et coutumes conditionnant l'adoption des attitudes de rejet ou d'acceptation de la planification familiale)
- Influence de la famille/ des amies/ voisins
- Restitution des expériences des autres (parentes, voisines, amies...)
- Méthodes contraceptives modernes & position/influence de l'islam
- Suggestions en vue d'une amélioration des prestations des services SRPF

Annexe 4 : Liste des villages enquêtés

Les CSI

1. Hamdallaye
2. Kirtachi (& Diémé abritant un centre de lutte anti-sida)
3. Komba
4. Kouré
5. Namaro

Les sites forains

1. Beeri Koira
2. Berkiawel
3. Gongouzougou
4. Kollo Kangou
5. Sébéri
6. Latakabia

Les équipes mobiles

1. Balati
2. Boktchili
3. Dolohi
4. Gogaïzé
5. Karabedji
6. Sadoré Youri
7. Tollo
8. Wankama
9. Yonkoto
10. Zeybanfiti

Annexe 5 Quelques extraits enregistrés d'une séance d'EPS exécutée par la communicatrice de l'équipe mobile à Dolohi le 18/04/03 (in Dossier d'enquête, Fati Diouldé)

- « Venez les *satarey* pour écouter ce que nous allons vous dire. Toi, dès qu'on va commencer, il faut entrer. On va vacciner ton enfant, on lui fera l'empreinte du Niger. Avancez, avancez. »

C'est l'assistante sociale (" la communicatrice ") qui s'adresse aux femmes.

« Vous voyez c'est devenu une habitude pour nous avant de commencer à travailler, de venir causer¹² avec vous. La causerie est toujours la même. Elle consiste à vous faire connaître le service qui finance nos sorties et ses objectifs. On a fait une enquête dans tous les pays du monde, on a constaté que la femme nigérienne souffre beaucoup parce que chaque fois que la saison des pluies trouve la femme enceinte ou allaitante, elle ne peut donc pas travailler comme les autres. Si elle le fait l'enfant aura mal. Et si on est enceinte, on n'a pas fini avec les crachats à plus forte raison travailler comme ses camarades. On a constaté aussi que sur le plan accouchement, ce sont les femmes qui souffrent. A toute femme Dieu a donné un seul utérus. Comparons cet utérus à un pagne neuf, c'est ce seul pagne que j'utilise tous les jours, lorsqu'il est sale, je le lave. Un beau jour qu'est-ce qui va se passer ?

F : Le pagne va se déchirer.

C : ça va se déchirer et on ne sait pas si on peut le recoudre. Des fois on peut le recoudre. A un moment on ne peut même pas l'utiliser comme chiffon pour le bébé. Qu'est-ce qu'on en fait ?

F : On le jette

C : Merci, il faut le jeter. (...). Vous voyez, une femme qui a 8, 9, 10 gestations, on dit maintenant, le travail a commencé avec du sang. C'est parce qu'elle est fatiguée, l'utérus est fatigué. C'est normal, parce qu'on l'ouvre et on le referme tout le temps. L'enfant cherche à sortir, l'utérus se déchire. Le sang jaillit, et refuse de s'arrêter. On amène la femme d'urgence au petit dispensaire. De là-bas on la trimbale à un autre centre plus important. Là encore on la transfère à Niamey. Il y a des moments où on perd et la mère et l'enfant. Même si on ne connaît pas une femme enceinte, si on apprend sa mort, on sera triste. Oh Dieu, est-ce qu'on est content ?

F : Non, on n'est pas content .

C : Surtout si c'est une connaissance ou une parente. C'est pas bon. C'est pour cela qu'ils ont voulu nous apporter leur aide afin que les femmes puissent espacer leurs naissances. C'est donc un repos qu'il y aura entre les naissances. Même dans le Coran, il y a le repos, l'espacement des naissances. Ou bien ça n'y est pas ?

F : Si il y a ça dans le Coran.

¹² Il y a lieu de se méfier de cette séance de sensibilisation qui paraît pourtant assez riche, pédagogique et interactive. Certaines auditrices nous ont confié dans les coulisses qu'elles n'ont jamais été autant éduquées sur les questions de planification familiale.

C : Donc c'est ce que les blancs veulent nous amener. Les blancs l'ont acheté cher en pharmacie. Ils cassent les prix pour nous les vendre moins chers chez nous. Vous savez que vous achetez la plaquette à 300F chez les colporteurs. Les blancs achètent la piqûre à plus de 2500F, ils vous la vendent à 300F seulement. Voyez vous-mêmes. Avant les 3 mois, la femme aura les 300F pour renouveler. C'est vrai avant il y avait les *tiraizé* et *gurumu* mais aujourd'hui tous les bons marabouts et *zima* sont morts. **Ce sont les femmes qui doivent prendre leur sort en main. On a constaté que tous les travaux ménagers sont faits par la femme.** Celle-ci est la 1^{ère} à se lever et est toujours la dernière à se coucher. Tu n'as pas le temps de dormir un peu dans la journée et même la nuit parce que dès que tu te couches, tu penses au travail qui t'attend. Tu te lèves. Est-ce que cette personne peut s'occuper des enfants ?

F : Non elle ne peut pas le faire.

C : Aujourd'hui avec 2 enfants de naissances rapprochées, tu les laisses à la maison pour aller puiser de l'eau, à ton retour, tu les trouves dans leurs excréments. Est-ce dans la jarre que tu vas mettre l'eau ou bien l'utiliseras-tu pour les laver ?

F : On va les laver et retourner au puits.

C : Ça veut dire qu'on perd du temps. Si les enfants étaient plus grands qu'allait-il se passer ?

F : Le grand va s'occuper de celui qui tète, en attendant le retour de sa mère

C : Très bien, donc même si elle lui donne le bébé à garder en attendant son retour du puits, il va le garder. Lorsqu'il y a des problèmes, les hommes plient bagages pour aller ailleurs. S'ils arrivent à Niamey, il y a le riz et le poisson. S'ils arrivent à la côte, ils ne reviendront pas et nous laissent dans la souffrance. Chez les blancs, si on dit que les femmes meurent pendant les accouchements, ils ne croiront pas. Ils diront que c'est pas possible. Or chez nous c'est fréquent.

F : ça c'est vrai.

C : Si on amène une fille de 30 ans ici, on dira que c'est l'égal de notre enfant. En réalité, elle a le même âge que nous mais comme elle n'a pas souffert, on ne le constatera pas sur son corps. **Donc, ce sont nous les femmes qui devons nous ressaisir.** Si avant on cherchait le médicament ailleurs, jusqu'à Kouré, aujourd'hui, on vient avec jusque dans le village avec les CPN, les CN et tout. Pourquoi ne pas venir prendre ? Parfois ce sont les rumeurs que vous écoutez. C'est une personne qui ne sait rien sur les produits qui vous dit que ça fait ceci ou cela. Et vous acceptez. IL ne faut plus accepter les rumeurs (*Aran ma wa da i ne i ne*). Si vous avez des questions, posez les aux agents de santé. Chaque mois nous venons ici. Ou bien 4 semaines ne font pas un mois ? Donc vous avez l'occasion de poser les questions. SI c'est la piqûre, nous l'avons, nous la vendons à 300F si c'est la pilule, il y en a, à 100F et les 3 mois font 300F. Si c'est le DIU, il y en a, mais nous ne le plaçons pas aux femmes issues de foyer polygame. On ne le place pas aux femmes qui ne restent pas tranquilles. Avec l'islam, Dieu merci, on a peur de ses péchés, à plus forte raison, chercher d'autres. Donc nous avons tous ces problèmes. Au début, il y a 2 papiers à acheter. La grande fiche est gardée par la SF et l'autre est remise à l'intéressée. On les vend à 200F. C'est un acquis définitif. Après on paye seulement les frais de médicaments. Si c'est la pilule, on amène 100F tous les mois, si c'est la piqûre c'est 300F tous les 3 Mois. Nous venons tous les mois mais vous ne sortez pas massivement surtout si on vous parle de PF. Où bien c'est pas ça ? Mais si on vous dit d'amener les enfants pour les CN, vous le faites, pour les CPN idem. Au cours de ces consultations, si vous voulez, vous allez prendre les produits de la PF ou bien c'est pas ça.

F : C'est ça.

C : Mais je vous dis, n'écoutez pas les rumeurs. Celle qui a des questions, n'a qu'à nous la poser seule à seule, nous allons lui répondre. Nous, nous n'irons jamais pour dire ceci ou cela, La piqûre n'a pas de bouche pour parler, de même que la pilule. Si la personne divulgue son secret, c'est elle que ça regarde. Vous avez entendu le but de notre venue ? C'est

d'expliquer l'importance de la PF. Vous avez compris ? **Je m'adresse à celles qui ont les maris à la maison. Pas à celles dont les maris sont en exode.** Que Dieu les ramène sains et saufs. Maintenant que je vous ai exposé le but de notre visite, je vais vous montrer des preuves de l'importance de la PF à travers ses pagivoltes.

F: Nous avons vu.

C : Qu'est-ce que vous voyez ?

F : Nous voyons les femmes et 2 hommes.

C : Très bien. Ce sont des jeunes mariés avec leurs femmes. Tous les couples commencent comme ça. C'est bien ; c'est beau à regarder. N'est-ce pas ?

F : Oui c'est ça

C : ça c'est le début. Et ici ?

F : Ici il y a 2 femmes ayant chacune un bébé plus la SF.

C : Vous avez vu, nos jeunes mariées, l'année suivante ont fait leurs premiers accouchements. C'est une bonne chose. La SF les a sensibilisées pendant un long moment sur l'importance de l'espacement des naissances. Mais l'autre a dit qu'elle informera son mari et ils viendront ensemble. L'autre a dit : “ même si je le dis à mon mari, il ne viendra pas. Il ne sera pas d'accord ”. C'est ce qui s'est passé à la maison. Il a dit que sa femme et la SF ne comprennent rien à la vie. Elle s'appelle Haoua. L'autre s'appelle Fati. Lorsqu'elle a informé son mari, il est tombé d'accord. Qu'est ce qui se passe ici ?

F : Elle est partie avec son mari voir la SF.

C: Ils écoutent attentivement ce que la SF leur dit. Parce qu'avant au Niger pour avoir la PF, il faut partir avec le mari ou avec sa carte d'identité. **Mais maintenant, même si la personne vient seule, on le lui donnera en cachette. Elle mettra ça au bout de son pagne et le prendra sans que son mari le sache.** Ici donc le mari a accompagné Fati voir la SF, elle leur a longuement parlé de l'importance de la PF. Ils ont accepté et veulent espacer leurs naissances. Et ici qu'est-ce que vous voyez ?

F : Nous voyons 2 hommes qui causent entre eux.

C : Parlez, c'est toujours la même personne qui répond aux questions.

Donc 2 hommes, ce sont les 2 Maris qui se sont rencontrés, ils se sont salués. Et l'autre, celui qui a refusé les conseils de la SF, lui a dit “ mon ami, aujourd'hui, tu as une bonne nouvelle à m'annoncer ? ”. “ Oui j'ai une bonne nouvelle. Dieu m'aime beaucoup. Ma femme a eu un garçon. Même maintenant, elle est enceinte de 2 mois. Je m'en vais augmenter mon champ parce que Dieu me donne des brus valides ”. L'autre lui dit, "déjà ? vraiment mon ami, tu ne sais pas ce que tu fais". Il lui dit, “ c'est toi qui ne sait pas ce que tu fais, toi et la SF. ”. L'autre lui a expliqué que la PF c'est le meilleur médicament. Il rejette cette idée. “ Moi on ne fera jamais ça chez moi ”. Qu'est-ce qui se passe chez lui maintenant ?

F : Il n'y a pas la bonne ambiance chez lui.

C: Chez lui, le garçon qu'il pensait être un bras valide, est un malnutri, il fait pitié. Seule sa mère est obligée de le garder. Vous avez vu, le bébé et la mère qui est enceinte de 2 mois. Est-ce que cela est bien ?

F : C'est pas bien.

C : Qu'est-ce que vous voyez ici ?

F : Un enfant et sa mère.

C : Que fait la mère ?

F : Elle pleure.

C : Pourquoi ?

F : Parce qu'elle a des problèmes. Elle a des soucis.

C : Que voyez-vous d'autre ?

F : L'enfant malnutri n'est plus là.

C : L'enfant malnutri est mort et sa mère pleure parce qu'elle sait que l'autre enfant aussi va mourir lorsqu'elle accouchera. Vous avez vu le garçon est mort. Et ici qu'est-ce que vous voyez ?

F : C'est le mari qui a accepté les conseils de la PF, son enfant marche, sa mère est enceinte.

C: C'est donc celle qui fait la PF, son enfant est grand, il est devenu son ami. C'est avec lui qu'elle cause. Ils sont partis au marché. Elle a acheté ses condiments et a donné à son fils un fruit. Ils partent en causant. Ils ont croisé Haoua. Fati l'appelle "Haoua, Haoua, bonjour". Haoua se retourne et dit "qui m'appelle ? je ne t'ai pas reconnue". Elle a pris sa main et lui a dit "c'est moi Fati. Nous, nous sommes mariées ensemble, nous avons accouché ensemble et tu vas dire que tu ne m'as pas reconnue". "Au nom de Dieu je ne t'ai pas reconnue. Je suis malade et les décès de mes enfants m'ont beaucoup affectée". "J'ai appris le décès de tes enfants. Le jour où la SF nous a conseillées, si tu avais accepté, ça n'allait pas t'arriver". "c'est mon mari qui a refusé. Il faut le lui dire encore et retourner chez la SF". Haoua a dit qu'il n'acceptera jamais.

C : Qu'est-ce que vous voyez ici ?

F : 2 hommes, l'un est soucieux et l'autre paraît à l'aise.

C : Celui qui était heureux le jour là, est très malheureux, il est assis sous un arbre tout peiné. Son ami lui demande ce qui ne va pas, il lui dit qu'il sait qu'il y a quelqu'un qui lui en veut dans ce village. "Sinon mes enfants ne mourront pas et ma femme ne serait pas toujours malade au point de ne pas aller au champ. Donc c'est ici qu'il y a quelqu'un qui me lance des mauvais sorts. L'ami lui dit que personne ne lui en veut. C'est lui qui est son propre ennemi. "Si tu ne voulais pas la mort de tes enfants, pourquoi tu n'as pas suivi les conseils de la SF ? Moi qui ai suivi les conseils de la SF, chez moi, on baigne dans le bonheur. Nous n'avons pas de problèmes. Alors que chez toi, il y a des tombes derrière ta maison, ta femme est malade. Elle est vieille alors que la mienne est toujours jeune". Le mari de Haoua demande ce qu'il doit faire. L'ami lui conseille de chercher sa femme et de l'amener chez la SF. Il lui dit qu'il ne peut pas aller le voir parce qu'il l'a maltraitée. L'ami lui a dit que la SF a déjà oublié cette scène. Arrivé à la maison, qu'est-ce qui s'est passé ?

F : Il a amené sa femme et l'enfant malade chez la SF.

SF : La SF leur a dit qu'elle ne peut rien faire maintenant. Le seul conseil qu'elle leur donne c'est de revenir pour la PF après l'accouchement de la femme. Après plusieurs années, vous voyez les 2 familles. Qu'est-ce qui s'est passé ?

F : Le 1^{er} couple a des enfants beaux et forts et l'autre n'a que 2 enfants.

C : vous avez vu le couple qui a accepté les conseils a 4 beaux enfants. Leur vie plaît à tout le monde. Leurs enfants sont comme leurs frères. C'est bien non. Et l'autre couple ? Ils ont accouché 12 fois mais ils n'ont que 2 enfants. Vous avez vu. **Donc la PF concerne la femme, c'est pour nous permettre de nous reposer qu'on l'a amenée.** Vous avez compris ? Qui a des questions ?

F : On n'en a pas parce que nous n'avons rien dit à la maison en venant ici.

C : Si vous ne voulez pas poser des questions ici, je serai dans la chambre, toute celle qui veut plus d'explications, peut le faire.

F : Nous ne pouvons pas parler ici

C : Et pourtant moi j'ai parlé en public.

F : Sur les photos, Haoua a dit que son mari n'accepte pas, donc nous aussi, nous allons demander la permission à nos maris avant de venir.

C : **C'est avant qu'on demandait l'avis du mari mais aujourd'hui si la femme est d'accord, le problème ne se pose pas parce que c'est la femme qui connaît ses problèmes.** Nous, c'est la sensibilisation qui est notre travail, quitte à vous d'accepter. Je suis dans la chambre. J'espère que vous avez compris et que vous allez accepter. Il faut informer celles qui n'ont pas pu venir et surtout il ne faut pas écouter les rumeurs. Travaillez avec ce que les agents de santé vous disent. (...).